

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Lägesrapport 2012

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

Artikelnr 2012-2-2

Omslag Edita Västra Aros

Omslagsfoto Alexander Ruas, Folio

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2012, rev 13 februari

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att årligen lämna lägesrapporter. I denna lägesrapport redovisas tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt vård och omsorg om äldre. Rapporten vänder sig till regering och riksdag. I årets rapport ägnas ett särskilt kapitel åt kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rapporteringen följer en gemensam struktur som bygger på kvalitetsmål och kvalitetsområden för vården och omsorgen.

Rapporten har utarbetats av Karin Flyckt (huvudredaktör). Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Övriga medverkande i rapporten är Gert Alaby, Monica Albertsson, Peter Andréasson, Emma Bergmark, Ola Florin, Ingrid Jonasson, Susanna Kanmert, Thomas Malm, Annika Remaeus, Ann-Britt Thulin och Kristina Stig.

Håkan Ceder
ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Sammanfattning	10
Vi lever längre och intresset för levnadsvanor är stort	10
Valfriheten ökar, men effekterna är ännu oklara	10
Minskade resurser för vissa verksamheter inom vård och omsorg	11
Bemötande och delaktighet uppmärksammas mer	11
Fler vårdskador och missförhållanden identifieras	12
Utvidgade satsningar för en mer jämlik hälsa och vård	12
Kompetensen behöver stärkas	12
Behoven av vård och stöd ökar hos vissa grupper	13
Inledning	14
Syfte och mål	14
Rapportens upplägg	14
Datakällor	15
Samverkan i välfärden	17
Mycket arbete pågår	17
Vissa grupper är särskilt viktiga att samverka kring	18
Vård och omsorg om äldre	18
Vård, omsorg och stöd till barn och unga	19
Multisjuka samt personer med funktionsnedsättning eller med psykisk ohälsa	19
Rehabilitering och habilitering	20
Missbruks- och beroendevården, hemlöshet	20
Samverkan och ökad valfrihet – en motsättning?	21
Varför är det så svårt?	22
Behovet av samverkan fortsätter att öka	23
Hälso- och sjukvård	24
Aktuell utveckling	24
Livslängden ökar, och färre röker men fetman ökar	25
Riktlinjer ska stödja det sjukdomsförebyggande arbetet	25
Vårdvalen blir allt fler	27
Patienter på sjukhus är allt sjukare	29
Fortsatt efterfrågan på läkare	30
Kostnaderna för läkemedelsförmånen minskade	31
Längre väntan på förskrivna läkemedel efter omregleringen	32
Cancervården – långa väntetider och för få patienter får kvalificerad bedömning	32
Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar	33
Diabetesvården – stor förbättringspotential	34
Vård av personer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom	35

Patientfokuserad hälso- och sjukvård	37
Ökade krav i lagstiftningen	37
Ny handbok stödjer patienten	38
Lättare för patienter att få tag på information	38
Få landsting använder resultaten från patientenkäten	39
Enkätresultaten – sämst för psykiatri	40
Befolkningens förtroende till hälso- och sjukvården ökar	43
Tillgänglig hälso- och sjukvård	43
Bättre tillgänglighet i primärvården än i specialistvården	43
Väntetider i akutsjukvården	46
Tillgång till rehabilitering vid långvarig smärta och vid psykisk ohälsa ökar	47
Säker hälso- och sjukvård	47
Lagändringar och nationella strategiska satsningar	47
Vårdgivarna måste ta större ansvar	49
Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar	49
Allt fler patienter klagar på vården	52
Strategi för att minska antibiotikaresistens	53
Vårdplatser minskar och överbeläggningar är vanligt	57
Lårbensfrakturer hos kvinnor minskar, men fler kan förebyggas	57
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	58
Nationellt samarbete kring kunskapsstyrning	58
Kunskap ska lättare nå ut till vårdpersonal	59
Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och nationella utvärderingar	59
Viktigt att prioritera både inom och mellan olika områden i vården	59
Nationella medicinska indikationer hjälper kliniskt verksamhet	59
Utvecklingen kring de nationella kvalitetsregistren	60
Jämlig hälso- och sjukvård	60
Utsatta grupper avstår oftare från vård av ekonomiska skäl	61
De sociala skillnaderna i dödlighet minskar inte	62
Hur vanligt är diskriminering i hälso- och sjukvården?	64
Nationella patientenkäten visar på vissa systematiska skillnader mellan grupper	65
Landstingens syn på utmaningarna – svårt att mäta och prioritera	66
Patientorganisationerna har geografiska skillnader i fokus	67
Metoder för att nå jämlikhet i vården – vad säger forskningen?	67
SKL utvidgar satsningen för en jämlig hälsa och vård	68
Socialstyrelsens bedömningar för det fortsatta arbetet	68
Effektiv hälso- och sjukvård	70
Effektivitet i hälso- och sjukvården ur ett internationellt perspektiv	70
Intresset i landstingen ökar	73
Tandvård och tandhälsa	74
Aktuell utveckling	74
De flesta har god tandhälsa	74
Två av tre besöker tandvården i förebyggande syfte	75
Efterfrågan på tandvårdspersonal är fortsatt stor	76
Kunskapen om äldres munhälsa måste öka	76
Tandvårdens uppsökande verksamhet måste nå fler	77
Färre barn och unga drabbas av karies	77
Utökat stöd till personer med sjukdom eller funktionsnedsättning	78
Tandvårdsabonnemangen fortsätter att öka	79
Patientfokuserad tandvård	79
Svenskarna är nöjda med tandvården	79
Kännedomen om tandvårdsstödet behöver öka	79
Tandvård i rimlig tid	80
Svårt att få tandvård efter kontorstid	80
Bristande tillgång på tandvårdspersonal påverkar tillgången på tandvård	80
Säker tandvård	81

Journaldokumentationen innehåller ofta brister	81
De regionala skillnaderna i antibiotikaförskrivning är fortfarande stora	82
Kunskapsbaserad tandvård	83
De nya nationella riktlinjerna främjar tandvård på lika villkor	83
De nationella riktlinjerna har getts ut i patientversion	84
Implementering av riktlinjerna pågår inom tandvården	84
Oklart om tandvårdsstödet uppfyller målet om fler förebyggande besök	84
Hälsodata- och kvalitetsregister bidrar till bättre uppföljning av tandvården	85
Jämlig tandvård	86
Skillnader i tandhälsa mellan olika grupper	86
Många avstår tandvård trots behov	87
Skillnader i besöksfrekvens mellan olika grupper	88
Socioekonomi påverkar valet av behandling	89
Regionala satsningar förbättrar barns tandhälsa	90
Behovet av tandvård är ofta särskilt stort bland placerade barn	91
Vård och omsorg till barn och unga	92
Aktuell utveckling	93
Barns och ungas hälsa i korthet	93
Skadehändelser är de vanligaste orsakerna till sjukhusvård	93
Självrapporterad psykisk ohälsa är vanligast bland flickor	94
Stress och trötthet är vanliga orsaker till kroppslig bestraffning av barn	95
Både hälsan och skolprestationerna är sämre för placerade barn	96
Psykiatrisk slutenvård ökar bland unga	97
Placeringar utanför hemmet ökar	98
Personligt stöd är den vanligaste öppenvårdsinsatsen inom socialtjänsten	99
Ensamkommande barn och unga står bakom en stor del av ökningen inom HVB	99
Patientfokuserad vård	99
Föräldrarna ger bemötandet i öppenvården högst betyg	100
Tillgänglig vård och omsorg	101
Elevhälsan räcker inte till	101
Nio av tio kommer till barnläkare inom 90 dagar	101
Kunskapsbaserad vård och omsorg	102
Läkemedelsförskrivningen till barn och unga kan förbättras	102
Oförändrad användning av standardiserade bedömningsinstrument	103
Personalens kompetens behöver stärkas	104
Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten	104
De ungas syn på HVB varierar	105
Bara varannan kommun har direktiv om delaktighet	105
Helhetssyn, samordning och kontinuitet	105
Allt fler kommuner tecknar samverkansöverenskommelser	105
Rättssäker socialtjänst	106
Nästan alla kommuner har rutiner för klagomålshantering	106
Större trygghet i myndighetsutövningen med BBIC	106
Få lex Sarah-anmälningar kommer in	107
Rättsäkerheten brister för ensamkommande barn och unga	107
Socialstyrelsens åtgärder direkt till unga får alltmer genomslag	107
Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning	109
Om gruppen personer med funktionsnedsättning	110
Aktuell utveckling	111
Hemtjänst och boende enligt socialtjänstlagen minskar	111
Skillnader i diagnoser kan förklara könsskillnader i insatser enligt LSS	112
Personlig assistans är vanligast bland yngre män och äldre kvinnor	114
Assistansersättningen minskar behovet av andra insatser	115

Den nya tillståndsplikten för assistansbolag ökar kvaliteten	116
Medicinering mot uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar ökar kraftigt	117
Tillgänglig vård och socialtjänst	119
Kommunernas webbplatser saknar ofta information om överklaganden	119
Kunskapsbaserad vård och socialtjänst	120
Fler kommuner kompetensutvecklar	120
Jämlig vård	122
Vården som ges är inte likvärdig	122
Likvärdig socialtjänst	123
Avgifterna för den enskilde varierar mellan kommuner och landsting	123
Vissa kommuner begränsar tillgången till stöd	123
De flesta assistansberättigade anser att de får tillräckligt många timmar	125
Självbestämmande och integritet i socialtjänsten	125
Fler verksamheter utför brukarundersökningar	125
Inflytandet ser olika ut inom olika insatser	127
Majoriteten av kommunerna kommer att införa valfrihetssystem	128
Kränkningar, hot och våld förekommer fortfarande	129
Helhetssyn, samordning och kontinuitet	129
Samverkan ökar, men kan bli bättre	129
Kunskapen om behoven blir bättre	130
Rättssäker socialtjänst	130
Tidigare konstaterade brister i socialtjänsten kvarstår	131
Allt fler missförhållanden upptäcks	131
<i>Missbruks- och beroendevården</i>	<i>133</i>
Aktuell utveckling	134
Antalet äldre personer med riskfylld alkoholkonsumtion ökar	134
Narkotikaanvändningen ökar	135
Vad socialtjänststatistiken visar	136
Patientfokuserad vård och självbestämmande och integritet i socialtjänsten	140
De flesta kommuner har rutiner för klienters delaktighet	140
Tillgänglig vård och omsorg	141
Bara var tionde verksamhet anser att väntetiderna är för långa	141
De flesta kommuner erbjuder olika insatser	141
Kunskapsbaserad vård och omsorg	142
Personalens kompetens på HVB-hem behöver utvecklas	142
Nationella riktlinjer fortsätter att spridas i landet	142
Säker vård och rättssäker omsorg	143
Bristande dokumentation inom socialtjänsten är fortfarande ett problem	143
Samverkan och kontinuitet	143
Överenskommelser om samverkan med psykiatri är vanligast	143
<i>Vård och omsorg om äldre</i>	<i>145</i>
Aktuell utveckling	146
Fler friska år – men inte mindre hjälpbehov	146
Vilka är de mest sjuka äldre?	147
Fortsatt minskning av antalet äldre i särskilt boende	148
Sverige på internationell mellannivå	149
Kan tillgång till omsorg minska risken för onödig slutenvård?	151
Stor skillnad i funktionstillstånd mellan äldre i särskilt boende och hemtjänst	152
Nya uppgifter om äldres väg genom omsorgen	152
Fler äldre köper privata tjänster	153
Färre anställda – lika mycket arbete	154
Självbestämmande och delaktighet	156

Kunskapsbaserad vård och omsorg	157
Låg utbildningsnivå	158
Geriatrisk och gerontologisk kompetens bör stärkas	159
Är äldreomsorgen kunskapsbaserad?	159
Bättre samverkan i strokerehabilitering och bättre anhörigstöd behövs	160
Fortfarande stora problem i läkemedelsförskrivning till äldre	160
Tillgänglig vård och omsorg om äldre	161
Kortare väntan på särskilt boende	162
Äldre far ofta illa på akutmottagningar	162
Primärvårdens insatser och tillgänglighet bör utvecklas	162
Rättssäker och patientsäker vård och omsorg om äldre	163
Allt för få får beslut om insatser i särskilt boende	163
Rättssäkerheten inom äldreomsorgen har fortfarande brister	164
Riskbedömningar är allt vanligare	165
Ny lex Sarah	165
Fler lex Maria-anmälningar	165
Kompetensen i vårdhygien bör stärkas	166
<i>Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer</i>	167
Ekonomiskt bistånd	167
Biståndsmottagandet ökade något under 2010	168
Biståndsmottagandet bland ensamstående mödrar ökar igen	169
Många biståndsmottagare står utanför sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen	170
Oroande högt biståndsmottagande bland unga	170
Ekonomiskt bistånd kompenserar för hål i välfärdssystemen	171
Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	173
Hemlöshet omfattar numera bredare grupper	173
Fler är hemlösa, trots att färre lever utomhus	174
Fler barnfamiljer har socialtjänsten som hyresvärd	174
Vräkningar av barnfamiljer ökar något	175
Många insatser till hemlösa finns i socialtjänstens statistik	175
Mer kunskap behövs om vissa grupper av hemlösa personer	176
Intresset ökar för metoder som stärker hemlösas delaktighet	176
Samverkan på nationell nivå ökar	176
Kunskapen om effektiva metoder mot hemlöshet har ökat	177
Hemlösa behöver få tillgång till stöd som utgår från deras behov	177
Våld	178
Det dödliga våldet minskar	178
Våldsutsatthet är vanligast bland unga	178
Anmälningar om våld fortsätter att öka	179
Rapportering av våld	179
Skydd och säkerhet för våldsutsatta kvinnor och deras barn behöver utvecklas	180
Internationella metoder skulle kunna översättas till svenska förhållanden	181
Statliga utvecklingsmedel har bidragit till förbättringar	182
Tillsynen konstaterar brister både i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården	183
<i>Ekonomiska analyser</i>	184
Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen 2001–2010	184
Skattefinansierad hälso- och sjukvård är vanligast i Norden	185
Vårdens och omsorgens utgifter ökar	186
Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling 2006–2010	188
Socialtjänstens kostnadsutveckling 2006–2010	190
Kommunernas kostnader ökar för insatser till funktionshindrade	192
Kostnaderna minskar i särskilt boende – färre äldre får plats	195
Allt mer verksamhet köps externt	196
Kostnadsjämförelser mellan olika verksamheter	198
Kostnad per plats i olika boenden	198

Kostnader för boenden kontra öppna insatser	198
Effektivitetsanalyser	199
En modell för effektivitetsanalyser	199
Effektivitetsanalys av strokevården	201
<i>Referenser</i>	203

Sammanfattning

Denna lägesrapport beskriver tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och avsikten är att ge en samlad bedömning av olika verksamhetsområden.

Vi lever längre och intresset för levnadsvanor är stort

Svenskarnas medellivslängd fortsätter att öka och överlevnaden i de stora folkhälsosjukdomarna såsom cancer och hjärt- och kärlsjukdom fortsätter att öka. Däremot löper vissa grupper fortfarande större risk än andra att dö i förtid. Det gäller bland annat personer med exempelvis låg inkomst eller kort utbildning.

Den ökande medellivslängden gör att personer som är 65 år kan förvänta sig fler år med god hälsa, jämfört med personer i jämförbara länder. Perioderna av hjälpberoende och nedsatt funktionsförmåga försvinner dock inte utan skjuts uppåt i åldrarna.

Livslängd och folkhälsa påverkas bland annat av levnadsvanor. Färre personer röker, men i övrigt tycks inte de ohälsosamma levnadsvanorna minska i omfattning. Många personer uppger dock att de vill förändra sina ohälsosamma levnadsvanor och de flesta tycker att det är positivt att dessa diskuteras i samband med vårdbesök.

Bilden av barns och vuxnas tandhälsa är övervägande positiv, men samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper. Också här handlar det om personer med bland annat låg inkomst eller kort utbildning. Även utlandsfödda uppger att de har sämre självskattad tandhälsa än andra.

Valfriheten ökar, men effekterna är ännu oklara

Vårdvalssystemet är infört i hela primärvården, vilket innebär att enskilda personer kan välja vårdenhet. Men det är fortfarande för tidigt att dra några säkra slutsatser av vårdvalssystemets effekter. Samtidigt införs allt fler vårdvalssystem i den öppna specialiserade vården. Mycket tyder på att befolkningen uppskattar valmöjligheterna, men det är viktigt att landstingen också åtgärdar brister som uppmärksammas, exempelvis när det gäller att följa upp de verksamheter som bedrivs. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det också angeläget att landstingen kan ta tillbaka ett tidigare godkännande om en utförare inte lever upp till de kvalitetskrav som ställs. Detta innebär att det måste finnas tydliga kvalitetskriterier inklusive kriterier för medicinska resultat. Det finns även en risk för att valfrihetsreformen försvårar möjligheterna till god vård för vissa grupper som har svårt att söka information, till exempel personer med nedsatt kognitiv förmåga eller de mest sjuka äldre.

Kommunerna är inte på motsvarande sätt skyldiga att införa valfrihetssystem, men Socialstyrelsen har sedan 2008 haft regeringens uppdrag att fördela medel till kommuner som vill utveckla valfrihetssystem inom äldre- och handikappomsorgen. Av landets 290 kommuner har närmare 250 sökt och beviljats sådana medel. Det handlar framför allt om valfrihet inom äldreomsorgen.

Minskade resurser för vissa verksamheter inom vård och omsorg

Under 2000-talet har de sammantagna kostnaderna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ökat med ungefär 20 procent i fasta priser. År 2010 uppgick hälso- och sjukvårdens kostnader till 313,7 miljarder kronor och socialtjänstens kostnader till 151,9 miljarder kronor. Inom vissa områden har kostnaderna ökat marginellt eller till och med minskat. Här följer några exempel:

- Resurserna till specialiserad psykiatrisk vård har ökat, men ytterst lite i jämförelse med andra vårdområden.
- Landstingens kostnader för tandvård har minskat med drygt 2 procent.
- Kostnaden per person i boende för personer med funktionsnedsättning har minskat, vilket kan bero på det blir allt fler personer per boende eller att personaltätheten har minskat.
- Kostnaderna för heldygnsplaceringar av barn och unga har minskat med 6 procent. Även kostnaden per vård dygn har minskat. Minskningen kan ha flera orsaker, till exempel att kommunerna fördelar mindre resurser till hem för vård eller boende (så kallade HVB) än tidigare eller att kommunernas upphandlingar har blivit mer kostnadseffektiva.
- Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre följer samma mönster som tidigare. Kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska, medan kostnaderna för insatser i ordinärt boende ökar.

Bemötande och delaktighet uppmärksammas mer

Bemötandet och den enskildes möjligheter till delaktighet uppmärksammas allt mer både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Detta är en mycket positiv utveckling. Samtidigt visar resultaten i denna rapport att vissa vård- och omsorgsområden behöver förbättras.

Patienter ger höga omdömen på bemötandet inom flera områden av hälso- och sjukvården. Bäst omdöme får den öppna barnsjukvården där cirka 90 procent anser att de har fått ett bra bemötande. Den psykiatriska slutenvården får sämst omdöme, där drygt 50 procent anger att bemötandet är dåligt. Utlandsfödda personer tenderar att skatta bemötandet sämre än andra grupper.

En viktig aspekt på delaktighet inom socialtjänsten är den enskildes möjlighet att vara med och planera insatsernas utformning. Ett verktyg för detta är de genomförandeplaner som handläggaren ska utforma tillsammans med den enskilde. Socialstyrelsens undersökningar visar att de upprättas i alldeles för låg utsträckning. Samtidigt ökar dock socialtjänstens intresse för metoder som syftar till att göra den enskilde mer delaktig. Ett exempel är hemlöshet, där fler sådana metoder både efterfrågas och börjar användas.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ökar. År 2010 hade 65 procent av befolkningen högt förtroende för sjukvården i sitt landsting eller sin region, jämfört med 59 procent året innan. Inom socialtjänsten finns inte motsvarande undersökningar gjorda. Försäkringskassan har undersökt vilken uppfattning personer med funktionsnedsättning har om sina personliga assistenter. Endast var fjärde assistansberättigad känner fullt förtroende för sin assistent. Den enskilde har för det mesta möjlighet att byta assistansanordnare, något som många också har gjort.

Fler vårdskador och missförhållanden identifieras

En viktig del i arbetet för säkrare vård och tryggare socialtjänst handlar om att identifiera och följa upp vårdskador, missförhållanden och klagomål.

Den nya patientsäkerhetslagen främjar patientsäkerhetsarbetet i vården. Både patienter och vårdpersonal anmäler skador i vården i allt högre utsträckning, men det är fortfarande bara en mindre del av alla inträffade skador som anmäls. Socialstyrelsen bedömer därför att flera utmaningar kvarstår. Till exempel bör landstingen arbeta mer med att identifiera och förebygga vårdskador, exempelvis genom strukturerade journalgranskningar. Ett annat utvecklingsområde hittar vi inom tandvården. Där är det stora skillnader i vad som rapporteras som en avvikelse, något som försvårar arbetet med att uppnå en god och säker tandvård.

Många missförhållanden kvarstår inom socialtjänstens verksamheter, även om kommunerna i allt högre grad bedriver ett systematiskt förbättringsarbete. Till exempel har över 90 procent av kommunerna numera rutiner för klagomålshantering på verksamheter som riktar sig till barn och unga. De nya bestämmelserna om lex Sarah tycks ännu inte ha fått genomslag, vilket bland annat kan konstateras genom att anmälningarna till Socialstyrelsen är få. De nya bestämmelserna om lex Sarah tillsammans med den stärkta tillsynen av socialtjänstens verksamheter torde dock förbättra kunskapen om brister och missförhållanden, och därmed göra dem lättare att åtgärda.

Utvidgade satsningar för en mer jämlik hälsa och vård

Under 2011 har arbetet för en jämlik hälsa och vård fortsatt att utvecklas positivt hos flera aktörer, inklusive myndigheter och flera landsting. Men vården är fortfarande ojämlik för flera grupper, till exempel för personer med låg inkomst eller kort utbildning. Det finns också geografiska skillnader, som dock tycks minska. Minskningen sker framför allt inom områden där det länge har funnits rekommendationer, exempelvis de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård och för cancervård. Även öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården bidrar till att minska skillnaderna.

Samtidigt anser Socialstyrelsen att det är viktigt att utveckla metoder för att ta fram mer kunskap om situationen för grupper som ofta hamnar utanför kartläggningar och analyser. Det gäller nationella minoriteter, men också papperslösa, bostadslösa, tunga missbrukare, de mest sjuka äldre och vissa grupper av svårt psykiskt sjuka. De undersökningar som finns tyder på att hälsan många gånger är sämre hos dessa grupper än hos andra och att de inte får den vård de behöver, i motsvarande utsträckning som den övriga befolkningen.

Kompetensen behöver stärkas

Kommuner och landsting anlitar allt mer andra utförare av vård och omsorg. År 2010 köptes verksamhet för totalt 68 miljarder kronor, varav landstingens köp uppgick till 37 miljarder kronor och kommunernas till 31 miljarder kronor. Det handlar framförallt om den specialiserade somatiska vården och primärvården samt äldre- och handikappomsorgen. Socialstyrelsen har gjort flera iakttagelser. Enskilt drivna särskilda boenden för äldre har till exempel lägre personaltäthet och lägre andel arbetsterapeuter och sjukgymnaster än kommunalt drivna verk-

samheter. De enskilt drivna verksamheterna har dock större andel sjuksköterskor och enhetschefer i personalen.

Det finns ett behov av att stärka kompetensen hos personal på HVB. Ett exempel är HVB för personer med missbruk. Personalen på dessa verksamheter har inte alltid den kompetens som krävs. En del personal saknar grundutbildning inom vård och omsorg på lägst gymnasienivå och vissa föreståndare saknar föreskriven högskoleutbildning.

De flesta ensamkommande barn och unga placeras på HVB. Individuella bedömningar om hur verksamheten kan tillgodose den unges behov görs dessvärre bara hälften så ofta som för andra placerade barn. Det är särskilt viktigt att de ensamkommande barnens behov och rättigheter tillgodoses eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen. De befinner sig dessutom i en ny och främmande kultur utan kunskaper i svenska språket.

Behoven av vård och stöd ökar hos vissa grupper

Vårdbehovet hos vissa grupper ökar både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Det handlar både om redan kända grupper men även om nya grupper.

- Andelen unga som vårdas för psykisk ohälsa fortsätter att öka. Det handlar framför allt om att fler flickor vårdas för depression och ångestsjukdomar och att fler unga förskrivs adhd-läkemedel. Samtidigt finns inga analyser som visar om detta handlar om en ökad psykisk ohälsa eller om att en större andel helt enkelt får vård.
- Fler barnfamiljer har socialtjänsten som hyresvärd. Det handlar vanligtvis om andrahandskontrakt till familjer som av olika anledningar är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden. Dessa familjer tycks ofta befinna sig i ekonomiskt utsatta situationer, föräldrarna är ofta ensamstående och många har utländsk bakgrund. Vräkningar av barnfamiljer minskar inte längre, utan tycks öka. Kommunernas vräkningsförebyggande arbete behöver förbättras och barnrättsperspektivet stärkas, särskilt för familjer med upprepade hyreskulder.
- Äldre med riskfyllt alkoholbruk ökar och det tycks särskilt gälla äldre kvinnor. Många av de kvinnor som nu går i pension har andra alkoholvanor jämfört med tidigare generationer. En trolig konsekvens blir en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa ökade och delvis nya krav på insatser från missbruks- och beroendevården.
- Vissa grupper som får ekonomiskt bistånd ökar, till exempel ensamstående mödrar. År 2010 fick 24 procent av denna grupp ekonomiskt bistånd någon gång under året. Även det långvariga biståndsmottagandet bland unga i åldern 18–24 år ökar. År 2010 hade 47 procent av dem som fick ekonomiskt bistånd ett försörjningshinder som hade med arbetslöshet att göra, och 11 procent var i sin tur sjuka och saknade ersättning från sjukförsäkringen eller hade en otillräcklig ersättning.

Inledning

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att årligen redovisa tillståndet och utvecklingen när det gäller:

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

Syfte och mål

Socialstyrelsens ambition är att i lägesrapporten presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rapporten utgör ett underlag för beslutsfattare på nationell nivå men kan vara av intresse även för andra målgrupper.

Rapportens upplägg

Rapporten inleds med ett kapitel om den övergripande utvecklingen inom vård och omsorg. Därefter redovisas fördjupningskapitel, ett för varje verksamhetsområde. Tandvård redovisas i ett separat fördjupningskapitel. Samma sak gäller för missbruksvården och insatser till barn och unga.

Rapporten består framför allt av tidigare publicerat material, som vägs samman i övergripande analyser. Enstaka analyser har gjorts särskilt för denna rapport. Det finns här skäl att peka på att lägesrapporten inte ger någon heltäckande bild av de olika verksamheterna, utan urvalet av vad som rapporteras har ibland begränsats till tillgängliga datakällor. Fördjupningskapitlen är strukturerade efter målen för god hälsa, vård och omsorg. Målen för god vård utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och tandvårdslagen (1985:215), TL och är formulerade i vägledningen för god vård [1].

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

- *Patientfokuserad vård:* Vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och dessa vägs in i de kliniska besluten.
- *Hälso- och sjukvård i rimlig tid:* Ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.
- *Säker hälso- och sjukvård:* Vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård:* Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
- *Jämlik hälso- och sjukvård:* Vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
- *Effektiv hälso- och sjukvård:* Tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

God kvalitet i socialtjänsten innebär följande:

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

Datakällor

Analysen och slutsatserna bygger på flera källor:

- Socialstyrelsens verksamhetstillsyn
- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- pågående uppföljningar, till exempel av den nationella vårdgarantin och psykiatrien samt öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- specialbearbetningar och analyser av nationella enkäter, nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister samt socialtjänstregister
- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper

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

Samverkan i välfärden

I den här lägesrapporten konstaterar Socialstyrelsen att samverkan, kontinuitet och helhetsperspektiv brister inom många områden. Men vi ser också tecken på förbättringar, till exempel genom att fler samverkansavtal eller liknande överenskommelser mellan huvudmän kommer till stånd. Det pågår en utveckling mot att samverkan och samordning i större utsträckning formaliseras via regelverk och föreskrifter. Olika former av finansiella stöd och bidrag bidrar dessutom till denna positiva trend.

Mycket arbete pågår

Det finns en mängd goda exempel på samverkan mellan huvudmän. Ett sådant är samarbetsprojektet Hamnen i Gustavsberg, där socialtjänsten i Värmdö kommun och Stockholms läns landstings vårdcentral Gustavsberg startade en gemensam mottagning i oktober 2008 för barn och unga med psykisk ohälsa i vårdcentralens lokaler. Samarbetet har utvärderats av Socialstyrelsen [1].

Ett annat samverkansprojekt värt att nämna är ”Samling för social hållbarhet”, som består av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), elva kommuner, åtta landsting och regioner samt ett regionförbund. Syftet är att gemensamt kartlägga och komma fram till de viktigaste insatsområdena, åtgärderna och aktörerna som kan påverka att skillnaderna i hälsa minskar. Arbetet sker med utgångspunkt från WHO:s rapport *Closing the Gap* från 2008 (den så kallade Marmotrapporten) [2].

Under senare år har jämlikheten inom vård, omsorg och socialtjänst uppmärksamats allt mer, och numera är det ett av Socialstyrelsens prioriterade mål. Även inom detta område är samverkan och samordning viktigt. I årets lägesrapport behandlar vi ämnet utförligt och presenterar också en serie rekommendationer för olika aktörer. Det handlar bland annat om att Socialstyrelsen avser att ta fram en samlad strategi för en mer jämlik hälsa, vård och omsorg. Det handlar också om att huvudmännen bör arbeta mer strategiskt med tidiga insatser och fokusera på utsatta grupper samt förstärka samverkan och samarbete och satsa på multiprofessionella vårdteam.

I rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* [3] diskuterar Socialstyrelsen vikten av att samverkan mellan kommuner och landsting och regioner förbättras. Vi vill bland annat se samlade och gemensamma folkhälsostراتيجier utarbetade av företrädare för såväl kommuner som landsting och regioner. Vi vill också se utökad samverkan kring till exempel förebyggande av ohälsosamma levnadsvanor.

Det finns ytterligare exempel. Arbetet med en ändamålsenlig och strukturerad information och dokumentation inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att öka integrationen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen föreslog i december 2011 att vi bör få uppdraget att ”ta ansvaret för att samordna och förvalta arbetet med en gemensam informationsstruktur”. Ett sekretariat och en förvaltningsorganisation föreslås vara i funktion från och med 2013. Socialstyrelsen har tidigare haft två uppdrag inom samma område: ”nationell informationsstruktur” samt ”nationellt fackspråk för vård och omsorg” [4]. I regeringens regleringsbrev för Socialstyrelsen för 2012 prioriteras

bland annat insatser för de mest sjuka äldre och ett intensifierat samverkansarbete för barns och ungas psykiska hälsa – två områden som till stor del handlar om samverkan.

Det här är bara ett axplock av allt det som händer just nu kring samverkan, kontinuitet och helhetssyn. Det finns många fler exempel på utvecklings- och förändringsarbete som pågår lokalt, regionalt, nationellt och internationellt.

Vissa grupper är särskilt viktiga att samverka kring

Det finns några områden där det är särskilt viktigt att samverkan fungerar. Det handlar främst om vård och omsorg för personer som av olika skäl har svårt att klara sig på egen hand eller själva föra sin talan, till exempel:

- äldre med vård- och omsorgsbehov, inklusive de mest sjuka äldre
- barn och unga som behöver vård, omsorg och stöd
- multisjuka samt personer med funktionsnedsättning eller med psykisk ohälsa
- personer som har drabbats av sjukdomar eller olycksfall och som behöver rehabilitering, habilitering eller annat stöd efter den akuta medicinska fasen
- personer i behov av missbruks- och beroendevård, personer som är utsatta för våld, hemlösa

Dessutom kräver områden såsom prevention och krisberedskap inom vård och omsorg samordnade insatser från en mängd olika aktörer för att arbetet ska bli framgångsrikt.

Vård och omsorg om äldre

Behovet av samordning, helhetsperspektiv och kontinuitet är tydligt inom äldreområdet. Ju äldre vi blir, desto mer stöd och hjälp behöver vi – och ofta handlar det om olika sorters stöd och insatser från olika utförare. År 2010 behövde omkring 35 000 personer äldre än 65 år omfattande insatser från både vård och omsorg.

En bristande helhetssyn inom vård och omsorg leder till sämre omvårdnad av den enskilde och till ökade kostnader för samhället. Under 2011 kom larmrapporter i medierna om vanvård och dålig kvalitet i vården och omsorgen av främst svårt sjuka äldre. Undermålig samverkan var en av flera orsaker till de brister som beskrevs.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ska kommuner och landsting vid behov upprätta en individuell plan när en person behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Av planen ska bland annat framgå vilka insatser som kommunen respektive landstinget ansvarar för, vilka åtgärder som andra svarar för och om kommunen eller landstinget ska ha det övergripande ansvaret. Syftet är att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, vilka krav som kan ställas på dem och hur ansvaret är fördelat. Patienterna har dessutom sedan den 1 juli 2010 rätt till en fast vårdkontakt [5]. I början av 2011 tillsatte regeringen en särskild äldresamordnare och i slutet av året träffades en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som bland annat innebär att 4,3 miljarder kronor anslås för att bland annat uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting när det gäller de mest sjuka äldre. Pengarna ska även kunna komma enskilda utförare till del [6].

Vård, omsorg och stöd till barn och unga

Barn och unga är en annan grupp som ska prioriteras när det gäller samverkan och kontinuitet. Socialnämnden har en lagstadgad skyldighet att samverka med andra berörda aktörer när det gäller barn och unga. Nämnden ska också aktivt verka för att denna samverkan faktiskt kommer till stånd. Under senare tid har antalet kommuner som träffat olika former av samverkansavtal mellan socialtjänsten och skola och förskola ökat kraftigt, och nu har åtta av tio kommuner sådana avtal. Vi ser också att antalet överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och barnhälsovård har ökat i mer än hälften av kommunerna. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om vård, omsorg och stöd till barn och unga.

Överlag pågår en positiv utveckling när det gäller samverkan kring barn och unga, men det finns fortfarande områden där det kan bli betydligt bättre. Socialstyrelsens tillsyn visar till exempel att det råder oklarheter om vilken huvudman som ansvarar för vad och att det finns stora brister i samverkan mellan olika aktörer vid insatser mot psykisk ohälsa hos barn och unga. Få verksamheter upprättar gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter, och samverkan sker oftast kring enskilda personer och sällan på ett organiserat, övergripande plan [7].

En studie som genomfördes i samarbete mellan Malmö stad, Region Skåne och Socialstyrelsen visar på ”påtagliga brister i den basala hälsovården och omhändertagandet av hälsoproblem” för familjehemsplacerade barn [9]. Orsaken är bland annat dålig kommunikation mellan olika aktörer, det vill säga bristande samverkan. Läs mer i denna rapport i kapitlet om vård, omsorg och stöd till barn och unga.

2009 påpekade de nordiska barnombudsmännen i ett gemensamt uttalande att tandvården har en unik möjlighet att komma i kontakt med i princip alla barn och att tandvårdspersonalen får en god överblick över eventuella skador i mun-, hals- och ansiktsregionen. Barnombudsmännen konstaterar att det är få tandläkare som faktiskt fullgör den anmälningsplikt som tandvården har och att beslutsfattare i de nordiska länderna bör förtydliga denna anmälningsplikt i relevanta planer och policydokument. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om tandvård och tandhälsa.

Multisjuka samt personer med funktionsnedsättning eller med psykisk ohälsa

Multisjuka personer, personer med funktionsnedsättning eller personer med psykisk ohälsa får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer särskilda krav på helhetssyn och samordning. Normalt är också kontinuitet mycket viktigt för dessa grupper, eftersom deras behov ofta kräver långvariga eller permanenta insatser. Socialstyrelsen har under året uppmärksammat flera områden som rör samverkan och samarbete kring personer med till exempel funktionsnedsättning. I denna rapport beskriver vi bland annat att samverkan kring personer med en kombination av syn- och hörselnedsättningar behöver förbättras. Påfallande ofta saknas det också en individuell plan för den enskilde som har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En individuell plan ska tydliggöra för vård- och omsorgstagaren vilka insatser som planeras, vilka krav som kan ställas på dessa och vem som ansvarar för de olika insatserna. Socialstyrelsen granskade via tillsynen 65 personers akter och journaler. För bara 2 av dem fanns det en individuell plan. Här finns det stora förbättringsmöjligheter, något som också har påpekats i ett antal tillsynsärenden

under senare tid. Läs mer om detta i kapitlet om vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Rehabilitering och habilitering

När det handlar om rehabilitering och habilitering är det viktigt med en väl fungerande samverkan mellan olika aktörer. Det kan handla om enskilda yrkesutövare, olika offentliga huvudmän och ideella organisationer eller föreningar. Särskilt viktig är samordningen för personer med stora och långvariga behov av insatser. År 2007 tog Socialstyrelsen fram föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10, reviderades året därpå; SOSFS 2008:20).

Det pågår överlag ett positivt utvecklingsarbete när det gäller samverkan mellan olika former av rehabiliteringsinsatser, men det finns fortfarande brister och behov av förbättringar såväl inom landstingens olika verksamheter som mellan landstingen och kommunernas socialtjänst.

2008 inledde Socialstyrelsen och SKL ett samarbete för att stödja utvecklingen mot en fungerande samverkan mellan kommuner och landsting i habiliterings- och rehabiliteringsverksamheter. Två år senare, i oktober 2010, hade arbetet med gemensamma riktlinjer mellan kommuner och landsting påbörjats i alla landsting utom två [7].

Den så kallade rehabiliteringsgarantin infördes 2008, i första hand för att öka tillgängligheten till medicinsk rehabilitering för personer med långvariga smärtproblem och psykisk ohälsa. Garantin har även medverkat till en förbättrad samverkan mellan till exempel primär- och specialistnivåerna och till att utveckla ett mer teambaserat arbetssätt inom primärvården. Detta har lett till att kontinuitet och samverkan har stärkts. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om hälso- och sjukvård.

Hösten 2011 publicerade Socialstyrelsen en större utvärdering om strokevården som visar att det finns brister när det gäller samverkan [8]. Det handlar till exempel om oklarheter kring vem som har ansvaret för rehabilitering efter en stroke. Nästan hälften av kommunerna saknar rutiner för att samordna rehabiliteringen med landstinget. Nästan var tredje kommun saknar en formell samverkansplan med landstinget när det gäller strokevården.

Missbruks- och beroendevården, hemlöshet

Den statliga Missbruksutredningen lämnade sitt betänkande 2011 [9]. Där föreslås att ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstingen ska tydliggöras. Syftet är bland annat att förbättra vård- och stödprocessen för den enskilde och att öka vårdens effektivitet. Socialstyrelsen har genomfört en omfattande tillsyn av missbruks- och beroendevården [10]. Granskningen visar bland annat att inom hälso- och sjukvården har primärvården och den specialiserade beroendevården ofta svårt att samverka, särskilt när beroendevården bedrivs vid psykiatriska kliniker. Däremot fungerar det oftast bra med integrerade mottagningar som erbjuder både hälso- och sjukvård och socialtjänst. De kan ge samtidiga insatser till personer som behöver det och har oftast ett brett utbud av stöd- och behandlingsinsatser. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om missbruks- och beroendevården.

Insatser mot hemlöshet, stöd till våldsutsatta, tidiga insatser av olika slag, prevention och livsstilsrelaterat förändringsarbete, beredskap för kriser. Listan på olika områden inom välfärdstjänsterna där samverkan, kontinuitet och hel-

hetsperspektiv är väsentliga inslag kan göras lång. Några av dessa områden berörs direkt eller indirekt i den här lägesrapporten, medan andra faller utanför rapportens ram. Och kanske är det just det som är en av svårigheterna när det gäller att få samverkan att fungera: att det ofta kräver att verksamheterna och personalen måste se utanför sin egen ram. Det kan handla om det egna, yrkesrelaterade perspektivet, sin organisations budget eller andra formella eller informella ramar som finns.

Samverkan och ökad valfrihet – en motsättning?

Vi har i dag en helt annan mångfald av leverantörer av välfärdstjänster jämfört med tidigare. Under 2000-talet ökade kommunernas och landstingens inköp från privata företag, inklusive ideella föreningar och stiftelser, med omkring 20 procent. Det gäller för såväl omsorgs- som hälso- och sjukvårdstjänster. I genomsnitt gick 17 procent av kommunernas och landstingens kostnader för olika former av välfärdstjänster år 2010 till privata aktörer.

Antalet privata företag som verkar inom området ”social service” (omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg) femdubblades mellan 1995 och 2005. Antalet sysselsatta i privata företag inom sektorn ökade under samma period med 112 procent [11].

Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla landsting och regioner att ha ett valfrihetssystem, det vill säga vårdval enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) inom primärvården.

Syftet är bland annat att vårdvalet ska ge bättre förutsättningar för att utgå ifrån patienten och dennes perspektiv. Region Halland betonar till exempel att bandet mellan vårdenhet och invånare är det centrala och regionen eftersträvar multidisciplinära team och som följd större vårdenheter. Stockholms läns landsting har valt en annan väg. Där har landstinget infört vårdval för olika vårdsektorer inom primärvården, till exempel barnhälsovård och läkarinsatser i särskilt boende. Stockholm är också det landsting som har infört flest vårdval inom den öppna specialistvården, totalt 15 områden. Ytterligare 8 är beslutade och några till utreds.

En mer fragmenterad vård och införandet av fler valfrihetssystem understryker behovet av stöd till patienter i deras kontakter med hälso- och sjukvården för att få en sammanhållen vårdkedja. Ett sätt att stödja patienterna är i form av en fast vårdkontakt. I hälso- och sjukvårdslagen gjordes tillägg den 1 juli 2010 om bland annat fast vårdkontakt. Bestämmelsen tydliggör verksamhetschefens ansvar för samordning av patienternas hela vårdssituation. Eftersom ansvaret ligger på en mer övergripande verksamhetsnivå, skapas bättre förutsättningar för att samordna vården även utanför den enskilde läkarens specialitet. Socialstyrelsen kommer att följa upp tillämpningen och effekterna av förändringarna i lagen under 2012.

Kommunerna är inte på samma sätt skyldiga att införa valfrihetssystem, men för att stimulera kommunerna har Socialstyrelsen sedan 2008 haft regeringens uppdrag att fördela medel till kommuner som vill utveckla valfrihetssystem inom den äldre- och handikappomsorg som regleras i SoL och i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Även den ideella sektorns insatser inom både omsorg och vård ökar. Nästan var tionde vuxen svensk gör någon form av social insats på ideell basis och bidrar på så sätt till att komplettera de välfärdstjänster som utförs professionellt – antingen av offentliga sektorn eller av privata företag [12].

Vi har alltså gått från en jämförelsevis sammanhållen välfärdssektor, där det offentliga inte bara finansierade i stort sett alla tjänster utan också utförde dem, till en betydligt mer komplex bild där alternativa utförare numera är betydligt vanligare än förr. Vår valfrihet har ökat kraftigt. Samtidigt har det till exempel blivit betydligt vanligare med upphandlade entreprenader med tidsbegränsade avtal.

Frågan är hur samverkan, helhetsperspektiv och kontinuitet påverkas av den här utvecklingen. Socialstyrelsen har publicerat en uppföljning (delrapport) av LOV ur ett patient- och befolkningsperspektiv men påpekar bland annat att det har gått kort tid sedan lagen infördes och att erfarenheterna därför ännu är begränsade. Det är svårt att dra några definitiva slutsatser när det gäller möjligheterna till samverkan och kontinuitet, men uppföljningen visar att valfrihetssystemen inte alltid gynnar kontinuiteten och att när fler utförare anlitas för insatserna ökar risken för splittring. En slutrapport om LOV ur ett patient- och befolkningsperspektiv ska redovisas i början av 2012.

Det finns också farhågor om att ökade valmöjligheter medför att människor måste ta ett större eget ansvar för samordning av vård- och omsorgsinsatser som involverar flera parter eller att den enskilda personen i större utsträckning måste ta initiativ till återbesök eller efterkontroller. Detta kan vara särskilt svårt för personer som av olika skäl har svårt att bevaka sina intressen – såsom multisjuka, personer med nedsatt kognitiv förmåga eller de mest sjuka äldre. Det framhåller bland annat utredningen om patientens rätt i sitt slutbetänkande *Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård* (SOU 2009:84) [5,13].

Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har till exempel påtalat att det saknas incitament som främjar vårdprocessen i gränssnitten mellan utförare. Vården av äldre med sammansatta behov styrs inte utifrån en helhetssyn. Vården blir fragmenterad och det saknas en sammanhållande funktion för de äldre vård [14].

Varför är det så svårt?

Organisation, kultur, ekonomi, regelverk och styrning är de viktigaste förklaringsarna till varför samverkan inom välfärdsområdet fungerar – eller inte fungerar. En uppdelning i sektorer och organisationer leder i princip alltid till en diversifiering. Sektorena utvecklar sina egna traditioner, kulturer, språk och strukturer. Den enkla formeln lyder så här: Med högre grad av sektorisering blir det svårare att samverka, och då ställs högre krav på aktiva insatser, planering och överenskommelser för att få igång en fungerande samverkan.

Men bristande samverkan handlar inte enbart om organisation och kultur. Forskaren Cecilia Lindholm på Företagsekonomiska institutionen vid Uppsala universitet har tittat närmare på samverkan inom vård och omsorg. Hennes slutsats är att det viktigaste skälet till bristande samverkan är ekonomi; trots lagstiftning och politiska beslut som proklamerar vikten av samverkan, håller huvudmännen hårt i sina egna pengar när det kommer till kritan. Det finns inga finansiella incitament för långsiktighet och helhetsperspektiv [15].

Samma slutsats – att de ekonomiska incitamenten är felaktiga eller icke existerande – har dragits i många andra analyser av misslyckade samverkansinsatser. Snäva budgetar och stuprörsorganisationer gynnar inte helhetsperspektiv, långsiktighet och samordning [16].

Regelverk, styrning och ledning brukar också tas upp som avgörande faktorer när det gäller samverkan. Eftersom samverkan inom välfärdstjänsterna ofta

handlar om flera aktörers gemensamma insatser kring en individ eller kring en grupp av personer som behöver stöd, är det logiskt att det inte automatiskt finns en styrnings- eller ledningsfunktion som är övergripande ansvarig.

I vissa fall skapar aktörerna en sådan samverkansfunktion tillsammans, till exempel genom frivilliga överenskommelser eller till följd av tvingande lagstiftning. Det kan handla om samverkansavtal, olika helhetslösningar med en huvudman samt projekt över huvudmannaskapsgränserna.

Vid sidan av överenskommelser, regelverk eller aktiv styrning, bygger fortfarande samverkan och samarbete mellan huvudmän ofta på enskilda personers eller personalgruppers initiativ och drivkraft. Även om detta ofta kan fungera bra för den enskilda brukaren eller patienten för stunden, är risken stor att kontinuitet och kvalitet försämras kraftigt när personalförhållandena förändras.

Behovet av samverkan fortsätter att öka

Behovet av ökad integration inom välfärdsområdet är en tydlig trend som har många orsaker. Det är också tydligt att behovet av samverkan, kontinuitet och helhetsperspektiv blir större i framtiden.

Behovet av fungerande och effektiv samverkan kommer att öka, inte minst på grund av att antalet äldre med vård- och omsorgsbehov blir allt högre, men också för att vi – medborgare, brukare, patienter, klienter och anhöriga – i allt högre utsträckning kräver att insatser inom vård, omsorg och socialtjänst fungerar, håller hög kvalitet, ger goda resultat, är effektiva och placerar människan i centrum. Möjligheterna till framgångsrika – men dyra – behandlingar ökar i takt med utvecklingen inom vård och omsorg. Våra resurser för insatserna kommer inte att öka i motsvarande grad.

Socialstyrelsen konstaterar också att samhället är komplext och alltmer specialiserat och att antalet aktörer inom välfärdsområdet har ökat kraftigt det senaste decenniet.

Rapporten ”Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem” (delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning, SOU 2011:65) tecknar fem områden med stort förändringstryck inom vård och omsorg de närmaste 10–15 åren [17]:

- resursutmaningen
- internationaliseringen
- kunskaps- och IT-utvecklingen
- patienter och brukare kan och vill ha mer makt över sin egen vård och omsorg
- ökad mångfald i produktion och finansiering.

Inom samtliga dessa förändringsområden finns några begrepp som ständigt återkommer: samverkan och samordning. Ett genomgående tema i den diskussionen, åtminstone att döma av delbetänkandet, är att statens samordningsroll och -ansvar kommer att öka. Samma tongångar kommer även från andra håll, till exempel från patientorganisationer och i samband med debatten om hur vården och omsorgen ska bli mer jämlik och likvärdig i hela landet. Det kan handla om fler nationella strategier, riktlinjer och saksamordnare, men även om att få lokala och regionala utförare att förbättra samverkan genom till exempel lagändringar, styrda statsbidrag, skärpt tillsyn, uppföljningar och fler öppna jämförelser.

Hälso- och sjukvård

Sammanfattande iakttagelser

- Medellivslängden och överlevnaden i de stora folksjukdomarna som cancer och hjärt- och kärlsjukdom fortsätter att öka. Däremot minskar inte de sociala skillnaderna i förtida död. De socialt betingade skillnaderna är betydligt större än de regionala.
- Antalet läkarbesök i primärvården fortsätter att öka. Ökningen beror bland annat på de satsningar som har gjorts för att förbättra tillgängligheten i primärvården och den styrning som har gjorts för att patienterna i första hand ska vända sig till primärvården.
- Socialstyrelsens prognos visar att genom den ökande utbildningskapaciteten för läkare och med en fortsatt hög invandringsnivå kan tillgången på läkare förväntas öka fram till år 2025.
- Tillgängligheten och bemötande i vården fortsätter att förbättras, men samtidigt finns problem med tillgänglighet för utsatta grupper såsom personer med funktionsnedsättning och psykisk ohälsa. Under 2011 har arbetet för en jämlik hälsa och vård intensifierats hos flera aktörer, inklusive andra myndigheter och flera landsting.
- Socialstyrelsen bedömer att den nya patientsäkerhetslagen har främjat patientsäkerhetsarbetet i vården. Vårdskador anmäls i ökad utsträckning, men betydande utmaningar kvarstår.
- I en aktuell OECD-rapport framstår det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som effektivt. Samtidigt har Sverige fler läkare och sjuksköterskor per invånare än OECD-snittet, medan antalet besök per invånare är lägre.

I kapitlet om hälso- och sjukvård beskriver Socialstyrelsen den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för god vård. Inledningsvis belyser vi den aktuella utvecklingen inom några vårdområden. Därefter beskriver vi den övergripande utvecklingen inom de olika områdena för god vård. Beskrivningen fokuserar framför allt på nationella resultat och endast i mindre utsträckning på regionala skillnader. De regionala skillnaderna redovisas i stället i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* [1]. Skillnader mellan olika grupper i vård och behandling beskrivs mer utförligt i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården* [2].

Hälso- och sjukvård som rör barn och unga, äldre, funktionshindrade och personer med missbruk beskrivs i särskilda kapitel.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av folkhälsa och hälsofrämjande åtgärder. Även vårdvalssystemet, tillgången till vårdpersonal samt utvecklingen inom läkemedelsområdet berörs. I slutet av avsnittet sammanfattar vi utvecklingen inom fyra olika vårdområden: cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdomar, diabetesvård samt psykiatrisk vård.

Livslängden ökar, och färre röker men fetman ökar

Medellivslängden i Sverige fortsätter att öka, och år 2010 var den 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män [3]. Ökningen beror på att dödligheten i de flesta sjukdomar fortsätter att minska [4]. Folkhälsans utveckling i övrigt beskrivs i årsrapporten för folkhälsa som publiceras i mars 2012.

Flera av folksjukdomarna kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor [5]. Exempelvis kan 80 procent av all kranskärslssjukdom och stroke förebyggas liksom 30 procent av all cancer [6,7]. Personer som inte röker men som äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiva och har en måttlig alkoholkonsumtion lever i genomsnitt 14 år längre än dem som har ohälsosamma levnadsvanor.

I Sverige rökte 13 procent år 2010 och denna andel har långsamt minskat sedan 2004 [8]. För de övriga levnadsvanorna ses ingen förändring under åren 2004–2010, utan cirka 13 procent har ett riskbruk av alkohol, 14 procent har en stillasittande fritid och 26 procent äter för lite frukt och grönsaker. Andelen överviktiga har inte heller förändrats och är cirka 35 procent. Däremot har andelen med fetma ökat till cirka 14 procent och ökningen gäller båda könen. Män äter mindre frukt och grönt än kvinnor och dricker mer alkohol. Fler män än kvinnor är också överviktiga. Däremot röker kvinnor mer och är mindre fysiskt aktiva än män. Uppgifterna kommer från den nationella folkhälsoenkäten som riktar sig till vuxna personer i åldern 16–84 år.

Många personer med ohälsosamma levnadsvanor vill förändra sina levnadsvanor och flera anser sig behöva stöd för att göra det [9]. Andelen som vill ha stöd är en tredjedel bland dagliga rökare och personer med låg fysisk aktivitet. Andelen är lägre bland personer med lågt intag av frukt och grönsaker samt personer som har ett riskbruk av alkohol, 6–7 procent.

Vården tar oftast upp motionsvanor

Hur vanligt är det då att levnadsvanor diskuteras i samband med besök i vården? I de nationella patientenkäterna 2009 och 2010 ställdes frågor om detta till patienter som hade besökt primärvården, och resultaten är lika för de båda åren. Vanligast är att motionsvanor diskuteras (22–23 procent) och därefter kommer matvanor (16–17 procent), tobaksvanor (15 procent) och sist alkoholvanor (9 procent) [10,11].

Enligt Vårdbarometerns undersökning år 2010 instämmer 74 procent av patienterna helt eller delvis i att det är positivt att läkare eller annan vårdpersonal tar upp levnadsvanor [12]. Dessutom anser 71 procent att sjukvården ska kräva att patienterna ändrar sina levnadsvanor i stället för att skriva ut läkemedel, i de fall där motion och bättre kostvanor ger lika bra eller bättre effekt än läkemedel.

Riktlinjer ska stödja det sjukdomsförebyggande arbetet

I november 2011 publicerade Socialstyrelsen slutversionen av *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [5]. Riktlinjerna innehåller metoder för att sjukvården ska kunna stödja människor att förändra ohälsosamma levnadsvanor och omfattar tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har fått ett positivt mottagande i alla landsting. Landstingen har också varit angelägna om att börja använda metoderna och de tillhörande indikatorerna för uppföljning. I landstingen är det för närvarande vanligare med åtgärder som gäller tobaksbruk, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet än åtgärder som gäller ohälsosamma matvanor. För ohälsosamma matvanor är det dessutom särskilt stor

skillnad mellan dagens praxis i landstingen och riktlinjernas rekommendationer, framför allt inom primärvården. Det finns färre uppgifter om specialistsjukvårdens roll i det sjukdomsförebyggande arbetet.

Sjukvården arbetar med att främja fysisk aktivitet exempelvis genom att förskriva fysisk aktivitet på recept. Uppgifter från Folkhälsoinstitutet visar att antalet sådana recept fördubblades under åren 2007–2010 [13].

Under 2011 gav regeringen Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag för att stödja införandet av riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården [14]. Stödet ska särskilt gälla att sprida kännedom om riktlinjerna, stödja metodutveckling inom det förebyggande arbetet, skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper och säkerställa datatillgången för uppföljningar av riktlinjerna. Socialstyrelsen har under 2011 bland annat gett bidrag till Svenska Läkaresällskapet och Svensk Sjuksköterskeförening för att sprida kännedom om riktlinjerna och förankra ett ändrat arbetssätt hos sina medlemmar.

Socialstyrelsens arbete med att stödja införandet av riktlinjerna kommer att pågå till och med 2014, och under 2012 påbörjar vi också arbetet med att följa upp riktlinjerna. Dessutom har vi i uppdrag att utveckla och redovisa öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

Hälsofrämjande nätverk driver på utvecklingen

Det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) bildades 1996 och är en del av ett internationellt nätverk som WHO har initierat. Målet är att göra hälso- och sjukvården mer hälsoorienterad. Antalet medlemmar har stadigt ökat och i nätverket finns nu både landsting (13 stycken), privata vårdgivare, sjukhus (cirka 75 stycken) och andra vårdorganisationer.

Nätverket har tagit fram olika material för att stödja både patienterna och vårdpersonalen i arbetet med att förbättra levnadsvanor [15]. Under 2011 har nätverket tagit fram och genomfört

- patientbroschyrer med enkla självtest, rekommendationer, enkla råd och tips samt hänvisningar om var patienten kan få mer information eller stöd kring alkohol, tobak, fysisk aktivitet och matvanor
- en inspirationsfilm för att motivera och engagera läkare och övrig vårdpersonal att ta upp levnadsvanor i patientmötet
- en webbsida om matvanor som utifrån aktuell forskning visar vilka råd vårdpersonalen bör ge samt hur dessa råd ges på bästa sätt [15]
- informationsspridning för att stödja vården att arbeta för tobaksfrihet hos patienter i samband med operation – ett arbete som nätverket har gjort tillsammans med flera aktörer
- en inventering av de avtal och uppdrag som finns om vårdens arbete med levnadsvanor, för att ge en övergripande bild och ge förslag på hur uppdragen och avtalen kan formuleras så att beställaren eller uppdragsgivaren kan följa upp måluppfyllelsen.

HFS-nätverket har under cirka tio års tid följt upp sin verksamhet genom att årligen publicera indikatorer som gör det möjligt att jämföra olika medlemmar. Uppföljningarna visar att medlemmarnas arbete har utvecklats mest när det gäller tobaksprevention och fysisk aktivitet. Dessutom är det betydligt fler verksamheter inom de organisationer som blev medlemmar före 2005 som arbetar med systematiska rutiner jämfört med dem som blev medlemmar efter 2005.

Med systematiska rutiner menas att de till exempel har preventiva program för olika levnadsvanor.

Bland dem som blev medlemmar före år 2005 har mer än hälften av verksamheterna systematiska rutiner för tobaksprevention och för fysisk aktivitet. För området riskbruk av alkohol anger däremot bara en tredjedel att mer än hälften av klinikerna och verksamheterna tillämpar systematiska rutiner. Ytterligare något färre kliniker och verksamheter har systematiska rutiner i arbetet för hälsosammare matvanor. Även här har de äldre medlemmarna kommit längre än de med kortare medlemskap.

HFS-nätverket arbetar också för att utveckla hälsofrämjande insatser, det vill säga empowerment-inriktade insatser som ska öka patientens kraft och tillit till sin egen förmåga. Dessa insatser kan exempelvis ges via patientskolor och i det enskilda mötet med patienten. Hos cirka 80 procent av de äldre medlemmarna är det mer än hälften av verksamheterna som har sådana metoder. Organisationer med kortare medlemskap redovisar lägre aktivitet inom detta område. Nätverket har under de senaste åren tagit fram ett webbaserat utbildningsmaterial om det hälsofrämjande mötet, med korta filmsekvenser som ska stödja vårdpersonalen att utveckla ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Under åren 2009–2011 har tio medlemsorganisationer (sjukhus eller landsting) parvis granskat varandras styrning och ledning. Erfarenheterna från dessa kollegiala granskningar visar att styrning och ledning har en stor betydelse för att skapa förändring, och Östergötlands och Västerbottens ömsesidiga granskning ledde exempelvis till att båda landstingen genomförde flera hälsoinriktade förändringsarbeten. Granskningarna handlar särskilt om hur man formulerar avtal så att de blir tydligare och underlättar ömsesidig förståelse av uppdragen. Medlemsorganisationerna vill genom detta säkerställa att vårdgivarna, både landstingens egna och de privata vårdgivarna, arbetar med förbättringsprocesser utifrån en hälsofrämjande värdegrund.

Vårdvalen blir allt fler

Sedan 1 januari 2010 har alla landsting vårdval i primärvården, i enlighet med riksdagens beslut (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09:SoU9, rskr. 2008/09:172), och allt fler landsting inför även vårdval i den öppna specialiserade sjukvården.

Det är fortfarande svårt att dra några säkra slutsatser av vårdvalssystemens effekter i primärvården. Trots det införs flera vårdvalssystem även i den öppna specialiserade vården i ganska snabb takt, särskilt i Stockholms läns landsting. Mycket tyder på att befolkningen uppskattar valmöjligheten, men det är angeläget att landstingen också åtgärdar brister som uppmärksammas. Det gäller särskilt de kvalitetskrav som ställs på utförarna och hur dessa krav följs upp [16]. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det också angeläget att landstinget kan ta tillbaka ett tidigare godkännande om en utförare inte lever upp till de kvalitetskrav som ställs. Detta innebär att det måste finnas tydliga kvalitetskriterier inklusive kriterier för medicinska resultat.

Primärvården

Landstingen har formulerat det övergripande målet för vårdvalet på något olika sätt i sina förfrågningsunderlag, men alla framhåller

- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- ökad tillgänglighet
- att patienternas och invånarnas behov ska vara styrande för verksamheten

- att vårdenheten ska medverka till en samordnad eller sammanhållen vårdprocess

De flesta landsting har också en uttalad ambition att öka andelen öppenvård inom ramen för sina vårdvalssystem (täckningsgrad). Region Halland har till exempel målsättningen att minst 80 procent av all öppenvård ska ske inom primärvårdens vårdenheter. Bandet mellan vårdenhet och invånare är det centrala och regionen eftersträvar multidisciplinära team och vårdenheter. Framför allt Stockholm har valt en annan väg med egna vårdval för verksamheter såsom barnhälsovård och läkarinsatser i särskilt boende med flera.

De landsting som innan riksdagens beslut inte hade förberett vårdvalsreformen har haft ganska kort tid på sig att utforma och planera för vårdvalets införande. Dessa landsting befinner sig fortfarande i en utvecklingsfas när det gäller att finna former för styrning och uppföljning. Landstingen har alltså olika lång erfarenhet av vårdval i primärvården, men under 2011 har de flesta arbetat med att utveckla delar av sina system. Arbetet har bland annat handlat om att

- ta fram indikatorer för att bedöma måluppfyllelse
- följa upp verksamhetens prestationer, kvalitet och effekter
- utforma ersättningsmodeller med mer målrelaterad ersättning
- anpassa sin IT-miljö och sina e-tjänster till den nationella IT-strategin.

Några landsting har sett över innehållet i och omfattningen av grundåtagandet respektive tilläggsuppgifterna. Landstingen har då också övervägt om olika tilläggsuppgifter kan och bör göras om till egna vårdval.

Bemötande och tillgänglighet har på motsvarande sätt som före vårdvalet fortsatt att utvecklas positivt. En del vårdcentraler har till exempel kvällsmottagningar för att befolkningen lättare ska kunna uppsöka primärvården. Men det finns knappast några exempel på innovationer som har påverkat primärvårdens innehåll och inriktning. Ännu går det heller inte att bedöma om vårdvalet som sådant har bidragit till att förbättra kvaliteten i primärvården. De flesta människor tycks uppskatta möjligheten att fritt välja vårdcentral, men omvalen är få. På grund av brister i informationen är det också svårt att göra välinformerade val.

Öppen specialistvård

Vid en kartläggning våren 2011 hade hälften av landstingen infört eller planerade att införa vårdval inom andra områden än de som omfattas av vårdvalet i primärvården, se tabell 3:1 [17].

Ett exempel är Stockholms läns landsting som vill förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet genom att införa etableringsfrihet och på så sätt öka antalet vårdgivare. Det är också i Stockholm som flest vårdvalssystem i den öppna specialiserade vården har införts. Hösten 2011 fanns vårdvalssystem inom 15 olika områden, med beslut om att inrätta ytterligare 8 vid ingången till 2012. För ytterligare några områden utreds förutsättningarna för att införa vårdval.

Tabell 3:1. Antal inrättade¹ valfrihetssystem per landsting, med beslut att inrätta fler valfrihetssystem samt pågående utredningar om förutsättningarna för vårdval inom fler områden, april–maj 2011

Landsting	Antal inrättade valfrihetssystem	Beslut om ytterligare valfrihetssystem	Utredning om ytterligare valfrihetssystem
Stockholm	15 ²	Ja	Ja
Uppsala	9	Ja	Ja
Skåne	6	Ja	Nej
Norrköping ³	4	Nej	Nej
Kalmar	2	Nej	Ja
Sörmland	2	Nej	Nej
Östergötland	2	Nej	Nej
Halland	1	Ja	Ja
Jönköping	1	Nej	Ja
Kronoberg	1	Nej	Ja
Värmland	1	Nej	Ja
Gotland	1	Nej	Nej
Blekinge	1	Nej	Nej
Västra Götaland	1	Nej	Nej
Örebro	1	Nej	Nej
Västmanland	1	Nej	Nej
Dalarna	1	Nej	Nej
Gävleborg	1	Nej	Nej
Västernorrland	1	Nej	Nej
Jämtland	1	Nej	Nej
Västerbotten	1	Nej	Nej
Norrbotten	1	Nej	Nej

¹ Med inrättade valfrihetssystem avses valfrihetssystem för vilket ett landsting har publicerat ett förfrågningsunderlag.

² Antalet har justerats med hänsyn till att ett av de publicerade vårdvalssystemen som infördes i oktober 2011 kommer att ersätta ett annat befintligt vårdvalssystem.

³ Tiohundraprojektet i Norrköping kommun.

Källa: Konkurrensverket 2011 [17].

Även Landstinget i Uppsala län och Region Skåne har relativt många vårdvalssystem, nio respektive sex stycken. I dag är det 15 landsting som saknar vårdvalssystem utöver vårdvalet i primärvården, och av dem är det 4 som överväger att införa sådana system. Vilka områden som omfattas varierar mellan landstingen. I flera fall gäller det verksamheter som inom andra landsting ingår i uppdraget för det obligatoriska vårdvalet inom primärvården, till exempel barnhälsovården.

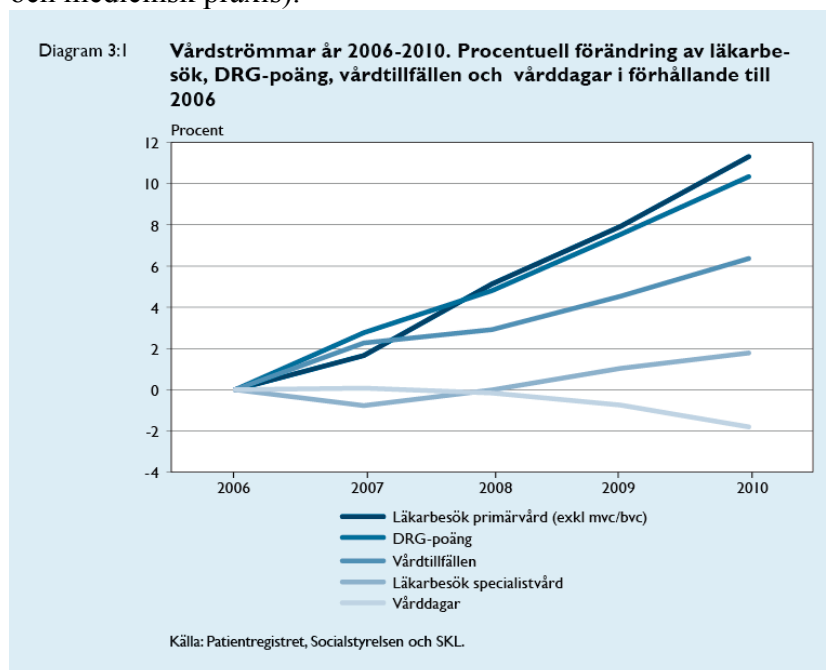
Patienter på sjukhus är allt sjukare

Antalet läkarbesök i primärvården fortsätter att öka. Även läkarbesöken i specialistvården ökar, men endast marginellt. Denna utveckling tyder på att primärvården tar emot allt fler patienter, vilket sannolikt delvis beror på satsningarna för att förbättra tillgängligheten i primärvården och på styrningen för att patienterna i första hand ska vända sig till primärvården.

I den specialiserade slutenvården ökar antalet vårdtillfällen, men vårddagarna blir färre. Detta betyder att fler tas in på sjukhus men att de vårdas under kortare tid. Det kan också handla om att samma personer blir inskrivna flera gånger under året men stannar kortare tid vid varje tillfälle.

DRG-poängen ökar mer än antalet vårdtillfällen, se diagram 3:1. Det tyder på att de som vårdas på sjukhus är sjukare och har ett större vårdbehov än tidigare.

DRG-poäng är ett mått för att uppskatta vårdtyngden (patienternas sjuklighet och medicinsk praxis).

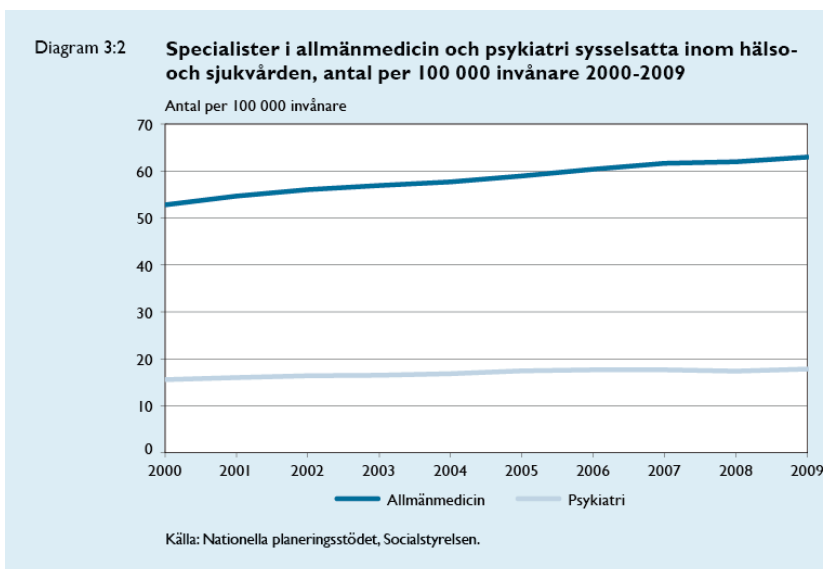


Fortsatt efterfrågan på läkare

Tillgången på sjuksköterskor, barnmorskor och läkare fortsätter att öka, och den största ökningen under perioden 1995–2009 gäller läkare. Specialistsjuksköterskor är den enda gruppen som minskar. Detta visar de senaste uppgifterna över sysselsättningen för hälso- och sjukvårdspersonal från november 2009 [18].

Landstingen besvarar årligen en enkät från Socialstyrelsen om tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal. Den senaste enkäten är från hösten 2011. När det gäller sjuksköterskor uppgav en majoritet av landstingen att arbetsmarknaden är i balans. 20 av 21 landsting menade att de har svårt att rekrytera en eller flera sorters specialistsjuksköterskor. Särskilt nämndes specialist-sjuksköterskor inom operation och psykiatri. För barnmorskor svarade ungefär hälften av landstingen att det råder balans, medan den andra hälften har större efterfrågan än tillgång. Efterfrågan överstiger fortfarande tillgången när det gäller läkare, framför allt specialistläkare inom psykiatri, allmänmedicin och medicinsk radiologi.

Landstingen har under flera år framhållit svårigheterna med att rekrytera både ST-läkare och specialister inom allmänmedicin och psykiatri. I diagram 3:2 visas utvecklingen av antalet specialister i allmänmedicin och i psykiatri inom hälso- och sjukvården under de senaste tio åren per 100 000 invånare. Både antalet psykiatriker och antalet allmänläkare per 100 000 invånare ökade procentuellt och ungefär lika mycket under åren 1995–2009, en ökning på omkring 30 procent, medan ökningen räknat i antal per 100 000 invånare var större i allmänläkarkåren. Inom både psykiatri och allmänmedicin visar statistiken att fler fortsätter att arbeta trots att de har uppnått pensionsåldern 65 år, vilket bidrar till en ökande tillgång.



Landstingen har arbetat med olika åtgärder och projekt för att komma tillrätta med svårigheterna och rekryterar till exempel delvis från utlandet. Flera landsting ser också över sina produktionsprocesser för att se om personalen används på rätt sätt. Det finns gemensamma handledarutbildningar, och kliniska utbildningsavdelningar jobbar för att öka samverkan mellan olika yrkesgrupper. Landstingen ser över behandlingslinjer och allt fler går över till att arbeta enligt ”Lean” (en filosofi om hur en verksamhet kan effektiviseras).

På senare år har en ökning skett av antalet svenskfödda läkare som har erhållit sin utbildning i ett annat land och sedan återvänt till Sverige. Läkarutbildningen i Sverige har dock fått fler platser under de senaste åren och kommer att utökas med ytterligare 50 platser hösten 2012 [19].

Socialstyrelsens senaste prognos visar att med denna ökande utbildningskapacitet och med en fortsatt hög nettoinvandring på omkring 500 läkare per år kan tillgången på läkare förväntas öka fram till år 2025, med 29 procent [20]. Detta kan jämföras med att tillgången på läkare i hälso- och sjukvården ökade med 39 procent under åren 1995–2009.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen minskade

Sedan 2003 bedömer Socialstyrelsen årligen hur kostnaden för läkemedelsförmånen förändras. Det främsta syftet med dessa analyser är att ta fram underlag som kan användas i arbetet med att göra läkemedelsanvändningen mer rationell och kostnadseffektiv [21].

År 2010 minskade kostnaderna för läkemedelsförmånen med 0,1 procent. Under de senaste 20 åren har det bara hänt en gång tidigare att samhällets kostnader för receptförskrivna läkemedel har minskat.

Kostnadsutvecklingen beror till stor del på effekterna av patentutgångar och den prispress som uppstår när generiska läkemedel (kopior av ett originalläkemedel) introduceras på marknaden. Kostnadsminskningen beror även på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) genomgångar av vilka läkemedel som ska subventioneras. Ytterligare en faktor är den låga volymökningen, det vill säga ökningen av mängden försålda läkemedel. Dessutom var den kostnadsdrivande effekt som beror på introduktionen av nya läkemedel förhållandevis måttlig år 2010.

För att genomgångarna ska få fullt genomslag krävs att landets förskrivare följer TLV:s beslut om begränsad subvention. TLV och landstingen samarbetar därför i syfte att förbättra följsamheten till subventionsbesluten. Detta samarbete och andra initiativ på landstingsnivå (från exempelvis läkemedelskommittéer och läkemedelsenheter) är ett viktigt led i försöken att komma fram till en effektivare läkemedelsförskrivning.

Längre väntan på förskrivna läkemedel efter omregleringen

Den 1 januari 2010 omreglerades apoteksmarknaden och under 2010 öppnade ett hundratal nya apotek. I slutet av året fanns 1 150 apotek och den 31 oktober 2011 fanns drygt 1 300 stycken enligt uppgifter från Läkemedelsverket.

Konsumentverket har under 2011 följt upp befolkningens bedömning av den omreglerade apoteksmarknaden [22]. Motsvarande undersökning genomfördes även år 2008, före omregleringen. Tillgängligheten uppges ha blivit bättre i vissa avseenden, med kortare restid till närmaste apotek och bättre öppettider. Samtidigt har tillgängligheten försämrats eftersom dubbelt så många personer uppger att de har fått vänta mer än 24 timmar på att få ett förskrivet läkemedel jämfört med före omregleringen. Fler uppger också att det förskrivna läkemedlet inte fanns i sortimentet. Synen på olika aspekter av apotekslokalerna har också försämrats.

Dessutom anser konsumenterna att apotekspersonalens kunnande är markant sämre än tidigare när det gäller sådan information och rådgivning som ges av personal med farmaceutisk kompetens. Detta beror troligen på att apoteken har blivit fler och öppettiderna längre samtidigt som antalet personal med farmaceutisk kompetens har varit i stort sett konstant.

Under november och december 2010 tillsynade Socialstyrelsen elva öppenvårdsapotek över hela landet, med fokus på patientsäkerheten [23]. Inspektionerna gällde om apoteken hade tillfredställande ledningssystem och rutiner för det direkta arbetet med att ge information och expediera läkemedel. De brister som uppmärksammades rörde det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet.

Statskontoret har fått i uppdrag att utvärdera omregleringen av apoteksmarknaden. En delrapport med redovisning av vilka indikatorer som ska följas publicerades i april 2011, och de kommande delrapporterna publiceras 2012 och 2013 [24].

Cancervården – långa väntetider och för få patienter får kvalificerad bedömning

Antalet cancerfall fortsätter att öka något för varje år, men dödligheten har sjunkit då överlevnaden efter diagnos har ökat [25].

Socialstyrelsen har tidigare publicerat nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer, och under 2011 kom även nationella riktlinjer för lungcancer [26]. Under 2011 fortsatte Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) också arbetet för en bättre cancervård, med insatser inom tio olika områden utifrån en överenskommelse med regeringen [27].

Under 2011 kom en särskild utgåva av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* för cancersjukvården [28]. I rapporten redovisas resultat för de områden som riktlinjerna omfattar samt för ytterligare fem vanligt förekommande cancersjukdomar. När det gäller utredning, diagnostik och den medicinska kvaliteten visar rapporten på goda resultat och förbättringar inom flera områden. Däremot är det inte tillräckligt många patienter som får en

kvalificerad bedömning i en så kallad multidisciplinär konferens. Även väntetiderna varierar mycket mellan landstingen och mellan olika cancersjukdomar, och här finns en stor förbättringspotential [29]. Det område som har längst väntetider är prostatacancer, där hälften av patienterna (exklusive lågrisktumörer) under år 2010 fick vänta i fem månader eller längre innan behandlingen började. För bröstcancer var väntetiden mindre än 21 dagar från första kontakt med en specialist till operation för hälften av patienterna. Övriga bröstcancerpatienter väntade mer än 21 dagar.

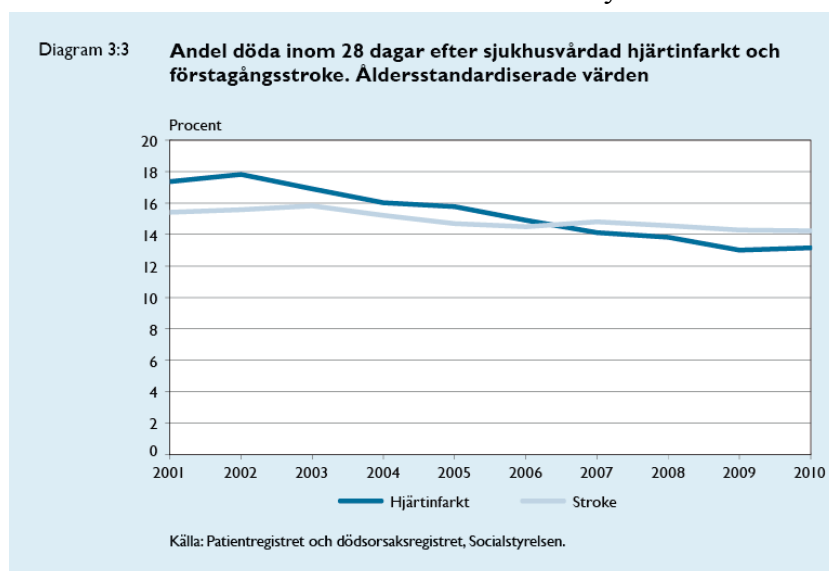
Enligt Cancerfonden kan en bättre tillgänglighet på patologer och radiologer minska ledtiderna för cancerpatienter [30]. Antalet patologer har också ökat långsamt under de senaste åren medan antalet radiologer har varit relativt konstant [31].

Enligt den nationella patientenkäten 2010 ger patienterna bäst omdömen för bemötande, medan en något lägre andel är nöjda med den information de fick om sitt tillstånd, och ytterligare något färre är nöjda med delaktigheten i sin vård och behandling. Socialstyrelsen kommer under 2012 ta fram en modell för en nationell enkät som särskilt riktar sig till patienter inom cancervården. På så sätt ska dessa patienters uppfattning av vården kunna följas mer utförligt.

Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är orsak till en stor del av dödsfallen varje år, och 2010 dog 41 procent av kvinnorna och 39 procent av männen till följd av sådana sjukdomar. Dödligheten i både hjärtinfarkt och stroke fortsätter dock att minska [1,4,32].

Dessutom sjunker andelen som dör i dessa sjukdomar efter att de har kommit in på sjukhus (diagram 3:3), vilket är ett mått som speglar kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården på sjukhus. Dödligheten efter hjärtinfarkt har minskat mer än dödligheten efter stroke under de senaste tio åren. Skillnaden mellan män och kvinnor är mycket liten.



Mer än hälften av dem som dör i hjärtinfarkt avlider innan de har kommit till sjukhuset. Trots det fokuserar sjukvården främst på akuta, sekundärpreventiva och högspecialiserade insatser för de patienter som har kommit till ett sjukhus. Den totala dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar skulle kunna minskas ännu mer om vården i ökad utsträckning arbetar med sjukdomsförebyggande insatser.

Socialstyrelsen genomförde under 2011 en nationell utvärdering av strokevården [33]. Resultatet visar bland annat att förmågan till aktiviteter i dagliga livet (ADL) endast har förbättrats med några få procentenheter under de senaste tio åren för personer som har insjuknat i stroke. Det finns ingen större minskning av andelen patienter som återinsjuknar i stroke eller en annan hjärt- och kärlsjukdom, trots tillgång till bättre sekundärpreventiv behandling. Socialstyrelsen har utifrån resultaten identifierat ett antal förbättringsområden för hälso- och sjukvårdens strokevård:

- *Korta väntetiderna.* Tiden är en viktig faktor för behandlingsmöjligheterna vid stroke.
- *Öka andelen patienter som får vård på en strokeenhet och som skrivs in direkt till en strokeenhet efter ankomsten till sjukhuset.* Vårdformen vid stroke har betydelse för vårdens kvalitet och resultat. På senare år har en högre andel personer behandlats på en strokeenhet, men på vissa ställen i landet bör denna andel kunna ökas.
- *Förbättra den sekundärpreventiva läkemedelsbehandlingen.* Sekundärpreventiv läkemedelsbehandling efter stroke är en viktig faktor för att minska risken för återinsjuknande i stroke eller någon annan hjärt- och kärlsjukdom. I dagsläget finns stora skillnader mellan landstingen i hur stor andel av strokepatienterna som får dessa behandlingar.
- *Operera fler för förträngning i halspulsådern (karotisstenos).* Skyndsam karotiskirurgi vid symtom i form av en transitorisk ischemisk attack (TIA) eller lindrig stroke är viktigt för att förhindra en allvarligare stroke. I dagsläget är det sannolikt för få som opereras, och dessutom varierar väntetiderna till kirurgi kraftigt mellan olika landsting.
- *Förbättra rehabiliteringen både under och efter sjukhusvistelsen.*
- *Öka antalet personer som får psykosocial behandling.*

Genom att lägga ytterligare kraft på dessa områden bör landstingen kunna förbättra resultaten för dödlighet och ADL-förmåga samt för återinsjuknande efter stroke. Samverkan mellan kommuner och landsting leder också till bättre resultat för strokepatienterna.

Diabetesvården – stor förbättringspotential

Över 350 000 personer i Sverige bedöms ha diabetes. Det går inte att se några förbättringar när det gäller andelen personer med diabetes som uppnår målvärdena för blodsocker [34]. Inte heller ses några förbättringar avseende hur många som är överviktiga eller feta, som är tillräckligt fysiskt aktiva eller som röker. Däremot har blodtrycksvärden och blodfettsnivåer blivit bättre, och allt fler behandlas med blodtryckssänkande och blodfettssänkande läkemedel.

Socialstyrelsen har under 2011 utvärderat diabetesvården och funnit oroväckande resultat inom områden där patienten behöver en djupare, mer frekvent och varaktig kontakt med sjukvården [35]. Detta gäller framför allt den bristande måluppfyllelsen för blodsockervärden, något som kan ge långsiktiga konsekvenser, och de otillräckliga insatserna från hälso- och sjukvården för att stimulera patienterna till ökad fysisk aktivitet och rökstopp.

Utvärderingen visar att vården i hög grad använder de nationella riktlinjerna för diabetesvården som kom 2010 [36]. Diabetesvården fungerar också bra inom områden som vård vid graviditetsdiabetes, screening av ögonbotten och fotundersökningar. Läkemedelsstatistik för år 2007–2010 visar också att för-

skrivningen av läkemedel och teststickor för personer med diabetes i stort följer rekommendationerna i riktlinjerna.

Socialstyrelsen har identifierat följande förbättringsområden för landstingen och regionerna baserat på de nationella riktlinjerna från 2010:

- *Andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde över 73 mmol/mol behöver minska.* Det är oroväckande att denna grupp som har hög risk för diabeteskomplikationer har ökat under åren. Dessa personer kan behöva resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare. Långa intervaller mellan besöken kan vara förödande för möjligheten att få bättre kontroll över blodsockernivån.
- *Andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva behöver öka.* Landstingen skiljer sig mycket åt i andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva. Skillnaderna syns både inom primärvården och inom medicinklinikerna.
- *Andelen icke-rökare bland personer med diabetes behöver öka.* Andelen rökare bland yngre personer med typ 2-diabetes är hög, trots att rökstopp är en av de viktigaste preventiva åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer.
- *Förekomsten av gruppbaserad utbildning och kulturanpassad utbildning behöver öka.* Flera av sjukhusens diabetesmottagningar för vuxna erbjuder inte gruppbaserade utbildningar och endast ett fåtal erbjuder någon kulturanpassad utbildning. Detsamma gäller för primärvårdsenheterna.

Utvärderingen visar också att färre diabetespatienter måste amputeras ovanför fotleden, men skillnaderna mellan olika landsting och olika regioner är betydande. Detta talar för att antalet amputationer bör kunna minska ytterligare.

Samtidigt minskar antalet personer med diabetes som varje år screenas för albuminutsöndring i urinen, vilket är oroväckande. Landstingen behöver öka andelen som screenas för att undvika att patienterna får skador på njurarna. En orsak till att färre screenas kan vara att det går allt längre tid mellan varje läkarbesök.

Socialstyrelsen har också identifierat några förbättringsområden för kommunernas vård av patienter med diabetes. För att förbättra diabetesvården behöver kommunerna och stadsdelarna erbjuda personalen utbildning eller fortbildning i diabetesvård. Alla kommuner och stadsdelar behöver också ha skriftliga rutiner för delegering och göra kunskapstester före delegeringen. Dessutom behöver kommunerna använda de nationella riktlinjerna för sina lokala vårdprogram så att vården ska kunna bli likvärdig.

Vård av personer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom

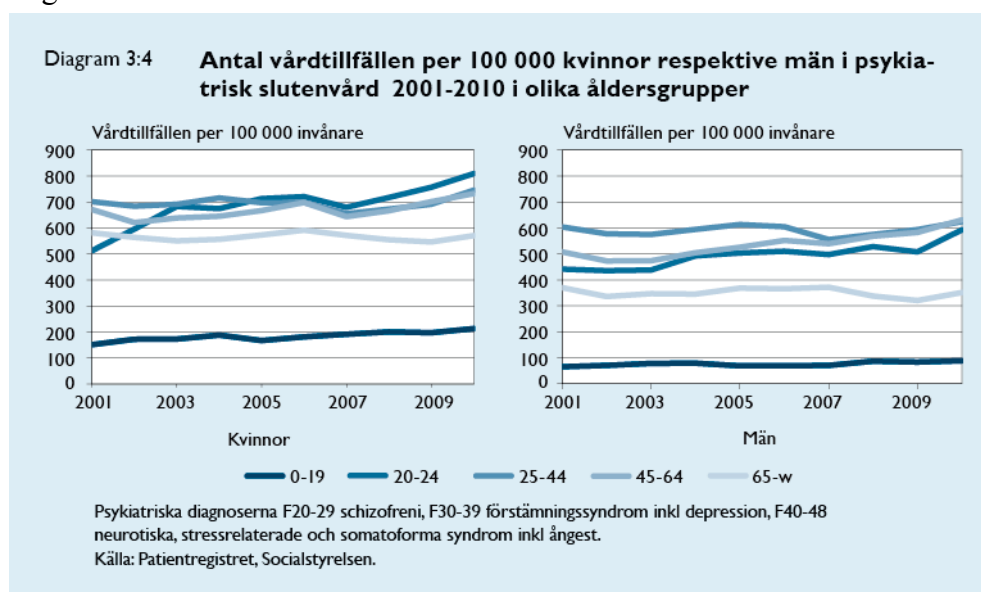
Folkhälsorapport 2009 visar att fler lider av nedsatt psykiskt välbefinnande och att utvecklingen har varit ogynnsammast bland yngre [37]. Försämringen började på 1990-talet och nådde sin kulmen i början på 2000-talet. I den senaste nationella folkhälsoenkäten, som genomfördes år 2010, uppgav 21 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ett nedsatt psykiskt välbefinnande [8]. Dessa andelar har i stort sett varit oförändrade sedan den första folkhälsoenkäten genomfördes år 2004.

Under 2000-talet har många stora satsningar på psykiatri gjorts. Trots detta har landstingens utgifter för den specialiserade psykiatriska vården ökat margi-

nellit jämfört med annan hälso- och sjukvård. Läs mer om detta i kapitlet om ekonomiska analyser.

Landstingen har stora svårigheter att rekrytera specialister i psykiatri. Landstingens behov av specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer med inriktning mot kognitiv och beteendearterad terapi är också stort. Detta leder till stora variationer i tillgången till vård för patienter med psykisk ohälsa mellan olika landsting [2].

Antalet vårdtillfällen i den psykiatriska vården har ökat mest för unga kvinnor i åldersgruppen 20–24 år (se diagram 3:4). Ökningen skedde under åren 2007–2010. Under 2010 ökade vårdtillfällena också för männen i samma åldersgrupp även om de inte nådde en lika hög nivå som kvinnorna. Trenden är uppåtstående för kvinnor i alla åldersgrupper utom för de över 65 år. En uppåtstående trend syns även för männen i åldersgruppen 45–64 år. Psykiatrisk vård för barn och unga behandlas närmare i kapitlet om vård och stöd till barn och unga.



Under 2009–2010 minskade antalet personer som vårdades för självdestruktiva handlingar (framför allt självmordsförsök) [38]. Fler kvinnor än män vårdas till följd av självdestruktiva handlingar, och den största gruppen är 15–24-åriga kvinnor där ökningen var kraftig under perioden 2000–2007 för att sedan minska något under perioden 2008–2010. Trots detta trendbrott är andelen vårdade fortfarande högst i denna åldersgrupp. De flesta som vårdas för någon avsiktlig självdestruktiv handling har skadat sig själva genom förgiftning, framför allt med läkemedel.

Socialstyrelsens granskningar av lex Maria-anmälningar om självmord visar att riskbedömningar görs i för liten omfattning [39]. Bristen på riskbedömningar är särskilt oroande inom primärvården eftersom många personer med depression söker sig dit. Depression är en allvarlig sjukdom med en påtaglig risk för självmord och det är den vanligaste diagnosen bland dem som begår självmord. Vårdgivarna för emellertid sällan ett resonemang om vilken typ av depression som orsakar självmordsönskan trots att olika typer av depression kan innebära olika risk och behöver behandlas på olika sätt.

I vissa fall av svårare depression kan patienten behandlas med elektrokonvulsiv behandling (ECT). Detta är en behandling som rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer, men eftersom behandlingen kan ge biverkningar är det viktigt att den ges på rätt grunder [40]. Vi vet inte hur många patienter som får denna

typ av behandling eftersom rapporteringen till patientregistret inte är fullständig. Rapporteringen ökar dock och år 2010 fanns det uppgifter om cirka 2 000 patienter som hade fått ECT i slutenvården.

Rehabiliteringsgarantin har ökat tillgången till KBT-behandling för vissa grupper med lättare eller medelsvår psykisk ohälsa i form av depression, ångest eller stress (se mer i avsnittet Tillgänglig vård). Garantin riktar sig dock bara till vissa grupper i arbetsför ålder, och därför är det fortfarande många som inte får behandling. En av orsakerna är bristande tillgång till psykoterapeuter med KBT-inriktning (minst steg 1-utbildning).

Inom den psykiatriska specialistvården förekommer olika slags tvångsåtgärder utan ett lagstöd, och näst efter självmorden är dessa tvångsåtgärder den vanligaste anledningen till lex Maria-anmälningar från psykiatri [39]. De brister som har framkommit i anmälningarna gäller till exempel frihetsberövanden utan lagstöd, felaktig begäran om polishandräckning, otillåtna tvångsåtgärder, otillåtet förfarande kring tvångsåtgärder som fastspänning och avskiljande samt avsaknad av aktuella och relevanta vårdplaner. Socialstyrelsens bedömning är att detta framför allt beror på bristande kunskaper inom vården. SKL arbetar för närvarande för att minska tvångsåtgärderna, i syfte att förbättra den psykiatriska heldygnsvården [41].

Personer som har haft kontakt med den psykiatriska vården upplever sig ofta diskriminerade på olika sätt på grund av sin psykiska ohälsa. I en intervjuundersökning som genomfördes våren 2011 ansåg 47 procent att de har blivit orättvist behandlade av personalen inom psykiatri [42]. I den nationella patientenkäten får också psykiatri det sämsta omdömet till exempel när det gäller bemötande.

Under 2012 kommer Socialstyrelsen att följa upp tillämpningen av riktlinjerna för ångest och depression samt riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen kommer också att göra ett särskilt arbete med att införa schizofreniriktlinjerna.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

En god vård ska genomföras i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan lättare medverka till att uppnå målen med vården och behandlingen och att förebygga säkerhetsrisker. En viktig markering av detta är de kompletteringar som under senare år har gjorts i lagstiftningen när det gäller vårdens skyldigheter att informera och göra patienten delaktig.

Ökade krav i lagstiftningen

I den nya patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som gäller från och med 1 januari 2011 har kopplingen mellan patientfokuserad vård och patientsäkerhet blivit tydligare. Detta beror framför allt på att lagen nu tydliggör kraven på individuellt anpassad information, information om olika behandlingsmetoder och möjligheten till förnyad medicinsk bedömning. Nytt i lagen är också att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet och måste därför mer aktivt ta vara på deras kunskaper och erfarenheter.

Socialstyrelsen har tagit fram en handbok till hälso- och sjukvårdspersonal som heter *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [43]. Den första upplagan kom i juli 2010 och i början av 2011 kom den andra upplagan

som är anpassad till den nya patientsäkerhetslagen. Handboken har blivit mycket efterfrågad. Detta tyder på en ökad vilja och medvetenhet bland vårdgivare, verksamhetschefer och personal att stärka patientens ställning.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, fick den 1 juli 2010 ett tillägg om fast vårdkontakt och utökad information till patienten samt en breddning av möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning. Socialstyrelsen kommer under 2012 att följa upp tillämpningen och effekterna av dessa förändringar i HSL och rapportera detta i augusti 2012 [44].

Socialstyrelsens tillsyn visar att det finns problem med en fragmentiserad hälso- och sjukvård och med införandet av allt fler valfrihetssystem, och det visar att patienterna behöver stöd i sina kontakter med hälso- och sjukvården för att få en sammanhållen vårdkedja [39]. Ett sätt att stödja patienterna är i form av en fast vårdkontakt.

Ny handbok stödjer patienten

För att öka patienternas möjligheter att medverka till en trygg och säker vård har Socialstyrelsen tagit fram handboken *Min guide till säker vård* [45]. Den ska delas ut av vårdpersonalen, i första hand till patienter som har eller kan få upprepade kontakter med hälso- och sjukvården och specialisttandvården. Den innehåller vägledning och råd, förslag på frågor som patienten kan ställa och få, samt information om bland annat vilka lagar och regler som styr patientens rättigheter i vården.

Under hösten 2011 levererade Socialstyrelsen via landstingen en första upplaga av handboken till all offentligt finansierad primärvård och specialistsjukvård. Även privata mottagningar och den specialiserade tandvården har haft möjlighet att beställa guiden. Totalt har 400 000 exemplar tryckts och de började distribueras under 2011. Samtidigt har vi fortsatt att utveckla och anpassa innehållet med bland annat en ljudversion, en e-boksversion för läsplatta och mobiltelefon, översättningar till olika språk och anpassning till personer med olika funktionsnedsättningar.

Lättare för patienter att få tag på information

Det finns ytterligare exempel på att utvecklingen går mot en mer patientfokuserad vård, bland annat att allt fler informationskällor blir tillgängliga för allmänheten och särskilt via internet. Här följer några exempel på denna utveckling:

- Det finns patientversioner av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Under 2011 kom fyra nya patientversioner om depression och ångestsyndrom, demenssjukdom, typ 2-diabetes och vuxentandvård [46].
- Landstingens gemensamma webbplats 1177.se har förändrats och utvidgats, liksom ungdomsmottagningen på nätet, umo.se. 1177.se har nu både en nationell del och regionala delar där man kan länka sig vidare till enskilda enheters webbplatser. På den nationella delen finns särskilda temaavdelningar om tänder, kroppen, barn och föräldrar, graviditet, cancer, liv och hälsa samt resråd och vaccinationer. Antalet besök ökar stadigt och i slutet av 2011 hade 1177.se drygt 1,8 miljoner besök i månaden.
- Det är möjligt att kontakta sin vårdcentral eller någon annan mottagning genom e-tjänsten Mina vårdkontakter för tidsbokning, förnyelse av recept med mera.

- Det är möjligt att jämföra resultat och kvalitet mellan till exempel olika vårdcentraler och sjukhus på 1177.se, omvard.se, socialstyrelsen.se, skl.se och vissa kvalitetsregisters webbplatser.
- På vantetider.se finns möjlighet att ta reda på de aktuella väntetiderna till olika besök, planerade undersökningar eller behandlingar på vårdcentraler och inom den specialiserade vården.

Få landsting använder resultaten från patientenkäten

Sedan 2009 gör SKL nationella mätningar av hur patienter upplever sin senaste kontakt med vården. Det sker med hjälp av Nationell Patientenkät [47]. Enkäterna innehåller många frågor, och några av de övergripande frågorna redovisas här. Syftet med enkäten är att resultaten ska användas för att utveckla och förbättra vården utifrån patienternas perspektiv. Resultaten ska också fungera som ett underlag för jämförelser, ledning och styrning av hälso- och sjukvården över tid.

Alla landsting har åtagit sig att göra mätningar vartannat år inom barnsjukvård, primärvård, akutmottagningar, psykiatrisk öppen- och slutenvård samt specialiserad öppen och sluten somatisk vård. Tabell 3:2 nedan visar svarsfrekvenserna för de genomförda enkäterna inom de olika vårdområdena. Svarsfrekvensen är låg för vissa av undersökningarna och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Det gäller akut- och öppenvård för barn samt öppen och sluten psykiatrisk vård.

Tabell 3:2. Nationell patientenkät, svarsfrekvenser

Verksamhetsområde	År	Andel som svarat, procent
Barnsjukvård/akutsjukvård	2011	47,6
Barnsjukvård/slutenvård	2011	59,1
Barnsjukvård/öppenvård	2011	49,9
Primärvård	2010 *	57,9
Akutmottagning	2010	53,8
Psykiatrisk slutenvård	2010	35,4
Psykiatrisk öppenvård	2010	42,8
Specialiserad slutenvård	2010	66,5
Specialiserad öppenvård	2010	61,4
Primärvården	2009	59,7

* Följande landsting/regioner deltog inte i 2010 års primärvårdsmätning: Uppsala, Gotland, Örebro, Jämtland och Norrbotten. Stockholm har mätt med en liknande enkät vars resultat har räknats om. Resultaten är därför inte fullt jämförbara.

Källa: SKL

Under 2011 gjorde SKL en första uppföljning av hur enkäternas resultat används i landstingen [48]. 17 av totalt 21 landsting och regioner besvarade frågorna, och av dem uppgav 12 landsting att det finns en plan för arbetet med att förbättra och utveckla vården utifrån mätningarna. Landstingen uppgav även att den låga svarsfrekvensen inom vissa områden är ett problem.

I november 2011 hölls den nationella konferensen ”Från patientenkät till förbättringsarbete”, och målet med dagen var att stimulera landstingen till att använda resultaten från mätningarna i vårdens förbättringsarbete. Ett antal landsting redovisade exempel på hur de hittills har använt patienterfarenheterna.

Enkätresultaten – sämst för psykiatri

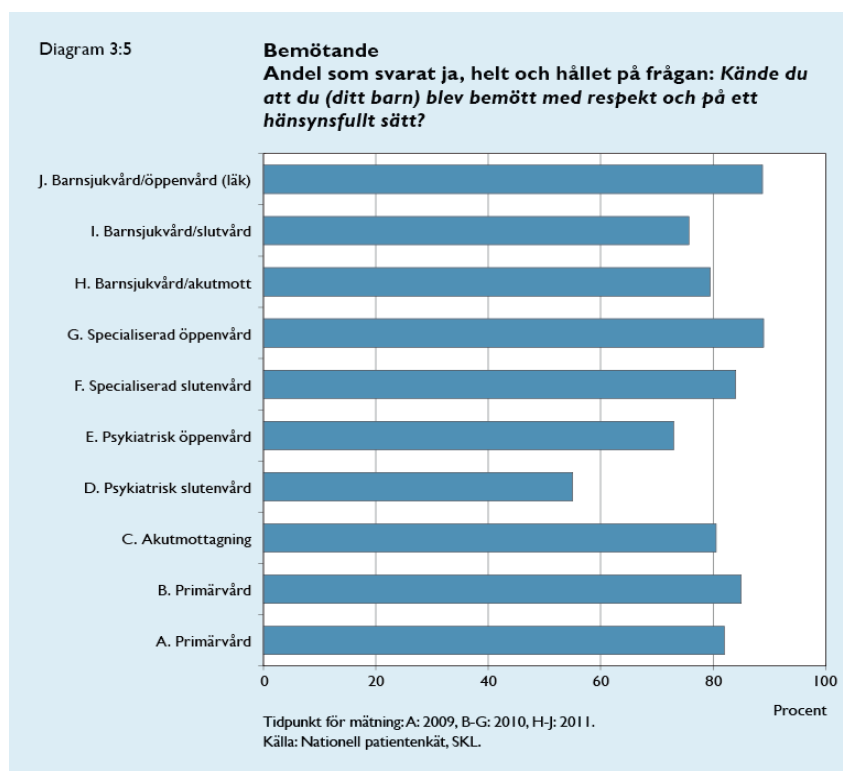
Frågorna i enkäterna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, förtroende och information och återspeglar till viss del de nationella indikatorerna för patientfokuserad vård [49]. Fyra av de sju indikatorerna kan för närvarande följas genom den nationella patientenkäten.

Resultaten i diagrammen nedan redovisas som andelar som svarade *ja, helt och hållet* på de olika frågorna, av dem som besvarade frågan. Övriga svarade *delvis* eller *nej*.

Den öppna specialiserade vården och den öppna barnsjukvården får genomgående bäst omdömen på de frågor som vi redovisar här. Den slutna psykiatriska vården får sämst omdömen och den öppna psykiatri får näst sämst omdömen. Patienterna ger också bättre omdömen för bemötande och anpassad information än för delaktighet och tillräcklig information. Detta gäller för samtliga enkäter.

Bemötande

En god hälso- och sjukvård ska bland annat kännetecknas av ett professionellt individanpassat bemötande. Om patienterna blir respektfullt bemötta som individer blir de mer mottagliga för information om sitt hälsotillstånd och den vård och behandling som kan erbjudas. Kravet på ett respektfullt bemötande regleras i HSL.



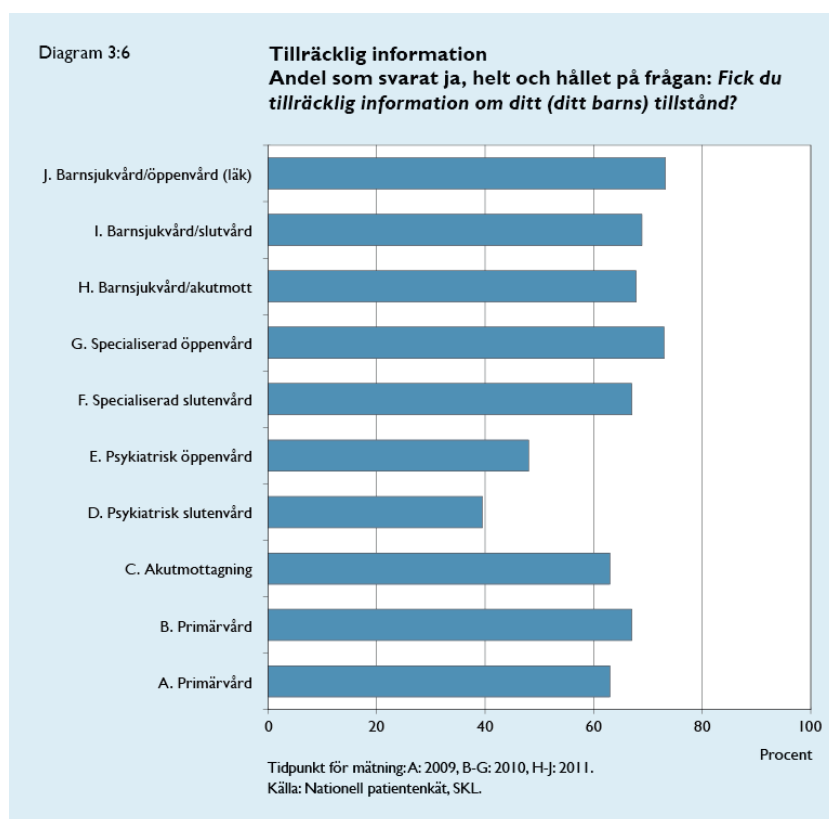
Indikatorn mäts genom att patienter i enkäten får ange sitt helhetsintryck av och omdöme om bemötandet. Resultaten uppvisar höga värden i bemötandet inom de flesta områden av hälso- och sjukvården (diagram 3:5). Bästa omdömet får den öppna barnsjukvården där 89 procent av föräldrarna anser att de och deras barn har fått ett bra bemötande, medan den psykiatriska slutenvården får sämsta omdömet. Primärvården är det enda område som har resultat från två mätningar och resultaten var bättre år 2010 (B) jämfört med år 2009 (A).

Information

Två indikatorer används för att mäta information: andelen patienter som erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling samt andelen patienter som får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.

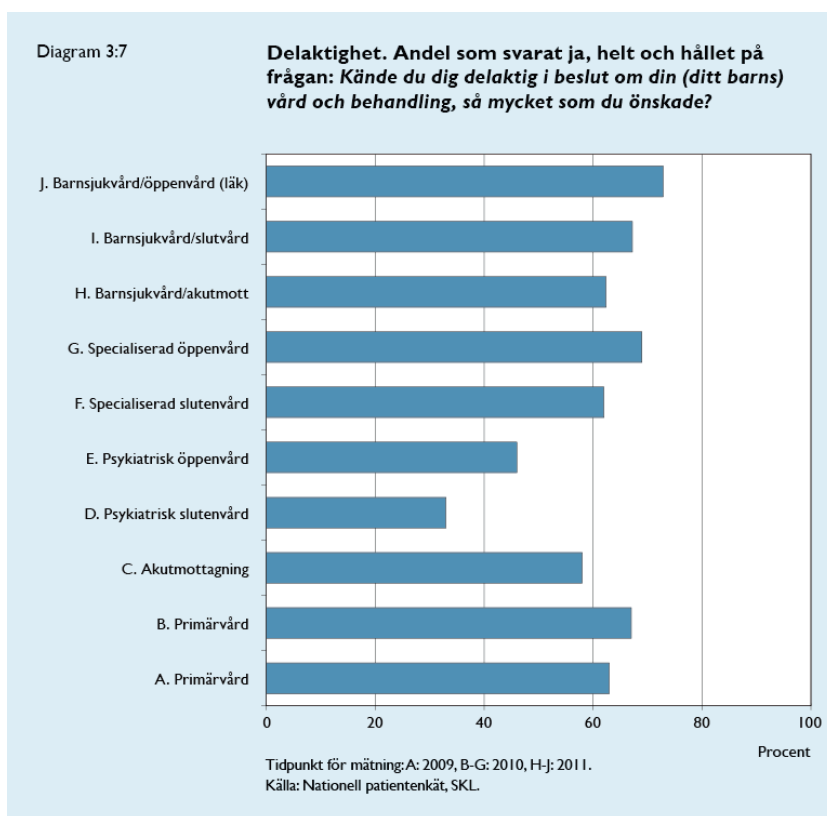
Det är viktigt att *informationen är anpassad till individen* eftersom detta är en förutsättning för att patienten ska kunna delta aktivt i sin vård och behandling. Kravet regleras både i HSL och i PSL. Den öppna barnsjukvården får bäst omdöme där 88 procent ansåg att de har fått individanpassad information. Den psykiatriska slutenvården får lägst värden.

Den andra indikatorn gäller om patienter upplever att de får *tillräcklig information*, för att följa hälso- och sjukvårdens ansvar att informera patienter enligt HSL och PSL. Mätningarna visar att 63–73 procent i alla områden anser att de har fått tillräcklig information, med undantag för den öppna och slutna psykiatrin (diagram 3:6). Även här får den öppna barnsjukvården bäst omdöme.

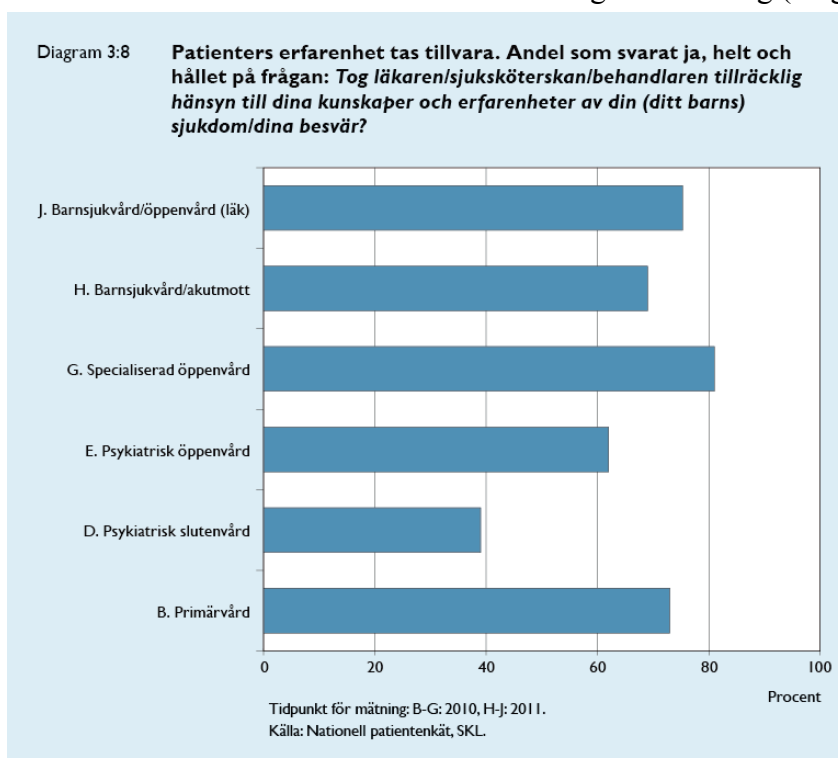


Delaktighet

En indikator är att *patienten får delta i planeringen och genomförandet* av vården och behandlingen. Den mäts bland annat med frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?” Bästa värdena uppvisar öppen barnsjukvård, där 73 procent av föräldrarna upplever att de är delaktiga.



Hälso- och sjukvården ska också ta tillvara *patientens egna kunskaper och erfarenheter*. Frågan finns inte med i alla enkäter, men i de gjorda mätningarna får den specialiserade öppenvården bäst omdöme där 81 procent av patienterna anser att deras erfarenheter beaktas i tillräcklig utsträckning (diagram 3:8).



Kontinuitet i vårdkontaktarna

Hälso- och sjukvården bör sträva efter att patienterna har största möjliga kontinuitet i vårdkontaktarna, genom att olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Kravet regleras bland annat i HSL. Detta område återspeglas delvis med frågan ”Fick du träffa den person som du brukar träffa?”. Frågan fanns endast med för primärvården och den öppna barnsjukvården. För primärvården (avseende kontakten med läkare eller sjuksköterska) svarar 68 procent ja (i mätningen 2010), och för den öppna barnsjukvården svarar 68 procent ja (i mätningen 2011).

Befolkningens förtroende till hälso- och sjukvården ökar

Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård uppvisar en uppåtgående trend sedan 2005. År 2010 hade 65 procent av befolkningen förtroende för sjukvården i sitt landsting eller sin region jämfört med 59 procent av befolkningen år 2009. Förtroendet för sjukhusen är större än för vårdcentralerna, i genomsnitt 9 procentenheter högre.

År 2010 uppgav också 82 procent av befolkningen att de är nöjda med tillgången på den sjukvård som de behöver, och andelen hade ökat sedan 2009.

Resultaten kommer från befolkningsundersökningen Vårdbarometern som genomförs årligen och som återspeglar den vuxna befolkningens kunskaper om, förväntningar på och attityder till svensk hälso- och sjukvård [12]. Vårdbarometern fick en annan utformning från och med 2010, vilket gör det svårt att jämföra resultaten över tid. Vissa jämförelser kan dock göras mellan kärnfrågor såsom förtroendet och tillgången till vård. Av den vuxna befolkningen intervjuas 0,5 procent per telefon varje år. Det motsvarar cirka 1 000 personer i varje landsting eller region.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgängligheten och väntetiderna i vården har under lång tid varit uppmärksammade områden. En tillgänglig hälso- och sjukvård innebär inte bara fokus på väntetider utan även till exempel på tillgången till evidensbaserad behandling. I det här avsnittet redovisar vi väntetider i vården och tillgång till rehabiliteringsgarantin.

Bättre tillgänglighet i primärvården än i specialistvården

Patienternas uppfattning om väntetiderna följs både med hjälp av Vårdbarometern och av den nationella patientenkäten. Resultaten visar att majoriteten anser att väntetiderna är rimliga även om relativt många inte håller med om detta. Fler anser dessutom att väntetiderna är rimligare till besök i primärvården än väntetiderna till besök och behandlingar i den specialiserade vården.

Problemet med långa väntetider är mångfasetterat och i viss mån oundvikligt eftersom sjukvården består av en kedja av händelser, som ofta involverar olika aktörer på olika nivåer inom organisationen. Oftast leder detta till en viss väntan mellan olika steg i vårdkedjan.

Vårdgarantin syftar till att korta väntetiderna i vården och är avgränsad till vissa delar av vårdkedjan. SKL:s och landstingens väntetidsmätningar har som främsta syfte att följa upp vårdgarantin och omfattar därför endast de delar av vårdkedjan som ingår i denna garanti. Dessa mätningar ger därför ingen helhetsbild av väntetiderna i hela vårdförloppet, från första kontakt till behandling

och uppföljning. Socialstyrelsen har även lyft fram detta som ett problem i tidigare uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden. Sedan 2011 har vi också uppdraget att ta fram en modell för hur väntetiderna och patientens väg genom vården ska följas upp nationellt. En slutrapport från detta uppdrag ska lämnas hösten 2012.

Fortsatt god tillgänglighet till primärvård

Ungefär nio av tio patienter får komma på ett läkarbesök inom sju dagar, vilket är gränsen för vårdgarantin. Denna andel har varit 90–95 procent sedan våren 2006 då mätningarna startade [50]. I de båda mätningarna från våren och hösten 2011 var andelen 93 procent.

Av dem som kontaktade vårdcentralen per telefon fick 89 procent svar samma dag. Det visar mätningarna för både 2009 och 2010. Mätningarna våren och hösten 2011 ger ungefär samma resultat då 89–90 procent fick svar samma dag [50].

Vårdbarometerens resultat för år 2010 visar att 63 procent av patienterna instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till besök på vårdcentraler är rimliga. 22 procent tycker varken eller och 15 procent tycker inte att väntetiderna var rimliga [12]. Den nationella patientenkäten ger ett liknande resultat som Vårdbarometeren. I primärvårdsenkäten hösten 2010 ansåg 65 procent att väntetiden är acceptabel medan motsvarande andel hösten 2009 var 64 procent.

Svårt att bedöma väntetidsutvecklingen i specialistsjukvården

Det är allt färre patienter som står på väntelista för antingen ett specialistbesök eller för någon av de operationer eller åtgärder som finns med i väntetidsdatabasen. Detta kan tyda på att tillgängligheten till nybesök har förbättrats, även om minskningen delvis kan förklaras av ändrade redovisningsprinciper och en administrativ ”rensning” av väntelistorna. Överhuvudtaget är det svårt att få någon samlad bild av väntetidsutvecklingen eftersom det saknas uppgifter om de faktiska väntetiderna. Det går inte heller att bedöma i vilken mån nedgången beror på förändrade medicinska indikationer, det vill säga på vilken grund patienterna sätts upp på väntelistan.

Under 2010 blev väntetidsdatabasen för den specialiserade vården mer tillförlitlig eftersom svarsfrekvenserna förbättrades. Trots detta är det fortfarande svårt att få en tydlig uppfattning om i vilken mån de faktiska väntetiderna har påverkats.

Enligt Vårdbarometeren 2010 anser 39 procent av patienterna att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. 29 procent tycker ”varken eller” och 32 procent anser inte att väntetiderna var rimliga.

Våren 2010 gjordes den första patientenkäten som var inriktad på den specialiserade sjukvården. Undersökningen för den öppna specialiserade sjukhusvården visar att 49 procent fick en tid till besök så snart de önskade, medan 38 procent inte hade några särskilda önskemål och 13 procent anser att de inte fick en tid så snart de önskade. För den slutna specialiserade vården anser 62 procent att väntetiden till behandling var acceptabel. 8 procent hade inte fått vänta och 30 procent anser att väntetiden var för lång.

Kunskapen och kännedomen om vårdgarantin är för låg

De flesta i befolkningen har hört talas om vårdgarantin, men det är få som känner till regelverket [51]. Kännedomen varierar också mellan olika befolknings-

grupper och lägst kännedom har de allra äldsta, män, personer med grundskoleutbildning och personer som är födda utanför Sverige och Norden. Detta är givetvis oroande eftersom dessa grupper många gånger har de största vårdbehoven.

De flesta landsting uppger att vårdgarantin är en prioriterad kommunikationsfråga, men få har utvärderat effekterna av sina kommunikativa insatser. Endast ett fåtal landsting har anpassat informationen om vårdgarantin till grupper som har svårt att ta till sig information och många landsting saknar information på andra språk än svenska. Även personalen inom vården vet för lite om vårdgarantin, vilket gör det svårt för dem att vägleda och hjälpa patienterna. Enligt Socialstyrelsen är det också bekymmersamt att läkarna intar en avvaktande och splittrad attityd till vårdgarantin. Därför är det viktigt att öka kunskapen om vårdgarantin. Det är först när patienterna själva kan ta ställning till vårdgarantins möjligheter som den kan sägas vara uppfylld.

Undanträngning förekommer

Socialstyrelsen anser att vårdgarantin kan ha lett till omprioriteringar av patientgrupper med vårdbehov som inte omfattas av garantin, så kallad undanträngning [51]. För att uppnå prestationskraven kan vårdgivarna ha låtit lägre prioriterade patienter som bryter vårdgarantigränsen gå före högre prioriterade vårdbehov. En annan typ av omprioritering och undanträngning är att låta återbesökspatienter vänta längre för att i stället ta hand om nybesöken inom vårdgarantitiden.

Socialstyrelsen har genomfört en studie i samarbete med ett antal landsting, och resultaten visar tecken på en undanträngning av återbesöken – i alla fall periodvis.

Analysen visar också att många patienter väntar för länge på återbesök utan att det har något samband med väntetidssatsningarna. Det gäller en ansevärd del av de patienter som behöver regelbundna kontroller och rehabiliteringsinsatser, och de riskerar att bli kallade till återbesök långt efter det att det medicinska måldatumet har passerat.

Decentraliserat ansvar är en framgångsfaktor

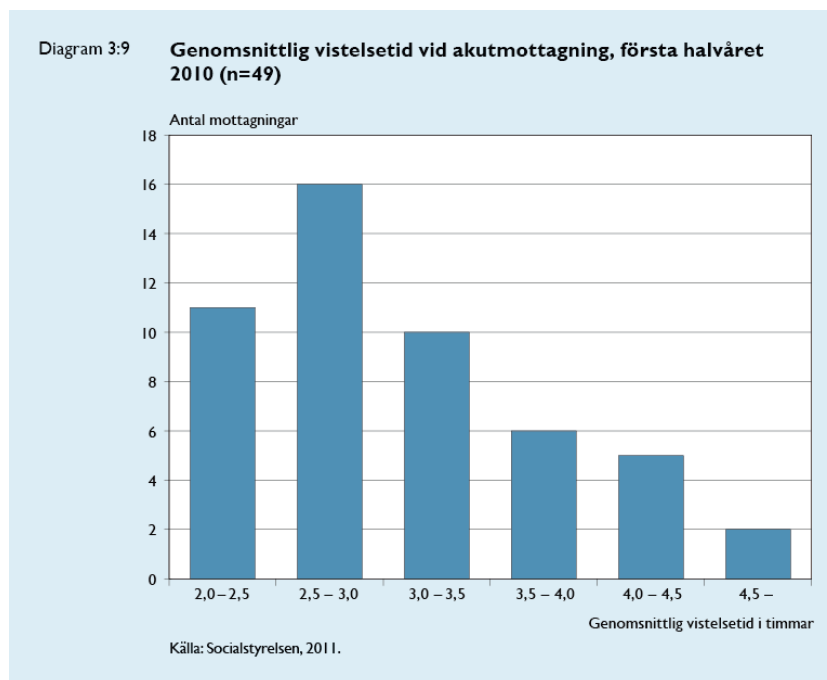
Socialstyrelsen konstaterade i uppföljningen av kömiljarden och vårdgarantin för 2009 att landstingens insatser för att korta väntetiderna främst var av kortsiktig karaktär, det vill säga extra öppettider eller mer operationstid för att ”beta av” köer [52]. Uppföljningen för 2010 visar emellertid att landstingen har strävat efter att åstadkomma mer långsiktiga förändringar genom att förbättra olika processer och patientflöden [51]. Detta underlättas också av utvecklingen av de vårdadministrativa systemen som är inriktade på att följa upp hela vårdförlopp.

Socialstyrelsens analys av olika faktorer som kan medverka till att förbättra väntetiderna visar att de landsting som har decentraliserat ansvaret för köer och väntetider till verksamhetsnivå tenderar att lyckas bättre. Landsting med universitetssjukhus tenderar också att ha en något besvärligare väntetidssituation. Andra struktur- och processvariabler, till exempel befolkningsstorlek, ekonomiskt resultat samt IT-system, visade inget starkt samband med hur väl landstingen lyckas uppfylla kraven i vårdgarantin.

Socialstyrelsen kommer under våren 2012 att publicera en slutrapport från uppföljningen av kömiljarden och vårdgarantin.

Väntetider i akutsjukvården

Varje år får akutmottagningarna cirka 2,5 miljoner besök, och de flesta mottagningar mäter väntetiderna regelbundet. Patienter som besöker en akutmottagning stannar i genomsnitt i 3 timmar och 5 minuter, och de väntar i genomsnitt 1 timme och 20 minuter för att få en första läkarbedömning. Det visar en kartläggning av väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar under det första halvåret 2010 [53]. Väntetiderna varierar dock kraftigt mellan mottagningarna (diagram 3:9).



Socialstyrelsen har tidigare föreslagit att den totala vistelsetiden på akutmottagningen och tiden till en första läkarbedömning ska vara två indikatorer för akutsjukvården, och att de bör följas upp nationellt. Att enbart fokusera på väntetiderna inom akutvården kan dock medföra ökade medicinska risker och leda till problem inom andra delar av vården. Därför har Socialstyrelsen föreslagit ytterligare indikatorer med inriktning på patientsäkerheten och patientupplevelsen för att följa verksamheten inom akutsjukvården. Vi har för närvarande i uppdrag att ta fram en modell för att mäta och följa upp akutvården, som ska slutredovisas våren 2013. En mätning av väntetiderna ska dock genomföras under våren 2012.

Långa väntetider vid akutmottagningarna beror bland annat på läkarnas tjänstgöringstider, joursystemet och allt för många icke-akuta patienter. Detta uppger de flesta landstingen i Socialstyrelsens kartläggning. Drygt hälften av landstingen uppger också att det finns brist på vårdplatser, vilket gör att väntetiderna blir långa.

De flesta landsting arbetar med att åtgärda problemen med långa väntetider. Så gott som samtliga landsting har infört triagesystem, det vill säga olika system för att prioritera mellan de patienter som kommer till akutmottagningen. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har utvärderat sådana triagesystem men inte funnit tillräckliga vetenskapliga underlag för att bedöma vilket av systemen som är att föredra när det gäller effekter på väntetider [54]. Däremot visar det sig att ett systematiskt arbete med flöden och ett så kallat snabbspår kan leda till kortare väntetider.

Tillgång till rehabilitering vid långvarig smärta och vid psykisk ohälsa ökar

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården handlar också om tillgång till behandling och rehabilitering. Den så kallade rehabiliteringsgarantin infördes för att öka tillgängligheten till medicinsk rehabilitering för personer med långvariga smärtproblem och psykisk ohälsa. Det är dessa grupper som står för merparten av sjukskrivningarna i Sverige. De behandlingar som ingår i rehabiliteringsgarantin är multimodal rehabilitering och KBT eller IPT (interpersonell psykoterapi) och de ska främja arbetsförmågan och förebygga sjukskrivningar hos dessa personer. Sedan garantin infördes 2008 har antalet behandlingar som genomförs inom ramen för garantin ökat för varje år [55].

Rehabiliteringsgarantin har haft stor betydelse för kompetensutveckling och rekrytering av personal i landstingen. Landstingen arbetar också vidare med att bygga upp organisationen för rehabiliteringsgarantin. De flesta landsting har ökat samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården för att förbättra vårdkedjorna och kunskapen om olika patienters vårdbehov. De flesta åtgärderna har vidtagits i primärvården, och där har förändringarna inneburit en omställning från ett individbaserat till ett mer teambaserat arbetssätt med kontinuerlig samverkan och samarbete.

En svårighet har varit att bedöma vilka patienter som ska remitteras till en multimodal behandling, vilket bland annat har lett till bristande patientunderlag. Som stöd till vårdgivarna publicerade projektet ”Nationella medicinska indikationer” under våren 2011 en rapport med ett kunskapsunderlag som rör indikationer för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta [56].

Karolinska Institutet har gjort en uppföljning av rehabiliteringsgarantin för åren 2009–2010 [57,58] och bland annat funnit att de som har genomgått någon behandling inom garantin upplevde en förbättring av sin fysiska och psykiska hälsa, samt av arbetsförmågan. Effekterna på sjukfrånvaron var dock små och forskarna fann ingen minskning av den totala sjukfrånvaron under de första 12 månaderna efter insatsen, jämfört med en referensgrupp som fick insatser inom den reguljära verksamheten. Resultaten visar dock att ju längre garantin har varit verksam, desto bättre blev resultatet för de personer som ingick i garantin. Insatserna under 2010 minskade risken för att få sjukersättning mer än 2009 års insatser.

Säker hälso- och sjukvård

Året 2011 har framför allt präglats av den nya patientsäkerhetslagen med tydligare krav på vårdgivaren. Socialstyrelsen bedömer att lagen har främjat patientsäkerhetsarbetet, även om det är för tidigt att se några mätbara effekter. Patientsäkerhetsarbetet har ytterligare förstärkts genom regeringens satsning och den överenskommelse som träffats med SKL.

Här redovisar vi på ett övergripande plan utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. I äldrekapitlet finns mer uppgifter om patientsäkerheten för de äldre, till exempel när det gäller läkemedelsförskrivning och trycksår.

Lagändringar och nationella strategiska satsningar

Patienten bör vara delaktig i patientsäkerhetsarbetet

När PSL trädde i kraft fick vårdgivaren ett tydligare ansvar för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. En viktig del i den nya lagen är att vårdgivarna ska

erbjuda patienterna att delta i patientsäkerhetsarbetet, eftersom en delaktig patient lättare kan medverka till att uppnå målen med vården och behandlingen och till att förebygga riskerna. I syfte att öka patientens delaktighet och göra vården säkrare publicerades under 2011 de två handböckerna: *Din skyldighet att informera och att göra patientens delaktig* som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården och *Min guide till säker vård* som riktar sig till patienter [43,45].

Nationella satsningar

Under 2011 inledde regeringen en nationell satsning för att öka patientsäkerheten [59], och för att genomföra den har staten och SKL träffat en överenskommelse som löper under åren 2011–2014. Utgångspunkten i överenskommelsen är en nollvision när det gäller vårdskador. Skador i vården går ofta att förebygga, och det är väl känt att de tar stora resurser i anspråk och orsakar lidande. Med *skador* menas i denna rapport alla skador som inträffar i vården och med *vårdskador* menas de skador som hade kunnat förebyggas.

En gradvis minskning av antalet vårdskador ska uppnås genom att påskynda införandet av till exempel metoder, rutiner, teknik och utbildningar som förbättrar patientsäkerheten. För att öka fokus på arbetet är detta kopplat till en prestationsbaserad ersättning som betalades ut till landstingen i slutet av 2011, baserat på uppnådda resultat [60].

Samtliga landsting uppfyller de fyra grundkraven:

- Vårdgivarna i landstingen ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med PSL.
- Varje landsting ska inrätta en lokal Stramagrupp senast den 30 september 2011. En Stramagrupp är en strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.
- Varje landsting ska delta i den nationella patientenkäten för primärvården 2011.
- Varje landsting ska ta väsentliga steg i att införa den nationella patientöversikten (NPÖ), ett system för att vården ska ha tillgång till viktig information om patienten oberoende av var patienten vårdas.

Samtliga landsting uppfyller också tre av de fyra prestationskraven. De prestationskrav som samtliga landsting uppfyllde är att

- mäta patientsäkerhetskulturen med hjälp av en enkät till minst 25 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen, med minst 50 procents svarsfrekvens
- mäta personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, på minst 75 procent av alla avdelningar på alla sjukhus i slutenvården
- mäta förekomsten av trycksår hos patienterna, på minst hälften av alla avdelningar på alla sjukhus i slutenvården.

Det fjärde prestationskravet är att minska onödig antibiotikaförskrivning, men endast tre landsting har nått målvärdet för 2011. Inför 2012 års överenskommelse är avsikten att höja ambitionsnivån ytterligare. Alla landsting har dock arbetat för att i högre grad följa de lokala rekommendationerna för behandling av vanliga infektioner i öppenvården.

SKL har sedan flera år en satsning på patientsäkerheten inom några områden som både är vanligt förekommande och kan få allvarliga konsekvenser, och har

tagit fram förebyggande åtgärdspaket för dem [61]. År 2011 utökades satsningen från sex till åtta områden. Flera av dessa områden ingår även i den statliga satsningen. SKL:s åtgärdspaket finns inom områdena

- vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- infektioner vid centrala venösa infarter
- postoperativa sårinfektioner
- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- läkemedelsrelaterade problem
- fall och fallskador
- trycksår
- undernäring.

Även delar av den nationella läkemedelsstrategin riktas mot en säkrare läkemedelsanvändning. Läkemedelsstrategin beslutades av regeringen i augusti 2011 [62]. Patientsäkerheten är också synnerligen viktig i vården av äldre och kommer in i flera av de satsningar som görs för äldre (läs mer om detta i kapitlet om äldre). Socialstyrelsen kommer varje år från och med 2012 till och med 2014 att lämna en särskild lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivarna måste ta större ansvar

I sin tillsyn under åren 2008–2011 konstaterar Socialstyrelsen flera brister i vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet [63]. Tillsynen visar att det saknas systematik och struktur för att kunna bedöma om vårdgivarna har ett övergripande ledningssystem som är infört i hela organisationen. Trots detta anser flera vårdgivare att de har ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

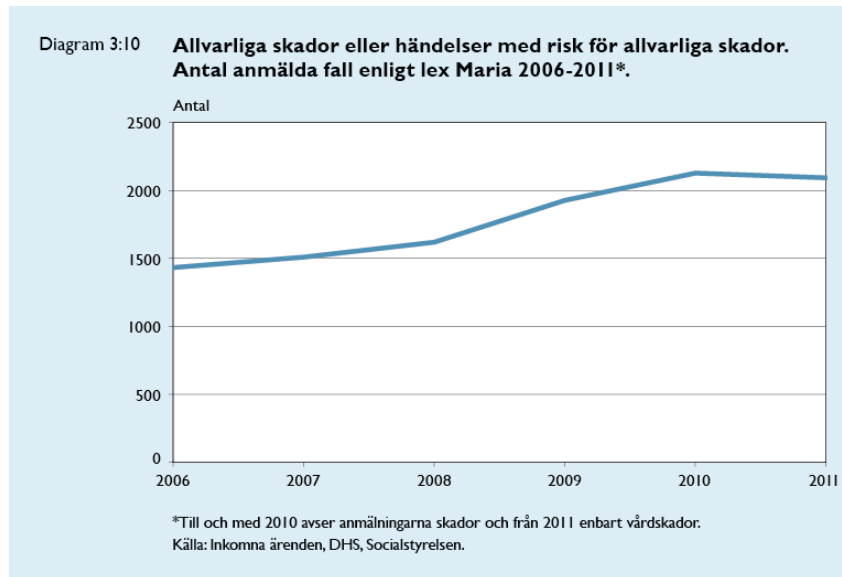
För att vårdskadorna ska minska måste vårdgivarna ta ett större och tydligare ansvar för kvaliteten och patientsäkerheten i vården. Styrningen av patientsäkerhetsarbetet måste integreras i vårdgivarens övriga verksamhetsstyrning och inte gå i ett särskilt spår vid sidan av andra satsningar. För att lyckas bör vårdgivarna också säkerställa att ledningssystemet införs i hela linjeorganisationen, med direktiv eller uppdrag. Resultatet av ledningssystemets införande måste också efterfrågas och regelbundet följas upp.

Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar

Under de senaste åren har allt fler skador rapporterats från vårdgivare och patienter men det är fortfarande bara en mindre del av alla skador som inträffar som blir rapporterade. Eftersom det inte finns någon heltäckande kontinuerlig registrering av vårdskador är det svårt att veta hur många patienter som varje år drabbas. Socialstyrelsen gjorde en undersökning år 2008 som visar att uppskattningsvis drygt 100 000 patienter varje år drabbas av någon vårdskada inom den somatiska slutenvården [64]. För att på ett systematiskt sätt kunna följa förekomsten av vårdskador använder allt fler landsting en metod som kallas strukturerad journalgranskning (se mer nedan).

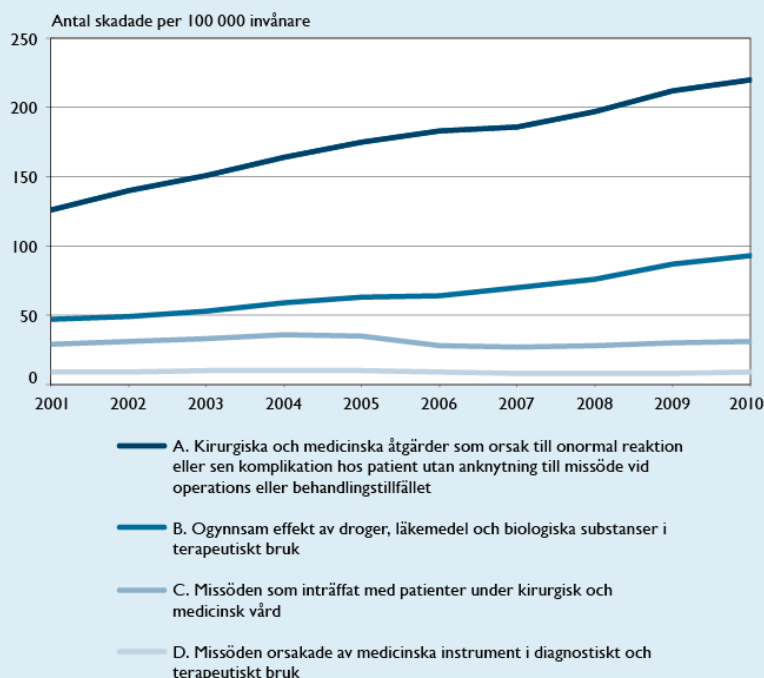
Vårdgivarnas anmälningar enligt lex Maria har också ökat under de senaste åren (diagram 3:10), och dessa anmälningar gäller allvarliga skador samt händelser som skulle ha kunnat medföra en allvarlig skada. Lex Maria-bestämmelsen innebär att vårdgivaren måste anmäla alla sådana händelser till

Socialstyrelsen. Fram till och med 2010 gällde anmälningsplikten alla *skador*, men från och med 2011 gäller det enbart *vårdskador*, det vill säga sådana skador som bedöms möjliga att förebygga. Detta kan vara en förklaring till att antalet lex Maria-anmälningar inte fortsätter att öka som tidigare.



Dessutom ökar vårdgivarnas rapportering av olika skador till patientregistret som omfattar alla patienter som vårdas i slutenvården och den öppna specialiserade vården. Den ökande rapporteringen gäller komplikationer hos patienter som har orsakats av vårdens behandling men utan att ett missöde inträffade under vårdtillfället (linje A i diagram 3:11) samt läkemedelsbiverkningar (linje B i diagrammet). Rapporteringen av missöden är relativt konstant över åren (linje C och D i diagrammet).

Diagram 3:11 **Antal patienter per 100 000 invånare med olika typer av skador eller komplikationer som orsakats av missöden eller av behandlande åtgärder, 2001-2010**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patienterna kan anmäla vårdskador till Patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. Varje år anmäls omkring 10 000 skador (diagram 3:13), och under åren 2004–2010 fick i genomsnitt drygt 40 procent av de anmälda fallen ersättning av LÖF [65]. Skador inom ortopedi och kirurgi är de som anmäls mest, och de flesta skadorna inträffar i samband med själva operationen. Det kan till exempel vara infektioner som uppstår vid operationen, blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar eller liknande, eller trycksador som orsakas av att en sövd patient läggs upp på fel sätt. Andra skador beror på försenade eller uteblivna diagnoser.

Strukturerad journalgranskning bör användas mer

Under sommaren 2011 genomförde SKL en kartläggning av hur strukturerad journalgranskning används inom den slutna sjukhusvården i Sverige [66]. Strukturerad journalgranskning är en metod för att följa förekomsten av vårdskador och få en överblick över vilka typer av skador som uppstår på sjukhusen. Metoden innebär att ett slumpmässigt urval av journaler granskas systematiskt och retrospektivt utifrån en mall, av sjuksköterskor och läkare som är särskilt utbildade för detta uppdrag. Syftet är att bedöma om en skada har uppkommit. Med denna metod finns möjligheter att följa effekten av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

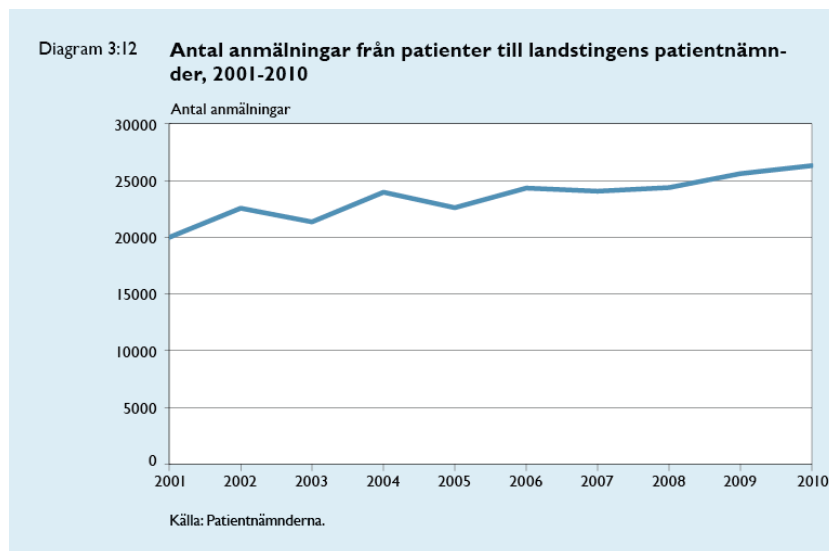
Kartläggningen visar bland annat att fyra landsting har infört metoden för att identifiera vårdskador på samtliga sjukhus och kliniker. I sju landsting har metoden införts i varierande omfattning och i tio landsting har den ännu inte införts. Socialstyrelsen ser det som angeläget att samtliga landsting använder metoden på ett systematiskt sätt för att identifiera och förebygga vårdskador [67].

Allt fler patienter klagar på vården

Patienter kan vända sig till landstingens patientnämnder med klagomål och till Socialstyrelsen om de vill anmäla en skada eller ett misstag. Dessa klagomål och anmälningar fortsätter också att öka.

Under 2010 fick patientnämnderna i landet in drygt 26 000 ärenden (diagram 3:12). Patientnämnderna ska hjälpa patienterna med råd och stöd samt ta emot synpunkter och klagomål. De ska också arbeta förebyggande och medverka till en ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Ärendena ger en bild av patienternas uppfattning om vad som inte fungerar i sjukvården, och enligt bestämmelserna i den nya PSL är Socialstyrelsen skyldig att ta tillvara de erfarenheter som kommer från patientnämnderna. Ärendena är fördelade inom olika problemområden enligt följande:

- vård och behandling 44 procent
- organisation, regler och resurser 37 procent
- bemötande, kommunikation och information 17 procent.



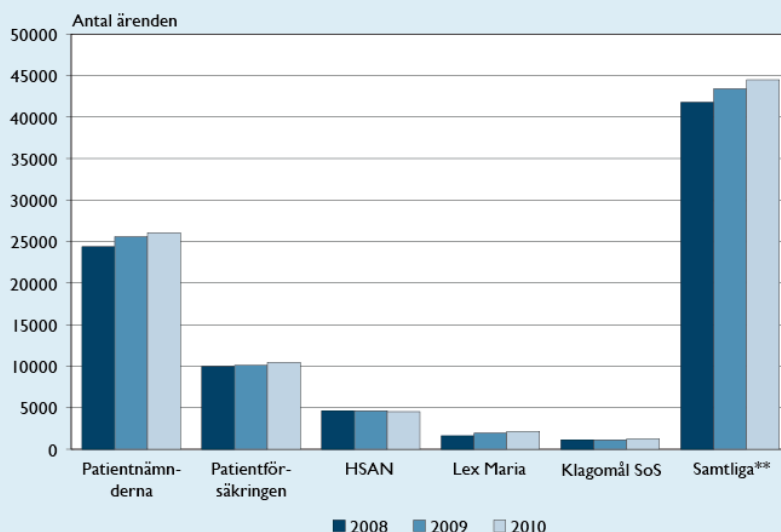
Under år 2011 kom närmare 6 700 klagomålsärenden in till Socialstyrelsen från patienter. Fram till 2010 tog både Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) emot patienters klagomål. Men 1 januari 2011 tog Socialstyrelsens klagomålshantering över större delen av HSAN:s verksamhet. Under åren 2008–2010 fick HSAN in cirka 4 600 ärenden per år och Socialstyrelsen cirka 1 200 ärenden.

Diagrammet nedan visar omfattningen av samtliga ärenden som anmäls till olika instanser av både patienter och vårdgivare. Sammantaget fick dessa instanser in över 44 000 ärenden under år 2010.

Diagram 3:13

Antal ärenden per instans 2008-2010.

Anmälningar och klagomål från patienter till Patientnämnderna, Patientförsäkringen, HSAN* och Socialstyrelsen. Anmälningar från vårdgivare om allvarliga vårdskador eller risk för vårdskada enligt lex Maria



*Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

**En del ärenden kan ha anmälts till flera instanser men de är så pass få att det inte påverkar det totala antalet ärenden nämnvärt.

Källa: Patientnämnderna, Patientförsäkringen och Socialstyrelsen.

Dessa ärenden representerar en mängd olika erfarenheter från sjukvården och är ett underlag som kan användas för att förbättra vården. Ärendena kan bland annat användas av Socialstyrelsen som underlag för att planera tillsyn på såväl nationell som regional nivå och som kompletterande information i olika utredningar, redovisningar, uppföljningar och utvärderingar. De kan också användas för omvärldsanalyser och strategiska planeringar.

Strategi för att minska antibiotikaresistens

För att begränsa utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier är det viktigt att antibiotika används rationellt. Därför antogs år 2006 en nationell strategi mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner [68]. För att genomföra strategin behövs samverkan inom flera samhällssektorer som berör människor och djur samt livsmedel och miljö.

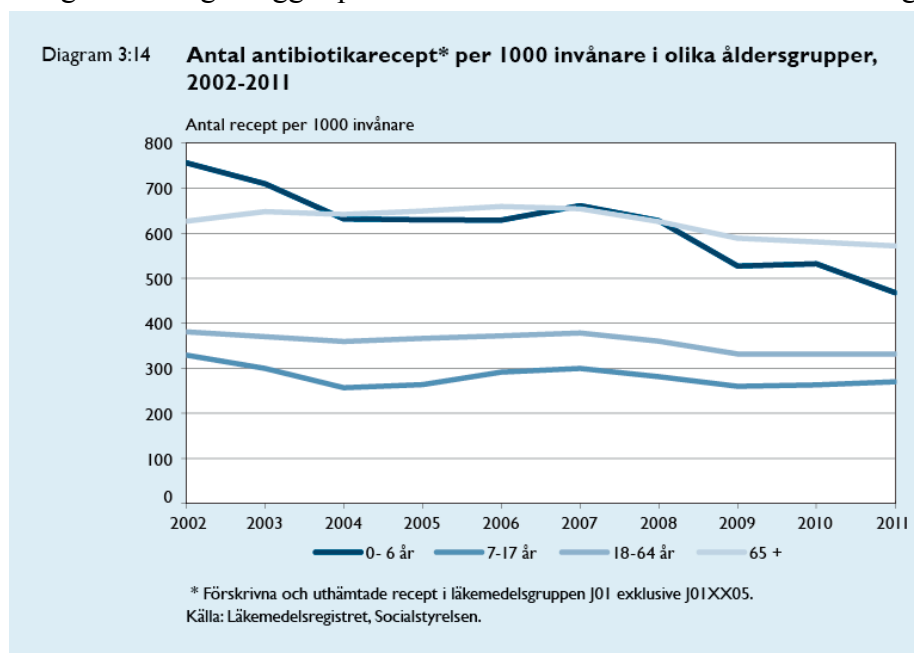
Socialstyrelsen följde upp strategin under 2010 och lämnade en del utvecklingsförslag i mars 2011, bland annat att en nationell samverkansfunktion bör bildas [69,70]. Socialstyrelsen har ansvaret för denna samverkansfunktion som beräknas vara på plats under 2012.

I och med regeringens satsning på patientsäkerhet (se ovan) ställs ökade krav på landstingen. För att uppfylla dessa krav har alla landsting under 2011 bland annat avsatt resurser till de lokala strategigrupperna för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Stramagrupper). Landstingen har också verkat för att förskrivarna ska bli bättre på att följa behandlingsrekommendationerna för vanliga infektioner i öppenvården.

Antibiotikaanvändningen minskar långsamt

Antibiotikaanvändningen har minskat i alla åldersgrupper under de senaste åren men är högst i åldersgrupperna 0–6 år och 65 år och äldre (diagram 3:14). Mellan åren 2009 och 2010 var användningen oförändrad, men år 2011 minskade användningen åter igen. Då hämtade Sveriges befolkning i genomsnitt ut 380 recept per 1 000 invånare, jämfört med 384 recept per 1 000 invånare år 2010.

Endast fem landsting har minskat sin förskrivning av antibiotika under perioden oktober 2010–september 2011, jämfört med samma period året innan. De övriga landstingen ligger på samma nivå eller har ökat sin förskrivning.



Statistiken visar en något minskad förskrivning av bredspektrumantibiotika vid luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner, vilket är en utveckling i önskad riktning [1]. Bredspektrumantibiotika har en större påverkan på kroppens normala bakterieflora och medför större risk för resistensutveckling jämfört med smalspektrumantibiotika.

Det är viktigt att påverka förskrivarna till ökad följsamhet, men för att minska användningen av antibiotika är det också viktigt att påverka befolkningens attityder. Därför genomför landstingen även olika informationskampanjer som riktar sig till allmänheten. Det verkar också som att en stor del av befolkningen är beredda att avstå från antibiotika. I Vårdbarometerns undersökning från år 2010 svarar 78 procent att de kan göra detta, även om de riskerar några sjukdagar extra [12].

Antibiotikaresistenta bakterier ökar

Enligt smittskyddslagen måste sjukvården anmäla om en person bär på smitta av vissa antibiotikaresistenta bakterier. Även om de upptäckta fallen rapporteras är det dock omöjligt att veta hur många som är smittade eftersom bakterierna inte alltid orsakar en infektion. Dessa fall upptäcks endast vid en riktad provtagning såsom vid smittspårning och screening. Antalet anmälda fall av de antibiotikaresistenta bakterierna MRSA (meticillinresistenta staphylococcus aureus) och ESBL (tarmbakterier som producerar extended spectrum betalactamase) ökade under 2010 jämfört med 2009, medan de anmälda fallen av VRE (van-

comycinresistenta enterokocker) och PNSP (pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin) har minskat (tabell 3:3).

En variant av bakterien ESBL, ESBL_{CARBA}, beskrevs första gången 1991 och har sedan dess orsakat utbrott och spridits över världen. ESBL_{CARBA} ses som särskilt oroande eftersom dessa bakterier är mycket svåra eller omöjliga att behandla med dagens antibiotika. I Sverige upptäcktes det första fallet 2007 och antalet fall har ökat för varje år. Hittills har totalt 32 smittade identifierats (tabell 3:3). Majoriteten har smittats i utlandet, endast enstaka fall har orsakats av vårdrelaterad spridning och inget utbrott har rapporterats [71]. Åtgärder för att förebygga ESBL_{CARBA} diskuteras nu mellan olika myndigheter och andra aktörer.

Tabell 3:3. Antibiotikaresistenta bakterier, förändring i antal anmälda fall 2010 jämfört med 2009

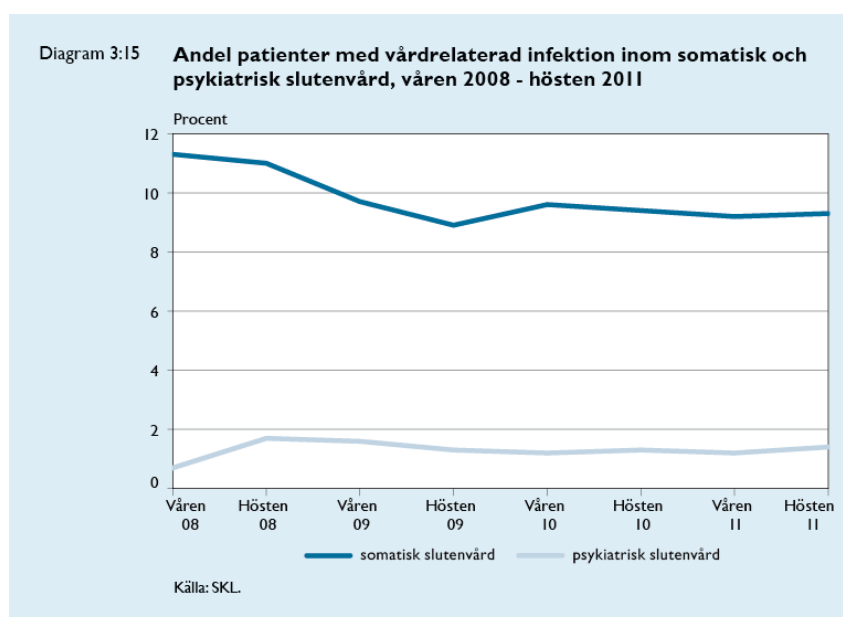
Bakterie	Antal anmälda fall år 2010	Förändring i procent jämfört med 2009
MRSA	1580	+ 7 procent
ESBL	4983	+ 33 procent
ESBL _{CARBA}	9 (32 totalt)*	
VRE	214	–47 procent
PNSP	409	–8 procent

*Totalt 32 fall mellan 2007 och november 2011. 2011 hade 13 fall anmälts t.o.m. november.

Källa: SMI

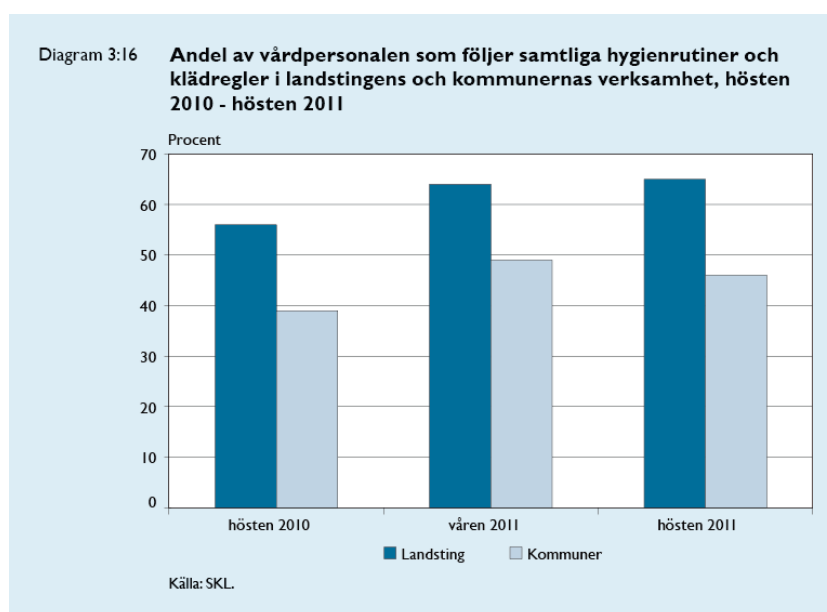
Vårdhygien – fortsatt många patienter som får vårdrelaterade infektioner

De vårdrelaterade infektionerna (VRI) i slutenvården minskade inte under varken 2010 eller 2011, enligt de mätningarna som SKL har genomfört två gånger per år sedan 2008 (diagram 3:15). Ändå pågår många aktiviteter i landsting och kommuner för att förebygga vårdrelaterade infektioner, inte minst i SKL:s regi. SKL arbetar med att bygga upp ett system där vårdrelaterade infektioner ska kunna mätas kontinuerligt för att kunna ge en bättre och säkrare bild av förekomsten av dessa infektioner.



God hygien i den direkta patientkontakten är grundläggande för att kunna förebygga vårdrelaterade infektioner. Många verksamheter i landstingen och kommunerna mäter följsamheten till olika basala hygienrutiner som en del av egenkontrollen [61]. De nationella mätningarna av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes första gången hösten 2010. Mätningarna under 2011 visar att allt fler i landstingen följer samtliga rutiner och regler (diagram 3:16). Läkarna är den yrkesgrupp i landstingen som är sämst på att följa samtliga regler. Kommunernas personal är generellt sämre på att följa samtliga regler än personalen i landstingen. Den senaste mätningen hösten 2011 visar dessutom en försämring då andelen som följde reglerna hade minskat jämfört med mätningen våren 2011.

Följsamheten varierar beroende på vilket moment det gäller. Lägst andel av personalen följer rutinerna kring att desinficera händerna före kontakten med patienten, både i landstingens och i kommunernas vård och omsorg.



Socialstyrelsen har gett ut rekommendationer som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner, och i dessa står att personalen måste ha tillräckliga kunskaper om vårdhygien och att vårdgivarna ska ha tillgång till särskild expertis vid en vårdhygienisk enhet [72,73]. Socialstyrelsens erfarenheter visar dock att den kommunala äldreomsorgen ofta saknar vårdhygienisk kompetens.

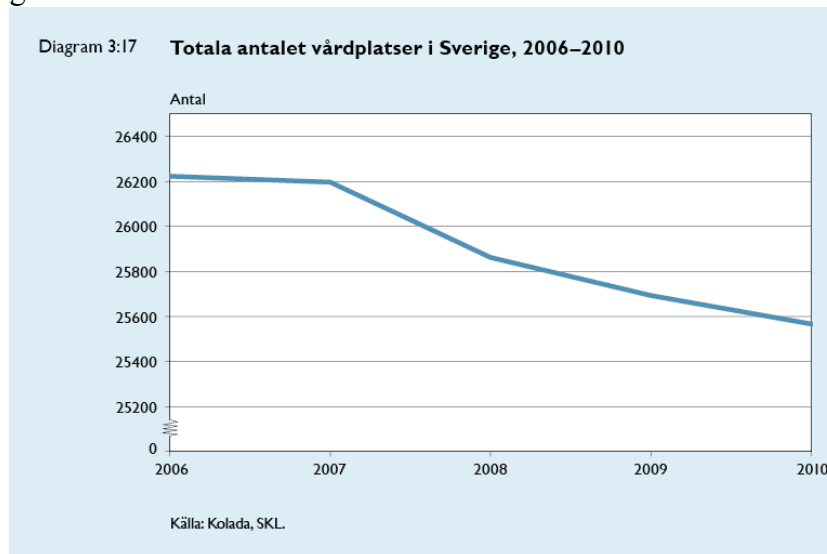
Under 2010 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av akutmottagningarnas kapacitet och rutiner för ett säkert omhändertagande av smittsamma personer. Detta skedde som en del av pandemiutvärderingen. Resultatet visar att många akutmottagningar saknar möjligheter att ta emot misstänkt smittsamma patienter på ett eget rum med hygienutrymme. Inga av de triagesystem som används inkluderar heller en bedömning av eventuella smittrisker [74].

Under 2010 inventerade Socialstyrelsen även smittspridningsproblemen inom svensk neonatalsjukvård [75]. Inventeringen tillkom på grund av flera tillfällen med smittspridning, bland annat av ESBL som ledde till allvarliga konsekvenser och flera dödsfall bland för tidigt födda barn. Neonatalvården har genomgått stora förändringar, och vårdar allt tidigare födda barn med hjälp av allt mer avancerad teknisk utrustning. Föräldrarna medverkar i allt större utsträckning i vården, vilket leder till att fler personer finns närvarande kring varje kuvös och

övrig teknisk utrustning. Risken för smittspridning har därmed ökat eftersom vården ofta bedrivs i lokaler som inte är anpassade till sådan verksamhet (vilket gäller mer än 80 procent av avdelningarna) och eftersom de mycket för tidigt födda barnen ofta transporteras mellan olika sjukhus.

Vårdplatser minskar och överbeläggningar är vanligt

Det totala antalet vårdplatser i landet fortsätter att minska och år 2010 fanns cirka 25 600 vårdplatser, vilket motsvarar 2,7 platser per 1 000 invånare (se diagram 3:17). Minskningarna har skett inom all specialiserad vård, både somatisk och psykiatrisk. Den största procentuella minskningen har dock skett inom geriatrisk vård.



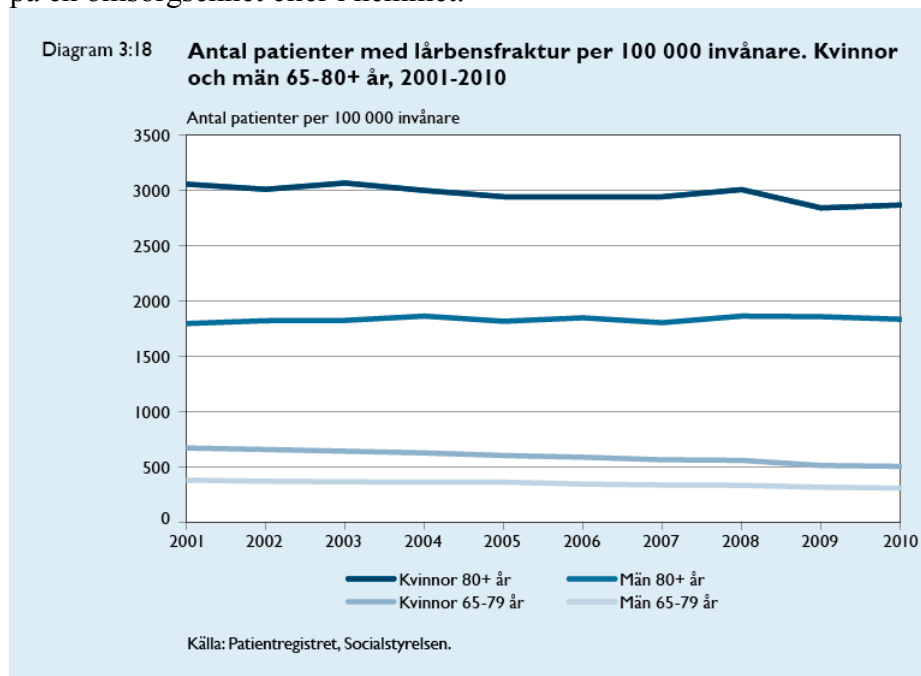
Socialstyrelsen har upprepade gånger lyft fram problemet med återkommande överbeläggningar och utlokalisering av patienter [39,76]. Problemets omfattning är dock svårt att bedöma eftersom det inte finns någon nationell statistik över varken förekomsten av överbeläggningar eller utlokalisering av patienter. Vi driver nu ett projekt i samarbete med SKL för att kunna följa förekomsten av överbeläggningar. För att kunna jämföra data mellan olika sjukhus har projektet definierat två nya begrepp (överbeläggningar och utlokaliserad patient), och omdefinierat fyra befintliga begrepp som gäller vårdplatser. Detta skapar förutsättningar att redan under våren 2012 fastställa nationella indikatorer för att följa upp överbeläggningarna och utlokaliseringen av patienter.

En undersökning som gjordes inom ramen för projektet visar att under en mätvecka var åtta av tio sjukhus överbelagda, och sju av tio sjukhus hade utlokaliserat patienter. Resultat från projektet visar också att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan leda till otydligt ansvar, brister i kommunikation om patienter, stress hos personal och kompetensbrist. Detta kan i sin tur öka risken för vårdrelaterade infektioner, försenade eller felaktiga behandlingar och medicineringar samt fallolyckor. Dessutom kan det öka dödligheten.

Lårbensfrakturer hos kvinnor minskar, men fler kan förebyggas

Fallskador är vanliga bland äldre i särskilt boende, i primärvården och i slutenvården och förekommer ofta i Socialstyrelsens tillsynsärenden [39]. En del drabbas så hårt av en fallolycka att de behöver skrivas in på sjukhus, och den andelen har i stort sett varit oförändrad under hela 2000-talet [38].

En av de allvarligare fallskadorna är lårbensfrakturer. De är vanligare bland kvinnor, men har långsamt minskat för denna grupp under de senaste tio åren (diagram 3:18). För männen ses ingen förändring under samma period. Under 2010 fick totalt 6 350 män och 13 050 kvinnor en lårbensfraktur. Uppgifter saknas dock över hur många av dessa som skadades när de var på ett sjukhus, på en omsorgsenhet eller i hemmet.



Fallskadorna orsakas av otillräcklig kompetens, bristande tillsyn, bristande följsamhet till rutiner och bristande rutiner för riskbedömning för fallskador. Flera av händelserna gäller personer med demenssjukdom och de flesta inträffade i särskilt boende eller korttidsboende. Därför är det viktigt med riskförebyggande arbete för att främja en säker vård och omsorg om äldre.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Syftet med kunskapsstyrning är att få en mer evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom verksamheten. En evidensbaserad praktik innebär att de kliniskt yrkesverksamma använder metoder och behandlingar som är bevisat bra enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Flera myndigheter arbetar med att ta fram olika kunskapsmaterial för hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, TLV, SBU, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut.

Nationellt samarbete kring kunskapsstyrning

I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) samarbetar flera aktörer kring valet av områden för kunskapsunderlag. Gruppen samarbetar också för att nya kunskapsunderlag ska spridas och användas. Socialstyrelsen ingår i NSK tillsammans med landstingen och regionerna, SKL samt myndigheterna Läkemedelsverket, SBU och TLV. Under 2011 har även Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut anslutit sig till NSK.

Kunskap ska lättare nå ut till vårdpersonal

Socialstyrelsen har tillsammans med några andra myndigheter och SKL tagit fram en webbplats som riktar sig till vård- och omsorgspersonal, där olika kunskapsunderlag samlas områdesvis. Webbplatsen heter *kunskapsguiden.se* och för närvarande innehåller den områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre. Syftet med kunskapsguiden är att löpande samla kunskapsunderlag från nationella aktörer och att göra kunskapen mer pedagogiskt utformad, mer tillgänglig och mer målgruppsanpassad. På så sätt ska personal på alla nivåer kunna använda den mest aktuella kunskapen för sin yrkesutövning. Socialstyrelsen står bakom *kunskapsguiden.se* i samverkan med Läkemedelsverket, SBU, Statens folkhälsoinstitut, SKL och TLV.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och nationella utvärderingar

Under 2011 har Socialstyrelsens publicerat riktlinjer inom områdena

- schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
- vuxentandvård
- lungcancer
- hjärtsjukvård och strokesjukvård (komplettering)
- sjukdomsförebyggande metoder

I arbetet med riktlinjerna tar Socialstyrelsen fram indikatorer som sedan ligger till grund för myndighetens nationella utvärderingar. Under 2011 har Socialstyrelsen utvärderat strokesjukvården och diabetesvården utifrån nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har också startat ett projekt för att stödja hälso- och sjukvårdens införande av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Vi kommer även att arbeta med att stödja införandet av schizofreniriktlinjerna.

Viktigt att prioritera både inom och mellan olika områden i vården

Den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård, som togs fram gemensamt av Prioriteringscentrum, Socialstyrelsen med flera organisationer, reviderades under 2011 [77]. De grundläggande principerna är oförändrade men modellen har förtydligats när det gäller vissa begrepp och moment, och gäller nu både för prioriteringar *inom* ett område och *mellan* olika områden. Modellen har utvecklats eftersom det är viktigt att vårdgivarna gör bedömningar i ett vidare perspektiv och inte bara inom det område man prioriterar. På så sätt blir det lättare att jämföra olika verksamhetsområden och därmed också lättare att prioritera mellan dem.

Nationella medicinska indikationer hjälper kliniskt verksamma

De nationella medicinska indikationerna ska ge hälso- och sjukvårdspersonalen stöd i beslutet när en insats ska ges respektive inte ges. Indikationerna riktar sig till kliniskt verksamma i hälso- och sjukvården. När indikationerna tas fram utgår man från frågan: ”Under vilka förutsättningar är det relevant att erbjuda en åtgärd i ett specifikt syfte vid ett visst tillstånd?”

Tidigare drevs arbetet av SKL i samarbete med Socialstyrelsen, Svenska läkaresällskapet och SBU, men under 2011 har Socialstyrelsen tagit över arbetet med att ta fram de nationella medicinska indikationerna [78]. Målsättningen är

att det ska bli en permanent verksamhet på Socialstyrelsen som fortlöpande tar fram medicinska indikationer för olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Under våren 2011 publicerades följande indikationer, som har tagits under arbetet på SKL:

- Indikation för magnetkameraundersökning vid knäbesvär
- Indikation för tonsillotomi på barn och ungdomar
- Indikation för operation vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor
- Indikation för unilateralt kokleaimplantat till vuxna
- Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta
- Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning
- Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan
- Indikation för bröstrekonstruktion med kroppsegen vävnad
- Indikation för operation av ljumskbråck

Utvecklingen kring de nationella kvalitetsregistren

Den översyn av kvalitetsregistren som gjordes 2010 [79] ledde till att SKL och staten har tecknat en överenskommelse som rör utveckling och finansiering av kvalitetsregistren för åren 2012–2016. Överenskommelsen innebär bland annat att finansieringen ökar och att arbetet med att utveckla registren kan prioriteras i högre grad än tidigare [80,81]. Som en del i denna överenskommelse har Socialstyrelsen inrättat en servicefunktion, vars syfte är att öka kvaliteten och användbarheten av kvalitetsregistren. En viktig del i arbetet är också att stödja användningen av kvalitetsregistren för forskningsändamål.

För att kunna göra uppföljningar med hjälp av dessa register är det viktigt att de är så kompletta som möjligt. Registreringsgraden i de nationella kvalitetsregistren kan också ses som en indikator på hur aktivt en verksamhet följer upp sina resultat.

Socialstyrelsen har jämfört täckningsgraden mellan 15 nationella kvalitetsregister och patientregistret [82]. Jämförelserna visar dock att det saknas uppgifter i samtliga register, både i patientregistret och i kvalitetsregistren, trots att verksamheterna enligt lag måste rapportera till patientregistret vid Socialstyrelsen. För flera diagnoser är täckningsgraden relativt god, men det är viktigt att rapporteringen till patientregistret ökar ytterligare.

Jämlik hälso- och sjukvård

Under senare år har jämlikhet i hälsa, vård och omsorg uppmärksamrats allt mer. Jämlikhet har sin grund i de mänskliga rättigheterna, i grundlagen och i flera av de lagar som styr kommunernas, landstingens och regionernas verksamheter, inklusive hälso- och sjukvårdslagen. Principen om allas lika värde och rättigheter ligger också till grund för diskrimineringslagen (2008:567) som ger ett skydd mot diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna: kön, könsöverskridande identitet och uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder samt ålder. Fem nationella minoriteter i Sverige har också ett förstärkt skydd genom lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Socialstyrelsen har i sina studier och analyser följt jämlikheten i hälsan och vården genom att analysera relationen mellan olika grupper. Vanliga indelningar och analysperspektiv är bland annat efter

- olika regionala och geografiska skillnader, landstingstillhörighet, kommun och bostadsort
- utbildningsnivå, sysselsättning, inkomst med mera (socioekonomi)
- de olika diskrimineringsgrunderna som finns definierade i lagstiftningen – till exempel funktionsnedsättning och födelseland (etnicitet).

Under 2011 har flera rapporter publicerats om förhållanden i vården, som innehåller studier och analyser av olika regionala skillnader [1,28,33,83]. Samtliga rapporter visar att det finns olika regionalt betingade skillnader, även om skillnaderna verkar minska. Det gäller framför allt inom områden där det länge har funnits rekommendationer, exempelvis de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård och för cancervård. Regionala skillnader som utgångspunkt dominerade under 2000-talet. I Socialstyrelsens lägesrapporter för hälso- och sjukvården (2003 och 2004) lyftes framför allt de regionala skillnaderna fram och kvalitetsregister började systematiskt användas [84,85]. Denna strategi har sedan utvecklats inom ramen för arbetet med öppna jämförelser i hälso- och sjukvården som startade 2006 i samarbete med SKL. Öppna jämförelser har sedan utvecklats inom en mängd olika områden.

På senare tid har andra jämlikhetsaspekter kommit allt mer i fokus, och Socialstyrelsen har i flera år framhållit hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att minska även socialt betingade skillnader i hälsa och vård [86–89].

De sociala skillnaderna i hälsa är större än de regionala

Hälsan blir generellt sett bättre, men trots det ökar skillnaderna mellan olika grupper. Detta framgår bland annat av Socialstyrelsens lägesbeskrivning av jämlikhet i vården som överlämnades till regeringen under hösten 2011 [2]. Där konstaterar vi också att de socialt betingade skillnaderna är betydligt större än de regionala skillnaderna för dödlighet i flera av de stora folkhälsosjukdomarna, inklusive cancer och hjärt- och kärlsjukdomar samt självmord [för cancer se även referens 90].

Utsatta grupper avstår oftare från vård av ekonomiska skäl

Fortfarande avstår personer med bland annat kortare utbildning från vård jämfört med övriga utbildningsgrupper. Orsakerna varierar och verkar framför allt ha att göra med tillgänglighet och bemötande. Endast en mindre andel – cirka 1–2 procent av befolkningen – uppger att de avstår från vård av ekonomiska skäl. Samtidigt brukar svarsfrekvensen i enkätundersökningar vara lägre bland utsatta grupper än i den övriga befolkningen, och därför är det troligt att andelen som avstår på grund av kostnaden är högre.

Ekonomi kan alltså vara avgörande för utsatta grupper även om det totalt sett rör sig om en förhållandevis liten andel av befolkningen. De som avstår på grund av ekonomi är främst ensamstående med barn, arbetslösa och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivna, funktionshindrade och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd. Utrikesfödda avstår i större utsträckning än sverigefödda. Sambandet mellan den disponibla inkomsten och att avstå från vård är tydligt och andelen som både avstår och uppger ekonomin som främsta orsak blir större ju lägre inkomsten är. Bland de 20 procent som har lägst disponibel inkomst uppger drygt 2 procent (cirka 30 000 personer) att de avstår från sjukvårdsbesök och något flera att de avstår från att hämta ut förskrivna mediciner. Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd hör till de mest

ekonomiskt utsatta, och bland dem är det ungefär fem gånger vanligare än hos samtliga i åldern 20 år eller äldre att avstå från läkarbesök och läkemedel av ekonomiska skäl.

Tabell 3:4. Andel personer i olika befolkningsgrupper som år 2009 avstod från sjukvård, tandvård** eller receptbelagt läkemedel på grund av att de ej ansåg sig ha råd.*

	Antal	Tandvård		Sjukvård		Läkemedel	
		%	Antal	%	Antal	%	Antal
Samtliga 20+ år	6 725 000	7,3	488 998	0,7	47 593	1,1	74 419
Kvinnor	3 429 000	7,7	262 998	0,9	30 277	1,3	44 789
Män	3 297 000	6,9	226 001	0,5	17 346	0,9	29 626
20–34 år	1 580 000	9,5	150 011	0,7	11 066	1,1	16 515
35–64 år	3 549 000	7,8	275 021	0,9	30 132	1,3	46 022
65+ år	1 596 000	4,0	63 997	0,4	6 422	0,8	11 916
Ensamstående med barn 0–19 år	284 000	24,7	70 003	3,8	10 836	4,2	11 882
Utrikesfödda 20+ år	991 000	13,5	134 004	1,7	16 697	2,3	22 388
Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd	274 000	25,6	70 002	3,5	9 483	6,2	16 939
Personer med sjukersättning	934 000	14,5	135 002	1,9	17 718	3,6	33 333
Arbetslösa, sjuka, förtidspensionärer	605 000	15,9	95 999	2,2	13 286	3,9	23 284
20 procent i befolkningen med lägsta inkomster ¹	1 262 000	16,7	211 000	2,3	29 440	2,8	35 450

*Besök hos läkare eller distriktssköterska/ sjuksköterska

**Besök hos tandläkare eller tandhygienist

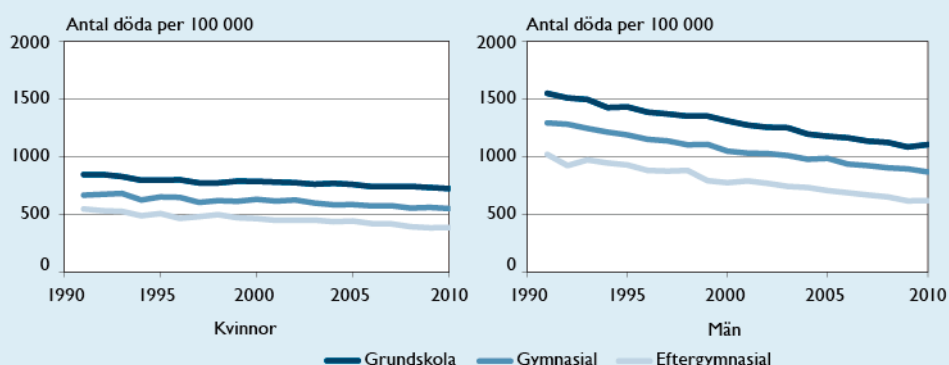
¹ Hushåll vars disponibla inkomst per konsumtionsenhet var mindre än 134 565 kronor (2009).

Källa: HEK, SCB.

De sociala skillnaderna i dödlighet minskar inte

Personer med kort utbildning löper större risk att avlida tidigare i livet än personer med längre utbildning. Denna förhöjda risk gäller i princip samtliga stora diagnoser som hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. I diagram 3:19 visas utvecklingen av dödligheten i samtliga diagnoser som går att behandla eller förebygga (skador är exkluderade).

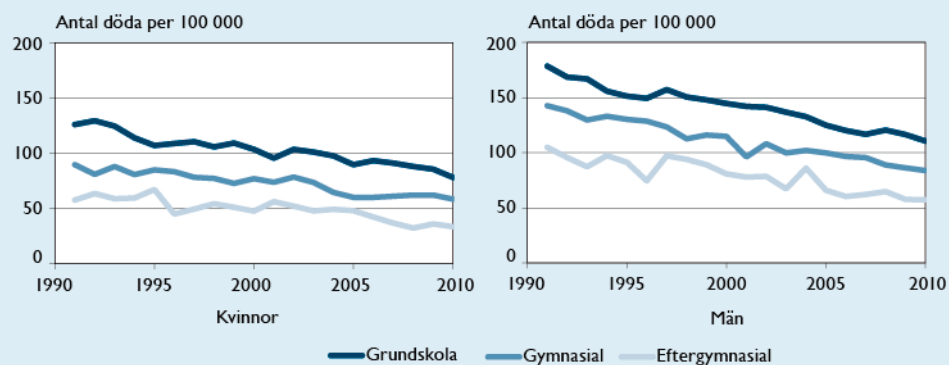
Diagram 3:19 **Total dödlighet**
Totalt antal döda per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet menas dödlighet i sjukdomar som i särskilt stor utsträckning går att påverkas med till exempel behandlande (sjukvårdande) insatser [87]. Den åtgärdbara dödligheten brukar användas som ett mått för att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den åtgärdbara dödligheten har minskat sedan 1991 för både kvinnor och män (diagram 3:20). För kvinnorna tycks dock minskningen i dödlighet ha avtagit något hos gruppen med enbart grundskoleutbildning, och gapet mellan grupperna har inte minskat. I sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ingår bland annat stroke, diabetes och livmoderhalscancer.

Diagram 3:20 **Sjukvårdsrelaterad dödlighet. Antal döda per 100 000 invånare med grundskola, gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor och män i åldersgruppen 35-79 år, 1991-2010. Åldersstandardiserat**



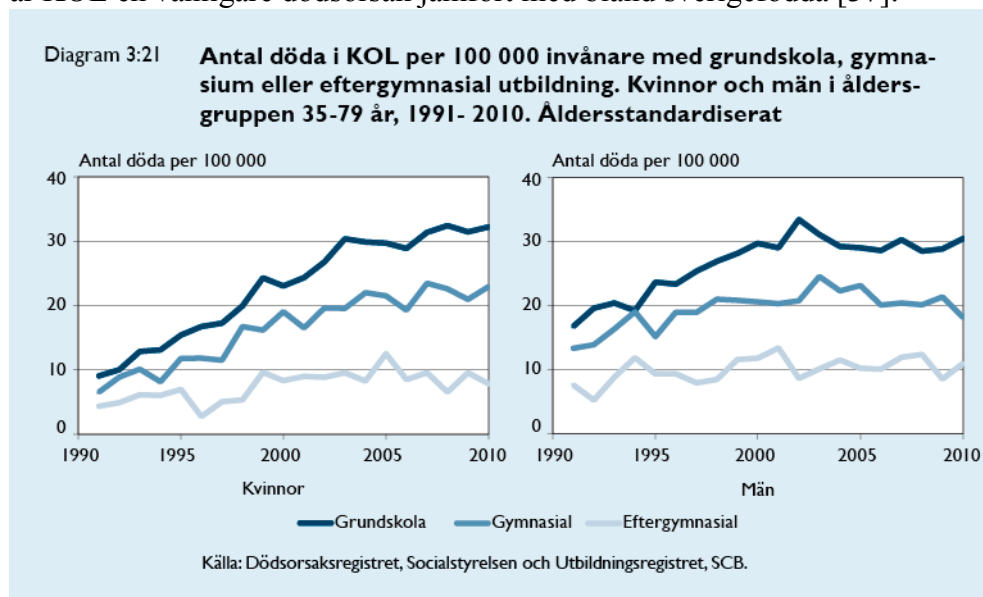
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Ökad dödlighet i KOL – särskilt vanlig sjukdom i resurssvaga grupper

En av de få sjukdomar som uppvisar en uppåtgående trend i dödlighet är kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Något som ofta förknippas med ojämlikhet är tobaksrökning, som i förlängningen kan ge medicinska skadeverkningar som just KOL och cancer. Omkring 13 procent av befolkningen i Sverige röker fortfarande varje dag och rökning är betydligt vanligare bland dem med kort ut-

bildning jämfört med högutbildade. Rökningen orsakar mer ohälsa och för tidig död än någon annan riskfaktor.

I Sverige beräknas 400 000–700 000 människor lida av KOL. Denna sjukdom är ett växande folkhälsoproblem, och är en bidragande orsak till att de socialt betingade skillnaderna i dödlighet har ökat under senare år (diagram 3:21). Rökning är också vanligare i vissa grupper av migranter. Även i dessa grupper är KOL en vanligare dödsorsak jämfört med bland sverigefödda [37].



Utvecklingsprojekt för bättre KOL-vård

Nio olika vårdenheter inom primärvård och slutenvård deltar i projektet ”Bättre KOL-vård är att göra skillnad”. Projektet samarbetar med kvalitetsregistret RiksKOL för att bland annat öka registeranvändningen och användningen av de data som registret genererar.

Utvecklingsarbetet sker med hjälp av den så kallade genombrottsmetoden, där de olika teamen beslutar om mål för arbetet och identifierar hinder för att nå målen. Arbetet kommer i stor utsträckning att bedrivas i form av tre lärandeseminarier med mellanliggande arbetsperioder fram till mars 2012. Seminarierna kommer att inriktas på socioekonomi, genus och födelseland eftersom det är faktorer som har samband med människors hälsa och utvecklingen av KOL. De slutsatser som dras i projektet ska sammanfattas i en rapport och presenteras vid en konferens under 2012 [91].

Hur vanligt är diskriminering i hälso- och sjukvården?

Det är svårt att uppskatta hur vanligt det är med uttalad diskriminering i vården, till exempel utifrån enkäter och andra registerdata. En anledning är att de grupper som i mindre utsträckning söker vård ofta inte nås av enkäter. Vissa sårbara grupper eller grupper som inte behärskar det svenska språket eller inte är vana vid att fylla i enkäter svarar också mer sällan på enkäter.

Under 2011 har Diskrimineringsombudsmannen (DO) fokuserat på diskriminering inom hälso- och sjukvården. Under förra året fick DO in 269 anmälningar från patienter som ansåg sig ha blivit dåligt bemötta av personal inom hälso- och sjukvården. Det är ungefär samma siffra som året innan, men en jämförelse med andra samhällsområden – som socialtjänsten och socialförsäkringen – visar att hälso- och sjukvården får fler anmälningar. Ändå finns indikationer på att få av dem som anser sig diskriminerade anmäler det till DO.

Ny EU-studie pekar på problem med diskriminering

Förekomsten av diskriminering har studerats i fem EU-länder inklusive Sverige på uppdrag av EU-organet Fundamental Rights Agency [92]. Ett 60-tal personer från varje land har intervjuats – sjukvårdspersonal, jurister och administratörer samt några grupper av patienter.

De intervjuade patientgrupperna var till exempel personer med rötter i Mellanöstern, kvinnor med bland annat somalisk bakgrund, personer över 50 år samt unga vuxna med funktionsnedsättning. De intervjuades om en mängd olika aspekter, bland annat om barriärer de har mött när de sökt vård samt deras erfarenheter av diskriminering inom sjukvården. En del frågor gällde tillgång till information samt erfarenheter av att anmäla eller framföra klagomål på vården.

Socialstyrelsen har tagit del av preliminära resultat från studien som visar att bilden av sjukvården skiljer sig diametralt beroende på om den förmedlas av sjukvårdspersonalen eller patienterna. Sjukvårdspersonalen menar att diskriminering är sällsynt i den svenska hälso- och sjukvården. Så här säger en läkare:

Man är ungefär likadant skapt rent anatomiskt och fysiologiskt och sedan vad man tror på eller hur man ser ut påverkar inte oss.

De intervjuade patienterna tecknar en helt annan och mer nedslående bild, och genom sin bakgrund har de alla upplevt olika typer av diskriminering och känt sig maktlösa i vården. Deltagarna som uppgav att de anmält felbehandling har varken fått upprättelse eller någon ersättning för uppkomna skador. Många av de intervjuade vittnar om vårdpersonalens föreställningar om personer som inte har ”svensk majoritetsbakgrund”, och muslimska kvinnor upplever genomgående bristande respekt och bemötande från sjukvården. Unga kvinnor med psykisk funktionsnedsättning berättar om att sjukvårdspersonalen inte respekterar deras privatliv utan ställer ovidkommande frågor, till exempel om deras sexliv. I berättelserna finns också exempel på försenade och nekade behandlingar, felbehandlingar, bristande respekt och nedsättande bemötande, trakasserier samt undanhållande av information. Ett exempel är en kvinna som först genomgick en misslyckad operation av livmodern och blev inkontinent. När hon försökte ta reda på vad som hade gått fel fick hon höra att alla journalanteckningar var borta. När hon sedan sökte vård för misstanke om cancer dröjde det två år innan hon röntgades. Så småningom blev hon opererad men då hade canceren hunnit sprida sig. Helt klart är att de intervjuade patienterna har råkat ut för dåligt bemötande och fått bristfällig information, både när det gäller tillgänglighet till vården och innehållet i den. Rapporten publiceras av Fundamental Rights Agency under våren 2012 [92].

Nationella patientenkäten visar på vissa systematiska skillnader mellan grupper

De nationella patientenkätarna visar att utlandsfödda personer är mindre nöjda än sverigefödda med olika aspekter av vården. De svarande har fått gradera bemötandet på en femgradig skala med *utmärkt*, *mycket bra*, *bra*, *någorlunda* och *dåligt*. De största skillnaderna mellan grupperna märks i antalet svar med ”utmärkt” respektive ”bra”. Personer som inte har svenska som modersmål är mer återhållsamma och upplever mer sällan att de får ett ”utmärkt” bemötande.

Kvinnor och de som inte har svenska som modersmål var oftare än män och sverigefödda mindre nöjda med flera centrala aspekter inom den öppna sjuk-

husvården. I tabell 3:5 visas resultat från den öppna sjukhusvården. Kvinnorna har till exempel 22 procent högre sannolikhet att känna sig mindre respekterade i mötet med vården, jämfört med män. För dem som inte har svenska som modersmål är sannolikheten 33 procent högre för att känna sig mindre respekterade, jämfört med gruppen som har svenska som modersmål. De med ett annat modersmål än svenska har också 14 procent högre sannolikhet att inte känna sig tillräckligt informerade om sin sjukdom och behandling. Samma grupp har 50 procent högre sannolikhet att känna sig mindre delaktiga i vården och behandlingen än vad de önskar jämfört med sverigefödda. Därtill har gruppen 36 procent högre sannolikhet för att ge helheten i vården ett lägre omdöme jämfört med gruppen som har svenska som modersmål.

Högutbildade känner sig mindre nöjda med informationen (32 procent högre sannolikhet) och med kunskapen om vart de kunde vända sig efter besöket (23 procent högre sannolikhet).

Tabell 3:5. Öppen vård vid sjukhusmottagningar, indikatorer för patientfokuserad vård: sannolikheten (OR) för att vara mindre nöjda med olika aspekter av vården utifrån kön, modersmål och utbildning

	Respekt (n = 76 264) OR	Information (n = 75 447) OR	Kontinuitet (n = 74 554) OR	Delaktighet (n = 75 054) OR	Helhetsintryck (n = 77 452) OR
Kön					
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	1,22 *	1,15 *	1,12 *	0,92	1,06 *
Svenska					
Ja	1	1	1	1	1
Nej	1,33 *	1,14 *	1,07	1,50 *	1,36 *
Utbildning					
Grundskola	1	1	1	1	1
Gymnasium	1,05	1,22 *	1,10	1,03	1,05 *
Universitet /högskola	0,98	1,32 *	1,23 *	0,93	0,99

1) Statistisk metod: Logistisk regression. Justerat för ålder, kön, landsting/region, antal besök i vården och självrapporterad hälsa.

2) Svaren visar oddsen (OR) för respektive grupp att vara mindre nöjd med de olika aspekterna av vården. Referensvärdet 1 för jämförelsegrupperna betecknar i vilken utsträckning patienterna svarade "ja" på frågan om de är nöjda med denna aspekt av vården. Värden högre än 1 betyder att de är mindre nöjda med respektive aspekt, och ett värde under 1 betyder att de är mer nöjda än referensgruppen.

* Statistiskt signifikant värde.

Samma mönster finns även inom till exempel primärvården och akutmottagningar – det vill säga kvinnor och de som inte har svenska som modersmål är mindre nöjda med bemötandet. De som inte har svenska som modersmål känner sig mindre delaktiga, och ger genomgående lägre omdömen om helhetsintrycket av vården [2]. Övriga bedömningar av vården utifrån de nationella patientenkäterna finns i avsnittet om patientfokuserad vård.

Landstingens syn på utmaningarna – svårt att mäta och prioritera

Enligt landstingen är svårigheterna att mäta och följa upp jämlikheten i vården en stor utmaning [2]. Landstingens företrädare anger också att många vill ha fler riktlinjer från myndigheterna. De framhåller att landstingen är medvetna om att det förekommer orättvisa och åtgärdbara skillnader i hälsan och vården, men

att det är svårt att ta sig an problemet. Flera vill ta fram personalutbildningar om jämlikhet i vården men menar samtidigt att verksamheterna har svårt att prioritera en sådan utbildning.

Patientorganisationerna har geografiska skillnader i fokus

Patientorganisationerna anser att geografiska skillnader är en av de största utmaningarna för att uppnå jämlikhet i vården [2]. Detta framkommer i de intervjuer som Socialstyrelsen har låtit genomföra under året. Företrädarna pekar särskilt på de betydande skillnaderna i tillgången till specialistvård och annan kompetens mellan landstingen men även inom landstingen. Detta kan innebära att patienterna får vänta olika länge innan de får rätt vård, vilket bidrar till onödiga kostnader i vården och i värsta fall innebär en risk för patienternas liv och hälsa. Organisationerna pekar också på att patienterna upplever stora orättvisor i vilken typ av behandling och rehabilitering de kan få. Dessutom varierar egenavgifterna mellan landstingen.

Skillnaderna beror enligt patientorganisationerna främst på den knappa och varierande tillgången till specialister. För att jämna ut tillgången till specialiserad vård behövs bättre nationella och mellanregionala remitteringsfunktioner. De framhåller också att landsting utan specialister inom olika områden saknar kompetens för att göra en snabb och korrekt remittering. Dessutom kan det finnas regionala prioriteringar och kostnadsskäl som gör att patienter inte remitteras till andra landsting. Samtidigt framhåller patientorganisationerna att det finns goda exempel där samverkan mellan landstingen fungerar bra i dessa avseenden. De viktigaste utmaningarna handlar om att få en ökad nationell samordning, till exempel i form av fler nationella riktlinjer och uppföljningar, samt att utveckla regionala centrum för kunskapsspridning och samordning. Patientorganisationerna vill också att staten ökar sin tillsyn samt ställer högre krav på att landstingen samordnar resurserna mellan sig. Vidare anser de att SKL har en viktig uppgift när det gäller att förbättra kunskapsspridningen och samordningen mellan landstingen och regionerna. Intervjupersonerna framhåller också att patienterna bör få en starkare ställning i vården och större inflytande i planeringsarbetet.

Metoder för att nå jämlikhet i vården – vad säger forskningen?

En stark första linjens sjukvård (bland annat primärvård och närvård) är en viktig faktor i ett sjukvårdssystem som strävar mot jämlik hälsa och vård. Riktade insatser kan bidra till att minska skillnaderna mellan olika grupper, men resultaten från forskningen är delvis motsägelsefulla. Socialstyrelsen har gjort en översiktlig litteratursökning över metoder och strategier som har använts inom forskningen för att minska skillnader i hälsa och vård mellan olika grupper [2].

Forskare framhåller att tillgången till vården blir mer jämlik med ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem, och att effekten blir motsatt om vården finansieras med en hög andel patientavgifter eller privata försäkringar. Vidare visar forskningen att tillgången blir mer jämlik med en hälso- och sjukvård som är uppbyggd kring en stark första linjens sjukvård. Det förefaller råda samstämmighet i forskningen om dessa övergripande aspekter, och i dessa sammanhang lyfts ofta de skandinaviska länderna som ”modeller” för sådana system.

SKL utvidgar satsningen för en jämlik hälsa och vård

Under 2010 var jämlik hälso- och sjukvård en prioriterad fråga för SKL som fokuserade på det socioekonomiska perspektivet, mångfalden och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Under 2011 utvidgade SKL arbetet med att undersöka och ta fram fakta om ojämlikhet inom andra områden som bedöms ha särskilt stor betydelse för välfärden. Arbetet ska bidra till att kommuner, landsting och regioner har bästa möjliga förutsättningar att erbjuda en god, gemensamt finansierad välfärd och en trygg, attraktiv och hållbar livsmiljö. Satsningen ska verka för att sektorns välfärdstjänster distribueras mer jämlikt inom kärnverksamheterna genom att utveckla kunskap, metoder och strategier som uppmärksammar ojämlikheter och stärker medlemmarnas möjligheter att åstadkomma konkreta förändringar. Ett antal kommuner och landsting har gått samman i ett nätverk för att utveckla arbetet med jämlik hälsa utifrån intentionerna i Marmotkommissionen [91].

Plattform för jämlikhet i vården

Flera organisationer arbetar tillsammans för att etablera en nationell plattform för jämlik hälsa och vård som är myndighets- och organisationsövergripande. Arbetet genomförs av SKL, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, DO, Vårdförbundet, Läkarförbundet, Kommunal, Läkarsällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Plattformen utarbetades och förankrades under 2011 och kommer att presenteras på en nationell konferens under våren 2012. Syftet med plattformen är att tydliggöra en gemensam värdegrund som är baserad på lagstiftning och professionell etik. Den ska samtidigt verka mobiliserande och därmed driva på arbetet både inom och mellan de samverkande organisationerna [91].

Lärandeprojekt

I SKL:s regi pågår ett projekt med syfte att utveckla och testa arbetssätt för hälsofrämjande och förebyggande insatser, bemötande, behandling och tillgänglighet i första linjens vård [91]. Projektet bedrivs i utvalda bostadsområden och genomförs i samverkan med de berörda aktörerna inom området. Projektet startade hösten 2011 och ska följas genom en vetenskaplig studie. I studien ska olika arbetssätt, metoder och deras effekter utvärderas samt en hälsoekonomisk bedömning göras.

Vägledning för styrning mot jämlikhet

SKL har utvecklat en modell för hur kommuner, landsting och regioner kan utveckla sitt övergripande styr- och ledningssystem, i syfte att erbjuda mer jämlika välfärdstjänster inom exempelvis hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten. Vägledningen är ett stöd för alla som utifrån lokalt självstyre arbetar för ökad jämlikhet. Den vänder sig främst till dem som arbetar på en övergripande styr- och ledningsnivå men kan även inspirera till utvecklingsarbete på verksamhets- och arbetsplatsnivå [93].

Socialstyrelsens bedömningar för det fortsatta arbetet

På senare år har ett antal initiativ tagits på olika nivåer för att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård. Några beskrivs kortfattat ovan, och här sammanfattar Socialstyrelsen ett antal förslag för det fortsatta arbetet som vi har tagit fram

under hösten och som tidigare har redovisats i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* [2].

Socialstyrelsen avser att ta fram en samlad strategi för att genom samtliga tillgängliga verktyg bidra till utvecklingen mot en mer jämlik hälsa och vård, bland annat på följande sätt:

- Driva på utvecklingen genom att ta fram en plan för hur olika informationssystem, inklusive hälsodataregister och kvalitetsregister, och andra databaser inom sjukvården kan utvecklas för att kontinuerligt belysa och följa skillnader i hälsa, tillgänglighet och vårdkvalitet för olika grupper i befolkningen.
- Utveckla metoder för att ta fram mer kunskap om situationen för grupper som hamnar utanför vanliga kartläggningar och analyser. Det handlar om nationella minoriteter, men också om papperslösa, bostadslösa, tunga missbrukare och vissa grupper av svårt psykiskt sjuka.

Sjukvårdshuvudmännen bör exempelvis göra följande:

- Fokusera på utsatta områden och utveckla tillgängligheten genom att identifiera och avveckla barriärer inom vården för utsatta grupper, samt utveckla uppsökande verksamhet i områden med hög ohälsa.
- Satsa på innovativa projekt och stimulera personalen i de patientnära verksamheterna. För att öka kunskapen behöver medarbetarna aktivt uppmuntras till att utveckla projektidéer och gemensamma målbilder kring hur man kan uppnå en mer jämlik vård.
- Inrätta särskilda verksamhetsbaserade vårdteam för att utveckla och stärka utsatta gruppers möjligheter till vård. Dessa team kan kopplas till lokala FoU samt relevanta forskningsinstitutioner.
- Bredda uppdragen för de regionala kunskapscentrum för jämställd vård som redan finns så att de även omfattar övriga jämlikhetsaspekter. Dessa centrum huvuduppdrag kan vara att bedriva forskning och verksamhetsutveckling för att öka kunskapen och det professionella engagemanget kring frågor som rör jämlikhet i hälsa, vård och omsorg.
- Vidareutveckla metoder för en behovsbaserad resursfördelning och ersättningsmodeller med särskilt fokus på sjukvårdens förebyggande, behandlande och rehabiliterande verksamhet.

Regering och riksdag bör bland annat överväga:

- Utveckla en ny modell i samarbete med sjukvårdshuvudmännen med syfte att nå större harmonisering mellan olika delar av landet inom kritiska områden såsom avgifter och geografiska skillnader i tillgång till kompetens etc.
- Utforma ett tilläggsdirektiv till den pågående så kallade Patientmaktsutredningen (S2011:03) om att den särskilt bör uppmärksamma jämlikhets- och inflytandaspekter för sårbara grupper i befolkningen.

Forskning och utbildning föreslås att:

- Den planerade översynen av läkarutbildningen bör ta stor hänsyn till de framtida behoven av läkare i primärvård, psykiatri, geriatrik och socialmedicin.
- Öka fokus i samtliga vårdutbildningar på omfattning och orsaker till socioekonomiskt betingade skillnader i ohälsa och vårdbehov.

- Öka stödet till forskning som särskilt riktar in sig på att utveckla metoder för att minska skillnaderna i hälsa och vård (till exempel aktionsforskning och deltagande observationer).

Effektiv hälso- och sjukvård

Effektiv vård innebär att de tillgängliga resurserna i form av till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning och läkemedel används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Det kommer att bli allt viktigare att använda de tillgängliga resurserna inom vården och omsorgen på bästa sätt eftersom den åldrande befolkningen och den medicinteknologiska utvecklingen sannolikt kommer att pressa kostnaderna uppåt.

I kapitlet om ekonomiska analyser finns en definition av effektivitet och exempel på hur effektivitet kan analyseras. I detta avsnitt kommenterar vi effektiv vård ur ett internationellt perspektiv.

Effektivitet i hälso- och sjukvården ur ett internationellt perspektiv

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) har sedan 2004 studerat i vilken grad kostnaderna för hälso- och sjukvård leder till förbättrad hälsa hos befolkningen. Arbetet har inte handlat om att utveckla metoder för att analysera effektivitet, utan det har främst handlat om att synliggöra skillnader mellan olika länder när det gäller befolkningens hälsa, resultat- och processindikatorer samt hälso- och sjukvårdsutgifter. OECD har dessutom sökt förklaringar till olikheter mellan länderna i deras olika institutionella arrangemang när det gäller hälso- och sjukvårdssystemen.

Sedan tidigt 1990-tal har hälso- och sjukvårdsutgifterna per invånare i OECD-länderna ökat med över 70 procent i reellt värde. OECD beräknar att de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP kommer att öka 3,5–6,0 procentenheter fram till 2050 i OECD-området. På lång sikt är det nödvändigt att kunna använda resurserna mer effektivt för att inte underminera de offentliga finanserna. Samtidigt som hälso- och sjukvårdsutgifterna har ökat så har också hälsan förbättrats hos befolkningen inom OECD. Hälsa mäts då som förväntad medellivslängd och dödlighet i till exempel cancer och akut hjärtinfarkt. Den förväntade medellivslängden har i genomsnitt ökat ett år för varje fyraårsperiod sedan tidigt 1990-tal.

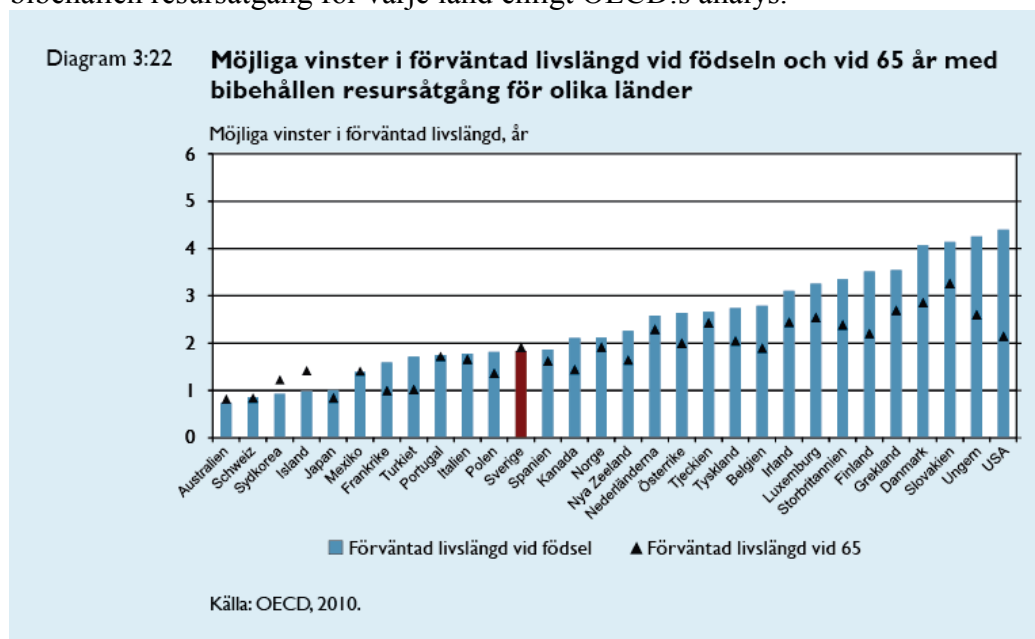
Trots detta finns fortfarande betydande variationer i hälsostatus mellan länderna, och de som spenderar mest pengar har inte nödvändigtvis bäst hälsoutfall. Exempelvis spenderar Japan mindre på sjukvård per invånare än de flesta OECD-länderna samtidigt som japanerna har en mycket hög hälsostatus. I andra länder bör det därför finnas utrymme att förbättra kostnadseffektiviteten. Det finns i allmänhet ingen motsättning mellan att uppnå mer jämlika hälsoutfall och att höja det genomsnittliga hälsotillståndet hos befolkningen. Länder med hög jämlikhet när det gäller hälsa tenderar tvärtom också att ha en hög genomsnittlig hälsostatus – Island, Sverige och Italien är exempel på detta.

I rapporten *Health care systems: Efficiency and policy settings* gör OECD jämförelser mellan olika länder och olika hälso- och sjukvårdssystem för att identifiera styrkor och brister i dem [94]. OECD-länderna sorteras in i olika grupper beroende på hur hälso- och sjukvårdssystemen är konstruerade. Sverige hamnar i grupp 4 tillsammans med Turkiet och Island, vilket är en grupp som karaktäriseras av offentlig finansiering och mest offentlig produktion, möjlighet att välja vårdgivare och en låg nivå av ”gatekeeping”. Låg ”gatekeeping” inne-

bär till exempel att patienter kan kontakta en specialist utan att ha en remiss från en allmänläkare.

Hela grupp 4 har hög effektivitet, men OECD konstaterar att det inte verkar finnas något system som i sin helhet är bättre än andra, utan det finns större variationer inom olika grupper än mellan dem. Det finns med andra ord ingen särskild reform som kan rekommenderas generellt. De fyra länder som förefaller vara bäst på att omvandla insatta resurser till hälsa är Australien, Japan, Korea och Schweiz, och de hamnar i tre olika grupper i klassificeringen av hälso- och sjukvårdssystemen.

I rapporten analyseras effektivitet med hjälp av den ekonometriska metoden "data envelopment analysis" (DEA). Som utfall används förväntad livslängd eftersom alla länder inte har data över mer sjukdomsspecifika resultat. Livslängden påverkas dock av andra faktorer än endast hälso- och sjukvården, och därför tar analysen även hänsyn till livsstilsfaktorer såsom tobaks- och alkoholkonsumtion, matvanor och miljöfaktorer samt utbildnings- och inkomstnivå. Resultatet visar att alla OECD-länder skulle kunna höja effektiviteten och få bättre resultat av de insatta resurserna. Om hälso- och sjukvårdsutgifterna hölls konstanta skulle medellivslängden kunna öka med mer än två år i genomsnitt för OECD-länderna, om samtliga länder skulle bli lika effektiva som de mest effektiva. Diagram 3:22 visar den möjliga vinsten i förväntad livslängd med bibehållen resursåtgång för varje land enligt OECD:s analys.



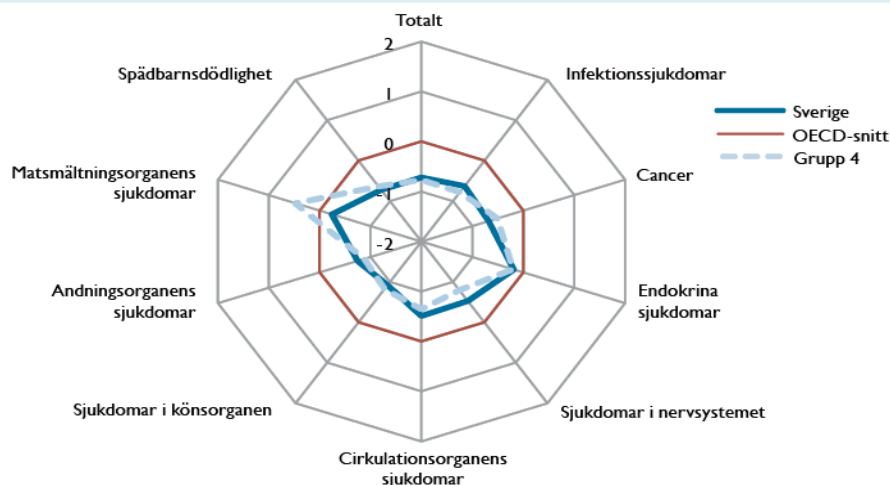
Figur 3:1 och 3:2 visar Sveriges resultat i förhållande till OECD-snittet och snittet i den grupp som Sverige kategoriserades i (grupp 4) när det gäller resurser och utfall i form av åtgärdbar dödlighet.

Figuren nedan (3:1) visar åtgärdbar dödlighet uppdelat på olika sjukdomsgrupper. Den åtgärdbara dödligheten är lägre i Sverige än i OECD-länderna i genomsnitt inom samtliga sjukdomsgrupper.

Åtgärdbar dödlighet uppdelat på sjukdomsgrupp

Källa: OECD, 2010.

Figur 3:1

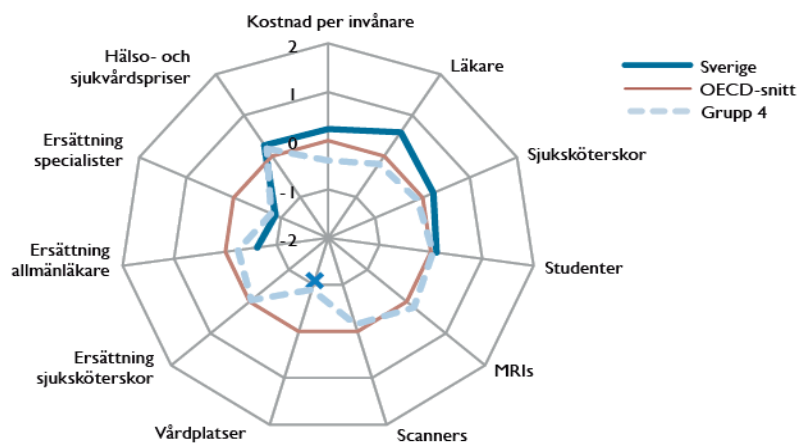


På resurssidan har Sverige fler läkare och sjuksköterskor per invånare än OECD-snittet (figur 3:2). Däremot är antalet besök per invånare lägre (framgår inte av diagrammet). Enligt OECD är det låga antalet besök per läkare slående. Statistiken över antalet besök ger dock ingen information om hur långa besöken är eller vad de innehåller. Hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare är något högre i Sverige än i OECD-länderna generellt, men antalet vårdplatser är lägre. Kategorierna "ersättning specialister" och "ersättning allmänläkare" visar den relativa lönenivån för dessa grupper i relation till den övriga befolkningen i respektive land. Diagrammet visar att den relativa inkomstnivån för dessa grupper är lägre än OECD-snittet.

Kostnader och resurser

Källa: OECD, 2010.

Figur 3:2



OECD har i rapporten *Value for Money in Health Spending* presenterat olika åtgärder som leder till ökad effektivitet [95]. Exempel på sådana åtgärder är tillämpning av "health technology assessment" (HTA) och evidensbaserad medicin, till exempel i form av riktlinjer och kunskapsöversikter. Andra åtgärder är målrelaterad ersättning ("pay for performance", P4P) även om data som visar att kvaliteten höjs med denna typ av ersättningssystem ofta saknas. OECD tillägger även att förutsättningarna för att införa P4P ofta saknas, det vill säga

data finns inte eller går inte att samla in, kvalitetsindikatorer finns inte och uppföljningssystem saknas.

Intresset i landstingen ökar

Intresset för hälsoekonomiska frågeställningar verkar vara på uppåtgående i Sverige och år 2010 startade den första svenska föreningen för hälsoekonomi, SHEA. Under hösten 2011 höll föreningen sitt första årsmöte och i samband med det bildades också ett nätverk för samverkan kring hälsoekonomiska frågeställningar bland representanter från landstingen. I den följande texten redovisas exempel på hur Region Skåne arbetar med området effektiv vård.

För att kunna följa upp om vården är effektiv måste det finnas uppsatta mål för verksamheten eftersom effektivitet definieras som måluppfyllelse i förhållande till de insatta resurserna. I Region Skåne formuleras mål för verksamheten på både koncernnivå och lokal nivå. För att stärka incitamenten att nå målen har olika typer av målrelaterade ersättningar tagits fram inom olika delar av hälso- och sjukvården. Region Skåne använder också öppna jämförelser för att synliggöra resultaten och därmed få ytterligare drivkraft att nå målen.

Regionen har utvecklat strukturerade processer där vårdkedjan utifrån patienternas perspektiv ska vara obruten och effektiv. Processerna utvecklas i nära samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården. Under år 2011 utvecklades processerna för stroke, knä- och höftledsartros och multisjuka äldre, och inom cancerområdet fortsätter arbetet med processerna bröstcancer, kolorektalcancer, prostatacancer och lungcancer.

Genom att arbeta processinriktat ska patienterna få kortare ledtider, och en patient med höftfraktur ska till exempel opereras inom 24 timmar från ankomsten till sjukhuset. Inom öppenvården ska omhändertagandet ske effektivt genom att patienterna får rätt vård i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Arbetet med området effektiv vård är inte skarpt avgränsat från andra målområden inom konceptet god vård [49]. Det finns ytterligare exempel på systematiskt arbete i Region Skåne inom området effektiv vård, som också berör till exempel säker och kunskapsbaserad vård. Exempel på detta är arbeten som går ut på följande:

- Koncentrera den högspecialiserade vården till färre enheter.
- Öka antalet patienter som läggs in direkt.
- Skapa en patientägd journal som alla vårdgivare använder.
- Läkemedelsbehandlingar ska vara evidensbaserade, kostnadseffektiva och av hög kvalitet. Vårdenheterna ska följa nationella och Skånegemensamma riktlinjer, såsom Skånelistan och måltal i läkemedelsbudgeten.
- Vid introduktionen av nya läkemedel ska vårdenheterna följa Skånegemensamma riktlinjer som tas fram via Läkemedelsrådet.

Det lokala arbetet med verksamhetsutveckling enligt god vård stimuleras genom att olika förvaltningar får i uppdrag att arbeta med lokala incitament och redovisa dessa till koncernen. Kunskaper om lokala förhållanden och betingelser är avgörande för att organisera verksamheten och för att belöna medarbetare och verksamheter i syfte att nå de uppsatta kvalitetsmålen med minsta möjliga resursåtgång. Regionen kan också stödja lokala projekt genom att tillhandahålla hälsoekonomisk kompetens.

Tandvård och tandhälsa

Sammanfattande iakttagelser

- Svenskarna är överlag nöjda med tandvården. De är något mer nöjda med privattandvården än med folktandvården. Kännedomen om det statliga tandvårdsstödet behöver likväl förbättras. Endast hälften av svarspersonerna i Socialstyrelsens och Försäkringskassans undersökning uppger sig känna till det allmänna tandvårdsbidraget.
- En allt större andel barn och unga är kariesfria. År 2010 var 63 procent av de undersökta tolvåringarna kariesfria. Samma år var 31 procent av nittonåringarna kariesfria. Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar som har olika socioekonomisk bakgrund.
- Sveriges kommuner och landsting uppskattar att knappt 166 000 personer kunde komma ifråga för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2010. Av dessa tackade drygt 99 000 personer ja och fick del av den uppsökande verksamheten. Drygt 122 000 personer fick nödvändig tandvård under 2010 vilket är en ökning med drygt 7 procent sedan 2009.
- Den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal mellan länen kan innebära en risk för att strokepatienter får sämre tillgång till tandvården än befolkningen i övrigt. Det visar Socialstyrelsens nationella utvärdering av stroke-sjukvården
- Tillgängligheten till tandvård är bristfällig efter kontorstid och på helgerna. Socialstyrelsens tillsyn visade att patienterna inte fick någon vård efter stängning om det inte rörde sig om allvarliga fall som krävde specialistkompetens.
- Det finns stora skillnader inom tandvården för vad som rapporteras som en avvikelser. Detta kan försvåra arbetet med att uppnå en god och säker tandvård.
- Det finns fortsatt stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen inom tandvården. Orsakerna är inte kända, men rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvård bör kunna bidra till en minskning av antibiotikaanvändningen inom tandvården.

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen utvecklingen inom tandvården och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL. Vi diskuterar även befolkningens tandhälsa.

Aktuell utveckling

De flesta har god tandhälsa

Befolkningens tandhälsa är generellt sett god. Enligt Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät från 2010 uppger 90 procent att de har en god tandhälsa [1]. Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsan mellan olika grupper.

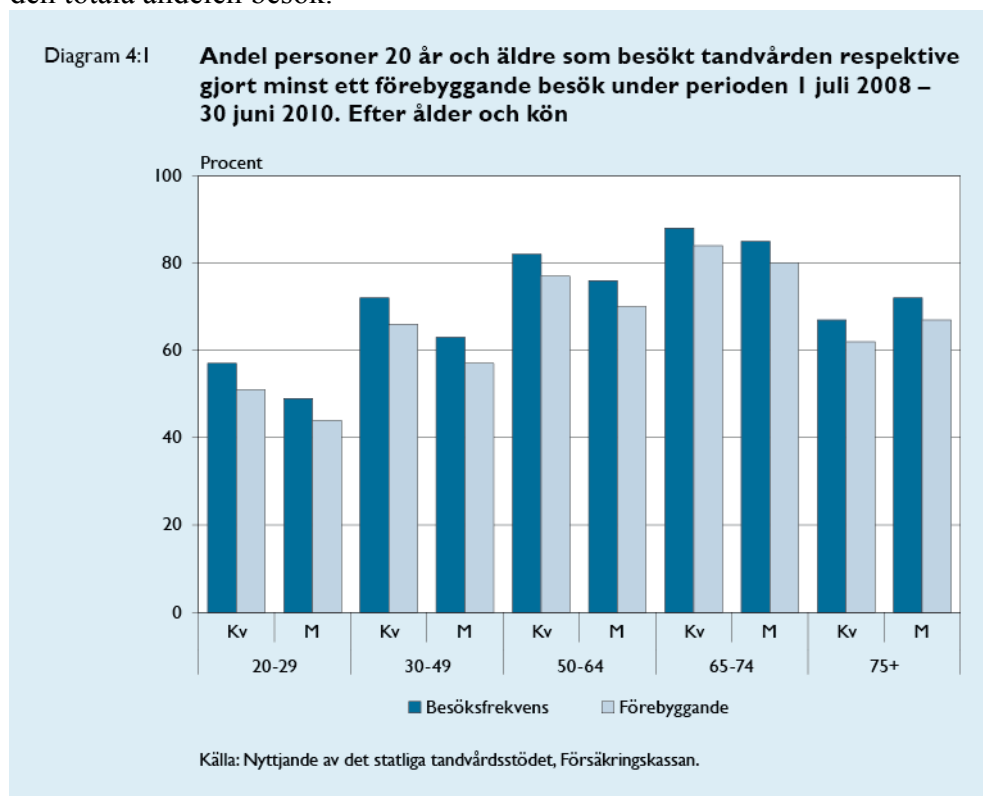
Personer med kort utbildning, låg inkomst samt utlandsfödda uppger att de har dålig tandhälsa i betydligt högre utsträckning än andra. 24 procent av de med sjukpenning eller sjukersättning uppger att de har dålig tandhälsa, medan

motsvarande andel bland förvärvsarbetande bara är 8 procent. Behovet av tandvård är, precis som Socialstyrelsen konstaterade i Lägesrapport 2011, fortsatt stort i dessa grupper trots den positiva utvecklingen av tandhälsan de senaste decennierna.

Två av tre besöker tandvården i förebyggande syfte

Försäkringskassan har i samarbete med Socialstyrelsen utvärderat nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet. Utvärderingen visar att 71 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökte tandvården under perioden 1 juli 2008–30 juni 2010. Utvärderingen visar också att 68 procent av den vuxna befolkningen besökte tandvården i förebyggande syfte. I absoluta tal gjorde 5,13 miljoner individer 19,1 miljoner besök och 30,9 miljoner behandlingsåtgärder utfördes [2].

Personer i åldersgruppen 65 – 74 år har besökt tandvården i högst utsträckning (diagram 4:1). I diagram 4:1 visas också andelen personer som har gjort minst ett förebyggande besök. Ett förebyggande besök definieras som ett besök där minst en förebyggande åtgärd utfördes. Andelen förebyggande besök följer den totala andelen besök.



Kvinnor besöker tandvården i högre grad än män. Det gäller för alla åldersgrupper utom för den äldsta, 75 år och uppåt. Att de äldsta besöker tandvården i lägre utsträckning än andra grupper kan till viss del förklaras av att en del personer i denna grupp omfattas av det tandvårdsstöd som landstingen ansvarar för. De omfattas därmed inte av statistiken för det statliga tandvårdsstödet.

Personer äldre än 50 år tenderar också att besöka tandvården ett större antal gånger i genomsnitt jämfört med yngre, vilket sannolikt förklaras av att tandvårdsbehovet ökar med åldern.

Efterfrågan på tandvårdspersonal är fortsatt stor

Socialstyrelsens planeringsstöd (NPS) arbetar fortlöpande med att ta fram statistik för analys av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdens personal.

En internationell jämförelse av personaltillgång inom tandvården försvåras emellertid av att många länder inte har yrkeskategorin tandhygienister. Inom Norden går det dock att göra jämförelser. Jämfört med Norge och Danmark har Sverige flest tandhygienister per 100 000 invånare samtidigt som Sverige har lägst tandläkartäthet [3].

I Sverige har tillgången på tandläkare sjunkit sedan 1995 samtidigt som tillgången på tandhygienister har ökat. Totalt var drygt 7 400 tandläkare och drygt 3 600 tandhygienister sysselsatta i tandvården i slutet av 2009. Av tandläkarna hade 839 stycken specialistkompetens vilket motsvarar ca 11 procent av alla tandläkare [4].

Inom tandhygienistkåren finns en kraftig övervikt av kvinnor medan könsfördelningen hos tandläkarna är jämn. Enligt Höskoleverkets prognoser kommer emellertid kvinnorna att vara i majoritet även inom tandläkaryrket år 2020 [3].

NPS arbetar med flera olika modeller för att beräkna hur den framtida tillgången på tandvårdspersonal kan komma att se ut. NPS tar fram en prognos utifrån hur nettomigrationen av tandläkare har sett ut de senaste åren, jämfört med examinationstakten av nya tandläkare, kontra pensioner och tandläkare som lämnar tandvården för att arbeta inom till exempel offentlig förvaltning. Prognosen är att antalet tandläkare kommer att minska med en fjärdedel fram till år 2025, det vill säga till cirka 5 400 tandläkare, utan tillskott av nettomigration [5].

Samtidigt visar prognosen att antalet tandhygienister i tandvården kommer att öka med drygt 45 procent fram till 2025, det vill säga till cirka 4 700 tandhygienister.

Kunskapen om äldres munhälsa måste öka

Äldres munhälsa uppmärksammas bland annat av Socialstyrelsens tillsyn. Socialstyrelsens har tillsynat kommunalt och enskilt drivna särskilda boenden i 38 kommuner i den sydöstra regionen. Tillsynen visar att de äldre som har rätt till munhalsobedömning och nödvändig tandvård också erbjuds detta. Socialstyrelsen konstaterar dock att det ibland är svårt att ge den omvårdnad och behandling som behövs när det gäller munhälsa [6]. Det gäller framförallt äldre med demenssjukdom som kan ha svårt att förstå varför och hur de ska använda sina hjälpmedel. Socialstyrelsens inspektioner har tydliggjort behovet av att personalen har kompetens inom området, och vikten av att det finns en plan för kompetensutveckling av personalen. Det är också viktigt att det finns tydliga, uppföljningsbara mål för mun- och tandvården inom särskilda boendeformer.

Äldres munhälsa har också uppmärksamats av tandläkarförbundet som ororas av att en stor andel av de som är berättigade till uppsökande verksamhet inte erbjuds detta [7]. Tandläkarförbundet anser att det är mycket viktigt att kunskapen om äldres munhälsa ökar hos bland annat kommunernas biståndsbedömare. Förbundet anser också att samarbetet mellan bland annat kommunernas äldreboenden och kommunernas hemtjänst och tandvården måste öka. De anser också att det är viktigt att medvetenheten om hur viktig en god munhälsa bland äldre är sprids, både bland de äldre själva, bland kommunernas personal inom vård och omsorg om äldre och bland tandvårdens personal. Av det skälet har

förbundet tagit fram ett särskilt policydokument som uppmärksammar vikten av att bibehålla äldres mun- och tandhälsa.

En femtedel av de ansvariga för kommunernas biståndshandläggare upplever att sjuka äldre som bor kvar hemma ofta har tandhälsoproblem [8]. Samtidigt är det en minoritet av kommunerna som alltid tar upp munhälsa och tandvårdsbehov vid bedömningarna av äldres bistandsbehov. Skälet till det uppges vara att munhälsa och tandvård anses vara en del av personlig omvårdnad inom ramen för hemtjänst, och att frågor om detta först tas upp när de som ska verkställa beslutet om hemtjänst upprättar en genomförandeplan, alltså tar ställning till hur de beviljade insatserna ska genomföras.

Hos de kommuner som tar upp munhälsa och behov av tandvård redan vid bistandsbedömningarna av de äldre är det en minoritet som följer upp hur det har gått hos tandvården, enligt Tandläkarförbundet. Det finns också brister när det gäller biståndshandläggarnas kunskaper om vad som ingår i en munhälso-bedömning.

Tandvårdens uppsökande verksamhet måste nå fler

Landstingen har sedan 1999 ansvar för att personer som bor på särskilt boende för äldre, funktionshindrade under 65 år och personer med stort behov av vård och omsorg blir uppsökta av tandvårdspersonal och erbjuds en avgiftsfri munhalsobedömning. Dessa personer ska också erbjudas nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Sveriges Kommuner och Landstings redovisning visar att 165 600 personer kunde komma ifråga för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2010 [9]. Av dessa tackade drygt 99 200 personer ja och fick del av den uppsökande verksamheten. Det innebär en ökning på cirka 3 procent jämfört med 2009.

Det är viktigt att notera att samtliga 165 590 personer som ingick i personkretsen inte erbjöds uppsökande verksamhet. 17 av 21 landsting har kunnat lämna uppgifter om hur många personer som tackade nej till erbjudandet om uppsökande verksamhet. Utifrån dessa uppgifter går det att se hur många personer det var som varken tackade ja eller nej, och som alltså inte fick något erbjudande. Uppgifterna visar att det var 76 procent av personkretsen i dessa 17 landsting som erbjöds uppsökande verksamhet. Det är med andra ord en betydande andel av personerna som är berättigade till uppsökande verksamhet som inte blir erbjudna detta.

Omkring 122 300 personer fick nödvändig tandvård under 2010, vilket är en ökning med drygt 7 procent sedan 2009.

Färre barn och unga drabbas av karies

En allt större andel barn och unga är kariesfria. År 2010 var 63 procent av de undersökta tolvåringarna kariesfria. Medelvärdet för DFT, det vill säga antalet skadade och fyllda tänder, var 0,82. Samma år var 31 procent av nittonåringarna kariesfria [10]. Den övergripande bilden av barns tandhälsoutveckling är alltså positiv.

Samtidigt finns det stora skillnader i tandhälsa bland barn och ungdomar som har olika socioekonomisk bakgrund. Stockholms läns landsting har därför utvecklat en modell med vårdbehovsområden och vårdbehovstillägg. Detta gör att landstinget kan identifiera geografiska områden med sämre tandhälsa. I dessa områden betalar landstinget ut ett högre vårdbehovstillägg till vårdgivarna så att

vårdgivarna får likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Tandhälsan hos barn och ungdomar i de områden som identifierats som de mest utsatta har också förbättrats de senaste åren. År 2005 hade drygt 70 procent av trettonåringarna i dessa områden kariesskadade tänder. År 2010 hade den andelen sjunkit till knappt 64 procent [11].

Även i landstinget Östergötland uppmärksammas de skillnader i tandhälsa som finns mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund. Där har andelen kariesfria sexåringar ökat i alla socioekonomiska grupper, utom i den mest utsatta gruppen där andelen kariesfria tvärtom har sjunkit [12]. År 2006 var 50 procent av sexåringarna i de mest utsatta områdena kariesfria men 2009 hade denna andel sjunkit till 46 procent. Skillnaderna i tandhälsa mellan sexåringar med olika socioekonomisk bakgrund har med andra ord ökat mellan åren 2006 och 2009, inte minst eftersom tandhälsan i övriga socioekonomiska grupper har blivit bättre under perioden. Landstinget i Östergötland arbetar sedan flera år med satsningar på riktade preventiva insatser till områden som har störst behov, satsningar som det alltså fortfarande finns ett behov av.

Tandvården spelar en viktig roll för utsatta barn

Tandvården har en viktig roll när det gäller att upptäcka barn som utsätts för övergrepp eller bristande omvårdnad. De nordiska barnombudsmännen påpekar i ett gemensamt uttalande år 2009 att tandvården har en unik möjlighet att komma i kontakt med i princip alla barn och att tandvårdspersonal får en god överblick över eventuella skador i mun-, hals- och ansiktsregionen. Barnombudsmännen konstaterar vidare att det är få tandläkare som faktiskt fullgör anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1§ socialtjänstlagen (2001:453) rörande barn som far illa, och att beslutsfattare i de nordiska länderna bör förtydliga denna anmälningsskyldighet i relevanta planer och policydokument [13].

Sveriges Tandläkarförbund har även gett ut en skrift i frågan där man beskriver tandvårdens anmälningsskyldighet och vad man som tandvårdspersonal kan möta. Skriften ger även råd om hur tandvårdspersonal ska agera när de har svårt att få barnen att besöka kliniken, något som kan vara ett tecken på att barnet är i en utsatt situation [14]

Utökat stöd till personer med sjukdom eller funktionsnedsättning

Den 1 januari 2013 införs ett nytt tandvårdsstöd till personer med långvarig sjukdom eller funktionshinder, det så kallade tredje steget i 2008 års tandvårdsreform. Stödet består av två delar.

Den ena delen av stödet är ett ekonomiskt bidrag som bara kan användas till förebyggande tandvård, särskilt tandvårdsbidrag (STB). Bidraget riktas till dem som riskerar att få försämrad tandhälsa till följd av sjukdom eller funktionshinder och där risken kan minskas med hjälp av förebyggande behandling.

Den andra delen av stödet riktar sig till personer som har stora tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder och som dessutom har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå en tandvårdsbehandling. Dessa personer ska få sin tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Målet med stödet är att undanröja ekonomiska hinder för att få tandvårdsbehovet tillgodosett.

Det nya stödet bygger vidare på det system som redan finns, där det särskilda tandvårdsbidraget liknar det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) i det nuvarande statliga tandvårdsstödet för vuxna, medan tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift liknar det tandvårdsstöd som landstingen idag ansvarar för.

Tandvårdsabonnemangen fortsätter att öka

Inom det statliga tandvårdsstödet är det möjligt att teckna avtal om abonnemang för tandvård. Syftet med abonnemanget är att främja en god tandhälsa med fokus på preventiva åtgärder. Abonnemanget innebär att utgifterna för tandvården periodiseras och avsikten är att detta ska stimulera till ökad kontakt med tandvården.

SKL följer utvecklingen av abonnemang i tandvården, något som de benämner frisktandvård. Under 2011 erbjöd folktandvården i 20 landsting och regioner frisktandvård, vilket är en ökning med 2 landsting sedan 2010.

Den 30 april 2011 fanns cirka 377 200 abonnemang, vilket innebär en ökning av antalet abonnemang med 32 procent sedan april 2010 [15].

SKL har också tagit fram en nationell modell för frisktandvård. I april 2011 hade 18 av de 20 landsting och regioner som erbjuder frisktandvård anslutit sig till denna modell.

Patientfokuserad tandvård

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

Svenskarna är nöjda med tandvården

Svenskarna är överlag nöjda med tandvården även om graden av nöjdhet har sjunkit marginellt. Det visar Svenskt Kvalitetsindex mätning av kundnöjdhet. Nöjdheten har sjunkit från 82,7 poäng (av 100 möjliga) år 2010 till 81,9 poäng år 2011. Trots detta är tandvården fortfarande den del av samhällssektorn som medborgarna är mest nöjda med [16].

Svarspersonerna i undersökningen är mer nöjda med privattandvården än med folktandvården. Nöjdhetsindex för privattandvården ligger på 85,4 poäng medan nöjdhetsindexet för folktandvården ligger på 76,7 poäng.

Kännedomen om tandvårdsstödet behöver öka

Ett av målen med det statliga tandvårdsstödet som infördes 2008 är att stimulera till regelbundna besök i tandvården i förebyggande syfte. För att nå målet infördes det allmänna tandvårdsbidraget (ATB). Tandvårdsbidraget är 150 kronor årligen för personer 30–74 år och 300 kronor årligen för personer 20–29 år samt för personer som är 75 år och äldre. Patienten kan spara bidraget i ett år, vilket betyder att en person som är under 30 år och besöker tandvården vartannat år får 600 kronor i ATB.

Förutsättningen för att ATB ska ha avsedd effekt är att befolkningen känner till det och anser att bidraget är tillräckligt stort för att det ska vara värt att utnyttja. Försäkringskassans utvärdering visar att 93 procent av patienterna har använt sitt ATB. Socialstyrelsens och Försäkringskassans kännedomsundersökningar visar samtidigt att kunskapen om ATB är låg. Endast hälften av svarspersonerna uppger sig känna till ATB, och i lägre åldersgrupper är kännedomen om bidraget ännu lägre [2, 17].

Att endast hälften av befolkningen känner till bidragets existens innebär förmodligen att det har liten påverkan på befolkningens tandvårdskonsumtion. Att så många som 93 procent av patienterna använder sitt ATB tyder på att tandvården ”drar” bidraget utan att patienten känner till det. Det betyder att bidraget inte hade någon påverkan när det gällde att få patienten att besöka tandvården. Det är dock för tidigt att utesluta en framtida effekt av ATB eftersom fler och fler förmodligen blir medvetna om bidraget när de besöker tandvården, vilket kan påverka deras framtida tandvårdskonsumtion. ATB kan alltså få en effekt på besöksfrekvensen på längre sikt [2].

Inom ramen för utvärderingen av tandvårdsstödet lät Försäkringskassan genomföra en fokusgruppsstudie av hur tandläkare och privatpersoner uppfattar det statliga tandvårdsstödet. Antalet som deltog i studien är begränsat och det är därför svårt att generalisera resultaten till hela befolkningen. Men den ger ändå en bild av hur resonemangen om tandvårdsstödet kan se ut.

Privatpersonerna understryker att det är en ekonomisk risk att gå till tandvården då de inte vet hur dyrt besöket blir. Och om det skulle visa sig att de inte har några tandhälsoproblem känner de att de har slösat bort pengar till ingen nytta. De anser också att tandvårdsbesök är dyra trots att de har dålig uppfattning om vad det kostar.

Privatpersonerna känner inte till ATB särskilt väl och när de informeras om hur det fungerar anser privatpersonerna att 150 kronor är alldeles för lite för åldersgruppen 30 – 74 år, och att den summan inte har någon betydelse. De anser att bidraget antingen ska tas bort eller höjas ordentligt [2].

Tandvård i rimlig tid

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

Svårt att få tandvård efter kontorstid

Socialstyrelsens verksamhetstillsyn visar att tillgängligheten till tandvård är dålig efter kontorstid, för omhändertagande av patienter med akuta mun- och tandhälsobesvär. Efter stängning fick inte patienterna någon vård om det inte rörde sig om allvarliga fall som krävde specialistkompetens. Detta gällde oavsett patientens ålder. Samma förhållande gäller under helgerna då det endast finns tandvård tillgängligt under några få timmar.

Socialstyrelsen konstaterar att det i TL inte finns definierat något begrepp om befolkningsansvar på samma sätt som inom den övriga hälso- och sjukvården. Därför blir det svårare för Socialstyrelsens tillsyn att ställa krav på åtgärder [6].

Bristande tillgång på tandvårdspersonal påverkar tillgången på tandvård

Rapporter från det nationella planeringsstödet (NPS) visar tydligt att antalet tandläkare skiljer sig markant mellan länen. Rapporterna visar också på en tydlig skillnad i kvoten mellan tandläkare och tandhygienister mellan olika län [3].

I genomsnitt fanns det 81 tandläkare och 38 tandhygienister per 100 000 invånare år 2008. I Västra Götaland fanns det cirka 90 tandläkare per 100 000

invånare år 2008 medan det i Dalarnas, Gävleborgs och Östergötlands län fanns knappt 70 tandläkare per 100 000 invånare [3].

Frågan är om de regionala skillnaderna i tillgången på tandvårdspersonal påverkar tillgången på tandvård på ett negativt sätt. Den nationella utvärdering av strokesjukvården som Socialstyrelsen utförde 2011 indikerar att tillgången på tandvårdspersonal kan vara en faktor som påverkar antalet besök i tandvården. Patienter som har insjuknat i stroke löper ökad risk att drabbas av tandhälsoproblem. Det kan bland annat bero på kvarstående funktionsnedsättningar som gör det svårt att sköta munhygien. I de nationella riktlinjerna för stroke har Socialstyrelsen därför tagit fram indikatorn ”Andel strokepatienter som besökt tandläkare eller tandhygienist inom 12 månader efter utskrivning från sjukhus” [18].

Utvärderingen visar att 63 procent av patienterna hade besökt tandläkare eller tandhygienist vid uppföljningstillfället 12 månader efter stroke. Lägst andel besök i tandvården gjordes i Norrbotten (46,5 procent). Därefter kom Jämtland med 55 procent samt Västerbotten och Västernorrland, båda 56 procent [3]. Av dessa landsting har Jämtland, Västernorrland och Norrbotten färre tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare än riksgenomsnittet.

Besöksfrekvenserna i tandvården är generellt lägre i norra Sverige än i södra delen av landet. Av detta drar Socialstyrelsen slutsatsen att skillnaderna i besöksfrekvens mellan länen kan bero på den ojämna fördelningen av tandvårdspersonal. Att andelen tandvårdsbesök i befolkningen i sin helhet är högre än för strokepatienter tyder på brister i tandvården för strokepatienter eller på att det råder ett tillgänglighetsproblem. Socialstyrelsen menar att det borde vara självklart att alla patienter undersöks av tandläkare eller tandhygienist inom 12 månader efter stroke och att strokepatienter bör vara en prioriterad grupp för tillgång till tandvård.

Säker tandvård

En säker tandvård minskar risken för vårdskador och ökar patientsäkerheten. Med vårdskador avses lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av tandvården och inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Det finns ingen nationell sammanställning över hur många patienter som skadas i tandvården. De anmälningar av allvarliga vårdskador som görs till Socialstyrelsen enligt lex Maria ger långt ifrån en fullständig bild av vårdskadorna inom tandvården. Under 2010 fattade Socialstyrelsen beslut i 62 lex Maria-ärenden som rör tandvård.

Journaldokumentationen innehåller ofta brister

En viktig aspekt i patientsäkerhetsarbetet är avvikelshanteringen, alltså att identifiera risker och allvarliga händelser samt att analysera och åtgärda dessa. Socialstyrelsens tillsyn har granskat avvikelshanteringen inom folktandvården och visar på stora variationer i vad som rapporteras som en avvikelse [6]. Detta är något som kan försvåra arbetet med att uppnå en säker tandvård.

Socialstyrelsen konstaterar bland annat att medicintekniska avvikelser är vanligt och att elektronisk remiss- och journalhantering ger upphov till ett betydande antal avvikelser. Patienters identitet förväxlas ibland. Vid de oanmälda inspektioner som Socialstyrelsen genomförde under 2010 uppmärksammades bristande hygien i flera fall. Det kunde handla om smutsiga golv och ostädade toaletter. Avsaknad av hygienrutiner och olämplig klädsel förekom också i ett

fall. I den här typen av fall gör Socialstyrelsen uppföljande inspektioner och begär att vårdgivaren upprättar skriftliga rutiner för arbetsklädsel och hygien.

En annan vanlig brist som Socialstyrelsen har uppmärksammat vid såväl anmälda som oanmälda inspektioner är bristande journaldokumentation. Det kan handla om ofullständiga daganteckningar, avsaknad av anamnesuppgifter och avsaknad av riskbedömningar [6]. Socialstyrelsen ställer krav på att vårdgivarna förbättrar journalföringen så att den uppfyller patientdatalagens (2008:355) krav och att den överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFs 2008:14) om informationshantering i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kommer att utföra uppföljande inspektioner även i dessa ärenden.

Under 2010 behandlade Socialstyrelsen 62 lex Maria-anmälningar från tandvården. Vanliga orsaker till anmälningar var förväxling av patienter och tänder. Det förekommer också fördröjning av behandlingar och komplikationer till följd av läkemedel. Socialstyrelsen har riktat kritik mot vårdgivarna i 18 av dessa ärenden. Under perioden 1 januari–27 oktober 2011 fattade Socialstyrelsen beslut i 44 lex Maria-ärenden från tandvården.

De regionala skillnaderna i antibiotikaförskrivning är fortfarande stora

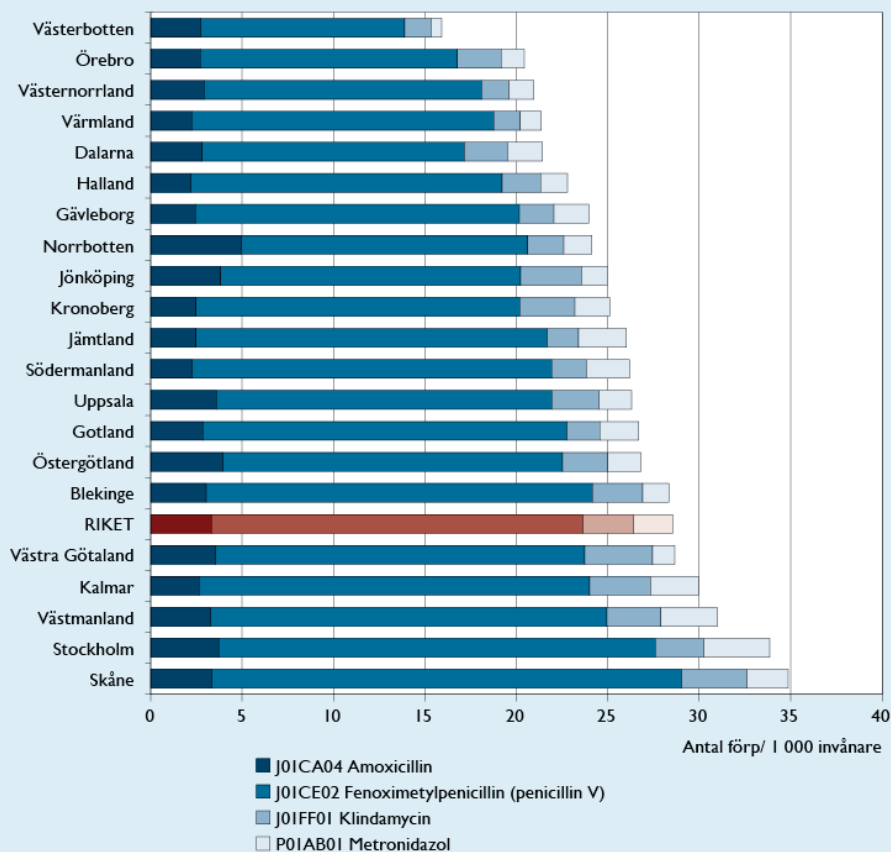
Under 2010 stod tandvården för cirka 7 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvården (8 procent år 2009). Under 2010 minskade förskrivningen av antibiotika med 6 procent [19]. V-penicillin (PcV) utgör 75 procent av den antibiotika som förskrivs av tandläkare.

Precis som tidigare år finns det stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen inom tandvården (diagram 4:2). Tandläkare i Stockholm och Skåne skriver ut mer än dubbelt så mycket antibiotika per 1 000 invånare som tandläkare i Västerbottens län. Jämfört med året innan har dock antibiotikaförskrivningen ökat något i Västerbottens län samtidigt som den har minskat i Stockholm och Skåne [20].

Orsakerna till de regionala skillnaderna är inte kända men de bör kunna jämnas ut när tandvården börjar tillämpa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvården, som gäller användning av antibiotika. Rekommendationerna i riktlinjerna bör också kunna leda till en minskning av antibiotikaanvändningen i stort inom tandvården. Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet har dessutom fått i uppdrag av regeringen att starta arbetet med att ta fram behandlingsrekommendationer för infektioner i tandvården, något som hitintills har saknats.

Överförskrivning av antibiotika är ett stort problem som riskerar att bidra till dels utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier, dels ökade kostnader. I hälso- och sjukvårdskapitlets avsnitt om säker vård för Socialstyrelsen ytterligare resonemang kring antibiotikaförskrivningen.

Diagram 4:2 Antibiotika förskrivet av tandläkare under perioden september 2010 - augusti 2011



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad tandvård

Kunskapsbaserad tandvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.

De nya nationella riktlinjerna främjar tandvård på lika villkor

Socialstyrelsen publicerade den slutliga versionen av nationella riktlinjer för vuxentandvården våren 2011. I riktlinjerna finns rekommendationer för behandlingar inom sju riktlinjeområden. Med dessa rekommendationer avser Socialstyrelsen att främja ett vårdutbud som innebär effektiva behandlingsalternativ och som erbjuds patienter på lika villkor i hela landet. Målet är en god tandhälsa och en likvärdig tandvård över hela landet. Riktlinjerna ska vara ett verktyg för styrning och ledning samt ett stöd för professionen vid val av behandlingsmetoder. Riktlinjerna innehåller också indikatorer för att följa upp tandvården [21].

Socialstyrelsen har även tagit fram övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Socialstyrelsen kommer att använda indikatorerna i återkommande nationella öppna jämförelser och utvärderingar av tandvårdens följsamhet till riktlinjerna. För en systematisk nationell uppföljning av tandvården krävs dock en fortsatt utveckling av datakällor, mätmetoder och indikatorer [22].

De nationella riktlinjerna har getts ut i patientversion

Socialstyrelsen publicerade en patientversion av de nationella riktlinjerna i november 2011. Den är tänkt som ett stöd för patienter [23]. Patientversionen ger en introduktion av de nationella riktlinjerna för tandvård och deras syfte.

I patientversionen presenteras ett antal behandlingar och åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar att tandvården bör utföra. Det framgår också vad patienten själv kan göra för sin munhälsa. Dessutom ger patientversionen en kortfattad beskrivning av det statliga tandvårdsstödet och dess uppbyggnad.

Implementering av riktlinjerna pågår inom tandvården

På flera håll i landet pågår nu flera olika aktiviteter för att implementera riktlinjerna i tandvården. Som ett exempel kan folktandvården i Västerbottens landsting nämnas. De gör nu en satsning för att underlätta införandet av de nya tandvårdsriktlinjerna till tandläkare och tandhygienister i länet. Socialstyrelsen kommer att fungera som stöd i denna process.

Folktandvården i Västerbottens landsting introducerade riktlinjerna för samtliga anställda under två dagar i november 2011 och till detta tillfälle var också personal från privattandvården inbjuden. De planerar därefter att fokusera på några av rekommendationerna i riktlinjerna där det kan finnas praxisskillnader. Tanken med detta är att inte greppa över för mycket från början. För att underlätta arbetet med att införa riktlinjerna på de enskilda klinikerna kommer vårdgivaren att utbilda så kallade förändringsagenter i början av 2012. Agenterna (minst en från varje basenhet) kommer att utbildas i att tolka riktlinjerna och att använda Socialstyrelsens webb effektivt. De kommer att bli en viktig förmedlande länk mellan riktlinjerna och dem som praktiskt ska använda riktlinjerna på kliniken.

Oklart om tandvårdsstödet uppfyller målet om fler förebyggande besök

Tandvården ska enligt TL lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008 har också som ett av sina mål att öka och främja andelen besök i förebyggande syfte. Inför införande av tandvårdsreformen beräknade utredningen "Friska tänder – till rimliga kostnader" (SOU 2007:19) att cirka 60 procent av den vuxna befolkningen gjorde ett förebyggande besök under en 18 månaders period.

Försäkringskassans utvärdering av nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet visar att 68 procent av befolkningen över 20 år har besökt tandvården i förebyggande syfte under en tvåårsperiod. Ett förebyggande besök definieras här som ett besök i tandvården där minst en förebyggande åtgärd utfördes. I absoluta tal besökte 4,9 miljoner individer tandvården i förebyggande syfte under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. 53 procent av alla besök innehöll minst en förebyggande åtgärd [2].

En av de åtgärder som räknas som förebyggande är undersökningar utförda av tandläkare eller tandhygienist. Data från Socialstyrelsens tandhälsoregister visar att 64 procent av den vuxna befolkningen gjorde ett sådant besök under perioden 1 juli 2009 – 30 juni 2011.

Det är svårt att göra jämförelser över tid eftersom det finns begränsningar i data för det tidigare tandvårdsstödet angående andelen som har gjort ett förebyggande besök. Det går därför inte att med säkerhet uttala sig om tandvårdsstödet's mål att stimulera förebyggande besök har uppfyllts.

Vad som däremot framgår tydligt är att det finns skillnader i andelen förebyggande besök mellan olika socioekonomiska och demografiska grupper. Personer födda i Europa utanför EU samt låginkomsttagare har betydligt lägre andel förebyggande besök [2]. Det är en indikation på att dessa grupper har sämre tandhälsa. När de väl besöker tandvården är det i högre grad för att utföra reparativa åtgärder eller andra typer av icke-förebyggande tandvård.

Hälsodata- och kvalitetsregister bidrar till bättre uppföljning av tandvården

Socialstyrelsens tandhälsoregister

Socialstyrelsens tandhälsoregister inrättades 1 juli 2008. Bakgrunden till registret är att utredningen av det statliga tandvårdsstödet till vuxna konstaterade att det saknades nationella data om vuxnas tandhälsa (Stöd till hälsofrämjande tandvård, del 2 SOU 2006:71). För att öka kunskapen om vuxnas tandhälsa fick därför Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt tandhälsoregister.

Tandhälsoregistret innehåller uppgifter om patienter som har behandlats med åtgärder utförda inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Registret innehåller uppgifter om diagnoser och behandlingar men också om antalet kvarvarande och intakta tänder [24]. Den 31 oktober 2011 innehöll tandhälsoregistret uppgifter om knappt 5,8 miljoner unika individer, 48,9 miljoner diagnoser och 52,4 miljoner behandlingsåtgärder.

Registrets ändamål är att sammanställa och publicera statistik över tandhälsans och tandvårdens utveckling i Sverige. Registret kan också användas för att ta fram underlag för utveckling av indikatorer, uppföljning av nationella riktlinjer och andra uppföljningar och utvärderingar inom tandhälsoområdet. Ett aktuellt exempel på en sådan uppföljning är den utvärdering av nyttjandet av tandvårdsstödet som Försäkringskassan och Socialstyrelsen genomförde 2011 [2].

Registret kan användas för forskning inom tandvårds- och tandhälsoområdet. Det kan även länkas till andra hälsodataregister på Socialstyrelsen, exempelvis Läkemedelsregistret eller Patientregistret. Detta möjliggör studier inom områden som annars vore svåra att genomföra, till exempel sambanden mellan kronisk parodontit och diabetes [24].

Nationellt Kvalitetsregister för Dentala Implantat (NQREDI)

Det nationella kvalitetsregistret för dentala implantat bildades 2011 genom en sammanslagning av Svenska Dentala Implantatregistret (SDIR) och Straumann Evaluation System (SEVS). Kvalitetsregistret är under uppbyggnad och syftar till att kartlägga omfattningen av implantatbehandling, patienttillfredsställelse, tuggfunktion, implantatförlust och övriga komplikationer [25].

Bakgrunden till registret är att det finns stora kunskapsluckor när det gäller långsiktiga behandlingsresultat och komplikationer vid implantatbehandling. Genom registret kan man kartlägga lyckandefrekvensen av olika implantattyper och kirurgiska tekniker. Bristfälliga material och metoder kan i förlängningen sorteras ut med hjälp av data från registret.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit

Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) startades år 2007. Syftet med registret är att kartlägga tandvårdens kvalitet och behandlingsresultat för tandsjukdomarna karies och parodontit för barn och vuxna, både på kli-

niknivå och på nationell nivå. Registret ska även bidra till verksamhetsutveckling inom tandvården.

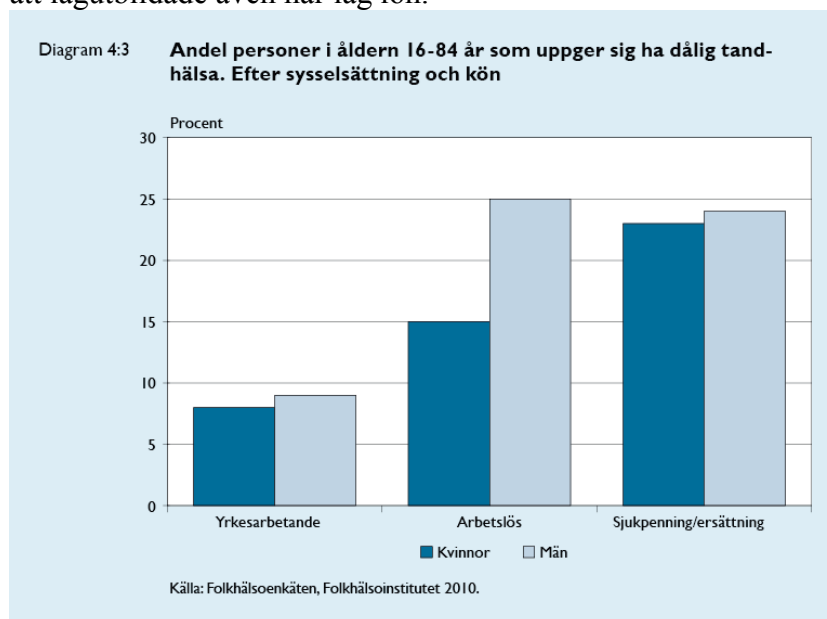
Sommaren 2011 levererade landstingen i Värmland, Örebro och Blekinge data till registret och fler landsting håller på att anslutas. Vidare har SKaPa en plan för anslutning av Praktikertjänst, vilket är viktigt eftersom en stor del av vuxentandvården sköts av privattandvården [26].

Jämlik tandvård

Jämlik tandvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

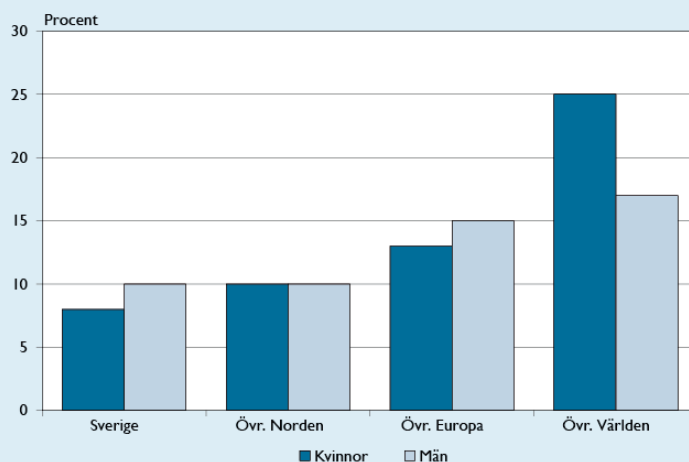
Skillnader i tandhälsa mellan olika grupper

Folkhälsoinstitutets årliga enkätundersökning Hälsa på lika villkor visar på mycket tydliga skillnader i självskattad tandhälsa mellan olika grupper [1]. Av diagram 4:3 framgår också att det finns betydande tandhälsoskillnader mellan könen. Det gäller framför allt gruppen arbetslösa där 25 procent av männen och 15 procent av kvinnorna uppger sig ha dålig tandhälsa. Lågutbildade, låginkomsttagare och personer som saknar kontantmarginal uppger alla att de har sämre tandhälsa. Inkomst och utbildning samvarierar i viss mån då det är troligt att lågutbildade även har låg lön.



Födelseland har en mycket stor betydelse för självupplevd tandhälsa. 8 procent av de svenskfödda kvinnorna uppger att de har dålig tandhälsa, vilket kan jämföras med att 25 procent av de utomeuropeiska kvinnorna uppger samma sak (diagram 4:4).

Diagram 4:4 **Andel personer i åldern 16-84 år som uppger sig ha dålig tandhälsa. Efter födelseland och kön**



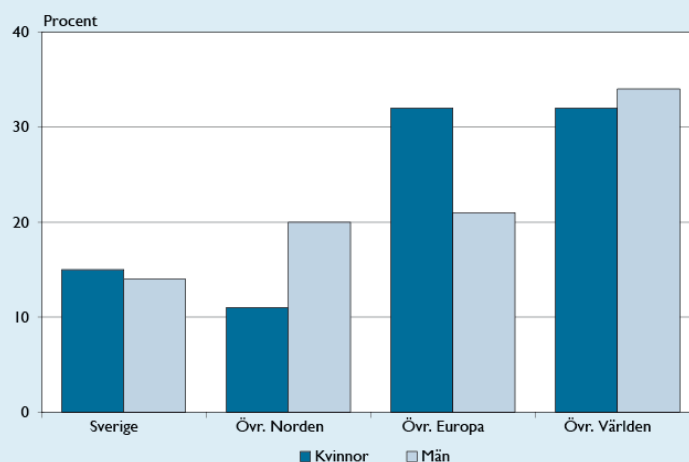
Källa: Folkhälsoenkäten, Folkhälsoinstitutet 2010.

Att socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda har sämre tandhälsa bekräftas i viss mån av Försäkringskassans och Socialstyrelsens undersökning av nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet från 2011. Resultaten där visar att de utlandsfödda och socioekonomiskt utsatta som besöker tandvården tenderar att ha ett större antal besök i genomsnitt. De besöker även tandvården i icke-förebyggande syfte i högre utsträckning. Sammantaget indikerar det att utlandsfödda och socioekonomiskt utsatta har sämre tandhälsa och ett större behov av tandvård [2].

Många avstår tandvård trots behov

En betydande andel individer avstår tandvård trots behov. Det visar såväl Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2009 som Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät från 2010. I Socialstyrelsens befolkningsenkät uppgav 21 procent att de har avstått tandvård trots behov under en tolv månaders period, och i

Diagram 4:5 **Andel personer i åldern 16-84 år som avstått tandvård trots behov. Efter födelseland och kön**



Källa: Folkhälsoenkäten, Folkhälsoinstitutet 2010.

Folkhälsoinstitutets enkätundersökning från 2010 uppgav 17 procent att de har avstått från att besöka tandvården trots behov [1,17]. Resultaten i Folkhälsoenkäten visar att socioekonomiskt utsatta och personer födda utanför Norden avstår från tandvård i högre utsträckning än andra trots att behovet finns.

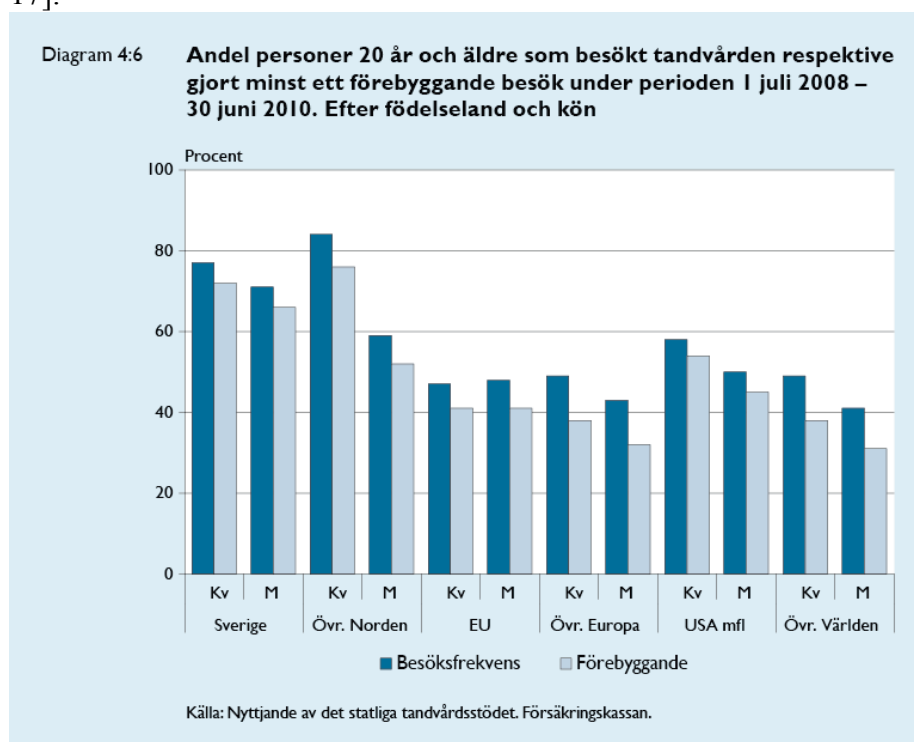
Av diagram 4:5 framgår att män och kvinnor födda i övriga Europa och övriga världen samt kvinnor födda i Norden (utom Sverige) i högre utsträckning än andra avstår tandvård trots behov.

I såväl folkhälsoenkäten som Socialstyrelsens undersökning av befolkningens tandhälsa är ekonomiska skäl den i särklass vanligaste orsaken till att avstå från tandvård trots behov. Socioekonomiska faktorer och födelseland har ett mycket stort genomslag i denna fråga [1].

Oro över ekonomin är också mycket framträdande i de fokusgruppintervjuer som Försäkringskassan och Socialstyrelsen lät genomföra våren 2011. Intervjupersonerna i åldern 30–50 år känner ekonomisk oro inför ett tandvårdsbesök eftersom de känner att de inte har någon kontroll över kostnaderna. Detta leder till att de kan prioritera bort ett tandvårdsbesök av ekonomiska skäl. De anser att den ekonomiska hjälpen från samhället är alldeles för liten och att karensbeloppen på 3 000 kronor respektive 15 000 kronor för högkostnadsskyddet är för högt satta [27].

Skillnader i besöksfrekvens mellan olika grupper

Försäkringskassans och Socialstyrelsens uppföljning av det statliga tandvårdsstödet visar att 71 procent av befolkningen över 20 års ålder besökte tandvården under perioden 1 juli 2008 – 30 juni 2010. Det är en betydligt lägre besöksfrekvens än i Socialstyrelsens undersökning av självskattad tandhälsa från 2009. I den uppgav 84 procent att de hade besökt tandvården under en tvåårsperiod [2, 17].

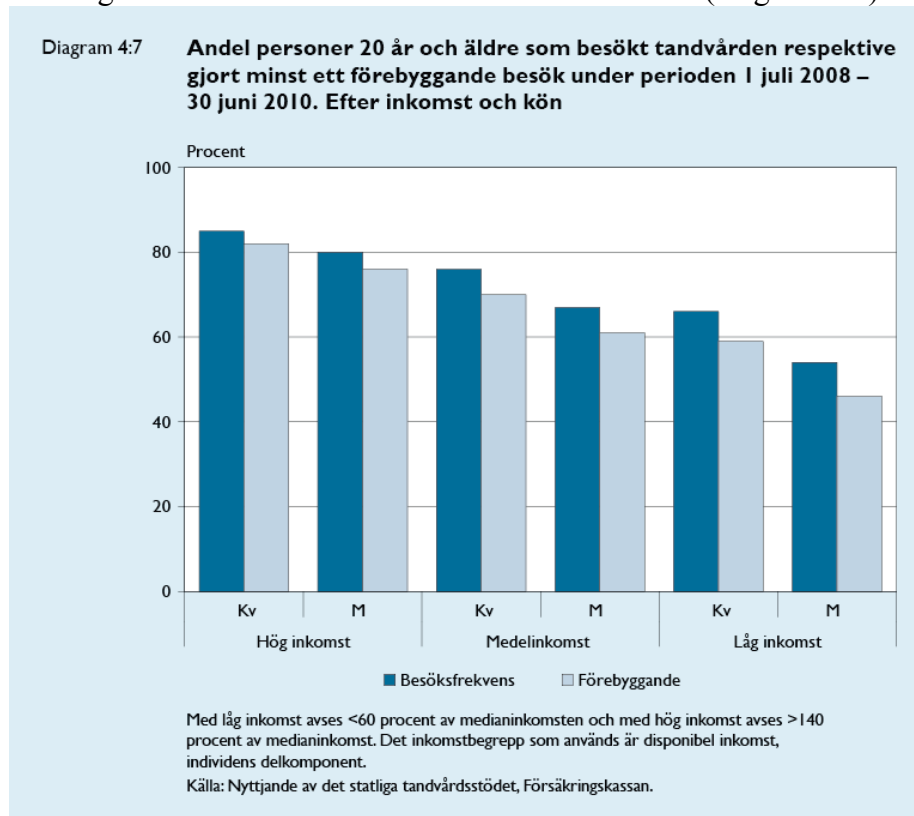


Socialstyrelsens undersökning visade också stora skillnader i besöksfrekvens mellan personer i olika åldrar, med olika födelseland och med olika socioeko-

nomisk status. Dessa skillnader kvarstår i 2011 års uppföljning av tandvårdsstödet.

Födelseland har mycket stor betydelse när det gäller tandvårdskonsumtion. Svenskfödda besöker tandvården i betydligt högre grad än utlandsfödda, med undantag för kvinnor födda i övriga Norden (diagram 4:6).

Den socioekonomiska variabel som har störst genomslag på besöksfrekvensen och andelen förebyggande besök är inkomst. Kvinnor har högre besöksfrekvens än män i samtliga inkomstgrupper. Kvinnor med låg inkomst har nästan lika hög besöksfrekvens som män med medelinkomst (diagram 4:7).



Gifta och sambor med eller utan barn samt högutbildade har en markant högre besöksfrekvens än ensamstående med eller utan barn och lågutbildade. De ensamstående med barn som har besökt tandvården gör många besök i genomsnitt vilket indikerar ett stort tandvårdsbehov.

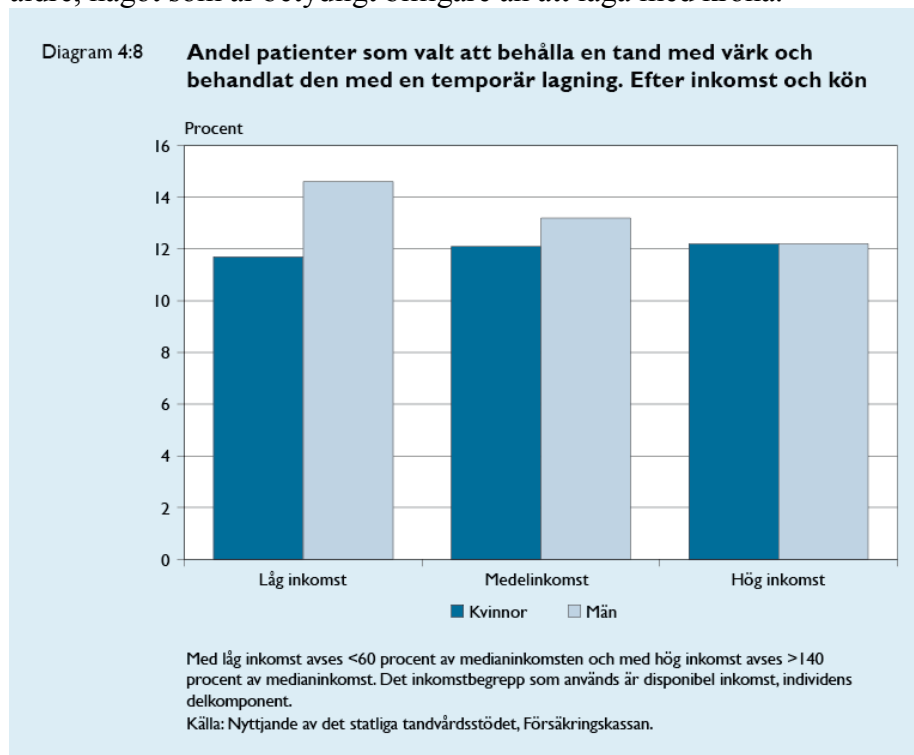
Socioekonomi påverkar valet av behandling

Socioekonomiska faktorer kan inte bara påverka besöksfrekvensen utan också vilken typ av behandling som utförs vid tandhälsoproblem. Fler patienter med ansträngd ekonomi kan antas välja billigare behandlingsåtgärder, alternativt avstå från behandling, jämfört med personer med god ekonomi.

För att undersöka socioekonomiska faktorer påverkan på val av behandling genomfördes en fallstudie inom ramen för Försäkringskassans och Socialstyrelsens studie av nyttjande av tandvårdsstödet [2]. I undersökningen ingick de 79 800 individer som fick behandling för tandvärk i en tand i position 5 i munnen under perioden 1 juli 2008–31 december 2010. Tand i position 5 valdes eftersom den sitter en bit in i munnen. En tand som sitter längre fram i munnen är mer synlig och därför är det troligt att andra faktorer än socioekonomi påverkar valet av behandling.

Ett behandlingsalternativ i den mellersta prisklassen är att behålla tanden och utföra en rotfyllning samt förse tanden med en krona. Det alternativet är betydligt vanligare bland gifta eller sammanboende utan barn, kvinnor med hög inkomst, högutbildade och svenskfödda.

Ett av de billigaste behandlingsalternativen är att behålla tanden och inte slutföra rotbehandlingen. Det är vanligast bland personer under 30 år, män med låg inkomst (diagram 4:8) och personer med låg utbildning. Yngre patienter väljer också alternativet att rotfylla och laga med komposit i högre utsträckning än äldre, något som är betydligt billigare än att laga med krona.



Ett av de dyraste behandlingsalternativen är att dra ut tanden och fylla luckan med en implantatstödd konstruktion eller en tandstödd bro. Det är vanligast bland personer över 50 år, kvinnor med högre inkomster, förvärvsarbetande, gifta eller sammanboende och högutbildade. Att dra ut tanden och lämna den obehandlade luckan tom är ett relativt billigt behandlingsalternativ som är vanligast bland ensamstående män med låg inkomst, låg utbildning och låg sysselsättningsgrad.

Regionala satsningar förbättrar barns tandhälsa

Stockholms läns landsting har som tidigare nämnts utvecklat en modell för att identifiera geografiska områden med sämre tandhälsa. I dessa områden betalar landstinget ut ett högre vårdbehovstillägg till vårdgivarna så att de får likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Satsningen verkar också ha burit frukt i och med att tandhälsan hos barn och ungdomar i de områden som identifierats som de mest utsatta har förbättrats de senaste åren.

Landstinget i Östergötland arbetar också sedan flera år med satsningar på riktade preventiva insatser till de områden som har störst behov, satsningar som det fortfarande finns ett behov av eftersom skillnaderna i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund ökade under perioden 2006–2009.

Behovet av tandvård är ofta särskilt stort bland placerade barn

En annan grupp att uppmärksamma är de familjehemsplacerade barnen. I en studie i Malmö undersöktes placerade barns hälsa. De flesta barn i familjehem har haft sin tidiga uppväxt i familjer som präglas av familjevåld, föräldrars missbruk och psykisk ohälsa. Därför finns det troligen ett stort behov av kontinuitet i kontakten med en välfungerande hälso- och sjukvård, inklusive tandvård [28].

Utvärderingen visar att endast 60 procent av de placerade barnen har kommit på de kontroller som tandvården erbjuder. 30 procent av barnen har också behandlingssvårigheter. Det kan till exempel handla om svårigheter att sitta still, sprutfobi eller vägran att öppna munnen.

De placerade barnen hade mer än dubbelt så stort behov av remiss till tandvården som kontrollgruppen och flera av barnen behövde narkos för att behandlingen skulle vara möjlig att genomföra.

Vård och omsorg till barn och unga

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård fortsätter att öka. Det gäller särskilt flickor och unga kvinnor som vårdas för depression och ångest. Andelen barn och unga som vårdas för avsiktlig självdestruktiv handling tycks dock minska, men det är ännu för tidigt för att prata om en positiv trend.
- Kompetensen hos personal inom hem för vård eller boende (HVB) behöver stärkas och fler kommuner behöver kompetensutvecklingsplaner för familjehem.
- Allt fler barn och unga har heldygnsinsatser. År 2010 var antalet omkring 25 000. Av de cirka 10 500 barn och unga som påbörjade heldygnsinsatser 2010 var ungefär 7 600 nytillkomna, bland dem många pojkar med en annan vårdnadshavare än förälder eller med okänd vårdnadshavare.
- En stor andel av de barn och unga som placeras på HVB är ensamkommande barn och unga. Individuella bedömningar av hur dessa verksamheter kan tillgodose barnens och de ungas behov görs hälften så ofta som för andra placerade barn. Det är särskilt viktigt att de ensamkommande barnens behov och rättigheter tillgodoses eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen.
- Placerade barn riskerar en ogynnsam hälsoutveckling. Dessa barn har ofta en bakgrund i familjer som präglas av exempelvis missbruk och psykisk ohälsa, och har troligen ett stort behov av kontinuitet i kontakten med hälso- och sjukvård. Även de placerade barnens skolprestationer riskerar att utvecklas ogynnsamt och många får inte fullständiga grundskolebetyg. Trots detta har endast omkring en tredjedel av kommunerna särskilda direktiv om placerade barns hälso- och sjukvård och skolgång.
- De ungas möjligheter att vara delaktiga i vårdens planering och genomförande är generellt sett goda. Men det finns vissa brister. Det handlar till exempel om att ungdomarna inte visas tillräcklig respekt och att de har små möjligheter till att få en förtroendefull kontakt med någon i personalen. Endast hälften av landets kommuner har direktiv för hur barnets åsikter ska inhämtas och dokumenteras under pågående utredning.
- Från den 1 juli 2011 gäller nya regler för rapportering av missförhållanden i socialtjänsten. Enligt bestämmelserna om lex Sarah i SoL och LSS ska bland annat den som bedriver verksamheten snarast anmäla missförhållandet till Socialstyrelsen om det visar sig att det är allvarligt.

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen utvecklingen av vård, omsorg och stöd till barn och unga enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

Vilka Socialstyrelsen räknar som barn och unga varierar beroende på lagstiftning, men i detta sammanhang menar vi personer i åldrarna 0–21 år.

Situationen för barn och unga samt verksamheter som riktar sig till denna grupp berörs även i några av rapportens andra kapitel. I kapitlet om tandvård lyfter Socialstyrelsen fram tandvårdspersonalens ansvar för att identifiera missförhållanden, i kapitlet om vård och stöd till personer med funktionsnedsättning redogör vi bland annat för förskrivningen av adhd-läkemedel till barn och unga och i kapitlet om socialtjänsten diskuterar vi bland annat barnfattigdom, vräkning av barnfamiljer samt våldsutsatthet bland unga. I kapitlet Ekonomiska analyser redogör vi för kostnadsutvecklingen inom de verksamheter som riktar sig till barn och unga och i kapitlet Hälso- och sjukvård presenteras bland annat uppgifter kring neonatalvård.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att andelen barn och unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård ökar. Vidare konstaterar vi att barn och unga som placeras i familjehem och HVB är en utsatt grupp. Hälsoproblem är vanliga hos dessa barn och unga och de uppmärksammas inte i tillräckligt hög grad.

Barns och ungas hälsa i korthet

År 2010 gjorde Socialstyrelsen en analys av situationen för barn och unga [1]. Analysen visar bland annat följande:

- De yngsta barnen har den högsta andelen hälsoproblem bland de barn och unga som behöver sjukhusvård. 10 procent av de nyfödda behöver sådan sjukhusvård.
- Vart femte barn i åldrarna 1–4 år har haft astmabesvär och vart femte skolbarn har eksem.
- Antalet barn och unga med diabetes har fördubblats under de senaste 20 åren och varje år insjuknar cirka 500 barn och unga i diabetes typ 1.
- Liksom hos vuxna är den fysiska hälsan bland barn och unga ojämnt fördelad i befolkningen, och det finns starka samband med den socioekonomiska situationen.

Socialstyrelsen konstaterar också att barns och ungas behov riskerar att ställas mot andra befolkningsgruppers behov. Anledningen är bland annat huvudmännens ökade krav på prioriteringar, i takt med ökade behov och förväntningar hos befolkningen och begränsade ekonomiska resurser. Ett exempel på ökade behov hos befolkningen är den växande andelen äldre.

Skadehändelser är de vanligaste orsakerna till sjukhusvård

Skadehändelser bland barn är den absolut vanligaste orsaken till såväl död som vård på sjukhus. Av samtliga barn som omkommer i vårt land avlider en tredjedel av skador och förgiftningar och bland dem som vårdas inskrivna på sjukhus vårdas närmare en fjärdedel till följd av någon skadehändelse [2].

Under åren 2005–2009 skrevs drygt 21 000 barn per år ut från slutenvård vid sjukhus efter att ha behandlats för en skada eller en förgiftning. I genomsnitt vårdades 305 barn per år efter att ha utsatts för övergrepp och 1 300 vårdades efter en avsiktlig självdestruktiv handling. Av de sistnämnda var 77 procent flickor. Förgiftning var det vanligaste tillvägagångssättet, 85 procent. De allra

flesta hade överdoserat läkemedel, men några hade förgiftat sig med alkohol. Vid sidan av förgiftning var att skära eller sticka sig med vasst föremål det vanligaste tillvägagångssättet, 7 procent.

Skadehändelser med dödlig utgång är vanligast bland äldre barn, och 67 procent är äldre än 12 år. Närmare två tredjedelar var pojkar. Under åren 2005–2008 omkom i genomsnitt 93 barn per år genom skador och förgiftningar. Sex av tio avled genom olycksfall. Varje år begick i genomsnitt 30 barn självmord och 5 barn per år avled efter att ha utsatts för övergrepp.

Antalet barn och unga som har vårdats inskrivna på sjukhus till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling ökade fram till 2007, men därefter har en viss nedgång skett. Detta är positivt och det är angeläget att även fortsättningsvis följa denna utveckling för att konstatera om det rör sig om en tillfällig eller varaktig nedgång.

Fler än 3 000 barn per år behandlades vid sjukhus under åren 2005–2009 efter att ha utsatts för övergrepp, och av dessa var 86 procent äldre än 12 år. Övergreppen skedde vanligtvis genom obehövligt våld. En femtedel av de flickor som vårdades på sjukhus på grund av övergrepp hade utsatts för sexuella övergrepp. Bland pojkarna skedde de flesta övergreppen utomhus och bland flickor skedde de flesta inomhus, i en bostad [2].

Skador ökar bland spädbarn

Få spädbarn avlider till följd av skadehändelser under det första levnadsåret. I genomsnitt rör det sig om 3,3 barn per år som dör av en skada eller förgiftning under det första levnadsåret [2]. Under 2000-talets första årtionde varierade antalet spädbarn som vårdades på sjukhus till följd av skador. År 2008–2009 var det fler än 6 600 spädbarn per år som skadades på ett sätt som krävde behandling på sjukhus. Antalet spädbarn som skadas minskade något i mitten av decenniet. De senaste åren har dock antalet skador börjat stiga igen och den totala uppgången för hela tioårsperioden uppgår till 7,5 procent för pojkar och till 10,2 procent för flickor.

Det är inte möjligt att utläsa något tydligt dödsorsaksmönster bland de spädbarn som har avlidit under senare år. Bland dem som dog under perioden 2005–2008 avled emellertid fyra genom kvävningsolycksfall. Två barn dog som följd av övergrepp och för ytterligare fyra barn gick det inte att avgöra om dödsorsaken hade förorsakats av olycksfall eller uppsåt [2].

Självrapporterad psykisk ohälsa är vanligast bland flickor

Många unga besvärar sig av huvudvärk, ont i magen och nedstämdhet. Drygt var tredje flicka i åldrarna 13–18 år uppger att hon har huvudvärk minst en gång i veckan, nästan var fjärde har lika ofta ont i magen och nästan var femte flicka är ofta nedstämd [3]. Det visar Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF-undersökningarna). Besvaren är något ovanligare bland pojkar. Var femte pojke uppger att de har huvudvärk minst en gång i veckan, var tionde att de har ont i magen och var sextonde att de ofta är nedstämda. Resultaten är i stort sett detsamma som vid den tidigare mätningen för två år sedan. Dessa uppgifter ger dock en begränsad bild av barns och ungas psykiska hälsa, och det är svårt att dra några slutsatser om utvecklingen över tid.

Statens folkhälsoinstitut har genomfört en studie av den psykiska hälsan bland elever i årskurserna 6 och 9, och den ger delvis ett annat resultat. De flesta elever uppger att deras psykiska hälsa är god, men de äldre eleverna uppger att de mår sämre än de yngre [4]. Flickor rapporterar dessutom större psykisk

ohälsa än pojkar. Elever som inte bor hos någon av sina föräldrar skattar dessutom sin psykiska hälsa som sämre än andra elever. Denna grupp utgör ungefär 1 procent av samtliga elever som deltog i undersökningen [4].

Vissa grupper av barn och unga med psykisk ohälsa behöver uppmärksammas särskilt [1]:

- Barn och unga med neuropsykiatriska svårigheter får ofta sekundärproblem, till exempel dålig självkänsla som följd av sociala svårigheter, överkrav och ett felaktigt bemötande.
- Kommunerna har ofta svårt att hjälpa så kallade hemmasittare, det vill säga barn och unga som drar sig undan från såväl skolan som andra sociala kontakter.
- Traumatiserade barn och unga blir inte alltid utredda och får inte adekvat stöd och hjälp.

Stress och trötthet är vanliga orsaker till kroppslig bestraffning av barn

Attityden till kroppslig bestraffning av barn är fortfarande negativ hos en absolut majoritet av de svenska föräldrarna, 92 procent. Detta framgår av en undersökning som har gjorts av Allmänna Barnhuset [5]. Få föräldrar uppger att de har slagit eller gett sitt barn en örfil under det senaste året (3 procent).

Knuffar och omruskningar är dock vanligare. Nästan var tredje förälder uppger att de har knuffat, huggit tag i eller ruskat om sina barn under det gångna året. Andelen har ökat med cirka 20 procent under 2000-talet. Detta beteende är vanligare bland föräldrar som är födda i Sverige än utomlands och betydligt vanligare hos föräldrar som själva blivit slagna som barn. Ett positivt besked är dock att ingen förälder till barn under 1 år uppger att de har ruskat sitt barn.

Nästan hälften av föräldrarna uppger att de var trötta vid den senaste konflikten med barnet, en tredjedel kände sig stressade och en sjättedel ledsna. Det är framför allt stress i den allmänna livssituationen som leder till att föräldern knuffar, hugger tag i eller ruskar om barnet, enligt föräldrarna själva [5].

Våld mellan vuxna är den största riskfaktorn för barnmisshandel

Unga personer ger en mörkare bild än de vuxna. I samma undersökning av Allmänna Barnhuset uppgav 14 procent av de svenska sextonåringarna att de någon gång har blivit slagna och 3 procent uppgav att det har skett flera gånger. Andelen är densamma som i motsvarande undersökning tidigare under 2000-talet [5]. Den största riskfaktorn för barnmisshandel är förekomst av våld mellan de vuxna i hemmet. Om föräldern är alkohol- eller drogpåverkad i samband med konflikten är risken för våld mot barnet betydande.

Ungdomar som har blivit slagna upplever i åtta fall av tio att de har en vuxen att anförtro sig åt. De flesta anförtro sig dock i första hand till en kompis och i andra hand till en nära släkting. 12 procent vänder sig till personal inom skola, ungdomsmottagning, socialtjänst eller polis och 7 procent kontaktar BRIS, jourhavande kompis eller en liknande organisation.

Att bli slagen hemma har många negativa effekter för barnet förutom själva bestraffningen. Barn som blivit slagna blir oftare mobbade och själva mobbare i skolan. De klarar sig sämre i skolan, har betydligt fler kroppsliga och psykiska symtom och råkar oftare ut för skador [5].

Både hälsan och skolprestationerna är sämre för placerade barn

Under 2011 har situationen för placerade barn fortsatt att uppmärksammas av bland andra Socialstyrelsen och forskarvärlden. Studier visar på brister inom såväl hälsovården som skolvärlden. Socialstyrelsen bedömer därför att utbildning och hälsa är två särskilt angelägna områden att arbeta vidare med, för att förbättra villkoren för dessa barn och unga.

Hälsan hos placerade barn är sämre än hos andra barn

Hälso- och sjukvårdsansvaret för barn som är placerade i familjehem delas mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och familjehemmet. Tyvärr saknas det i stor utsträckning kunskap om hur detta delade ansvar fungerar i praktiken, men det fåtal svenska studier som har gjorts visar att det är vanligt med hälsoproblem hos familjehemsbarn och att det finns brister i det medicinska omhändertagandet. Internationell forskning har fått liknande resultat [6–9].

Nyligen genomförde Malmö stad och Region Skåne en gemensam studie av hälsovården för familjehemsplacerade barn i Malmö (0–16 år), och gjorde jämförelser med andra barn i regionen [10]. Studien genomfördes med stöd av Socialstyrelsen. Resultaten pekar på brister i den basala hälsovården och i omhändertagandet av hälsoproblemen hos barn och unga som är placerade i familjehem. Framför allt handlar det om betydande brister, dels i socialtjänstens dokumentation av barnens hälsa och behov av hälso- och sjukvård, dels i kommunikationen mellan olika aktörer. Resultaten visar också följande:

- Omkring 15 procent av de placerade barnen som har uppnått skolåldern saknar en eller flera vaccinationer i basprogrammet.
- Vart femte placerat barn har inte varit på fyraårskontroll.
- Vart tionde familjehemsbarn har inte genomgått en hörsel- eller synkontroll under de första skolåren.
- Klart färre placerade barn har genomgått en ordinarie hälsoundersökning i skolhälsovården jämfört med andra barn.
- Uppföljningen av tandhälsan för de placerade barnen har brister.
- Det finns indikationer på utbredd psykisk ohälsa bland familjehemsbarnen.

Kunskapen är fortfarande bristfällig om hälsoförhållandena och det medicinska omhändertagandet av barn som tas om hand av samhället, men det råder ändå ingen tvekan om att det krävs åtgärder för att dessa barn i praktiken ska få samma hälsovård som andra barn. De flesta av dessa barn har haft sin tidiga uppväxt i familjer som präglas av familjevåld, föräldrars missbruk och psykisk ohälsa. En del av ohälsan hos dessa barn hörör sig sannolikt till tiden före placeringen. Många av barnen har troligen ett stort behov av kontinuitet i kontakten med en välfungerande hälso- och sjukvård, inklusive tandvård. Deras levnadsomständigheter ställer högre krav på socialtjänsten och hälsovården att följa upp och utvärdera att vården fungerar. Det blir särskilt viktigt eftersom de generella nationella hälsovårdsprogrammen inte tycks fungera tillfredsställande för de omhändertagna barnen [10].

Många placerade barn saknas helt i betygsregistren

Många av de svenskfödda barn som var placerade under årskurs 9 har inte fullständiga betyg från grundskolan [11]. Detta är allvarligt och det handlar om höga siffror. Ungdomar som har följt särskolans läroplan följer ett annat betygs-

system och får därför inte ut fullständiga betyg från grundskolan. De flesta av dessa ungdomar beviljas senare i livet aktivitetsersättning. Men av dem som inte har fått denna eller motsvarande ersättning innan 23 års ålder saknas fullständiga betyg för

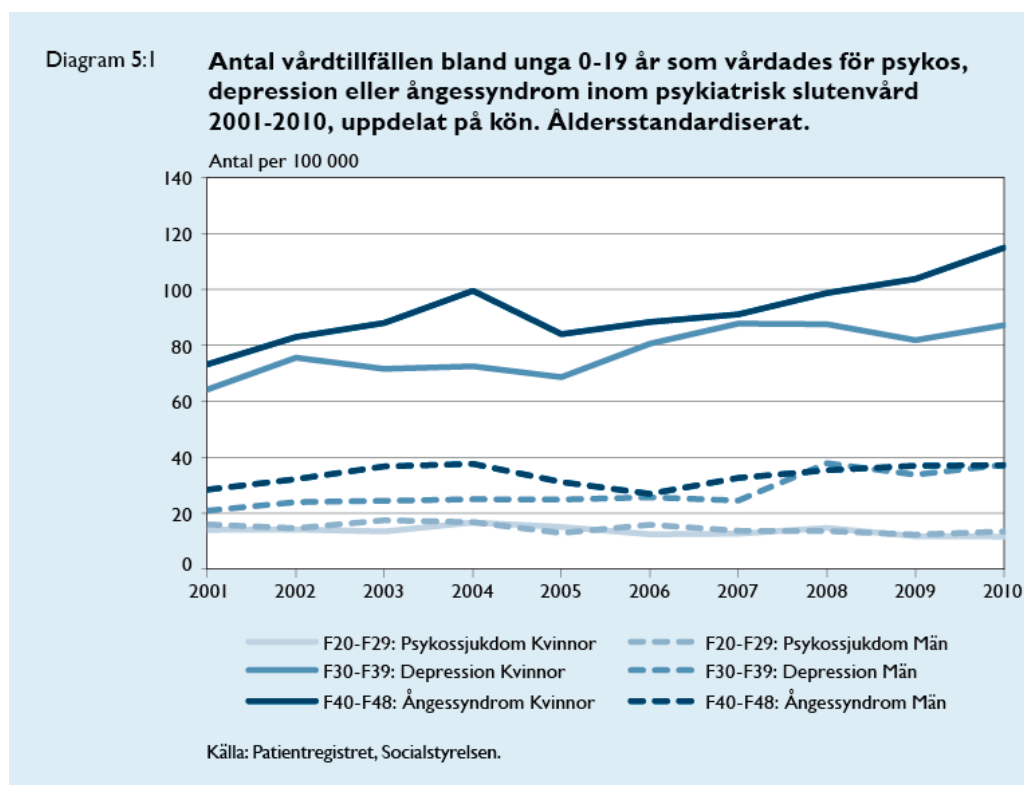
- 12 procent av de barn som placerades före 10 års ålder
- 19 procent av de barn som placerades efter 12 års ålder.

Bristen på betyg från årskurs 9 påverkar framför allt möjligheterna till gymnasiestudier. Mycket tyder på att fullföljt gymnasium är den viktigaste skyddsfaktorn för att barn som har varit placerade i samhällsvård ska kunna få ett arbete och ett gott vuxenliv. Socialstyrelsens analyser visar dock att få av de placerade barnen har gått tre år på gymnasiet [11]:

- 38 procent av de barn (födda 1984–1990) som placerades första gången efter 12 års ålder har gått tre år på gymnasiet.
- 57 procent av de barn (födda 1984–1990) som placerades första gången före 10 års ålder har gått tre år på gymnasiet.

Psykiatrisk slutenvård ökar bland unga

Andelen unga som vårdas inom psykiatrisk slutenvård har ökat under 2000-talet (diagram 5:1) och det gäller framför allt vård för ångest och depression. Ökningen är särskilt tydlig för flickor och unga kvinnor. År 2010 vårdades 115 per 100 000 för ångestsyndrom och 87 per 100 000 för depression [12].



År 2010 vårdades 0,2 procent av alla flickor och unga kvinnor, och 0,1 procent av alla pojkar och unga män i åldern 0–19 år inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård.

Även läkemedelsbehandlingarna för psykisk sjukdom ökar. År 2010 hämtade 1,0 procent av alla flickor i åldern 0–19 år ut antidepressiva läkemedel utskriv-

na på recept, jämfört med 0,5 procent av de jämnåriga pojkarna [13]. Användningen av antidepressiva läkemedel bland barn och unga började öka kraftigt omkring 1993 då de så kallade SSRI-preparaten (selektiva återupptagshämmare) introducerades. Dessförinnan fanns inte några antidepressiva läkemedel som var lämpliga för barn och unga.

Placeringar utanför hemmet ökar

Socialtjänstens heldygnsinsatser till barn och unga ges framför allt i form av familjehemsplacering och HVB. De båda placeringsformerna kan ske med två olika lagstiftningar, antingen SoL eller LVU. Ungefär 24 900 barn fick under 2010 heldygnsplacering med stöd med någon av dessa lagar, vilket är en ökning sedan året innan [14].

*Tabell 5:1. Barn och unga fördelade efter olika heldygnsinsatser 2010
Antal barn vid en särskild mättag samt någon gång under året, avrundade värden*

	Insats 1 nov	Insats någon gång under året
Vård enligt SoL	12 100	19 200
Vård enligt LVU	4 800	6 200
Omedelbart omhändertagande enligt LVU	300	2 400
Vård enligt SoL och/eller insats enligt LVU ¹	17 200	24 900

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

Ett barn ingår oftast i fler än ett mått

Källa: Insatser till barn och unga 2010, Socialstyrelsen.

Det är något vanligare att pojkar får någon typ av heldygnsplacering än flickor, 56 respektive 44 procent.

Drygt 70 procent av de 10 500 barn och unga som under 2010 placerades i HVB eller i familjehem var nytillkomna, det vill säga de hade inte fått någon heldygnsinsats under de föregående fem åren.

Sedan 2003 har andelen pojkar i åldern 13–17 som fått heldygnsinsatser i form av HVB ökat. Den främsta förklaringen till detta är ökningen av ensamkommande barn och unga, se nedan.

Familjehemsplaceringarna har minskat något, men är fortfarande den vanligaste placeringsformen. Ungefär 70 procent av dem som vårdas med stöd av SoL vistas i familjehem. Motsvarande andel för dem som vårdas med stöd av LVU är 74 procent. Resten vårdas i HVB. Familjehemsplaceringar är vanligare bland flickor än bland pojkar.

Orsakerna till beslut om LVU kan vara olika. Brister i hemmiljön är den vanligaste orsaken (70 procent), följt av problem med det egna beteendet (25 procent). För drygt 5 procent är orsaken en kombination av brister i hemmiljön och beteendet. Jämfört med året innan är förändringarna marginella.

Brister i hemmiljön är vanligast för barn i åldrarna 0–12 år. Ju äldre barnen är, desto vanligare är det att de får vård till följd av sitt eget beteende. För ungdomar som är 18 år eller äldre kan en insats enligt LVU endast beslutas på grund av eget beteende.

Att åberopa barnets eget beteende som skäl för en insats enligt LVU är vanligare när det gäller pojkar än flickor [14].

Personligt stöd är den vanligaste öppenvårdsinsatsen inom socialtjänsten

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser till barn och unga kan ges i form av olika stöd. Barnet eller den unge kan till exempel bli inskriven i strukturerade öppenvårdsprogram med tydliga mål. Samtliga stöd ges enligt SoL. År 2010 hade cirka 28 300 barn och unga ett beslut om en behovsprövad öppenvårdsinsats (tabell 5:2) [14]. Majoriteten var pojkar, 56 procent. Samma år hade ungefär 24 600 barn och unga personligt stöd, vilket gör den till den vanligaste öppenvårdsinsatsen.

Tabell 5:2. Antal barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser enligt SoL under 2010, 0–20 år, avrundade värden

Insats enligt SoL	Antal barn/unga			
	Ålder			
	0–20	0–12	13–17	18–20
Strukturerade öppenvårdsprogram	9 800	3 300	4 300	2 200
Behovsprövat personligt stöd	24 600	10 900	9 500	4 200
Kontaktperson/kontaktfamilj	20 700	10 400	7 300	3 000

Källa: Insatser till barn och unga 2010, Socialstyrelsen.

Ensamkommande barn och unga står bakom en stor del av ökningen inom HVB

År 2010 var antalet asylsökande ensamkommande barn och ungdomar 2 400 stycken och sedan 2004 har antalet mer än femdubblats [15]. Under 2011 beräknas sammanlagt cirka 2 400 ensamkommande barn och ungdomar ansöka om asyl. Majoriteten av dem som har sökt asyl under 2011 är pojkar 15–17 år, framför allt från Afghanistan.

När ett ensamkommande asylsökande barn anländer till Sverige blir barnet erbjudet ett tillfälligt boende enligt SoL i den kommun där barnet ger sig till känna för svenska myndigheter (så kallad ankomstkommun). Samtliga kommuner kan bli ankomstkommuner, men det blir oftast någon av de nio kommuner där Migrationsverket har kontor där ensamkommande barn kan ansöka om asyl. Så snart som möjligt efter ankomsten ska Migrationsverket hänvisa barnet till en så kallad kommun med överenskommelse. Den kommunen svarar för boende och omsorg under den tid då ansökan om asyl prövas, men även under tiden därefter för de barn som beviljas uppehållstillstånd. Socialtjänstens ansvar omfattar således både perioden då ansökan prövas och perioden därefter.

Så länge ensamkommande barn och ungdomar måste vänta på anvisning är bristen på platser i ankomstkommunerna akut. Den 20 juni 2011 vistades 344 barn och unga i ankomstkommuner [15].

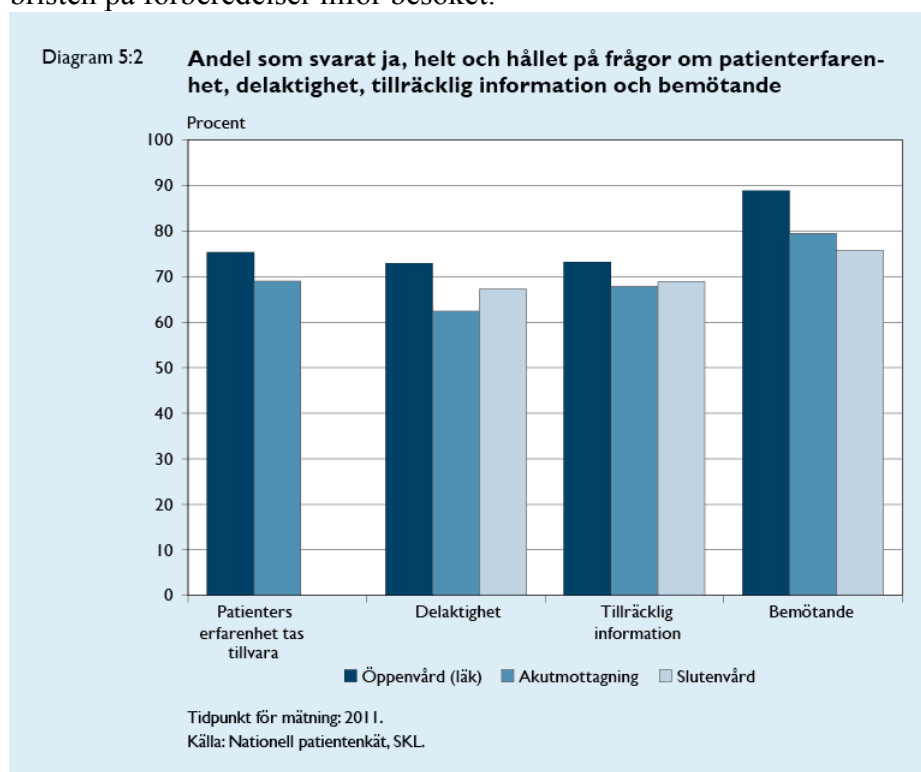
Patientfokuserad vård

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten.

Föräldrarna ger bemötandet i öppenvården högst betyg

Våren 2011 undersökte Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) föräldrars och barns upplevelse av sjukvårdens akutmottagningar, öppenvård och slutenvård [16]. Resultaten från undersökningen tyder på att föräldrar generellt sett är nöjda med vården (diagram 5:2). De flesta tycker att barnen blir bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Föräldrarna upplever också att de och barnen får tillräckligt lång tid med läkaren och att det finns en plan för fortsatt vård.

Bäst omdömen får öppenvården, men här finns även utrymme för förbättringar. Många föräldrar saknar information om förseningar och information om eventuella biverkningar av barnets nya läkemedel. Dessutom vill föräldrarna i större utsträckning kunna påverka dag och tidpunkt för besöket. Föräldrarna är också mindre nöjda med möjligheterna till sysselsättning i väntrummen och bristen på förberedelser inför besöket.



När det gäller slutenvården är föräldrarna mycket nöjda med att de får stanna över natten hos barnen, i den utsträckning de önskar (96 procent). Däremot finns det synpunkter på bekvämligheten och tillgången till måltider. Föräldrarna är i stor utsträckning nöjda med informationen från sjukhuset inför att barnet läggs in, men de saknar information om när barnet kan gå tillbaka till skolan och återuppta sina fritidsaktiviteter. Många upplever att sjuksköterskorna inte är tillräckligt uppdaterade om barnets tillstånd. Trots det anser de allra flesta att barnets aktuella behov av sjukvård blir tillgodosett.

Föräldrarna skattar bemötandet inom akutsjukvården som något sämre än öppen- och slutenvården, men akutvården får ändå övervägande positiva omdömen. De flesta föräldrar anser att deras barn får tillräcklig avskildhet vid undersökning och behandling. Avskildheten är också tillräcklig när föräldrarna själva samtalat med personalen om barnets tillstånd eller behandling.

Sammanlagt svarade 24 000 föräldrar på hur de upplevde besöket eller vistelsen inom barnsjukvården, vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 50 pro-

cent. Några mer långtgående slutsatser kan därför inte dras av undersökningen, men resultaten ger ändå indikationer på vad som fungerar bra och vad som bör förbättras [16].

Tillgänglig vård och omsorg

Vården ska vara tillgänglig och fördelad efter behov. Den ska dessutom ges i rimlig tid. En tillgänglig socialtjänst betyder att alla barn och unga med sådana behov ska ha rätt till tjänsterna, oavsett etnisk och socialt bakgrund eller var i landet de bor. I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att det finns brister i tillgängligheten till såväl elevhälsan som barn- och ungdomspsykiatri.

Elevhälsan räcker inte till

De flesta skolor har tillgång till skolsköterska, skolläkare, skolpsykolog, kurator och specialpedagogiska insatser, men inte i tillräcklig omfattning [17]. Mer än var tredje rektor anser att skolpsykologens tid inte räcker till och många anser också att kuratorn har för lite tid för att möta elevernas behov. Det konstaterar Skolinspektionen efter att ha granskat grundskolornas elevhälsa.

Barnhälsovården och elevhälsan är centrala delar i samhällets grundläggande skyddsnät för barn och unga. Verksamheterna når nästan alla barn och unga och har ett brett psykosocialt uppdrag. Samtidigt finns det stora skillnader i landet. Strukturerna i verksamheterna och den vetenskapliga anknytningen är inte lika starka som inom andra specialiteter.

Sedan den 1 juli 2011 gäller nya bestämmelser om elevhälsan i skollagen (2010:800). Elevhälsans aktiva medverkan behövs för att bryta en del av de negativa utvecklingslinjer som kan skönjas när det gäller barn och ungas hälso-tillstånd och livssituation i övrigt [17].

Under perioden 2012-2015 gör regeringen en särskild satsning för att stärka elevhälsan. Den största delen av satsningen är ett statsbidrag som kommuner och skolhuvudmän kan söka för att anställa fler skolläkare, skolsköterskor, skolkuratorer, skolpsykologer, speciallärare och specialpedagoger.

Nio av tio kommer till barnläkare inom 90 dagar

I den nationella patientenkäten uppgav 90 procent av föräldrarna att deras barn fick komma till barnsjukvården inom tre månader efter beslut om undersökning eller behandling, det vill säga inom den tid som vårdgarantin anger. Andelen som anser att väntetiden var rimlig är lägre, 75 procent [16]. Resultaten visar dessutom följande:

- Många föräldrar till barn som har vistats inom slutenvården tycker att barnet blev utskrivet vid rätt tidpunkt (87 procent). Andelen som anser att barnet skrevs ut för tidigt var 11 procent, medan 2 procent tycker barnet var kvar för länge.
- De flesta barn som kommer till akutsjukvården blir undersökta av en läkare inom en timme. Ungefär 45 procent fick vänta två timmar eller mer på en läkarundersökning.
- När det gäller akutvården efterlyser många föräldrar information om i vilken ordning patienter prioriteras, hur länge man behöver vänta på undersökning samt hur besöket går till [16].

En särskild uppföljning av väntetider till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) visar att antalet barn som väntar på ett första besök till BUP har ökat [18]. I mars 2011 väntade cirka 3 900 barn och unga på ett första besök, vilket är den högsta siffran sedan maj 2009. Flera landsting uppvisade också ett sämre resultat för väntetider i mars 2011 jämfört med i oktober 2010. Tillgängligheten mäts i SKL:s databas Vänettider i vården.

I vissa landsting utreds målgruppen även vid andra enheter än BUP, men det är bara verksamheten vid BUP som är kopplad till databasen Vänettider i vården. Det är därför svårt att få en överblick över hur många barn och unga som totalt väntar på sitt första besök eller på utredning eller behandling [18]. Dessutom varierar det mellan olika landsting hur många som väntar vid en viss tidpunkt. Skillnaderna mellan landstingen kan inte enbart förklaras av skillnader i befolkningsmängd. Landstingen skiljer sig åt både hur verksamheten för målgruppen är organiserad och vilka verksamheter som utför utredningar för målgruppen. Det har därför varit svårt att få en överblick av hur många barn och unga som väntar på sitt första besök, på utredning eller behandling. En ny modell för inrapportering av väntetider till BUP började därför användas från hösten 2011.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Hälso- och sjukvården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och på så sätt vara kunskapsbaserad. Vård och omsorg ska ges med beprövade och effektiva metoder och så långt som möjligt utformas för att möta den enskildes behov på bästa sätt. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning.

Läkemedelsförskrivningen till barn och unga kan förbättras

Socialstyrelsen har under det gångna året uppmärksammat läkemedelsförskrivningen till barn och unga på flera sätt, bland annat genom tillsynen och genom öppna jämförelser av kvaliteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Kunskapsbrister om läkemedelsbehandling hotar patientsäkerheten

Läkemedelshantering är ett välkänt riskområde inom hälso- och sjukvården. Avvikelser som rör läkemedel är bland de vanligaste avvikelserna. Barn är särskilt känsliga för läkemedel, i synnerhet nyfödda och spädbarn. Trots detta medicineras många med läkemedel som inte har provats ut på barn, i brist på tillgänglig kunskap [19].

Avvikelser som rör läkemedelsbehandling och läkemedelshantering kan leda till allvarliga vårdskador. Socialstyrelsen har därför gått igenom de tillsynsärenden som gällt barn och läkemedel där Socialstyrelsen fattade beslut under 2010. I merparten av fallen handlar det om felaktiga ordinationer.

I samband med tillsynen av HVB kartlade Socialstyrelsen bland annat förekomsten av hälso- och sjukvårdsinsatser och uppmärksammade då särskilt verksamheternas hantering av läkemedel. En sammanställning av enkätsvaren från cirka 300 HVB visar att i drygt 80 procent av verksamheterna finns det barn som använder någon form av läkemedel. Oftast har personalen hand om dessa läkemedel och ger dem till barnen. Vid knappt en fjärdedel av dessa HVB har barnen själva hand om läkemedlen.

En närmare inspektion av några HVB visar att det finns brister i hanteringen av läkemedel och framför allt en okunskap om vilka regler som gäller. De in-

spekterade verksamheterna uttrycker också att de vill ha mer kunskapsstöd för att kunna bedriva en säker vård och omsorg.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs mer kunskap om läkemedelsanvändning vid behandling av barn. För detta ändamål krävs såväl mer forskning och systematisk uppföljning [19].

Förskrivning av penicillin

Måluppfyllelsen för penicillin V vid behandling av luftvägsinfektion hos barn visar att det finns skillnader mellan landstingen och utrymme för förbättringar [20]. Under 2010 behandlades 24 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion. De flesta luftvägsinfektioner beror på virussmitta och går över av sig själva, men inte alla. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta är penicillin V (Fenoximetylpenicillin) förstahandsval och bör därför användas i de flesta fall¹.

I riket är andelen penicillin V-behandlade barn knappt 75 procent av alla de som behandlas med antibiotika mot luftvägsinfektion. Andelen bland pojkar är något högre än bland flickor. I riket har andelen med penicillin V ökat något jämfört med jämförelseperioden 2007. Det finns dessutom skillnader mellan landstingen. Den lägsta andelen förskrivning av penicillin V sker i Stockholm och Gotland med 67 procent, medan Värmland har den högsta andelen, 87 procent.

Någon absolut målnivå finns inte, men resultaten för landstingen som har högst andel penicillin V ger en god fingervisning om vilka resultat som är möjliga att uppnå [20].

Oförändrad användning av standardiserade bedömningsinstrument

Socialtjänstens handläggare behöver dokumentera sina erfarenheter och sin kunskap, för att kunna visa på effekter av socialtjänstens insatser för barn och unga och bedöma om socialtjänstens insatser leder till en förbättrad livssituation för de barn som berörs. Dokumentation måste göras på ett likartat (standardiserat) sätt. I detta syfte har standardiserade bedömningsinstrument tagits fram, det vill säga formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ. Det kan vara formulär för intervjuer, skattning, självskattning eller observation. Exempel på sådana bedömningsinstrument är ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) och SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth).

År 2010 redovisade Socialstyrelsen för första gången i vilken omfattning socialtjänsten har rutiner som stödjer användningen av standardiserade bedömningsinstrument inom barn- och ungdomsvården [11]. Då handlade det om mindre än hälften av kommunerna, 45 procent. Sedan dess har andelen kommuner som använder sig av sådana instrument bara förändrats marginellt.

Det bör i detta sammanhang framhållas att frågan om standardiserade bedömningsinstrument bara har ställts till de kommuner som har angett att de har dokumenterade riktlinjer som stödjer användning av standardiserade bedömningsinstrument inom barn och ungdomsvården [11].

¹ Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora.

Personalens kompetens behöver stärkas

Andelen kommuner som har en samlad plan för familjehemmens kompetensutveckling är fortfarande låg, trots att den ökade med 10 procent åren 2010–2011. Det innebär att cirka 40 procent, 116 kommuner, numera har en sådan plan [11].

När en socialnämnd eller motsvarande fattar beslut om vård av ett barn eller en ungdom utanför det egna hemmet är nämnden skyldig att noga följa vården (6 kap. 7 § Sol och 5 kap. 1b§ Socialtjänstförordningen (2001:937)). Vid en familjehemsplacering ska nämnden även ge familjehemmet råd, stöd och annan hjälp som de behöver. Behovet av sådana insatser har påtalats av familjehemmens egna organisationer och bör kunna bidra till ökad säkerhet och trygghet för de placerade barnen.

När personal handlägger och följer upp ärenden som rör barn och unga bör kompetenskraven vara socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet inom socialt arbete, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:12) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga. I de flesta kommuner, 85 procent, uppfyller handläggarna de kraven, medan de i resterande kommuner, 15 procent, inte gör det [11]. Andelen kommuner som uppfyller kravet har minskat något under det senaste året.

Personalen behöver kontinuerligt stöd, handledning och utbildning för att upprätthålla och utveckla den kompetens som krävs för att arbeta med barn och unga. Drygt hälften av kommunerna har en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, vilket är en marginell ökning sedan föregående år.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende anges särskilda krav på kompetensen hos föreståndare för HVB [20]. De ska ha adekvat högskoleutbildning som bör omfatta minst 120 poäng. Övrig personal ska ha den utbildning, erfarenhet och personliga lämplighet som krävs för den aktuella målgruppen och för de metoder som används. Cirka åtta av tio verksamheter bedöms ha föreståndare som uppfyller kraven på formell kompetens, och nio av tio verksamheter bedöms ha övrig personal som uppfyller de grundläggande kraven på utbildning och erfarenhet [19]. I de fall personalen saknar relevant kompetens handlar det ofta om äldre HVB som beviljades tillstånd innan kraven på utbildning skärptes. Vidare är bristande kompetens hos föreståndare vanligare i kommunal än i enskild verksamhet, vilket också kan ha ett samband med när boendet i fråga etablerades.

Det är vanligare att personalen saknar ingående kunskap om målgruppen än att den saknar formell kompetens. Detta gäller särskilt vid boenden för ensamkommande barn och unga. I dessa fall saknar nästan 20 procent av boendena kompetens om målgruppen. Motsvarande andel för övriga HVB är 7 procent. Det bör också nämnas att en del kommuner och HVB ställer höga krav på välutbildad personal, till exempel högskoleutbildning, och går på så sätt längre än Socialstyrelsens föreskrifter [19].

Självbestämmande och integritet inom socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande. Det förutsätter att den enskilde är delaktig i planeringen av stödet och har ett reellt inflytande. Barnets rätt att komma till tals är särskilt viktig i sammanhanget.

De ungas syn på HVB varierar

När unga själva uttalar sig om sitt HVB blir bilden nyanserad. Inom ramen för sin tillsynsverksamhet har Socialstyrelsen talat med 1 370 pojkar och flickor som var placerade på HVB [19]. De fick möjlighet att berätta om sin situation i stort, men framför allt tillfrågades de om sina möjligheter till delaktighet och om de kände sig trygga och hade förtroende för personalen.

De flesta unga ger en nyanserad bild av sitt HVB med både positiva och negativa omdömen. Men det är också tydligt att ungdomarna på vissa HBV är mer nöjda än andra. En del som inte är nöjda berättar om personal som är otrevlig och inte bemöter dem respektfullt, och vissa tycker att innehållet i vården är torftigt.

De ungas möjligheter att vara delaktiga i vårdens planering och genomförande är generellt sett goda. I 38 av 410 verksamheter har Socialstyrelsen emellertid konstaterat vissa brister. I 13 verksamheter bedömer Socialstyrelsen att ungdomarna inte visas tillräcklig respekt och att de har små möjligheter till att få en förtroendefull kontakt med någon i personalen. Det är vanligare att ensamkommande barn och unga inte känner sig respekterade och saknar en förtroendefull kontakt, 7 procent jämfört med 2 procent [19].

Bara varannan kommun har direktiv om delaktighet

Omkring hälften av landets kommuner har antagit direktiv om hur barnets åsikter ska inhämtas och dokumenteras under pågående utredning. Det visar Barnombudsmannens enkätundersökning om huruvida kommunerna har antagit egna direktiv om omhändertagande och placering av barn och vad som i så fall behandlas i dessa [21]. Resultaten visar även att det är mindre vanligt med direktiv om uppföljning och utvärdering vid avslutad vård. Ungefär en tredjedel av kommunerna har särskilda direktiv om det placerade barnets hälso- och sjukvård samt skolgång, medan en femtedel har direktiv om hur socialtjänsten ska agera vid missförhållanden i familjehem eller HVB.

Bakgrunden till undersökningen är att Barnombudsmannen 2010 mötte drygt 100 barn och ungdomar som befann sig i olika familjehem och HVB. Med utgångspunkt i dialogen med dessa barn ringade Barnombudsmannen in flera bristområden inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det gällde bland annat information och delaktighet, uppföljning under placeringstiden och personalens kompetens och bemötande [21].

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

En socialtjänst som präglas av helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. När den enskilde behöver tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner ska tjänsterna samordnas med utgångspunkt i den enskildes livssituation. Det måste vara tydligt vilket stöd olika aktörer har ansvar för och det måste finnas kontinuitet i de tjänster som ges. Detta är särskilt viktigt när det gäller barn och unga.

Allt fler kommuner tecknar samverkansöverenskommelser

I frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa har socialnämnden en lagstadgad skyldighet att samverka med berörda samhällsorgan, organisationer och andra. Nämnden ska även aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (5 kap. 1 a § SoL). Fler överenskommelser har tillkommit mellan socialtjäs-

tens ledning och samverkansparter. På så sätt har förutsättningarna för samverkan blir bättre [11]. Överenskommelserna handlar om vad som gäller på politisk ledningsnivå eller på förvaltningsledningsnivå. Syftet med överenskommelserna är att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan parterna, med eller utan ekonomiska åtaganden.

Åtta av tio kommuner uppger att de numera har överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och skolan och förskolan. Detta är en påtaglig förbättring sedan föregående år då endast fyra av tio kommuner hade sådana överenskommelser. Det har också blivit vanligare med överenskommelser om samverkan mellan socialtjänst och barnhälsovård. Mer än hälften av kommunerna uppger att de har sådana samverkansöverenskommelser, vilket kan jämföras med drygt var tredje året innan [11].

Rättssäker socialtjänst

Nästan alla kommuner har rutiner för klagomålshantering

Nästan alla kommuner, 92 procent, har rutiner för hantering av fel och brister. Klagomålshanteringen är ett viktigt verktyg i arbetet för att utveckla och förbättra servicen och kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. Det innebär att socialnämnden tar in synpunkter från dem som berörs av verksamheterna, som en del i sitt systematiska förbättringsarbete. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas om hand, sammanställas och analyseras.

Kvalitetsarbetet ska alltid utgå från den enskilda mottagarens perspektiv. Det är av avgörande betydelse att all personal involveras i förbättringsarbetet och att ledningen uppmuntrar och stödjer detta. Att kontrollera det arbete man själv utför samt att identifiera och rapportera fel och brister ska vara självklara delar i det dagliga arbetet.

Större trygghet i myndighetsutövningen med BBIC

BBIC (Barns behov i centrum) är ett handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser. Det bygger också på grundprinciper om samarbete mellan barn, föräldrar och andra professionella och har barnet eller den unge i centrum. I en verksamhet som kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig roll för en helhetssyn utan också för kontinuitet i myndighetsutövningen.

Allt fler kommuner har ordinarie licens för BBIC, cirka 56 procent jämfört med cirka 45 procent 2010 [22]. Cirka 45 procent av kommunerna använder sig också av standardiserade bedömningsinstrument. När detta görs tillsammans med BBIC ökar förutsättningarna för evidensbaserad praktik och förbättrad kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården.

Socialstyrelsen har uppmuntrat kommunerna att gå samman i regionala BBIC-nätverk för att gynna ett utvecklingsinriktat klimat med utbyte och stöd mellan personalen. Dessa fungerar även som lokala plattformar för att organisera och genomföra såväl lokala utbildningar som Socialstyrelsens utbildningar av lokala BBIC-utbildare. De 28 regionala BBIC-nätverken och de 27 regionala BBIC-samordnarna bjuds regelbundet in till Socialstyrelsen för information, dialog och erfarenhetsutbyte [22].

Få lex Sarah-anmälningar kommer in

Den 1 juli 2011 fick SoL och LSS nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten [23]. Trots detta är antalet inkomna anmälningar som rör barn och familj fortfarande få. Under perioden 1 juli–30 november 2011 kom endast sex ärenden in [26].

Rättsäkerheten brister för ensamkommande barn och unga

Det är särskilt viktigt att de ensamkommande barnens behov och rättigheter tillgodoses eftersom de saknar vårdnadshavare som kan bevaka deras intressen. De befinner sig dessutom i en ny och främmande kultur utan kunskaper i svenska språket. Socialstyrelsen kan emellertid konstatera att dessa barn har färre kontakter med socialtjänsten jämfört med andra heldygnsplacerade ungdomar. Dessutom gör socialtjänsten individuella bedömningar i alldeles för liten utsträckning.

De flesta ensamkommande barn och unga placeras på HVB. Individuella bedömningar av hur dessa verksamheter kan tillgodose ungdomens behov görs endast vid drygt 40 procent av de boenden som tar emot ensamkommande barn och unga. Motsvarande siffra för övriga HVB är dubbelt så hög. In- och utskrivningsbeslut och samtycke från barnet saknas dessutom alltför ofta [19].

Socialstyrelsens intryck är att även socialtjänstens handläggare saknar kunskap om vad som gäller för ensamkommande barn och unga. Ibland utreds barnets behov endast summariskt. Handläggare överväger inte vilken placeringsform barnet eller ungdomen behöver utan hänvisar automatiskt till de boenden som kommunen har tillgång till.

Ytterligare indikation på att ensamkommande barn behandlas annorlunda än övriga barn är att 78 procent av de ensamkommande barnen har kontakt med sin socialsekreterare, medan motsvarande andel bland de övriga barnen är drygt 90 procent [19].

Socialstyrelsens åtgärder direkt till unga får alltmer genomslag

Det är Socialstyrelsens uppgift att ta fram relevant information, dels till barn och unga som stadigvarande vistas utanför hemmet, dels till deras vårdnadshavare. Att informera om att barnet eller ungdomen kan föra samtal med socialtjänsten utan vårdnadshavarens samtycke eller närvaro är en naturlig del i uppgiften. Sedan 2010 arbetar Socialstyrelsen aktivt för att nå ut med information som riktar sig direkt till placerade barn och unga och på andra sätt nå dessa barn.

Information som riktar sig till barn och unga

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

Materialet kan beställas kostnadsfritt från Socialstyrelsen och finns att hämta eller läsa på Socialstyrelsens webbplats. Det har översatts till ett tiotal språk, lättläst svenska samt minoritetsspråken och har fått stor spridning framför allt inom HVB. När det gäller familjehemmen har genomslaget varit svagare.

I materialet hänvisas till ett 020-nummer hos Socialstyrelsen dit barn och unga kan ringa när de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten eller när de vill veta vilka rättigheter de har. Numret togs i bruk i april 2010 och vid utgången av det året hade 96 telefonsamtal och 22 e-postmeddelanden inkommit från barn och unga. Under 2011 hörde 216 barn och unga av sig via telefon eller e-post, det vill säga fler än under 2010 [25].

De vanligaste frågorna eller önskemålen från ungdomar är att de vill

- ha reda på sina rättigheter
- komma i kontakt med socialtjänsten
- få en annan placering eller någon annan förändring
- få en tydligare bild av varför de är placerade och vad som kommer att hända framöver.

Försöksverksamhet med tillsynsombud

Sedan 2010 pågår en treårig försöksverksamhet med så kallade tillsynsombud i tio kommuner. Syftet är att undersöka om det fungerar bättre för familjeplacerade barn i kommuner där det finns tillsynsombud jämfört med kommuner som saknar en sådan resurs.

Tio inspektörer från fem regionala tillsynsenheter arbetar som ombud under halva sin arbetstid. Deras främsta uppgift är att bilda sig en uppfattning om huruvida barnet eller den unge har det bra i familjehemmet och att ge barnet möjlighet att tala med en utomstående vuxen.

Målet var att få med 60 barn i projektet, vilket inte har varit helt lätt. Antingen har barnen tackat nej eller så har handläggaren i socialförvaltningen bedömt att det inte är lämpligt för barnet att delta. Numera deltar 58 barn i försöksverksamheten. Tillsynsombuden träffar varje barn minst fyra gånger om året eller oftare om barnet så önskar. Till de vanligaste frågorna och funderingarna hör: Varför är jag placerad? Varför bor jag här? Hur får jag träffa mamma och pappa? Vilka rättigheter har jag i familjehemmet? Vem är det som bestämmer?

Forskare från Örebro universitet följer och utvärderar projektet, men det är ännu för tidigt att redovisa några erfarenheter från det. I detta sammanhang är det dock viktigt att påpeka att ombudet inte ersätter kommunernas uppföljningsansvar.

Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Sammanfattande iakttagelser

- Bemötandet och självbestämmandet varierar och den enskilde kan inte alltid bestämma vem som utför insatserna eller för vilken tid insatser ges. Det gäller till exempel assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken och ledsagning enligt SoL.
- Den somatiska vården är inte jämlik för personer med psykisk funktionsnedsättning. Till exempel upptäcks bröstcancer senare hos denna grupp, risken för amputation vid diabetes är större och risken högre att avlida inom sex månader efter konstaterad hjärtinfarkt. Socialstyrelsen kommer att fortsätta studera den jämlika vården, även för personer med andra funktionsnedsättningar.
- Att personer har merutgifter på grund av sin funktionsnedsättning förekommer både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och det kan vara ett problem för den enskilde. Avgifter för olika former av stöd varierar, och skillnaderna är stora mellan olika delar av landet. Det gäller till exempel socialtjänstens stöd samt rehabiliteringsinsatser.
- Andelen personer som är nöjda med sina assistenter är påfallande låg, och endast var fjärde känner tilltro till sin assistent. Andelen nöjda är högst bland dem som anlitar ett brukarkooperativ eller är sin egen assistansanordnare. En viss skillnad finns även mellan kommunala och privata anordnare, där tilltron är något högre till de privata.
- Flera av de missförhållanden som tidigare har hittats i verksamheter enligt LSS kvarstår, men många kommuner arbetar för förbättring. I och med de nya bestämmelserna om lex Sarah förbättras kunskapen om brister och missförhållanden, och de bör därmed bli lättare att åtgärda. De nya bestämmelserna om lex Sarah har dock inte fått genomslag ännu.
- Andelen personer 65 år och uppåt som får personlig assistans ökar och ökningen kommer att fortsätta. Detta torde öka förutsättningarna för delaktighet och ett självständigt liv även efter att personer med funktionsnedsättning har fyllt 65 år. Samtidigt medför detta sannolikt att inslagen av omsorg ökar inom personlig assistans.
- Allt fler barn och unga medicineras för adhd och förskrivningen är störst hos pojkar 10–14 år och flickor 15–19 år. Det är svårt att bedöma om det finns en överförskrivning eller en underförskrivning, eftersom kunskapen om förekomst är otillräcklig samtidigt som det saknas rekommendationer om vilka som bör medicineras. Socialstyrelsen kommer dock att fortsätta följa förskrivningen av dessa läkemedel.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av det stöd till personer med funktionsnedsättning, som ges enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Vi

berör även tillståndet inom rehabiliteringen och viss annan vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Vi berör inte habiliteringsinsatser, eftersom uppgifterna på nationell nivå är alltför knapphändiga.

Personlig assistans kan beviljas enligt två olika lagstiftningar: LSS eller socialförsäkringsbalken. Socialstyrelsen för statistik om den förra insatsen och Försäkringskassan om den senare. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen samkört uppgifter om dessa två insatser, för att bättre kunna analysera omfattningen och utvecklingen. När vi diskuterar personlig assistans i detta kapitel avser vi därmed båda insatserna, om ingen särskild lag anges. Uppgifter om assistansersättning mellan 2007–2010 avser assistansersättning enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS. Den lagen är numera upphävd och från den 1 januari 2011 beviljar Försäkringskassan assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110) och LASS har upphört att gälla.

Vi ägnar särskild uppmärksamhet åt två insatser som har särskild betydelse för den enskildes delaktighet: personlig assistans och ledsagning.

Verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning berörs även i andra kapitel i rapporten. I kapitlet Ekonomiska analyser redogör vi för kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning och statens kostnader för assistansersättning. Personer med funktionsnedsättning berörs till viss del även i kapitlen om hälso- och sjukvård, tandvård och äldre.

Om gruppen personer med funktionsnedsättning

Detta kapitel fokuserar på stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning. Med funktionsnedsättning avser Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller ett annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.

Alla personer med funktionsnedsättning har inte insatser – även om de i vissa fall skulle behöva det. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, andra har av olika skäl inte ansökt trots att de skulle behöva stöd. Därför ingår inte alla personer med funktionsnedsättning i detta kapitel.

Det finns en viss överlappning mellan detta kapitel och kapitlet om hälso- och sjukvård, eftersom gränsen mellan långvarig sjukdom och funktionsnedsättning inte är helt tydlig. Det gäller bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning.

På flera ställen i detta kapitel hänvisar Socialstyrelsen till personkretsar. Personkretsar är ett begrepp som i detta sammanhang syftar på tre olika grupper som definieras i 1 § LSS:

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Aktuell utveckling

Personer med funktionsnedsättning kan få olika stöd från socialtjänsten. SoL reglerar insatser till alla invånare som inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt, oavsett ålder. Personer med funktionsnedsättning kan med andra ord få insatser enligt SoL, men vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS. Detta avsnitt redogör bland annat för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa lagstiftningar.

I avsnittet berör vi ytterligare två aktuella områden: tillståndsprövningen av assistansbolag och förskrivning av adhd-läkemedel bland barn och unga.

Hemtjänst och boende enligt socialtjänstlagen minskar

År 2010 hade cirka 16 700 personer upp till 64 år hemtjänst enligt SoL och ungefär 15 000 personer hade boendestöd enligt SoL [1]. Åldersfördelningen skiljer sig mellan dessa insatser. Hemtjänst är vanligast bland personer i åldern 45–64 år, medan åldersfördelningen är jämnare inom boendestöd. Båda insatserna är relativt ovanliga bland personer under 20 år.

Det är färre som får heldygnsomsorg. År 2010 bodde cirka 4 300 personer i särskilt boende enligt SoL, fler män än kvinnor. Många personer upp till 64 år som får särskilt boende har en psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens analyser visar att fler män än kvinnor vårdas för schizofreni, och det kan vara en delförklaring till varför fler män får särskilt boende enligt SoL.

Tabell 6:1. Insatser enligt socialtjänstlagen år 2010, uppdelat på ålder och kön. Avrundade värden.

	Kvinnor			Män			Totalt
	0–19	20–44	45–64	0–19	20–44	45–64	
Särskilt boende	10	300	1 400	20	500	2 000	4 230
Hemtjänst i ordinärt boende	100	2 000	6 600	200	1 500	6 200	16 600
Boendestöd	70	3 800	3 800	80	3 800	3 600	15 150
Totalt	180	6 100	11 800	300	5 800	11 800	35 980

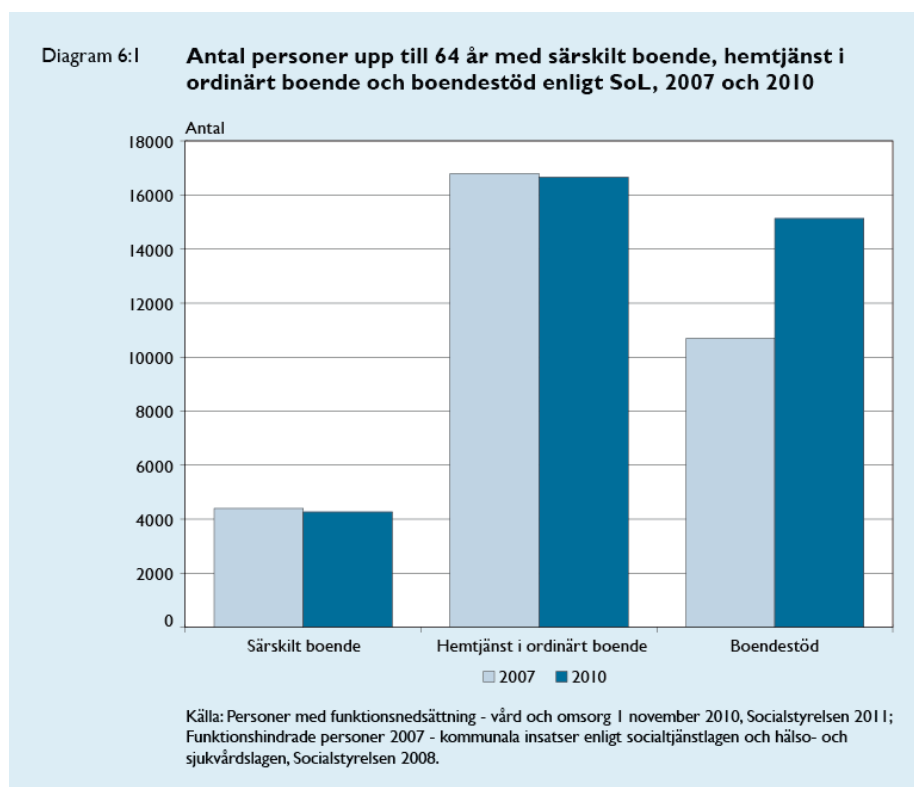
Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 november 2010, Socialstyrelsen; 2010.

Ytterligare ett intressant könsmönster kan urskiljas inom hemtjänst bland personer upp till 64 år. Fler ensamstående män än ensamstående kvinnor är hemtjänstmottagare [2]. Bland hemtjänstmottagarna som är sammanboende råder dock det motsatta förhållandet. Drygt 62 procent är kvinnor och 38 procent är män i denna grupp. Det är alltså vanligare att kvinnor vårdar sin partner utan stöd från hemtjänsten än att män vårdar sin. Det är tänkbart att detta beror på att kvinnor i högre grad än män förväntas ta på sig en omvårdande roll. Det går dock inte att veta om orsaken är att kvinnor och män själva väljer att ordna sin tillvaro efter detta mönster eller om socialtjänstens handläggare ställer högre krav på anhöriga kvinnor än män.

Insatser enligt SoL till personer upp till 64 år ökar, och sedan 2007 har särskilt boende, hemtjänst och boendestöd tillsammans ökat med 29 procent (diagram 6:1) [1,3]. Boendestödet står för hela denna ökning. De andra två insatserna har till och med minskat något. I sammanhanget är det intressant att nämna

att kostnaderna per person i särskilt boende enligt SoL ökar², vilket kan bero på en ökad vårdtyngd. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om ekonomiska analyser.

När kommunerna beslutar om stöd enligt SoL till personer som tidigare inte har haft stöd tycks det med andra ord oftast handla om boendestöd, som framför allt ges till personer med psykisk funktionsnedsättning. En viss del av denna ökning förklaras av att kommunernas inrapportering blir bättre, eftersom 2007 var det första året som boendestöd redovisades som egen insats i Socialstyrelsens officiella statistik. Uppgifterna bör därför tolkas med viss försiktighet.



Skillnader i diagnoser kan förklara könsskillnader i insatser enligt LSS

År 2010 hade drygt 62 000 personer en eller flera insatser enligt LSS [4]. Den i särklass vanligaste insatsen är daglig verksamhet, som ungefär 30 000 personer hade. 19 300 personer hade personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken[5].

Fler män än kvinnor får insatser enligt LSS, och det gäller för alla insatser. Särskilt stor är skillnaden för korttidsvistelse, avlösarservice och korttidstillsyn där två tredjedelar av insatserna ges till män. Dessa insatser är vanligast bland yngre personer.

En tänkbar förklaring till könsskillnaderna är att vissa diagnoser och funktionsnedsättningar är vanligare bland män än bland kvinnor. Socialstyrelsen har tidigare analyserat tillgången till insatser enligt LSS bland kvinnor och män med vissa diagnoser [2]. Resultatet visar att kvinnor och män med diagnoserna utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbråck eller Downs syndrom får insatser i lika hög

² För personer upp till 64 år.

utsträckning. Om behovet av stöd är ungefär lika stort hos kvinnor och män med de aktuella diagnoserna kan vi dra slutsatsen att fördelningen av insatser mellan kvinnor och män är rättvis. Att kommunerna beviljar insatser till fler män än kvinnor kan med andra ord delvis förklaras av att antalet män med dessa diagnoser är fler än antalet kvinnor.

Socialstyrelsen vill dock understryka att forskningen tyder på att flickor underdiagnostiseras när det gäller autism och autismsliknande tillstånd. Eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från diagnoser kan det bli ett problem om flickor underdiagnostiseras. Flickor som inte får rätt diagnos riskerar därmed att inte få del av den utökade rättighet som var avsikten med LSS.

Tabell 6:2. Antal personer år 2010 med insatser enligt LSS och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken uppdelat på kön, avrundade värden.

Insats enligt LSS eller assistansersättning	Kvinnor	Män	Totalt
Personlig assistans	9 000	10 300	19 300
Ledsagarservice	4 100	5 100	9 200
Kontaktperson	9 100	10 400	19 500
Avlösarservice	1 200	2 200	3 400
Korttidsvistelse	3 700	6 300	10 000
Korttidstillsyn	1 900	3 200	5 100
Boende, barn	500	900	1 400
Boende, vuxna	10 100	13 300	23 400
Daglig verksamhet	13 100	17 100	30 200
Totalt	52 700	68 800	121 500

Källa: Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2010, Socialstyrelsen (2010); Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

Daglig verksamhet ökar mest

Allt fler personer får insatser enligt LSS. Sedan 2004 har antalet personer med en eller flera insatser ökat med 17 procent [4,6]. Det totala antalet insatser förändras inte lika kraftigt. De ökade med 7 procent under samma tidsperiod, vilket tyder på att antalet insatser per person minskar något.

Daglig verksamhet enligt LSS är fortfarande den insats som flest personer har. Sedan 2004 har antalet personer med daglig verksamhet ökat med 26 procent.

Mellan 2004 och 2010 avslutade 5 400 personer sin dagliga verksamhet. Ungefär en tredjedel av dessa personer fyllde 65 år under perioden och avslutade därmed den dagliga verksamheten på grund av ålder. De övriga har sannolikt blivit för dåliga för att delta i daglig verksamhet eller har gått vidare till andra former av sysselsättning och arbete, till exempel lönebidragsanställning. Socialstyrelsen har i tidigare undersökningar konstaterat att en mycket låg andel går vidare till andra anställningsformer [7,8]. Vi kommer därför att fortsatt följa personer med daglig verksamhet i kommande lägesrapporter. Fokus kommer att ligga på genomströmningar och på vad som händer med dem som avslutar insatsen.

Tabell 6.3. Antal personer med olika insatser enligt LSS och assistansersättning år 2004–2010, avrundade värden

Insats enligt LSS eller assistansersättning	2004	2007	2010	Förändring 2004–2010 (%)
Personlig assistans	15 900	18 000	19 300	+21
Ledsagarservice	9 400	9 700	9 200	–1
Kontaktperson	16 100	18 000	19 500	+21
Avlösarservice	3 700	3 400	3 400	–8
Korttidsvistelse	10 500	10 100	10 000	–5
Korttidstillsyn	4 400	5 100	5 100	+18
Boende, barn	1 200	1 300	1 400	+17
Boende, vuxna	19 900	21 600	23 400	+18
Daglig verksamhet	24 100	27 000	30 200	+26
Totalt	105 200	114 200	121 900	+16

Källa: Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2004, Socialstyrelsen (2005); Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2007, Socialstyrelsen (2008) Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS 2010, Socialstyrelsen (2010); Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

Antalet personer i boenden för vuxna enligt LSS fortsätter också att öka. Det kan delvis förklaras av att personer med psykisk funktionsnedsättning allt oftare får boende enligt LSS, i stället för särskilt boende enligt SoL. Eftersom personer med psykisk funktionsnedsättning kan få särskilt boende enligt båda lagstiftningarna är det svårt att värdera denna förändring.

Socialstyrelsen för ytterligare resonemang om tillgången till LSS-boenden för personer med psykisk funktionsnedsättning längre fram i detta kapitel, under rubriken ”Likvärdig socialtjänst”.

Allt fler äldre har insatser enligt LSS

Insatser enligt LSS ökar mest bland personer över 65 år. Sedan 2004 har den åldersgruppen ökat med 40 procent [4,6]. Ökningen har dock pågått en tid och förklaras av att gruppen tidigare inte hade möjlighet att få personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning efter 65 år. Ytterligare en förklaring är att personer med funktionsnedsättning lever längre än tidigare. En annan förklaring kan vara att många får beslut om personlig assistans strax innan sin 65-års dag.

Bland personer i åldern 20–44 år har LSS-insatserna ökat med nästan 30 procent. Ökningen kan bero på att fler får diagnoser inom personkrets 1, alltså autismliknande tillstånd (till exempel Aspergers syndrom). Det är också möjligt att en viss del av ökningen handlar om överflyttning från SoL-insatser till insatser enligt LSS.

Personlig assistans är vanligast bland yngre män och äldre kvinnor. Personerna med personlig assistans blir fler [5]. År 2010 hade 19 300 personer assistans enligt LSS och socialförsäkringsbalken, vilket motsvarar en ökning med 20 procent sedan 2004.

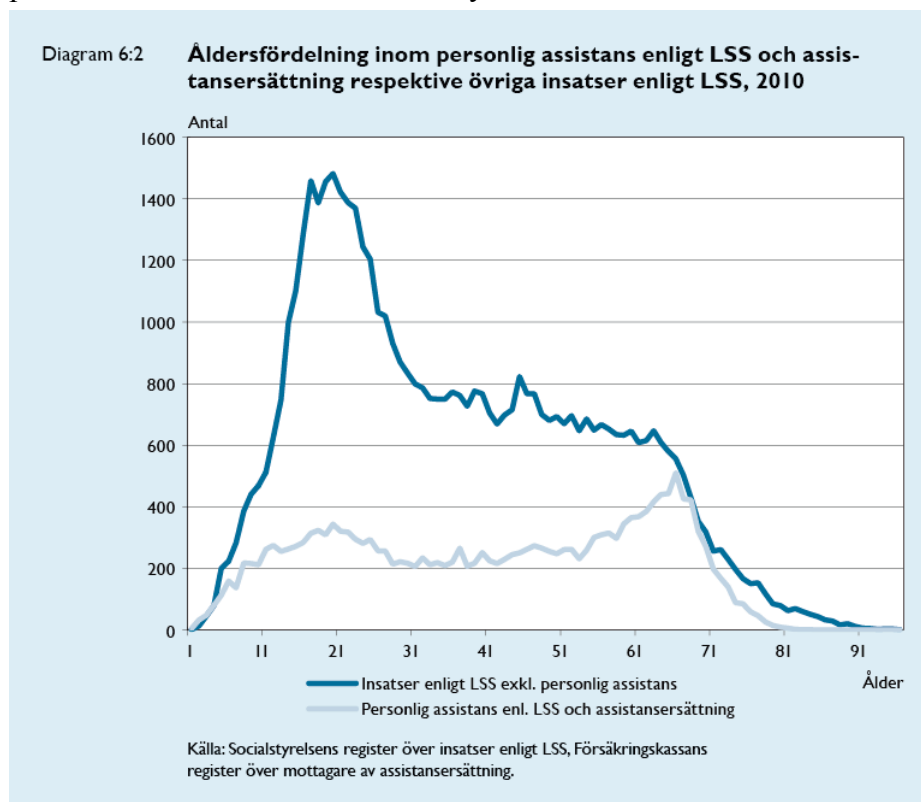
Kvinnor är i majoritet i de övre åldrarna och män är i majoritet i de yngre, en skillnad som är konstant över tid. Det kan bero på att fler yngre män än yngre kvinnor har insatser över huvud taget, en skillnad som jämnar ut sig upp i åldrarna.

Tabell 6:4. Personlig assistans enligt LSS och socialförsäkringsbalken 2004–2010, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden

Ålder	2004		2007		2010	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–19	1 400	1 800	1 500	2 200	1 700	2 400
20–44	2 400	3 000	2 600	3 200	2 700	3 400
45–64	3 000	2 900	3 400	3 100	3 200	3 100
65–	700	600	1 000	1 000	1 400	1 400
Totalt	7 500	8 300	8 500	9 500	9 000	10 300

Källa: Socialstyrelsens bearbetning av registren över insatser enligt LSS och mottagare av assistansersättning (2011).

Åldersfördelningen inom personlig assistans skiljer sig från åldersfördelningen inom övriga insatser enligt LSS [5]. LSS-insatserna är vanligast bland personer i åldern 15–25 år, medan assistansersättning och personlig assistans enligt LSS är vanligast bland 60–70-åringar (diagram 6:2). Syftet med assistansen är att mottagaren ska öka sin delaktighet i samhället. Samtidigt ökar antalet äldre mottagare. Det borde på sikt innebära en viss sannolikhet för förskjutning mot äldreomsorg, samtidigt som förutsättningarna ökar att delaktigheten för dessa personer finns kvar efter att de har fyllt 65 år.

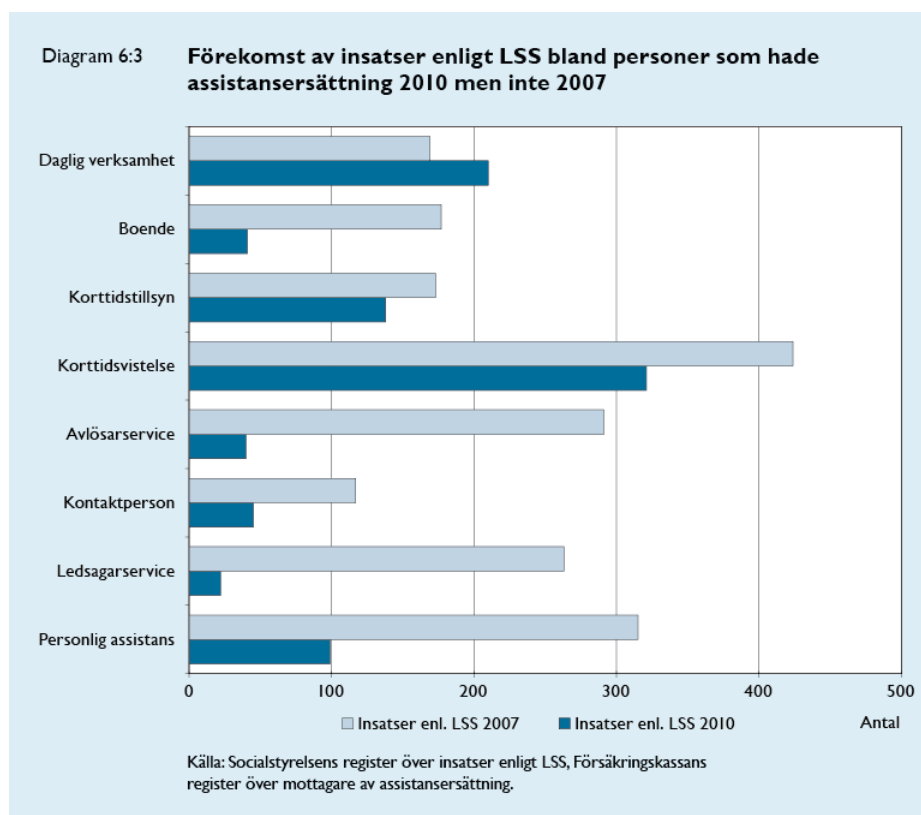


Assistansersättningen minskar behovet av andra insatser

När personer beviljas assistansersättning minskar behovet av andra insatser [5]. Många som beviljas insatsen hade tidigare andra insatser, till exempel stöd enligt LSS. Flera av dessa insatser minskar i antal när personerna får assistansersättning. Diagram 6:3 visar vilka övriga insatser som personer hade innan de fick assistansersättning och vilka insatser de hade efteråt. Några tydliga resultat är att särskilda boendeformer minskar med 77 procent³ och att avlösarservicen

³ I måttet ingår gruppboendestad och servicelägenhet. Särskilt anpassad bostad ingår inte.

minskar med knappt 90 procent. Även insatserna kontaktperson och personlig assistans enligt LSS minskar, med 62 respektive 70 procent. Analyser visar även att daglig verksamhet ökar med 20 procent bland dem som får assistansersättning.



Den nya tillståndsplikten för assistansbolag ökar kvaliteten

Från och med den 1 januari 2011 måste all enskild verksamhet som anordnar personlig assistans söka tillstånd för detta⁴ [9].

Fram till den 31 december 2011 hade 1 269 ansökningar om att anordna personlig assistans inkommit till Socialstyrelsen [10]. Av dessa är 177 nyansökningar, och gäller alltså verksamheter som ännu inte har startat. Det är en mycket större mängd än någon hade kunnat förutspå. Försäkringskassans uppskattning var att det skulle komma in runt 700–800 ansökningar från pågående verksamheter. Detta visar att ingen har haft överblick över hela marknaden, vare sig myndigheter eller branschorganisationer. Genom tillståndsplikten får vi en tydligare bild av hur branschen ser ut.

Socialstyrelsen fattade det första beslutet om tillstånd för att bedriva personlig assistans i maj 2011. Efter det fattade vi totalt 459 beslut fram till den 31 december 2011, varav 84 avslag. De vanligaste orsakerna till avslag är bristande kompetens inom LSS-området generellt (80 procent), eller anmärkningar i personlig vandel (20 procent). Socialstyrelsen har också avvisat 26 ansökningar som hade sådana brister att vi inte har kunnat fastställa om de har undertecknats

⁴ Fram till den 1 april 2011 kunde de som hade verksamhet redan före årsskiftet ansöka om tillstånd och sedan fortsätta att bedriva sin verksamhet i avvaktan på Socialstyrelsens handläggning. Efter detta datum gäller samma regler som för övriga tillståndspliktiga verksamheter, nämligen att Socialstyrelsen måste ha beviljat deras tillstånd innan de påbörjar sin verksamhet.

av en behörig firmatecknare. I några fall framgick inte heller vilka ägare och andra funktionärer som var ansvariga för verksamheten. En relativt stor grupp, 56 sökanden, har återtagit sina ansökningar av olika skäl. Vissa ansökte ”för säkerhets skull” före brytdatumet den 1 april 2011 och har senare bestämt sig för att inte bedriva egen verksamhet längre.

Många anmäler att de själva är assistansanordnare

Den som är assistansberättigad kan anställa sina assistenter själv, som fysisk person eller en genom enskild firma, i stället för att gå via en juridisk person, såsom aktiebolag, handelsbolag eller förening. Han eller hon behöver då inte ansöka om tillstånd, men måste däremot anmäla verksamheten till Socialstyrelsen. Att anmäla är ett enkelt förfarande som innebär att den assistansberättigade anmäler till Socialstyrelsen att han eller hon bedriver verksamheten. Totalt hade 419 sådana anmälningar inkommit till Socialstyrelsen fram till och med den 11 november 2011 [10].

Det övergripande syftet med tillståndsplikten är att säkra kvaliteten i insatsen personlig assistans. Riksdagen har gjort bedömningen att de assistansberättigade är en skyddsvärd grupp och att det därför är befogat att begränsa näringsfriheten på området, vilket tillståndsprövningen gör.

Ytterligare ett syfte med både tillståndsplikten och anmälningsplikten är att Socialstyrelsen ska veta vilka verksamheter som bedriver personlig assistans, för att kunna bedriva en fungerande tillsyn. Alla verksamheter som anordnar personlig assistans omfattas av Socialstyrelsens tillsyn, oavsett om det är privata företag som har tillstånd, assistansberättigade som anställer sina egna assistenter och har anmält sin verksamhet eller kommunal verksamheter.

Med anledning av detta har Socialstyrelsen även inlett ett särskilt tillsynsprojekt kring personlig assistans [11]. Sedan tidigare har länsstyrelserna bedrivit mycket lite tillsyn över dessa verksamheter men av den nya lagtexten framgår att Socialstyrelsens tillsyn ska omfatta all verksamhet enligt LSS, även personlig assistans som utförs av enskilda. Under 2011 kom 37 tillsynsärenden som rör personlig assistans in. Dessutom rör 25 lex Sarah-anmälningar personlig assistans. Vi för ytterligare resonemang om missförhållanden och anmälningar enligt lex Sarah längre fram i detta kapitel, under rubriken ”Rättssäker socialtjänst”.

Socialstyrelsen hyser gott hopp om att tillståndsplikten kommer att bidra till att kvaliteten i verksamheterna generellt kommer att höjas.

Medicinering mot uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar ökar kraftigt

Behandling med centralstimulerande läkemedel vid uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörningar (adhd) ökar kraftigt bland både pojkar och flickor [12]. Pojkar och yngre män står för 80 procent av alla uthämtade recept. Föreskrivningen av adhd-läkemedel varierar dock stort mellan länen.

Ökningen kan ha flera orsaker. Det finns en ökad medvetenhet om adhd, inte bara inom hälso- och sjukvården utan också inom skolan och hos allmänheten. Dessutom har resurserna att utreda adhd ökat inom vården de senaste åren. Detta har bidragit till att både diagnostisering och läkemedelsbehandling vid adhd har tilltagit markant bland barn och ungdomar. Läkemedelsverket rekommenderar läkemedel som en del i behandlingen för att komplettera olika pedagogiska och psykosociala insatser om dessa inte varit tillräckliga.

Socialstyrelsen har undersökt förskrivningsmönstret av adhd-läkemedel för perioden 1 januari 2006– 31 december 2010.

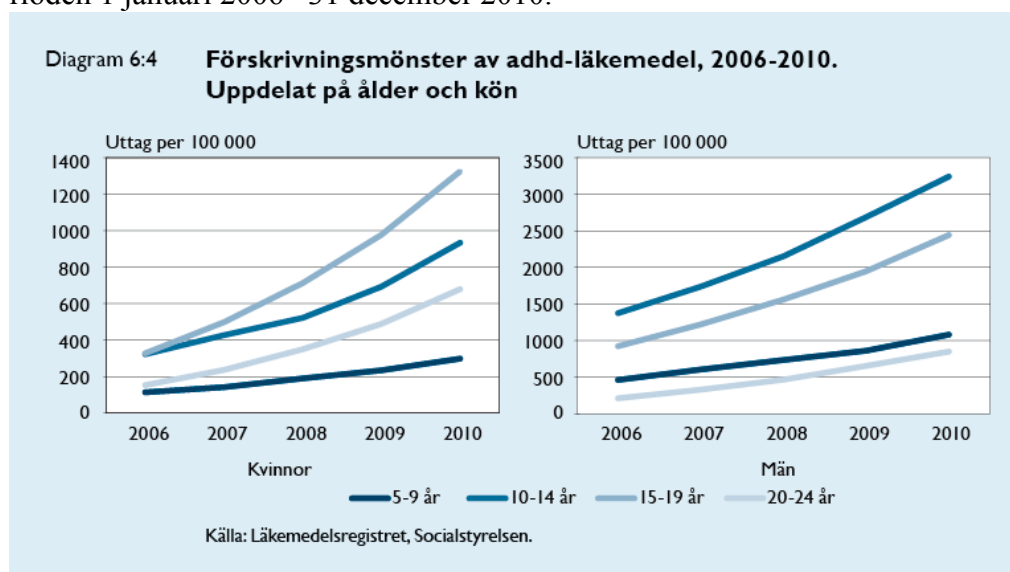


Diagram 6:4 visar antalet uthämtade recept per 100 000 invånare under tidsperioden för män och kvinnor i olika åldersgrupper⁵. Bland pojkar är det i åldersgruppen 10–14 år som flest recept hämtades ut medan det bland flickor är i gruppen 15–19 år. Den kraftigaste ökningen relativt sett över perioden är dock i gruppen 20–24 år, bland både män och kvinnor. Den procentuella ökningen i denna åldersgrupp är 302 procent för män och 344 procent för kvinnor. Läkemedelsbruket tycks också vara stadigvarande, då cirka 75–85 procent av dem som hämtade ut ett recept under 2010 tog ut minst tre recept under året.

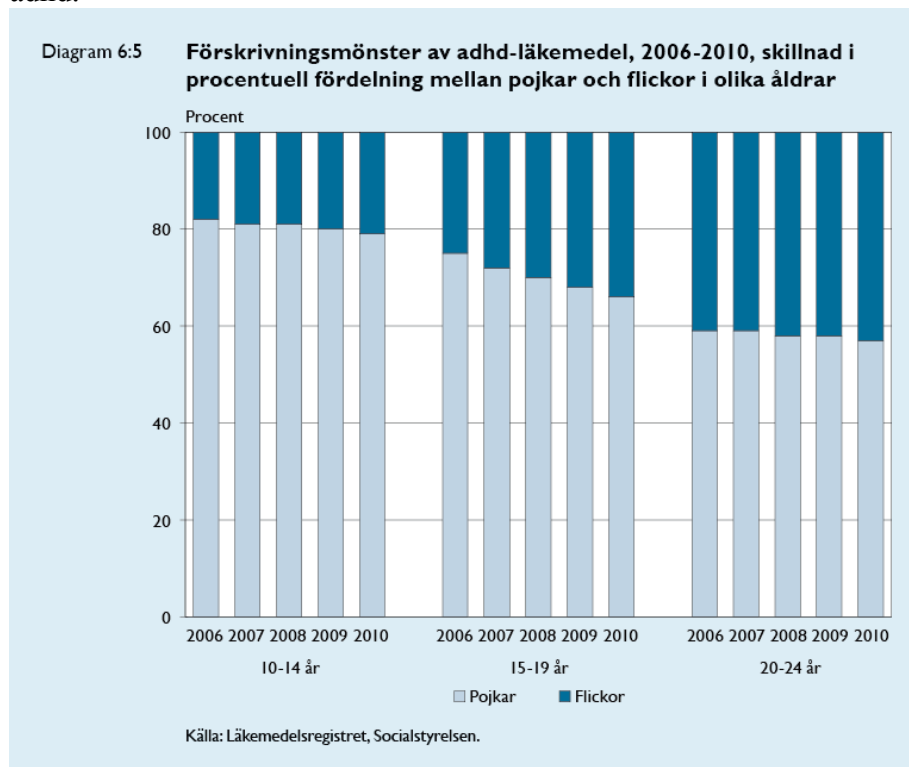
Nedanstående diagram (diagram 6:5) visar förskrivningsmönstret av läkemedel uppdelat på kön för tidsperioden 2006–2010. Majoriteten av dem som hämtade ut adhd-läkemedel är pojkar, i synnerhet i de yngsta åldersgrupperna. Skillnaden mellan könen minskar dock successivt över åldersgrupperna. Från 35 år och uppåt hämtar ungefär lika många män som kvinnor ut adhd-läkemedel. Förskrivningsmönstret mellan könen var oförändrat under tidsperioden 2006–2010 och könsskillnaden har således inte har påverkats av ökningen i förskrivning.

Som vi redovisar ovan är det pojkar 10–14 år och flickor 15–19 år som hämtar ut flest recept. År 2010 fick i genomsnitt 3,2 procent av pojkarna i den åldersgruppen adhd-läkemedel utskrivet av läkare. Motsvarande siffra för flickorna var 1,3 procent. Det finns dock stora skillnader mellan länen. På Gotland förskrev läkare adhd-läkemedel till drygt 6 procent av pojkarna och till 5 procent av flickorna. Det län som förskrev minst läkemedel till ungdomarna var Blekinge. De skrev ut till 1,7 procent av pojkarna 10–14 år och 0,8 procent av flickorna 15–19 år.

Socialstyrelsen kan konstatera att behandlingen med centralstimulerande medel vid adhd ökade kraftigt under tidsperioden 2006–2010. Även om denna ökning kan te sig dramatisk innebär den inte nödvändigtvis att en överförskrivning av läkemedel nu äger rum. Ökningen måste ställas i relation till prevalensen för adhd i olika åldersgrupper. En stor systematisk översikt som har publicerats internationellt uppskattar till exempelvis den globala prevalensen för adhd till

⁵ Observera att skalorna i diagrammen skiljer sig åt.

cirka 5 procent [13]. Siffrorna i detta avsnitt ger dock Socialstyrelsen anledning att bevaka utvecklingen av förskrivningen av centralstimulerande medel vid adhd.



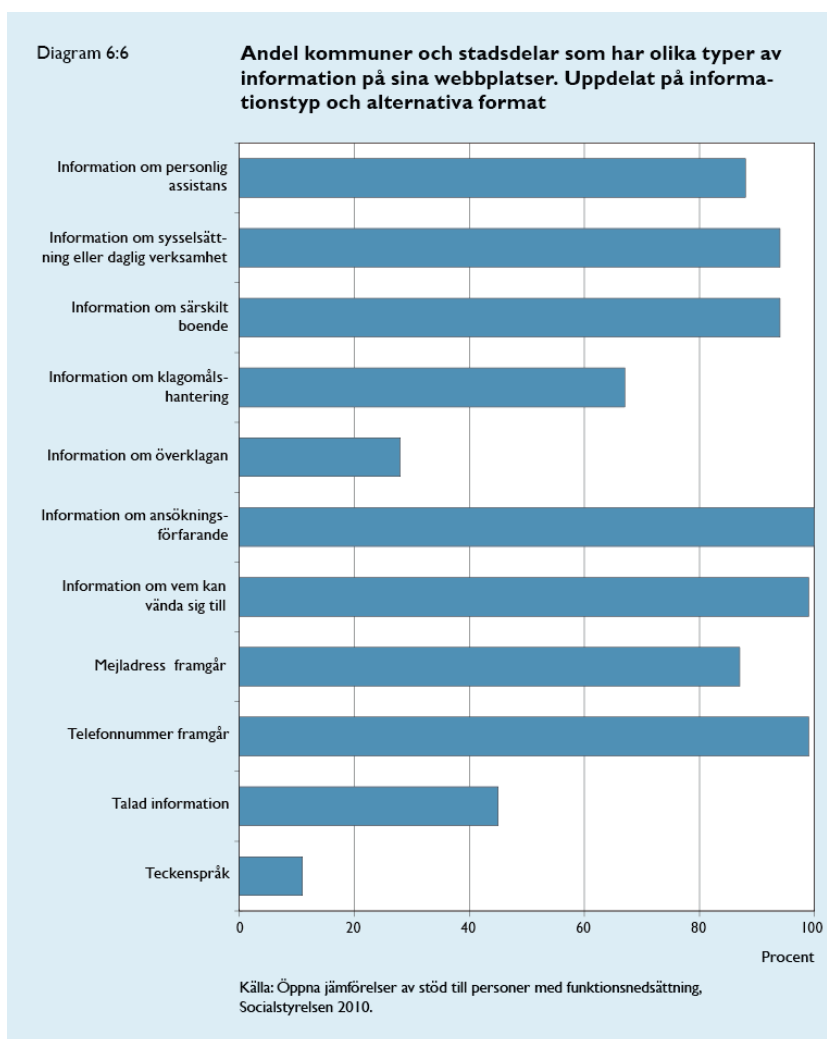
Alla barn som diagnostiseras med adhd behöver inte läkemedel och som Socialstyrelsen redovisar ovan förskriver läkare nu läkemedel till drygt 3 procent av pojkarna i åldersgruppen 10–14 år. Vi kan konstatera att vården möjligen underförskriver adhd-läkemedel till andra grupper än pojkar 10–14 år, i synnerhet till de yngre flickorna. I sammanhanget är det dock viktigt att notera att vi för närvarande saknar rekommendationer om hur stor andel av de som är diagnostiserade med adhd som bör behandlas med läkemedel [12].

Tillgänglig vård och socialtjänst

Det är viktigt att informationen om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I nedanstående avsnitt redovisar Socialstyrelsen hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning.

Kommunernas webbplatser saknar ofta information om överklaganden

Informationen på kommunernas webbplatser blir allt mer tillgänglig. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning [14]. Nästan alla kommuner och stadsdelar har kontaktuppgifter på webben till handläggare av stöd och service till personer med funktionsnedsättning (diagram 6:6).



Socialstyrelsen anser dock att det är bekymmersamt att endast var tredje kommun har information om hur den enskilde överklagar på sina webbplatser. Dessa brister kan försvåra för den enskilde att överklaga enskilda beslut.

Tillgången till anpassad information är dessutom fortfarande begränsad, såväl när det gäller lättläst svenska som teckenspråk och uppläst information [14]. Resultaten för uppläst information och teckenspråk är dessutom något sämre än föregående år, men det kan till viss del förklaras av förändringar i genomförandet av granskningen. Den bristande tillgängligheten kan innebära att personer med funktionsnedsättning har svårt att få veta vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor.

Kunskapsbaserad vård och socialtjänst

Vård och socialt stöd ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, så långt det är möjligt. I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att kommunerna satsar alltmer på personalens kompetens, men att hälso- och sjukvårdskompetensen behöver stärkas i särskilda boenden.

Fler kommuner kompetensutvecklar

Allt fler kommuner erbjuder kompetensutveckling och handledning till personal som ger stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Ungefär 60 pro-

cent av kommunerna har dessutom tagit fram en flerårig kompetensutvecklingsplan för denna personalgrupp [15]. Planerna handlar bland annat om personalförsörjning och om hur kommunerna ska förstärka den befintliga personalens kompetens med fort- och vidareutbildningar. Personal i boendestöd efterfrågar utbildning i missbruksproblematik och neuropsykiatriska diagnoser eftersom dessa målgrupper kommit att bli mer aktuella för boendestöd.

Motsvarande uppgifter finns dessvärre inte för verksamheter som ger insatser enligt LSS, men tillsynen lyfter fram några förbättringsområden [16]. Vissa personalgrupper i bostäder med särskild service och boendestöd anser att det inte finns tillräckligt med personal för att tillgodose de enskildas behov. Personalen tvingas att göra prioriteringar som medför att enskilda inte får det stöd som de är berättigade till.

Hälso- och sjukvårdskompetensen på särskilda boenden behöver förbättras

Det finns inte tillräckligt med hälso- och sjukvårdskompetens i kommunernas särskilda boenden. Det gäller både boenden enligt SoL och boenden enligt LSS. Det systematiska samarbetet mellan sjuksköterska och personal inom särskilda boendeformer är till exempel inte lika väl utarbetat som inom äldreomsorgen [16]. Boendena saknar ofta rutiner för ställningstaganden om egenvård och eventuell delegering. Med egenvård räknas de uppgifter som den ansvariga läkaren normalt tillåter att patienten eller någon anhörig sköter om och som inte är sjukvård. Socialstyrelsens inspektioner visar även att läkemedel inte alltid hanteras på ett patientsäkert sätt. Andra iakttagelser handlar om att bruket av medicintekniska produkter inom verksamheten är stort och att det ibland sker utan full kontroll av professionen. ”Egna lösningar” tillämpas av personalen vid svåra situationer.

Socialstyrelsens anser att personalen behöver mer kunskap inom hälso- och sjukvårdsområdet och ibland en starkare koppling till hälso- och sjukvårdsorganisationen. Dessutom rådet oklarheter i frågor som rör egenvård. Socialstyrelsen har i vissa fall riktat kritik mot verksamheter för att de saknar den personal som behövs för att de ska kunna ge god vård. Socialstyrelsen har också krävt att verksamheter ska utarbeta rutiner för att bedriva hälso- och sjukvården på ett patientsäkert sätt.

Brist på sjukgymnaster och psykologer inom delar av rehabiliteringen

Rehabiliteringsverksamheternas tillgång till olika personalkategorier skiljer sig åt mellan landstingen [17]. Mer än hälften av syn- och hörselverksamheterna uppger att de har brist på sjukgymnaster och ungefär 40 procent att de har brist på psykologer. Framför allt när det gäller tillgången till sjukgymnaster upplever verksamheterna att det är svårt att tillgodose brukarnas behov av insatser med befintliga personalresurser.

När det gäller psykosociala insatser tycks den relativt goda tillgången till kuratorer i viss mån kompensera för psykologbristen, även om den ena kompetensen inte fullt ut kan kompensera för den andra. När det gäller sjukgymnaster är bristen mer påtaglig. Flera av landstingen skulle behöva se över hur tillgången till dessa bristkompetenser ser ut, samt om organisation och arbetssätt skulle behöva förändras för att bättre kunna tillgodose de rehabiliteringsbehov som har blivit eftersatta.

Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för hur jämlik den somatiska vården är för vissa grupper av personer med funktionsnedsättning.

Vården som ges är inte likvärdig

Personer med psykisk funktionsnedsättning har sämre förutsättningar än andra att få en tillräckligt god somatisk vård, konstaterar Socialstyrelsen i flera rapporter [18–21]. Orsakerna är troligen flera, exempelvis att somatisk sjuklighet upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning.

Kvinnor med bröstcancer och psykisk funktionsnedsättning har sämre chanser att bli friska från cancer än övriga patienter med bröstcancer [18]. Det beror bland annat på att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning befinner sig i ett senare stadium av sin bröstcancer än övriga bröstcancerpatienter när de får sin diagnos och behandling. Screening med mammografi har visat sig reducera dödligheten i sjukdomen väsentligt och detta indikerar att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning troligen inte går på screening i samma utsträckning.

Psykisk funktionsnedsättning hos diabetiker ökar risken för sämre hälsa [19]. Diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning hämtar i lägre utsträckning än övriga patienter ut receptbelagda blodfettsänkande läkemedel mot blodfetterubbingar vid diabetes. Gruppen har också en förhöjd risk för amputation av delar av benet på grund av allvarliga komplikationer av sin diabetes. Slutligen har diabetespatienter med psykisk funktionsnedsättning en ökad dödlighet, även när man exkluderar självmord och skadehändelser med oklar avsikt från analyserna.

Det kan finnas flera bakomliggande orsaker till dessa skillnader, men det är rimligt att på ett mer generellt plan anta att diabetessjukdom upptäcks senare hos personer med psykisk funktionsnedsättning och att de av olika orsaker inte får tillgång till diabetesvård och läkemedel i samma utsträckning som andra.

Påfallande är också att personer med akut hjärtinfarkt och psykisk funktionsnedsättning inte får en skyndsam vårdåtgärd, såsom ballongvidgning, i samma utsträckning som andra hjärtinfarktpatienter, när hjärtinfarkten väl har konstaterats [20]. Gruppen har också ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkten, vilket kan bero på uteblivet ingrepp med ballongvidgning.

Personer med psykisk funktionsnedsättning som insjuknar i stroke⁶ har större risk att avlida inom sex månader [21]. Socialstyrelsens studier visar att gruppen inte får halskärlskirurgi, ett ingrepp i syfte att avlägsna förkalkning i halspulsådern, i samma omfattning som övriga patienter.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta studera hur jämlik den somatiska vården är för personer med funktionsnedsättning, även för grupper med andra diagnoser än psykisk funktionsnedsättning. De analyserna sker inom ramen för Socialstyrelsens arbete med den nationella strategin för funktionshinderspolitiken [22].

⁶ På grund av blodpropp (stroke) eller övergående blodbrist i hjärnan på grund av liten blodpropp (transitorisk ischemisk attack)

Likvärdig socialtjänst

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för hur tillgången till olika insatser ser ut och i vilken utsträckning avgifter förekommer och varierar mellan olika delar av landet. Socialstyrelsen bedömer att de regionala skillnaderna i avgifter är allvarliga, och understryker att denna fråga bör inkluderas i översynen av avgifter i hälso- och sjukvården.

Avgifterna för den enskilde varierar mellan kommuner och landsting

Det finns regionala skillnader när det gäller om den enskilde måste betala för rehabilitering och socialt stöd, både mellan kommunerna och mellan landstingen.

Ledsagning till aktiviteter utanför hemmet är en förutsättning för att många personer med funktionsnedsättning ska uppnå delaktighet. Många kommuner tar ut en avgift för ledsagning enligt SoL⁷. Ledsagning enligt SoL är avgiftsfri i 38 procent av landets kommuner, enligt en kartläggning som Socialstyrelsen genomfört⁸. I övriga kommuner tillämpas olika avgiftsvarianter [23]. I fyra av fem kommuner som tar ut avgift för ledsagarinsatsen inkluderas avgiften i högkostnadsskyddet för den samlade hemtjänstinsatsen. I övriga kommuner är avgiften enhetlig och blir 230–400 kronor per månad oavsett antal ledsagnings-timmar. Det varierar också vem som står för ledsagarens omkostnader.

Det finns även skillnader i avgifterna för rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättning [17]. Både när det gäller avgifter för besök och vissa hjälpmedel varierar regelverken avsevärt mellan landstingen. I tre av fyra landsting betalar till exempel den enskilde en avgift för att besöka syncentralen. Besöksavgiften varierar och är 70–250 kronor. I fyra av landstingen (Blekinge, Skåne, Uppsala och Östergötland) är besöken avgiftsfria. Även avgifterna för förstörande videosystem (CCTV) respektive digitalt anpassade informationssystem (DAISY) varierar mellan landstingen. Detta gäller både vilken typ av avgift som tas ut och avgiftens storlek. Endast fyra landsting har högkostnadsskydd för hjälpmedel. Även kostnaderna för hörhjälpmedel varierar mellan landstingen.

De avgifter som diskuteras i detta stycke är endast en liten del av alla de avgifter som personer med funktionsnedsättning har. Trots det är uppgifterna en indikation på att tidigare konstaterade skillnader i kostnader och avgifter kvarstår.

Vissa kommuner begränsar tillgången till stöd

Socialstyrelsen har i tidigare lägesrapporter uppmärksammat brister i verksamheterna, och en stor del av dessa kvarstår. I denna del redovisar vi exempel från iakttagelser som vi har gjort under året.

Fler kommuner erbjuder personer med psykisk funktionsnedsättning boende enligt LSS

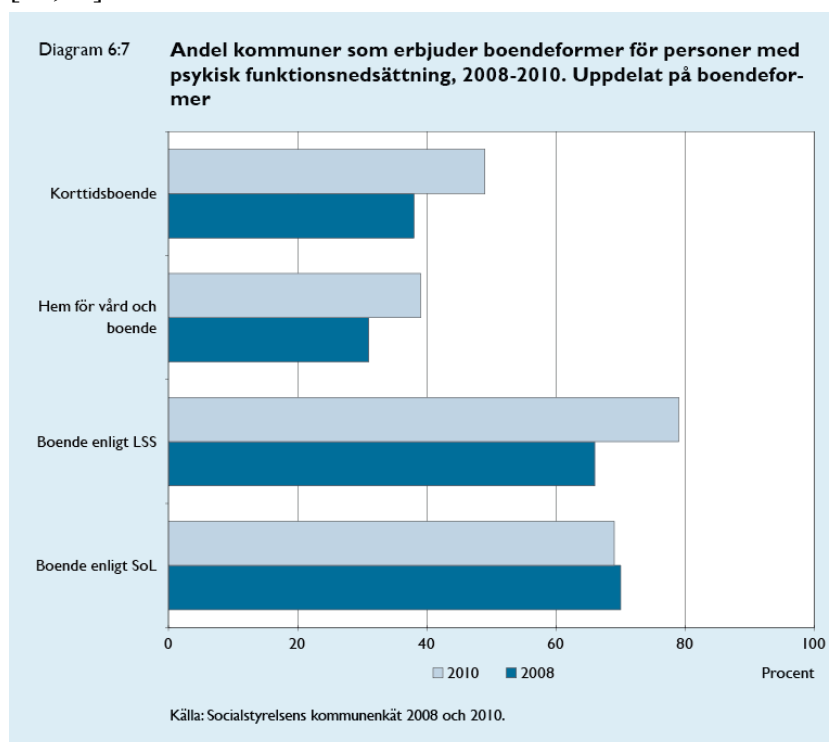
Utvecklingen av olika boendeformer är positiv för personer med psykisk funktionsnedsättning [15]. Tillgången ser dock olika ut för olika boendeformer. An-

⁷ Liksom övriga LSS-insatser är ledsagarservicen avgiftsfri.

⁸ Enkätundersökningen besvarades av 240 kommuner, och av dessa angav 92 att insatsen är avgiftsfri.

delen kommuner som erbjuder särskilt boende enligt SoL minskar, men fler erbjuder boende enligt LSS. Socialstyrelsens tillsyn visar dock att tillgången till särskilda boenden också har brister [16]. Många kommuner har särskilda boenden enligt SoL men inte i tillräcklig omfattning. Det förekommer att personer med psykisk funktionsnedsättning får bo i boenden enligt LSS som egentligen är avsedda för en annan målgrupp [15].

Fler bostäder är fullvärdiga i och med att de uppfyller kraven på boendestandard, och personal ger oftare stöd både i den enskildes egen bostad och i närliggande gemensamhetslokaler. Dessa bostäder integreras ofta i vanliga bostadsområden [16]. Under de senaste åren har också kommunerna visat ett ökat intresse för nya boendeformer för personer med särskilt omfattande och komplexa behov, till exempel i samband med tillämpning av öppen psykiatrisk tvångsvård [24,25].



För personer med insatser enligt LSS ser utvecklingen annorlunda ut. Socialstyrelsen har återkommande rapporterat om samlokalisering av gruppboendestäder och annan verksamhet enligt LSS, exempelvis servicelägenheter och korttidsvistelse [15]. Samlokalisering med äldreboendestäder förekommer också. Om många bostäder med särskild service och andra sociala verksamheter samlas i samma område kan bostadsområdet få en institutionell prägel, och det bidrar inte till att skapa jämlika levnadsvillkor för dem som bor där.

Boendestödet ges ibland bara på vardagarna

Tillgången till boendestöd enligt SoL varierar mellan kommunerna, framför allt när det gäller stödet efter kontorstid och under helger [15]. Någon kommun erbjuder stöd alla dagar, en annan ger boendestöd varannan lördag eller genom att personalen ändrar sin arbetstid för att tillgodose enstaka personers behov under helger. Det förekommer dessutom att enskilda avstår från boendestöd på grund av att insatsen är avgiftsbelagd. I stället beviljar kommunerna avgiftsfria insatser som inte motsvarar den enskildes behov.

I mer än var tionde kommun förändras boendestödet när personer med funktionsnedsättning fyller 65 år [15]. Den vanligaste förändringen är att en person med boendestöd överförs till äldreomsorgen och i stället får stöd i boendet av hemtjänsten. Detta är vanligast i storstäderna.

Var tredje kommun begränsar ledsagningens omfattning

Drygt en fjärdedel av kommunerna har en eller flera begränsningar vad gäller omfattningen av ledsagarservicen enligt LSS [23]. Den vanligaste är begränsning av antalet timmar och vilka aktiviteter som ledsagning beviljas för. Med annan begränsning anges tidsbegränsade beslut, att barn under 18 år undantas eller att ledsagning inte ges till personer med personlig assistans.

I ungefär var tredje kommun finns olika former av begränsningar för ledsagningen enligt SoL [23]. Det handlar om att insatsen begränsas i tid, till vissa aktiviteter eller med vissa åldersgränser. Det händer också att ledsagning endast beviljas för sådana insatser som väntjänst eller någon annan frivilligorganisation inte bistår med.

De flesta assistansberättigade anser att de får tillräckligt många timmar

De flesta personer som har assistansersättning anser att de har tillräckligt många timmar med assistans, men 25 procent tycker att de har för få timmar [26]. Knappt 10 procent anser att deras behov av assistans varierar i olika perioder. Det beror oftast på att de har psykiska sjukdomar och tillstånd som är svårare under vissa perioder. Personer med psykisk funktionsnedsättning tillhör vanligtvis personkrets 3. I den personkretsen återfinns även majoriteten av dem som vill ha fler timmar.

Sedan den 1 januari 2011 beviljar Försäkringskassan endast dubbel assistans (två eller flera assistenter) när det är utrett att behoven inte kan tillgodoses genom bostadsanpassning eller hjälpmedel. Hälften av dem som har assistansersättning har dubbel assistans. Andelen är högst i personkrets 3 (53 procent), vilket kan bero på fysiska funktionsnedsättningar.

Mer än var tredje assistansberättigad upplever att assistanstimmarna är fördelade efter deras behov. Drygt var tionde anser inte det. Det beror troligen på att den assistansberättigades behov varierar över tid, men Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att utförarna har svårt att tillgodose de enskildas behov.

Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att det fortfarande finns brister i personalens bemötande av personer med funktionsnedsättning och att många av dessa inte kan välja vem som utför insatserna.

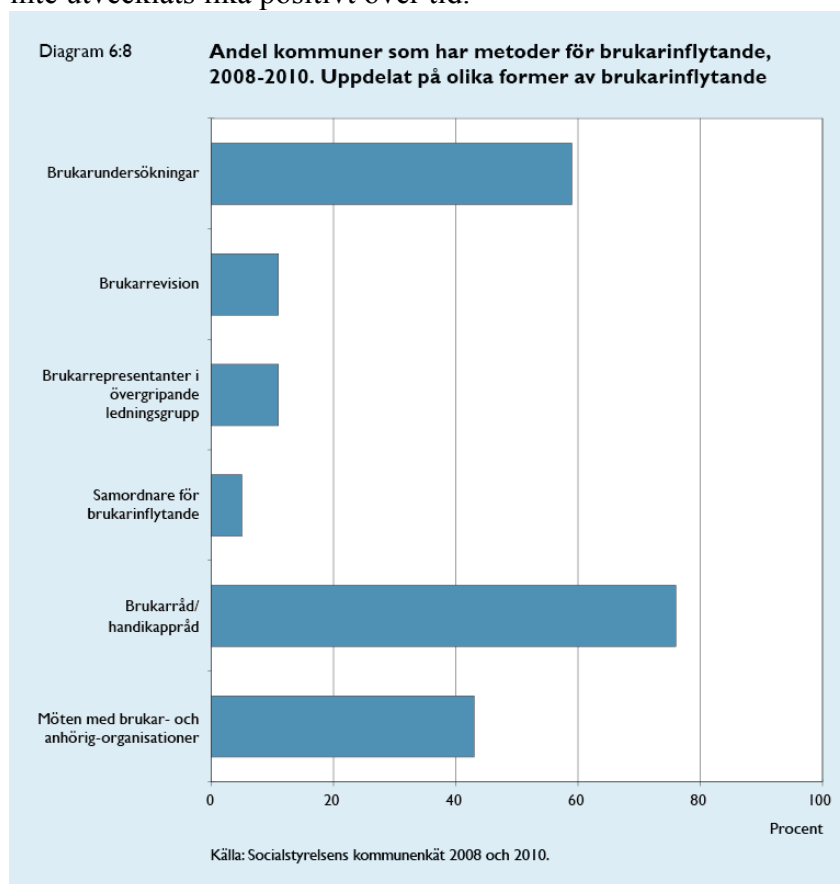
Fler verksamheter utför brukarundersökningar

Den enskilde ska ha inflytande i planeringen och genomförandet av stödet från socialtjänsten (3 kap. 5§ SoL). Olika mätningar och granskningar visar dock att inflytandet varierar.

Brukares och anhörigas erfarenheter och synpunkter är en viktig kunskapskälla för verksamhetsutveckling. Kvalitetsarbete bör generellt utgå från ett brukarperspektiv vilket innebär att ansvariga och personal reflekterar över hur före-

teelser i verksamheten försvårar för brukaren och vad som kan förbättras. En förutsättning för att kommunernas socialtjänst ska kunna utvecklas i detta sammanhang är att det finns systematiska och etablerade metoder för att inhämta brukares och anhörigas synpunkter och erfarenheter.

Under 2010 använde 81 procent av Sveriges kommuner och stadsdelar en eller flera arbetsmetoder för att öka inflytandet för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av stödet till personer med funktionsnedsättning [14]. Fördelningen av olika former för brukarinflytande framgår av diagram 6:8. Sammantaget kan sägas att kommuner genomför brukarundersökningar och brukarrevisorer i allt större utsträckning vid en jämförelse med tidigare år samt att tre av fyra kommuner nu har ett inrättat handikapp- eller brukarråd. Övriga redovisade arbetsmetoder har inte utvecklats lika positivt över tid.



Det är bara drygt hälften av syncentralerna som under de senaste två åren har genomfört en brukarundersökning [17]. Andelen är högre bland de verksamheter som arbetar med fördjupad hörselrehabilitering. Där har 16 av 20 verksamheter under de senaste två åren genomfört en brukarundersökning. Den vanligaste formen av undersökning är enkäter.

Ungefär hälften av de rehabiliteringsverksamheter som har genomfört brukarundersökningar ger exempel på åtgärder som har vidtagits med anledning av resultaten. Flera verksamheter har fått kritik när det gäller öppetider och bristande telefontillgänglighet, och har vidtagit åtgärder för att förbättra detta. Några verksamheter har också fått synpunkter på den fysiska tillgängligheten i lokalerna.

Inget landsting har översatt enkäten till andra språk. Flera verksamheter påtar dock att de har svårt att tillgodose behoven hos personer med annan etnisk bakgrund, eftersom språksvårigheterna gör att de till exempel inte kan delta i

gruppverksamheter. Mot denna bakgrund är det angeläget att samla in brukarupplevelser från personer som inte behärskar det svenska språket.

Nästan samtliga verksamheter som arbetar med rehabilitering för personer med syn- respektive hörselnedsättningar har regelbundna möten med berörda brukarorganisationer, det vill säga minst två möten per år.

Inflytandet ser olika ut inom olika insatser

Undersökningar som har publicerats under året visar att inflytandet skiljer sig mellan olika insatser.

Var tredje assistansberättigad anser sig inte kunna välja assistenter

Många assistansberättigade får både välja vilka assistenter de ska ha och vid vilka tidpunkter assistenterna ska komma, men samtidigt är det anmärkningsvärt många som inte har någon av dessa valmöjligheter [26]. Det visar Försäkringskassans undersökning bland personer som har assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken.

Andelen assistansberättigade som kan välja sina assistenter är högst inom personkrets 3 (68 procent). Andelen är lägst inom personkrets 2, där endast 50 procent kan välja sin assistent. Vidare kan endast var tredje assistansberättigad själv bestämma när assistenten kommer. Eftersom många i gruppen bor med föräldrar som också är deras assistenter eller har assistans dygnet runt, är det svårt att värdera uppgiften. 15 procent av de assistansberättigade anger dock att de inte kan bestämma tidpunkter, utan att det blir de tidpunkter som assistansanordnaren har bestämt.

Andelen personer som är nöjda med sina assistenter är påfallande låg: endast var fjärde känner tilltro till sin assistent. Andelen nöjda är högst bland dem som anlitar ett brukarkooperativ eller är sin egen assistansanordnare. Många vill också byta assistansanordnare och knappt en tredjedel av de assistansberättigade uppger att de har gjort det. De vanligaste orsakerna till byte är att andra assistansanordnare har gett ett bättre erbjudande, att tidigare anordnare inte gjorde vad de lovade eller att tidigare anordnare saknade kompetens om den enskildes funktionsnedsättning. Drygt 3 procent svarar dessutom att den tidigare anordnaren fuskade och var oärlig. Anmärkningsvärt är också att var tionde har velat byta assistansanordnare men inte kunnat.

I samma rapport bedömer Försäkringskassan att de nya tillståndskraven från Socialstyrelsen förmodligen kommer att bidra till fler byten, till exempel på grund av indragna eller icke beviljade tillstånd [26].

Enskilda kan inte alltid påverka valet av ledsagare

I nästan alla kommuner kan den enskilde helt eller i viss mån påverka vem som ska ge ledsagning enligt LSS (97 procent) [23]. Motsvarande andel för ledsagning enligt SoL är lägre, drygt 80 procent. Anmärkningsvärt är att var sjätte kommun sällan erbjuder möjlighet att påverka valet av ledsagare enligt SoL.

Den enskilde bör kunna påverka vem som ska bistå med ledsagningsinsatsen (3 kap. 5§ SoL). Så är inte alltid fallet, särskilt inte beträffande SoL-insatsen där kommunerna ger begränsade möjligheter till inflytande. Eftersom relationen mellan den enskilde och ledsagaren bygger på tillit och förtroende är det angeläget att skapa rutiner för att alltid kunna erbjuda inflytande för den enskilde vid valet av ledsagare.

Majoriteten av kommunerna kommer att införa valfrihetssystem

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, trädde i kraft i den 1 januari 2009. Lagen reglerar vad som gäller för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter, genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Den enskilde ska fritt kunna välja mellan alla godkända leverantörer, samtidigt som kommunen eller landstinget har kvar det övergripande ansvaret för verksamheten.

Kommunerna är till skillnad från landstingen och regionerna inte skyldiga att införa valfrihetssystem enligt bestämmelserna i LOV. Men för att stimulera kommunerna att införa sådana system har Socialstyrelsen sedan 2008 haft regeringens uppdrag att fördela medel till kommuner som önskar förbereda och utveckla valfrihetssystem inom den äldre- och handikappomsorg som regleras i socialtjänstlagen och i LSS.

Daglig verksamhet enligt LSS är den insats till personer med funktionsnedsättning som kommunerna oftast utformar som valfrihetssystem [27]. Elva kommuner kunde i september 2011 erbjuda daglig verksamhet med olika utförare. Två kommuner kunde erbjuda alternativa utförare för insatsen korttidsboende och ytterligare en kommun kunde erbjuda gruppboende enligt LSS. I någon kommun är det också möjligt för personer med funktionsnedsättning att välja utförare för korttidstillsyn.

Av landets 290 kommuner har närmare 250 sökt och beviljats stimulansmedel för att förbereda eller utveckla valfrihetssystem enligt LOV [27]. I september 2011 hade 94 kommuner inrättat tjänster av detta slag.

Det finns inte några juridiska hinder för kommuner att samverka för att bygga upp ett valfrihetssystem enligt LOV. Kommunal samverkan förekommer också inom flera olika områden, särskilt bland små kommuner som behöver samverka för att effektivisera sin verksamhet och öka sin kompetens. I kommuner som är befolkningsmässigt små med geografiskt stora avstånd kan det vara svårt att samverka kring sådana verksamheter som vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar [27].

Många kommuner upprättar inte genomförandeplaner

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att genomförandeplaner upprättas alldeles för sällan. Att bristerna kvarstår visas i tillsyn utifrån klagomål och egeninitierad verksamhetstillsyn runt om i landet [16]. Den enskildes delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner är också bristfällig.

En genomförandeplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde, och den utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig eller annan närstående. I genomförandeplanen ska det finnas mål för de planerade insatserna, som utgår från den enskildes behov. Det anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Genomförandeplanen används i samband med pågående insatser och åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Bristerna i uppförandet av genomförandeplaner kan exemplifieras med hjälp av insatsen ledsagning. Knappt 40 procent av kommunerna upprättar aldrig en genomförandeplan vid planeringen av ledsagning enligt LSS [23]. Andelen är ännu lägre för insatsen ledsagning enligt SoL, knappt 25 procent. Vid kortare ledsagningar kanske sådana planer inte har så stor betydelse, men vid långvari-

ga insatser är de viktiga för att skapa säkerhet och trygghet för såväl brukare som ledsagare. Genomförandeplanerna är viktiga i själva genomförandet, men de underlättar också uppföljningen av insatsen. Utan en genomförandeplan försvåras också möjligheten att kostnadsberäkna insatsen på ett tillförlitligt sätt.

Kränkningar, hot och våld förekommer fortfarande

Socialstyrelsen har tidigare lyft fram allvarliga brister i personalens bemötande i särskilda boenden. Dessa brister tycks kvarstå, enligt resultat från tillsyn i några utvalda kommuner [16]. Bristerna handlar om kränkningar av enskildas integritet samt situationer med inslag av hot och våld i samband med konflikter mellan boende och personal eller mellan boende. Faktorer som bidrar till detta är för hög arbetsbelastning och begränsade möjligheter till fortbildning, liksom brister i stöd och ledning. Chefer kan ha ansvar för flera verksamheter, ibland med olika inriktningar och för olika målgrupper. Det gör att de inte har möjlighet att alltid finnas på plats, vilket går ut över det stöd och den handledning som behövs för att skapa trygghet och stabilitet i arbetsgruppen. Socialstyrelsen har i dessa fall ställt krav på åtgärder för att säkerställa att bristerna undanröjs.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn, samordning och kontinuitet. Den enskildes samlade livssituation bör vara utgångspunkten för arbetet. Det är också viktigt att se till hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I detta avsnitt framkommer att förutsättningar för bra samverkan mellan huvudmännen har stärkts, samtidigt som behovet av bättre samverkan inom respektive huvudmans verksamhet är stort.

Samverkan ökar, men kan bli bättre

Socialstyrelsen har under året uppmärksammat flera områden som rör samverkan och samarbete kring personer med funktionsnedsättning.

Positivt att många rehabiliteringsverksamheter arbetar för bättre samverkan

I ungefär hälften av landstingen finns det dokument som underlättar samverkan genom att beskriva vårdkedjan för personer i behov av rehabilitering vid synnedsättning eller fördjupad hörselrehabilitering [17]. I ytterligare några landsting pågår arbetet med att ta fram denna typ av dokument. Flera landsting som anger att de har vårdkedjedokument påpekar dock att dessa enbart berör en begränsad del av verksamheten eller vissa specifika grupper. Det kan till exempel handla om personer med tinnitus, dövblindhet eller kokleaimplantat. Några av landstingen håller för närvarande på att ta fram dokument även för andra grupper.

Oavsett om vårdkedjedokument finns eller inte upplever verksamheterna att samverkan inom landstingen behöver utvecklas. Detta gäller inte minst samverkan kring personer som har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar utöver syn- eller hörselnedsättningen, och som inte tillhör verksamheternas traditionella målgrupp. Många efterlyser också bättre samverkansformer med primärvård samt habiliterings- och hjälpmedelsverksamheter.

Många verksamheter för fördjupad hörselrehabilitering upplever att de behöver en utökad samverkan kring personer med en kombination av syn- och hörselnedsättning, framför allt med landstingens syncentraler [17]. Personer med dövblindhet upplevs vara en utsatt grupp, där det inte finns tillräcklig kompetens.

Individuella planer har fortfarande inte fått fullt genomslag

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. En individuell plan är tänkt att tydliggöra för vård- och omsorgsmottagaren vilka krav han eller hon kan ställa på kommunen och landstinget när det gäller insatser och vem som ansvarar för respektive insats. Dessa individuella planer har fortfarande inte fått genomslag i de granskade kommunerna och landstingen och Socialstyrelsens tillsyn visar att det fortfarande upprättas alldeles för få individuella planer [16].

Hälften av kommunerna har rutiner för individuell planering kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Även för personer med psykisk funktionsnedsättning är förekomsten av individuella planer otillräcklig. För denna grupp har hälften av kommunerna skriftliga rutiner för att upprätta individuella planer tillsammans med landstingen [15]. De båda huvudmännen behöver också gemensamma rutiner för det praktiska arbetet vid utskrivningar från den psykiatriska slutenvården [30]. Andelen kommuner med sådana rutiner har ökat något under de senaste åren och 2010 hade andelen stigit till 84 procent.

Kunskapen om behoven blir bättre

Allt fler kommuner tar reda på vilka behov personer med psykisk funktionsnedsättning har. Drygt hälften av kommunerna uppger att de har någon form av uppsökande verksamhet, vilket är en svag ökning sedan 2008 [15].

Socialstyrelsens upprepade mätningar visar att antalet kommuner som genomför behovsinventeringar ökar. År 2008 genomförde 143 kommuner inventeringar och två år senare hade antalet ökat till 171. Behoven avser framför allt boende, sysselsättning, fritid och ekonomi. Kommunerna prioriterar olika grupper när de gör sina behovsinventeringar. De flesta av dessa kommuner (115 stycken) undersöker behoven hos en bred målgrupp. Förutom personer med psykisk funktionsnedsättning ingår även personer med samtidiga missbruksproblem och personer med neuropsykiatriska tillstånd [28,29].

Kunskap om behoven hos personer med psykisk funktionsnedsättning är en av de viktigaste förutsättningarna för att lokala politiker och chefstjänstemän ska kunna planera och styra kommunernas verksamheter för målgruppen.

Rättssäker socialtjänst

I detta avsnitt framkommer bland annat att begränsningsåtgärder fortfarande förekommer och att verkställandet av socialtjänstens beslut inte går rätt till.

Tidigare konstaterade brister i socialtjänsten kvarstår

Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat att det förekommer begränsningsåtgärder i verksamheter enligt LSS, främst i gruppboheter. Iakttagelserna från tillsynen tyder på att dessa kvarstår [16]. I första hand gäller det olika former av begränsningar som hindrar de boendes rörelsefrihet i bostaden, till exempel att dörrar till kök och gemensamhetsutrymmen är låsta under vissa tider på dygnet när personalen inte kan vara där, trots att de ska vara tillgängliga utan restriktioner.

Socialstyrelsen har i denna typ av ärenden ställt krav på att begränsningarna omedelbart ska upphöra. Erfarenheterna från ärenden där enskilda utsatts för tvång och begränsningar är att Socialstyrelsens beslut leder till att relevanta åtgärder vidtas, även om det ibland kan ta tid och kräva uppföljande inspektioner. Vidare visar tillsynen följande:

- Det bor ofta fler personer i varje bostad med särskild service än vad Socialstyrelsen rekommenderar, det vill säga tre–fem. I extremfall kan det vara upp till tolv boende i samma gruppbohet. Detta innebär en ökad risk för att de boende blir mer störda av varandra, att fler regler införs och att de individuella behoven blir mindre synliga.
- Gruppboheter och annan verksamhet enligt LSS samlokaliseras, exempelvis servicelägenheter och korttidsvistelse. Samlokalisering med äldreboheter förekommer också. Om många boheter med särskild service och andra sociala verksamheter samlas i samma område kan bostadsområdet få en institutionell prägel.
- Utbudet av stimulans och fritidsverksamheter som erbjuds i gruppboheter är ofta starkt begränsat. Det finns även tecken på att ledsagarservicen vid aktiviteter, besök i affärer, promenader med mera tas bort när kommunerna skär ner på bemanningen [16].

Allt fler missförhållanden upptäcks

Den 1 juli 2011 fick SoL och LSS nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten [30]. Under perioden 1 juli– 30 november 2011 kom 68 ärenden som rör verksamheter enligt LSS in, varav 20 är beslutade av tillsynen [31]. I de beslutade ärendena har lex Sarah-anmälningarna gällt brister i bemötande i form av kränkningar i ord och handling samt att beviljade insatser som är felaktigt utförda.

Socialstyrelsens tillsyn utifrån klagomål och egeninitierad verksamhetstillsyn visar samtidigt att bestämmelserna inte har fått genomslag överallt [16]. Ofta känner personalen i verksamheterna till anmälningsskyldigheten, men de är osäkra på vad som egentligen ska anmälas. Liksom inom äldreområdet är personalen ovan och ibland rädd för att lyfta fel och brister i verksamheten och för att anmäla missförhållanden. Det framkommer också att anmälningar och påtalade missförhållanden från personalens sida stannar hos chefen för verksamheten, utan att föras vidare till den berörda nämnden, vilket strider mot lagstiftningens intentioner [16].

Väntetiderna på beslut om insatser och verkställighet är fortfarande oskäligt långa

Myndighetsutövningen enligt LSS går inte alltid rätt till. En återkommande iakttagelse i såväl klagomålsärenden som egeninitierad verksamhetstillsyn är att handläggningen vid ansökan om insatser enligt LSS är passiv och förhalas på olika sätt [16]. Det gäller framför allt insatserna kontaktperson, ledsagarservice och bostad med särskild service. Det finns också en tendens att kommunerna inte fattar beslut om en insats förrän insatsen finns tillgänglig, trots att utredningen är avslutad. På det sättet undviker kommunerna risken att inte klara verkställigheten och att få betala en straffavgift. En annan variant av fördröjd handläggning är att enskilda som vill ansöka om bostad med särskild service uppmanas att lämna in en intresseanmälan och därefter avvakta med att lämna in ansökan till dess att kommunen meddelar att det finns en ledig plats.

Ett beslut om insatser enligt LSS ska i princip verkställas omedelbart. Trots det kan personer med funktionsnedsättning som har beviljats insatser fortfarande få vänta länge innan deras beslut verkställs. Under de tre första kvartalen 2011 inkom drygt 3 600 nya rapporter där verkställigheten hade dröjt mer än tre månader [32]. Majoriteten av dessa avser boende för vuxna (38 procent) respektive kontaktperson (35 procent).

Att enskilda får sina beslut verkställda inom rimlig tid och därmed undviker långa väntetider är en viktig rättssäkerhetsfråga. Socialstyrelsen har under flera år följt utvecklingen av ej verkställda beslut och domar och påvisat stora brister, bland annat oskäliga väntetider.

Missbruks- och beroendevården

Sammanfattande iakttagelser

- De alkoholrelaterade skadorna fortsätter att öka, särskilt bland kvinnor, och allt fler äldre personer med alkoholproblem vårdas i hälso- och sjukvården. Även dödligheten i alkoholrelaterade orsaker ökar bland de allra äldsta. Fler vårdas också till följd av narkotikarelaterade diagnoser.
- Utvecklingen av alkoholrelaterade skador och dödlighet för kvinnor och män i olika åldersgrupper behöver analyseras närmare. Många av de kvinnor som nu går i pension tar med sig sina alkoholvanor in i pensionsåldern. En trolig konsekvens blir en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa ökade och delvis nya krav på missbruks- och beroendevården. Signaler från äldreomsorgen tyder också på att detta är ett växande problem. Öppna jämförelser visar att den verksamhet som missbruks- och beroendevården uppger sig ha minst internt samarbete med är just äldreomsorgen.
- Biståndsbedömd öppenvård minskar något jämfört med föregående år. Framväxten av service som ges utan biståndsbedömning innebär dock att en krympande andel av socialtjänstens insatser fångas in i den officiella statistiken. Parallellt med detta är en annan trend att färre män och kvinnor får institutionsvård.
- Den statliga satsningen inom Kunskap till praktik för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade metoder har en fortsatt god spridning i landet.
- Socialstyrelsen anser att det är oroväckande att föreståndarna vid HVB inte har föreskriven kompetens.
- Socialtjänsten tillgodoser inte de enskildas rättssäkerhet fullt ut i sin handläggning och dokumentation vid utredningar. De formella kraven på handläggningen uppfylls inte. I viss utsträckning handlar det också om att underlaget för nämndens beslut är bristfälligt. Dessutom dokumenterar socialtjänsten inte de enskildas delaktighet tillräckligt.
- Socialtjänstens verksamhetsuppföljning är ett område med stor förbättringspotential. Socialtjänsten behöver också utveckla rutiner och system för uppföljning av serviceinsatser som ges med stöd av SoL.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom missbruks- och beroendevården. Till de verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvården hör bland annat tillnyktringsverksamhet och abstinensvård, och de omfattar insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kan till exempel vara olika aktiviteter i dagverksamheter, arbetsrehabilitering eller vård i behandlingshem. I undantagsfall kan en person med missbruksproblem även vårdas mot sin vilja, vilket regleras i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Aktuell utveckling

Den statliga missbruksutredningen presenterade i år sitt slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOU 2011:35). Utredningens förslag omfattar följande reformområden:

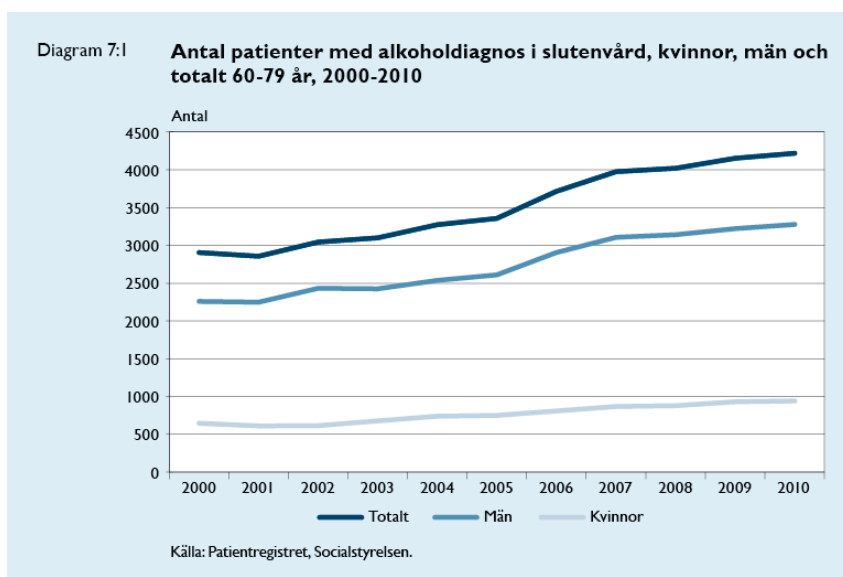
- Tidig upptäckt och kort intervention mot riskbruk
- Tydligare ansvar för kommun och landsting för effektivare vård
- Stärkt ställning för individen så att den enskildes motivation och erfarenheter bättre tas tillvara i planering och genomförande av vården
- Vårdens innehåll, boende och sysselsättning
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens
- Vård utan samtycke
- Polisens och kriminalvårdens roll
- Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen.

Antalet äldre personer med riskfylld alkoholkonsumtion ökar

Den totala alkoholkonsumtionen har gått ned något de senaste åren [1]. Men de regionala variationerna i alkoholkonsumtion är stora. Dessutom har skillnaden mellan män och kvinnor minskat som en följd av ökade konsumtionsnivåer bland kvinnor.

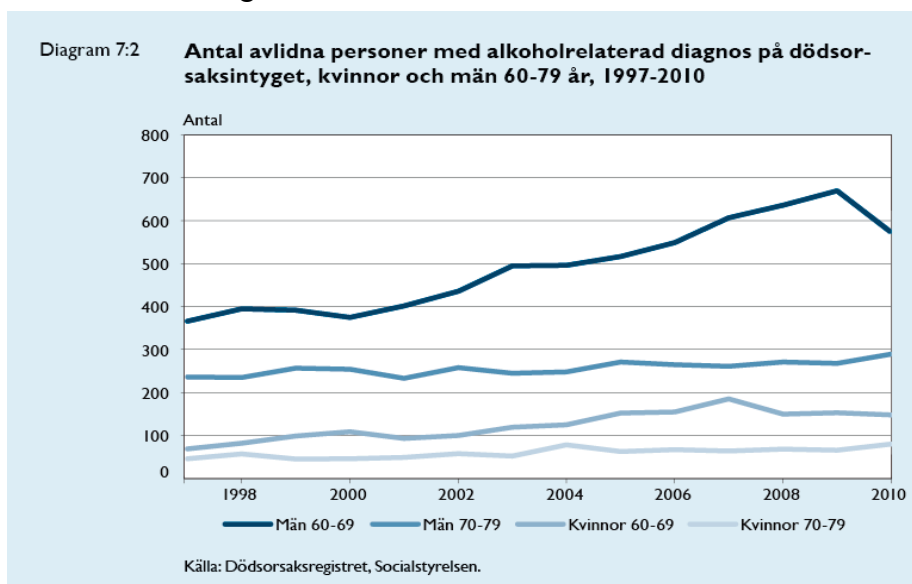
Alkoholkonsumtionen bland äldre uppmärksammas allt mer. Äldre har tidigare druckit mindre alkohol än yngre, men generationerna födda på 1920- och 30-talen ersätts nu av en ny generation pensionärer med betydligt högre alkoholkonsumtion. Särskilt äldre kvinnor tycks ha ökat sin konsumtion. Många av de kvinnor som nu går i pension tar med sig sina alkoholvanor in i pensionsåldern. En trolig konsekvens blir en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa ökade och delvis nya krav på insatser från missbruks- och beroendevården. Den traditionella beroendevården saknar i stort sett behandlingsprogram för äldre kvinnor, trots att alkoholen är en större hälsofara för äldre än för yngre, bland annat på grund av att många äldre medicinerar. Signaler från äldreomsorgen tyder också på att detta är ett växande problem. Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården visar att den verksamhet som socialtjänstens missbruks- och beroendevård uppger sig ha minst internt samarbete med är just äldreomsorgen.

Socialstyrelsen har tittat närmare på utvecklingen för just män och kvinnor i åldersgruppen 60–79 år som vårdas med en alkoholdiagnos. Som framgår av figur 7:1 ökade antalet patienter i åldersgruppen 60–79 år som vårdas i slutenvården kraftigt under perioden 2000–2010. Ökningen uppgår till cirka 45 procent och gäller både män och kvinnor. Vi kan även se att kvinnornas andel ökar av samtliga som har vårdats för alkoholrelaterade diagnoser. Ökningen för kvinnor är 16 procent och för män 1 procent under perioden.



Allt fler äldre dör med en alkoholrelaterad diagnos. Dödligheten har ökat mest dramatiskt för män i åldersgruppen 60–69 år (figur 7:2). Den relativa ökningen är dock störst bland kvinnor i åldersgruppen 70–79 år. Även när vi tar hänsyn till demografiska förändringar kvarstår bilden.

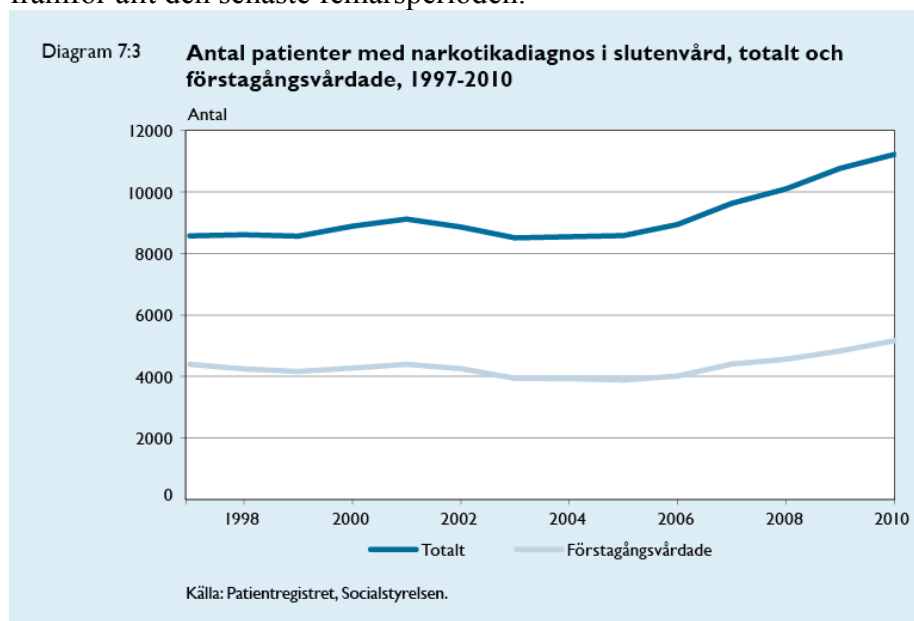
Den alkoholrelaterade dödligheten för samtliga kvinnor över 15 år låg på samma nivå år 2010 som 1997, med 10 döda per 100 000 invånare. Utvecklingen för män över 15 år totalt visar en nedåtgående trend under de senaste åren med en lägsta nivå år 2010, då 40 män per 100 000 invånare avled med en alkoholrelaterad diagnos.



Narkotikaanvändningen ökar

Narkotikautvecklingen är svårbedömd eftersom det rör sig om illegala droger. Statistik över beslag och lagföringar visar dock på en tydlig ökning under det senaste årtiondet. Det gäller inte minst cannabis, heroin och kokain. Priserna på dessa narkotikapreparat på "gatunivå" har samtidigt sjunkit drastiskt. Liksom för alkohol präglas narkotikaanvändningen och missbruket av relativt stora re-

gionala skillnader [2]. Antalet personer med så kallat tungt narkotikamissbruk förefaller ha stabiliserats.⁹ Något under 30 000 personer bedöms tillhöra denna grupp [3]. Utvecklingen för narkotikarelaterade sjukdomar är ganska entydig. Antalet vårdtillfällen, antalet vårdade personer samt antalet förstagångsvårdade har stadigt ökat det senaste decenniet. I figur 7:3 framgår att antalet förstagångsvårdade och det totala antalet slutenvårdade med narkotikadiagnos ökade med 18 respektive 31 procent under tidsperioden 1997–2010. Ökningen gäller framför allt den senaste femårsperioden.



I dag tycks det som att antalet vårdade på grund av olika missbruksrelaterade orsaker ökar, men att vi inte ser en motsvarande uppgång i alkoholkonsumtion och inte heller i experimentellt och tungt narkotikamissbruk. En tänkbar förklaring är att de personer som har ett etablerat missbruk eller beroende kan öka sin konsumtion eller sitt intag eftersom priserna på alkohol och narkotikapreparat sjunker.¹⁰ Detta resonemang stämmer också med en modell som går ut på att det sker en polarisering i befolkningens förhållande till alkohol och illegala droger. Fler väljer helnykterhet eller måttlighet, eller avstår från att experimentera med droger, samtidigt som de som redan konsumerar mycket har ökat sin konsumtion ytterligare med ökad risk för akuta vårdbehov.

En annan förklaring kan helt enkelt vara att fler personer med beroendeproblem söker vård. Missbruksutredningen bedömer att vården i dag endast når cirka 20 procent av alla personer med olika typer av beroendetillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Personer som har ett riskbruk och som ännu inte har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador nås i ännu lägre utsträckning.

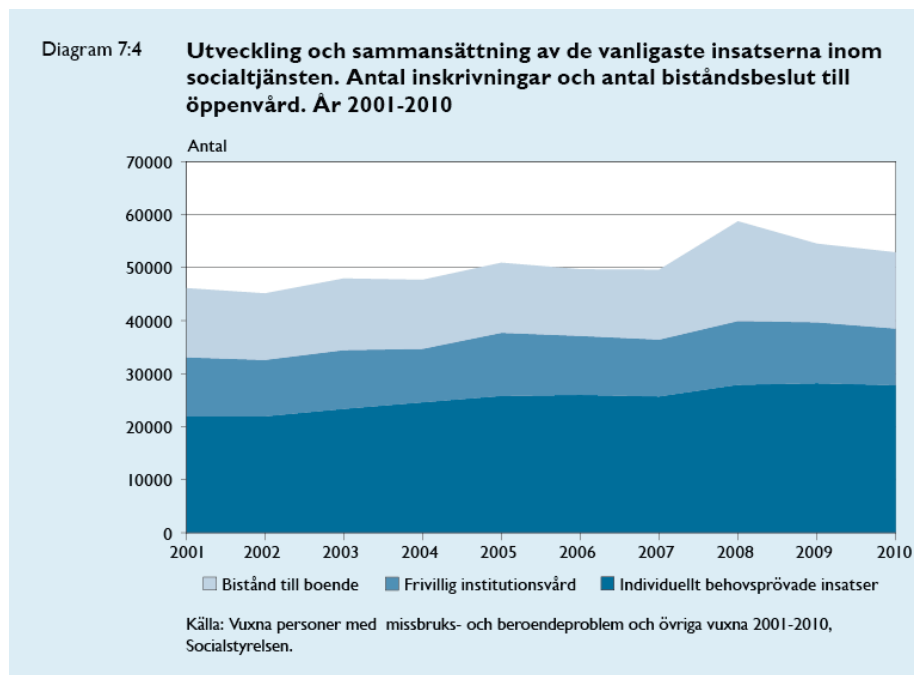
Vad socialtjänststatistiken visar

Med Socialstyrelsens officiella statistik för 2010 som utgångspunkt redovisar Socialstyrelsen här vad som hänt sedan föregående år samt hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv [4].

⁹ Tungt missbruk; injektionsmissbruk vid minst ett tillfälle det senaste året eller dagligt eller så gott som dagligt bruk av narkotika.

¹⁰ Lägre realpris på alkohol respektive lägre gatupriser för narkotikapreparat.

Figur 7:4 ger en översiktlig bild av hur sammansättningen av biståndsbesluten har utvecklats för de tre vanligaste insatsformerna inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård under de senaste tio åren¹¹.



Institutionsvård ökar något sedan 2009

Jämförelser med föregående statistikår visar på små förändringar av socialtjänstens insatser. Av tabell 7:1 framgår att det framför allt är heldygnsvården som har ökat något, det vill säga institutionsvården. Den relativt största ökningen, 18 procent, finns i tvångsvård på mät dagen den 1 november.

Tabell 7:1. Antal personer som den 1 november år 2009 och 2010 har fått behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård, bistånd till boende samt tvångsvård på institution. Procentuell förändring mellan år 2009 och 2010. Avrundade värden.

	2009	2010	Förändring år 2009–2010 %
Individuellt behovsprövade insatser	12 300	11 700	– 5
Frivillig institutionsvård	2 200	2 400	9
Bistånd till boende	6 300	6 200	– 2
Tvångsvård på institution	240	290	21

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2009–2010, Socialstyrelsen.

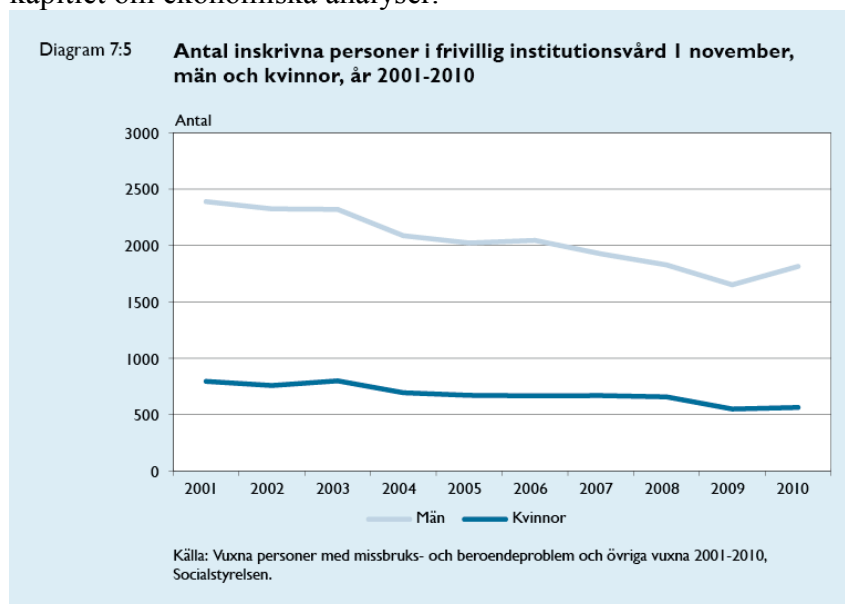
Ett annat statistikmått är antal insatser under ett helt år. Sett över hela året minskade antalet personer i frivillig institutionsvård med 2 procent jämfört med 2009 och den genomsnittliga vårdtiden var 7 dygn kortare år 2010. Färre personer får således institutionsvård, och de får vården under kortare tid. Det återstår att studera om detta är ett resultat av att vården bedrivs mer kunskapsbaserat och effektivt eller om det snarare beror på snävare ekonomiska ramar.

¹¹ Individuellt behovsprövade öppna insatser och bistånd som rör boende redovisas endast som mängdstatistik. Därmed går det inte att i statistiken utläsa hur många personer som hade minst en av de redovisade insatserna från socialtjänsten.

För insatsen bistånd till boende ökar däremot antalet boendedygn per inskrivning och den insatsen är i genomsnitt 7 dygn längre 2010 än året innan. Även för personer i tvångsvård är den genomsnittliga vårdtiden 7 dygn längre än 2009.

Frivillig institutionsvård minskar under 2000-talet

Figur 7:5 visar antalet män och kvinnor inskrivna i frivillig institutionsvård på mät dagen den 1 november varje år från år 2001 till och med 2010. En tydlig trend är att färre män och kvinnor får institutionsvård. Antalet män och antalet kvinnor har minskat med 24 respektive 29 procent 2010 jämfört med år 2001. Individuellt beviljade öppna insatser har ökat med 2 procent under samma period, alltså de så kallade hemmaplanslösningarna som bland annat antas kunna ersätta heldygnsvården. Denna utveckling visar sig också i kostnadsutvecklingen för socialtjänstens missbruks- och beroendevård. Kostnaden för alla verksamheter, utom individuellt behovsprövade öppna insatser, minskar under den studerade perioden. Mer om kostnadsutvecklingen finns att läsa i kapitlet om ekonomiska analyser.



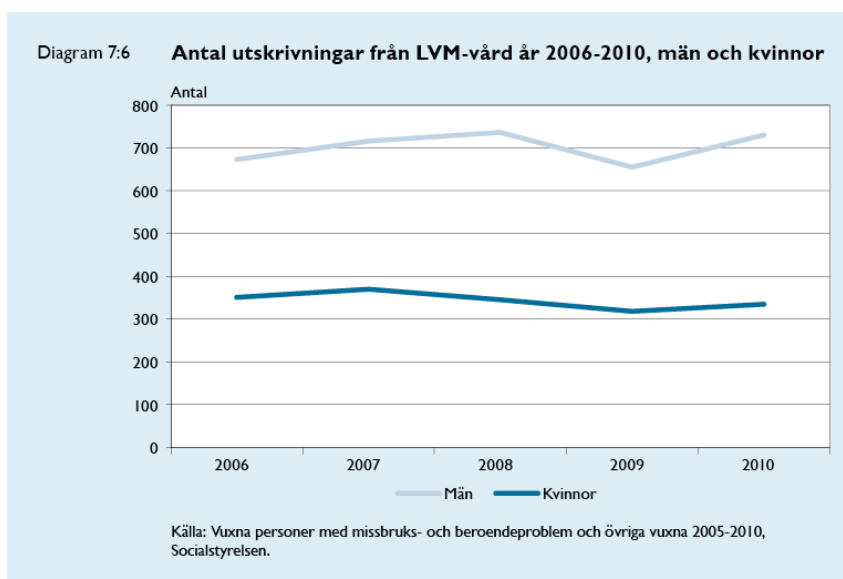
Alla insatser fångas inte i statistiken

Den officiella statistiken fångar en allt mindre del av socialtjänstens insatser i takt med att det blir vanligare att erbjuda så kallade servicetjänster, alltså insatser enligt socialtjänstlagen utan individuella biståndsbeslut. Dessa insatser kan idag inte redovisas i statistiken. För att inventera förekomsten av servicetjänster inom äldre- och handikappomsorgen genomförde Socialstyrelsen en studie under 2011 [5]. Studien visar att en stor andel av kommunerna erbjuder olika insatser utan biståndsbeslut. Även inom missbruks- och beroendområdet är det vanligt att erbjuda servicetjänster. Det finns exempelvis kommuner där mer än hälften av alla insatser erbjuds som service.

Den officiella statistiken visar att antalet personer som den 1 november hade behovsprövade öppna insatser har minskat något från 2009. Om detta är ett uttryck för minskad efterfrågan, minskat utbud eller en övergång från biståndsbedömda (registrerade) insatser till serviceinsatser (oregistrerade) är omöjligt att veta. Sannolikt sker en förskjutning från biståndsbedömda insatser till serviceinsatser. Även inom detta område finns det antagligen stora regionala skillnader.

Tvångsvården på stabil nivå över åren

Tvångsvården har förändrats något under den studerade perioden (figur 7:6). Totalt är det en ökning av antalet utskrivningar med 4 procent sedan 2006¹². En ökning för män med 8 procent och en minskning för kvinnor med 5 procent.

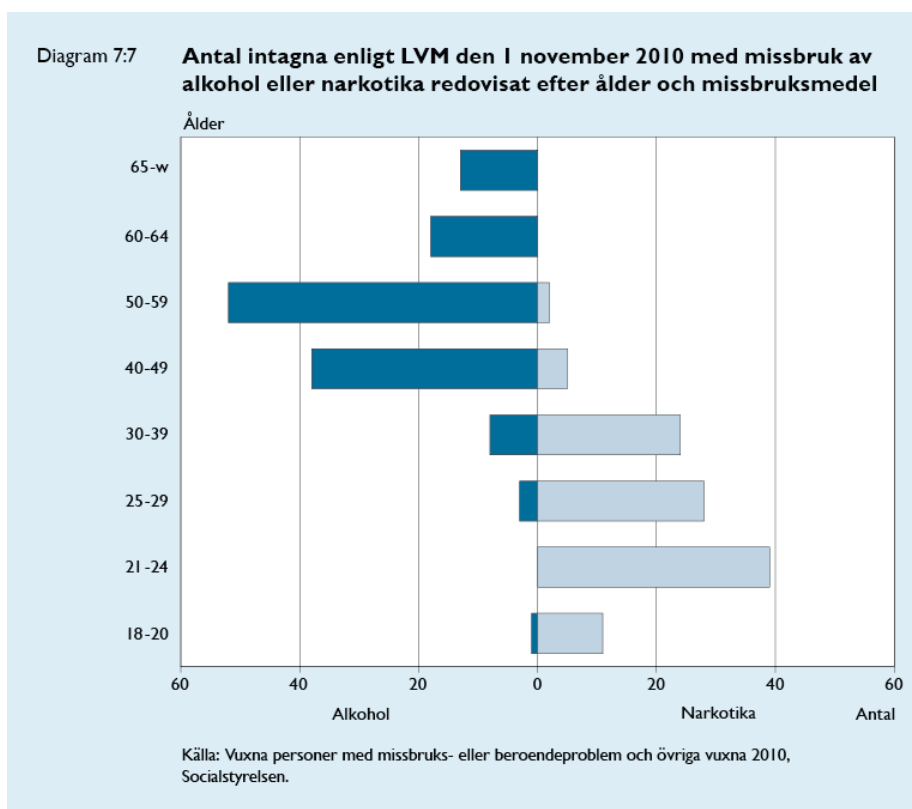


Olika skäl till tvångsomhändertagande av äldre och yngre personer

Socialstyrelsen har också studerat antalet vårdade efter ålder och missbruk per den 1 november 2010. Då vårdades 301 personer över 18 år i LVM-hem¹³. Av figur 7:7 framgår att personer under 30 år nästan uteslutande omhändertas på grund av problem med narkotika. De äldre åldersgrupperna har oftare problem med missbruk av alkohol. Antalet vårdade den 1 november har ökat med 22 procent sedan 2006. De största ökningarna finns i åldersgruppen 50–59 år med alkoholproblem och i åldersgruppen 30–39 år med narkotikaproblem, 62 respektive 100 procent.

¹² I statistiken redovisas tvångsvården i form av omedelbara omhändertaganden, ansökningar om LVM-vård, beslut om vård enligt LVM samt utskrivningar från LVM-hem. Till skillnad från socialtjänststatistiken är denna statistik personnummerbaserad.

¹³ hem avsett för tvångsvård av personer med missbruksproblem



Patientfokuserad vård och självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Det är viktigt att insatser utgår från, och bidrar till, att den enskilde både kan och vill styra sitt eget liv.

De flesta kommuner har rutiner för klienters delaktighet

2011 års öppna jämförelser belyser bland annat socialtjänstens förutsättningar för god kvalitet inom området självbestämmande och integritet. Två indikatorer på detta är om socialtjänsten har rutiner för klientens medverkan i vårdplaneringen och om de genomförde en brukarundersökning under 2010. Drygt 70 procent av kommunerna och stadsdelarna har en rutin i sitt ledningssystem för hur den enskilde ska göras delaktig och knappt 40 procent genomförde en brukarundersökning [6].

Den enskilde klientens eller patientens möjlighet till delaktighet är också något som behandlas i den samordnade tillsynens avrapportering 2011 [6]. Här framgår att de personer som behandlades i öppenvården enligt socialtjänstlagen som regel var delaktiga i att planera och följa upp behandlingen, och att de hade möjlighet att påverka den. Vissa metoder som användes byggde också på delaktighet, till exempel CRA-behandling¹⁴ där mottagaren styr innehållet på ett tydligt sätt. Möjligheterna till delaktighet kunde däremot ifrågasättas, särskilt när

¹⁴ CRA-behandling (Community Reinforcement Approach). En av fem psykosociala metoder med effekter på narkotikamissbruk som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

delaktigheten inte synliggjordes i genomförandeplaner eller annan dokumentation, och när verksamheten inte systematiskt tog till vara synpunkter från dem som behandlades.

Inom beroendevården anger nästan alla verksamheter att patienterna är delaktiga i att planera sin vård, och ungefär två gånger av tre medverkar patienterna i att dokumentera planeringen i form av till exempel en vårdplan [6]. Inom primärvården är det mindre vanligt att planera vården tillsammans med patienten.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det är lätt att få kontakt med verksamheten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. För personer med missbruks- och beroendeproblem är hög tillgänglighet en mycket viktig faktor. Bristande tillgänglighet kan leda till att den enskildes motivation att ta itu med problemet minskar eller att missbruket trappas upp. Motivation är en avgörande faktor för att vården ska ge resultat.

Bara var tionde verksamhet anser att väntetiderna är för långa

Väntetiderna för att komma till ett första personligt möte tycks inte vara något större bekymmer. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser [6]. I regel får den sökande en tid inom en vecka och i många fall inom några dagar. Detta styrks också av tillsynen som konstaterar att det som regel går snabbt att få kontakt för ett första samtal. Det finns inte heller några väntetider för att få börja en behandling inom socialtjänstens öppenvård. Beroendevårdens verksamheter anser inte heller att de har problem med långa väntetider. Färre än en tiondel anger att väntetiderna var problematiska.

Primärvården är en viktig aktör för tidig upptäckt och insatser för personer med riskbruk. Tillsynen konstaterar också att tillgängligheten till primärvården i allmänhet är god. Dessutom har primärvården i regel rutiner för vad de ska göra när en person har komplexa vårdbehov som de inte kan tillgodose, liksom rutiner för informationsöverföring.

De flesta kommuner erbjuder olika insatser

I arbetet med att presentera öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården redovisar Socialstyrelsen vilka insatser kommunen kan erbjuda, oavsett vem som är utförare. De allra flesta kommuner uppger sig kunna erbjuda de tjänster som vi efterfrågar: strukturerad öppenvård¹⁵ med program som pågår dagligen, öppenvård med mindre omfattande program, arbetsträning eller selsättning, familje- och nätverksarbete, stöd i eget boende med målsättning att utveckla förmågan att klara ett eget boende, samt stöd i eget boende av tillsynskaraktär. Strukturerad öppenvård med program som pågår dagligen är den insats som är minst vanlig, och ändå är det drygt 60 procent av kommunerna som svarat som uppger sig kunna erbjuda den.

Tillsynen har granskat insatser som är särskilt riktade till kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. Relativt få verksamheter inom primärvården er-

¹⁵ Öppenvård. Individuellt behovsprövade insatser enligt 4 kap. 1 § SoL, som t.ex. strukturerad dagvård, personligt stöd och behandling eller en kontaktperson.

bjuder sådana, med något undantag för gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med missbruks- och beroendeproblem. Dessa grupper kan få speciella insatser vid en del vårdcentraler och barnmorskemottagningar.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kunskapsbaserad vård och omsorg innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara.

Personalens kompetens på HVB-hem behöver utvecklas

En grundläggande förutsättning för att kunna erbjuda passande tjänster med god kvalitet är att personalen har god kunskap om behoven hos sina klienter. Knappt hälften av kommunerna (45 procent) inventerade behoven hos sina klientgrupper under 2010 och ännu något färre uppger att de har gjort en samlad bedömning av hur väl kommunens tillgängliga insatser svarar mot behoven [6].

Det blir allt vanligare att använda olika bedömningsinstrument, både för att upptäckta missbruks- eller beroendeproblematik och för att bedöma problemtyngd och hjälpbehov. Instrumenten kan också användas för att ta fram statistik som underlag för verksamhetsutveckling. Kommunerna har dock ännu inte rutinemässigt börjat använda instrumenten för att ta fram lokal statistik. Endast en tredjedel av kommunerna anger att de gör det.

En iakttagelse från tillsynen är att en del personal inom både öppenvården och hem för vård eller boende (HVB) saknar grundutbildning inom vård och omsorg på lägst gymnasienivå, och att föreståndare vid HVB saknar föreskriven högskoleutbildning. En slutsats från tillsynen är därför att personalen vid HVB behöver höja sin kompetensnivå. En annan slutsats är att det är en kvalitetsfaktor om föreståndaren har föreskriven kompetens.

Nationella riktlinjer fortsätter att spridas i landet

Sedan några år pågår ett arbete i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) regi för att utveckla missbruks- och beroendevården med hjälp av statliga medel: Kunskap till praktik. Målet är bland annat att den vård och det stöd som erbjuds ska utgå från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård och annan aktuell kunskap. Insatserna ska vara samordnade mellan huvudmännen och ingå i en sammanhängande vårdkedja, och de enskilda ska ha inflytande över insatserna.

SKL har träffat överenskommelser med kommun- och regionförbunden samt landstingen och regionerna i alla län om att delta i arbetet. I utvecklingsarbetet ingår bland annat att kartlägga vilka behov målgrupperna har, vilken verksamhet som bedrivs, hur aktörerna samverkar och vad som saknas i jämförelse med riktlinjerna. Vidare ingår att ta fram förslag till förbättringar och att implementera styrdokumentet, liksom att utbilda personal, chefer och politiker. Utbildningen av personal, chefer och politiker ses som en viktig del i arbetet.

Säker vård och rättssäker omsorg

Bristande dokumentation inom socialtjänsten är fortfarande ett problem

Behov och kvalitetsbrister upptäcks och påtalas både av klienter och av personal. För att åstadkomma en kvalitetsutveckling behöver verksamheten därför ha både ett externt och ett internt perspektiv för att säkra tjänster och säkerhet. Socialtjänstens missbruks- och beroendevård tycks uppmärksamma båda dessa perspektiv i lika hög utsträckning. En majoritet av kommunerna uppger att de tar till vara synpunkter från enskilda, deras anhöriga och personal i samma utsträckning. Närmare 70 procent av kommunerna uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att analysera och utveckla verksamheten.

Tillsynens iakttagelser handlar återigen om att socialtjänsten inte tillgodoser de enskildas rättssäkerhet fullt ut i sin handläggning och dokumentation av utredningar. De formella kraven på handläggningen uppfylls inte. I viss utsträckning handlar det också om att underlaget för nämndens beslut är bristfälligt. Dessutom dokumenterar socialtjänsten inte de enskildas delaktighet tillräckligt.

Tillsynen av socialtjänstens hantering av anmälningar visar att socialtjänsten ibland är för passiv i försöken att få kontakt med den enskilde. Exempel på detta kan vara att socialtjänsten nöjer sig med alltför få försök att få kontakt med den enskilde.

Hösten 2010 och våren 2011 genomförde Socialstyrelsen en tillsyn av samtliga LVM-hem. Vi identifierade flera områden för huvudmannen, Statens institutionsstyrelse (SiS), att förbättra och utveckla:

- förankringen och uppföljningen av centralt utarbetade rutiner
- samarbetet med socialtjänsten, beroendekliniker och psykiatriska kliniker, såväl under vårdtiden som inför utskrivningen
- dokumentationen
- det självmordsförebyggande arbetet och dess implementering
- läkemedelshanteringen, delegeringen och ordinationerna enligt generella direktiv
- den nationella samverkan mellan LVM-hemmen
- anordnandet av ändamålsenliga lokaler vid behov av vård i enskildhet
- hanteringen av tvångsvården, mot bakgrund av att den upplevs som förvaring.

Samverkan och kontinuitet

Den enskildes samlade livssituation är utgångspunkten för socialtjänstens arbete. När personer har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är det viktigt att tjänsterna är samordnade och att det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Överenskommelser om samverkan med psykiatri är vanligast

Det är inte särskilt vanligt med dokumenterade rutiner för intern samverkan. Drygt hälften av kommunerna uppger att missbruks- och beroendevården har rutiner för samverkan med personal som arbetar med barn samt med personal som arbetar med ekonomiskt bistånd [6]. Det är ännu färre kommuner som har

rutiner för samverkan med dem som arbetar med personer med funktionsnedsättning och med äldre personer. Omkring en tredjedel uppger sig ha sådana.

Skriftliga överenskommelser för extern samverkan är relativt vanliga. Vanligast är överenskommelser med psykiatri, och nästan 75 procent har sådana. Knappt hälften har en överenskommelse med primärvården. Överenskommelser med frivilligorganisationer har mindre än 20 procent av kommunerna.

Ansvarsfördelningen för insatser till personer med samsjuklighet regleras i de flesta fall i den skriftliga överenskommelsen med den landstingsfinansierade beroendevården eller psykiatri.

Endast omkring hälften av kommunerna uppger att missbruks- och beroendevården har följt upp sin externa eller interna samverkan.

I den samordnade tillsynen har samverkan också varit föremål för granskning. Inom hälso- och sjukvården har primärvården och den specialiserade beroendevården ofta svårt att samverka, särskilt när beroendevården bedrivs vid psykiatriska kliniker. Primärvården och socialtjänsten har däremot som regel en väl fungerande samverkan, enligt verksamhetsföreträdarna.

Tillsynen noterar vidare att gränsen mellan beroendevård och öppenvård inte dras på samma sätt i alla regioner. I delar av landet tolkar beroendevården sitt uppdrag snävt och hänvisar de flesta med missbruks- och beroendeproblem till den kommunala öppenvården. Integrerade mottagningar med både hälso- och sjukvård och socialtjänst fungerar dock bra. De kan ge samtidiga insatser till personer som behöver det, och har oftast ett brett utbud av stöd och behandlingar. De integrerade mottagningarna i landet ingår också i öppna jämförelser och får besvara den årliga enkäten. Resultaten i årets öppna jämförelser visar genomgående på ett bättre utfall för beroendemottagningarna jämfört med renodlad kommunal missbruks- och beroendevård [6].

I tillsynen påpekar Socialstyrelsen att huvudmännen ansvarar för att erbjuda den vård som behövs och för att tillhandahålla en vårdkedja och samverkanslösningar så att personer får de insatser som de behöver. Det är inte tillfredsställande om vården hänvisar personer till verksamheter utifrån hur vården är organiserad i stället för att utgå från vilka insatser den enskilde behöver.

Vård och omsorg om äldre

Sammanfattande iakttagelser

- I Sverige kan personer som är 65 år förvänta sig fler år med god hälsa än i andra jämförbara länder. Med ökande livslängd förskjuts perioderna med nedsatt funktionstillstånd och hjälpberoende uppåt i åldrarna, men de blir inte kortare.
- Äldreomsorgens omstrukturering fortsätter. Andelen äldre personer som bor i särskilt boende fortsätter att minska samtidigt som allt fler får omfattande hemtjänst.
- Jämfört med andra länder ligger Sverige på en mellannivå i andelen äldre som får offentligt finansierade vård- och omsorgstjänster.
- Äldre med goda inkomster köper i ökad utsträckning tjänster på den privata marknaden med skatteavdrag (RUT-avdrag), medan äldre personer med små inkomster ibland avstår från hemtjänst eftersom de tycker att avgiften är alltför hög. I denna grupp är det också vanligare med hjälp av anhöriga.
- Personalens arbetstid inom kommunernas vård och omsorg är i stort sett oförändrad, samtidigt som antalet anställda minskar. Inom enskilt drivna särskilda boenden finns en påtagligt lägre personaltäthet och lägre andel arbetsterapeuter och sjukgymnaster än kommunalt drivna enheter. De har dock en större andel sjuksköterskor och enhetschefer i personalen.
- En ökande andel av de anställda har en lämplig yrkesutbildning och fler har eftergymnasial vård- och omsorgsutbildning inom den verksamhet som kommunerna finansierar. Fortfarande är dock personalens utbildningsnivå låg jämfört med till exempel förskoleverksamheten.
- De flesta äldre personer som får hemtjänst och som besöker primärvården uppger att de känner sig delaktiga i den vård och omsorg de får. Lägst omdömen ger de som har dålig hälsa.
- All vård och omsorg behöver bättre tillgång till geriatrisk och gerontologisk kompetens samt kompetens i vårdhygien.
- Brister i läkemedelsbehandlingen leder till allvarliga livskvalitetsförluster för många äldre människor, vilket också gäller brister i strokevården.
- Det finns indikationer på att tillgängligheten till särskilt boende har förbättrats. Men primärvården är inte tillräckligt anpassad till de mest sjuka äldres behov och väntetiderna vid akutmottagningar är för långa.
- Alldeles för få äldre i särskilt boende får beslut om vilka insatser de ska få inom boendet.

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen först utvecklingen av äldres hälsa och funktionstillstånd. Därefter redovisar vi resursutvecklingen och jämför Sverige med andra länder. Vi beskriver även hur tillgången till personal har utvecklats under de senaste fem åren. Därefter presenterar vi uppgifter som belyser utvecklingen av kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre.

Kostnadsutvecklingen för vården och omsorgen om äldre beskrivs i kapitlet Ekonomiska analyser. Uppgifter om äldres tandhälsa finns i kapitlet Tandvård

och tandhälsa, och äldre personer nämns även i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Aktuell utveckling

I detta avsnitt konstaterar Socialstyrelsen bland annat att andelen äldre personer som bor i särskilt boende fortsätter att minska. Allt fler äldre får hemtjänst och en allt större del av hemtjänsten lämnas till personer som behöver omfattande insatser. Därmed fortsätter omstruktureringen från särskilt boende till stöd i ordinärt boende. Det finns indikationer på att tillgången till omsorg minskar återinskrivningarna vid sjukhus efter stroke och hjärtsvikt.

De kommunala omsorgsinsatserna ges oftast till äldre personer under deras sista levnadsår, och detta gäller även hemtjänsten. Många äldre, särskilt de som har låga inkomster, avstår från hemtjänst och allt fler får i stället hjälp från närstående. Äldre med goda inkomster köper dock i ökad utsträckning tjänster på marknaden och gör skatteavdrag för dem.

Personalens totala arbetstid är i stort sett oförändrad, även om antalet anställda minskar. Personaltätheten är 10 procent lägre i enskilt drivna särskilda boenden jämfört med de kommunalt drivna.

Fler friska år – men inte mindre hjälpbehov

I en internationell jämförelse kan äldre personer i Sverige i genomsnitt förvänta sig flest återstående år med god hälsa än äldre i andra länder. Fler äldre uppger också att de har god hälsa. Samtidigt har de långa perioderna med nedsatt funktionstillstånd och beroende framför sig, även om dessa perioder kommer i allt högre åldrar.

År 2010 var medellivslängden 79,5 år för män och 83,5 år för kvinnor i Sverige. Högst medellivslängd i världen har schweiziska män med 79,9 år, och japanska kvinnor med 86,4 år. Svenska mäns medellivslängd ligger därmed nära den högsta i världen, vilket inte är fallet för svenska kvinnor.

I ett äldreperspektiv är det också relevant att jämföra genomsnittlig återstående medellivslängd för dem som har uppnått 65 års ålder. År 2009 hade 65-åriga svenska kvinnor en förväntad återstående medellivslängd om 21,0 år, och för svenska män var den 18,2 år. Det kan jämföras med de länder som hade längst återstående medellivslängd vid 65 års ålder: för männen var det Schweiz (19 år) och för kvinnor var det Japan (24 år).

Däremot har äldre i vårt land genomsnittligt fler återstående år med god hälsa när de är 65 år, jämfört med många andra länder. I detta avseende ligger Sverige bäst till vid en jämförelse mellan flera OECD-länder, med 14,6 år för kvinnor och 13,6 år för män. Japan och Schweiz ingår dock inte i denna jämförelse [1].

Äldres hälsotillstånd har successivt förbättrats under de senaste 15 åren. Fler uppfattar sitt hälsotillstånd som gott och färre har sjukdomar eller besvär som de anser hindrar det dagliga livet. Allt färre uppger att de har nedsatt rörelseförmåga men andelen med värk har inte minskat. Under samma period har det blivit något vanligare att äldre personer själva klarar matinköp, matlagning och städning. Det är däremot oklart om det är någon förändring i andelen som klarar att själva bada eller duscha, ta på och av sina kläder och att stiga upp och lägga sig [2].

Mycket talar för att perioden med nedsatt funktionstillstånd och ökat hjälpberoende förskjuts uppåt i åldrarna. Tillgängliga data tyder på att perioderna med

nedsatt funktionstillstånd och ökat beroende har varit ungefär lika långa under de senaste 15 åren. Det betyder att befolkningen i ett livsloppsperspektiv gör hälsovinster, men att de ändå så småningom behöver vård och omsorg till följd av nedsatt funktionstillstånd, även om den perioden kommer i allt högre åldrar.

Vilka är de mest sjuka äldre?

Regeringen har beslutat att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. En nationell samordnare är tillsatt och 3,75 miljarder kronor är avsatta för perioden 2011–2014. Bakgrunden till satsningen är brister i vården och omsorgen om äldre personer med omfattande behov av hjälp. Denna grupp drabbas ofta av brister i kontinuitet, tillgänglighet och samordning av vård- och omsorgsinsatser.

Socialstyrelsen har valt att avgränsa gruppen mest sjuka äldre med hjälp av registerdata som beskriver användningen av omsorgs- och sjukvårdsinsatser. Figur 8:1 visar vilka kriterier vi har använt för att identifiera de mest sjuka äldre¹⁶. Vi definierar de mest sjuka äldre som personer 65 år eller äldre, som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av sjukdom, skada eller åldrande. Därför har de också stora och återkommande behov av vård- och omsorgsinsatser [3].

Kärnan i gruppen mest sjuka äldre består av 35 000 personer (motsvarande 2 procent av befolkningen 65 år och äldre) som får både ”omfattande sjukvård och omfattande omsorg”. Med den vidaste avgränsningen ingår närmare 300 000 personer (18 procent av befolkningen 65 år eller äldre) som har någon form av omfattande sjukvårds- eller omsorgsinsatser (se figur 8:1).

Antalet mest sjuka äldre kan beräknas för åren 2007, 2008 och 2010. Över dessa år var gruppens storlek ungefär densamma. Kön- och åldersfördelningen är också relativt lika under dessa år.

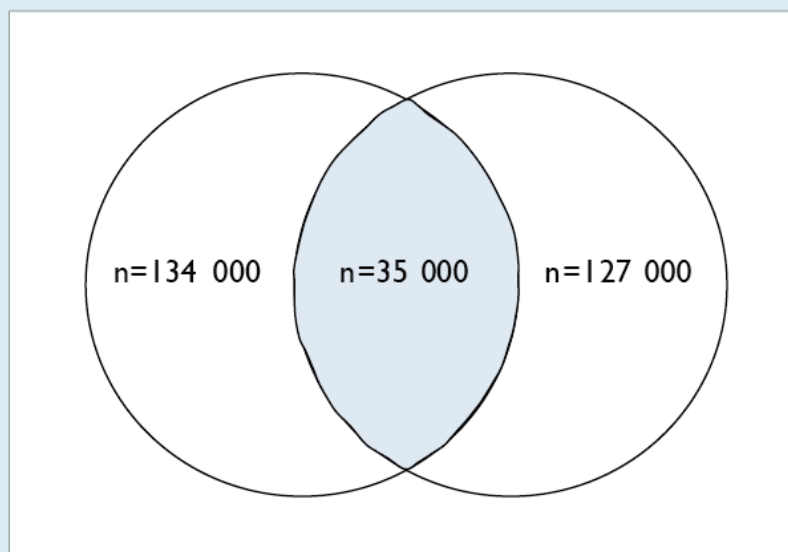
Av de 35 000 äldre med både omfattande sjukvård och omfattande omsorg var 62 procent kvinnor och 70 procent var 80 år eller äldre. 40 procent bodde permanent i särskilt boende och 50 procent hade ett beslut om minst 25 timmar hemtjänst i ordinärt boende per månad. Övriga hade ett beslut om korttidsboende och/eller någon insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kärngruppen bland de mest sjuka äldre fick i genomsnitt 32 dagars slutenvård under 2010, gjorde sex besök i öppen specialistvård och hade tre inskrivningstillfällen i slutenvården. Ungefär hälften av de äldre i denna grupp uppfyllde Socialstyrelsens kriterier för multisjuklighet¹⁷ [4].

¹⁶ Ungefär hälften av de äldre i denna grupp uppfyllde Socialstyrelsens kriterier för multisjuklighet. Med multisjuklighet avses: en person 65 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inlagd tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler skilda diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10.

¹⁷ En person 65 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inlagd tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler skilda diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10.

Figur 8:1

Illustration över de olika kriterier som avgränsar mest sjuka äldre med omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg. Den skuggade delen av diagrammet visar hur kategorierna överlappar



Omfattande sjukvård

- Uppfyllede kriterierna för multisjuk under året
- eller fler än 19 vård dagar i slutenvård under året
- eller fler än 7 inskrivningstillfällen i öppen vård under året
- eller fler än 3 inskrivningstillfällen i slutenvård under året

Omfattande omsorg

- Beslut om permanent särskilt boende
- eller beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst i ordinärt boende
- eller beslut om insats enligt LSS
- eller beslut om korttidsboende

Källa: Patientregistret, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), registret över socialtjänster till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL-registret), Socialstyrelsen.

Fortsatt minskning av antalet äldre i särskilt boende

Sammanfattningsvis visar Socialstyrelsens uppgifter att andelen äldre personer som bor i särskilt boende fortsätter att minska. Allt fler äldre får hemtjänst och en allt större del av hemtjänsten lämnas till personer som behöver omfattande insatser. Något färre personer får beslut om korttidsboende. Därmed fortsätter omstruktureringen från särskilt boende till stöd i ordinärt boende.

Antalet äldre personer som får insatser från socialtjänsten bör sättas i förhållande till antalet äldre personer i befolkningen. Tabell 8:1 visar antalet personer samt andelen av befolkningen som var 65 år eller äldre som bodde permanent i särskilt boende, hade biståndsbeslut om hemtjänst, bodde i korttidsboende och hade personlig assistans enligt lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, eller enligt LSS under åren 2007–2010. Tabellen visar en kraftig minskning av andelen äldre som bor permanent i särskilt boende, från 6,1 procent till 5,4 procent. Antalet som får hemtjänst ökade under samma period, men inte andelen.

Allt fler personer över 65 år har assistansersättning eller personlig assistans enligt LSS, även om antalet ökar från en låg nivå. År 2007 hade 2 000 äldre personlig assistans och 2010 var det 2 800 personer. Ökningen förklaras av att personer som når 65 års ålder numera får behålla den personlig assistans som de

tidigare har beviljats enligt 9 § 2 p. LSS eller assistansersättning enligt LASS¹⁸. Bestämmelsen trädde i kraft år 2001.

Tabell 8:1. Antal och andel personer i befolkningen, 65 år och äldre, med olika insatser den 1 oktober 2007–2010 (andel i procent), avrundade värden.

	2007		2008		2009		2010	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Hemtjänst* i ordinärt boende	198 900	12,5	201 900	12,4	205 800	12,3	211 000	12,1
Korttidsboende	8 900	0,6	8 700	0,5	8 500	0,5	8 100	0,5
Assistansersättning eller personlig assistans enl. LSS	2 000	0,1	i.u.		i.u.		2 800	0,2
Permanent särskilt boende	97 500	6,1	96 700	5,9	95 400	5,7	93 900	5,4
Total hemtjänst och permanent särskilt boende	296 400	18,6	298 600	18,4	301 200	18,4	304 900	17,6

*I hemtjänst i ordinärt boende inkluderas här även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

i.u. = ingen uppgift

Källa: Socialstyrelsens officiella statistik (mängdstatistik) för åren 2009–2010, egen bearbetning för 2007 samt 2008 samt Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

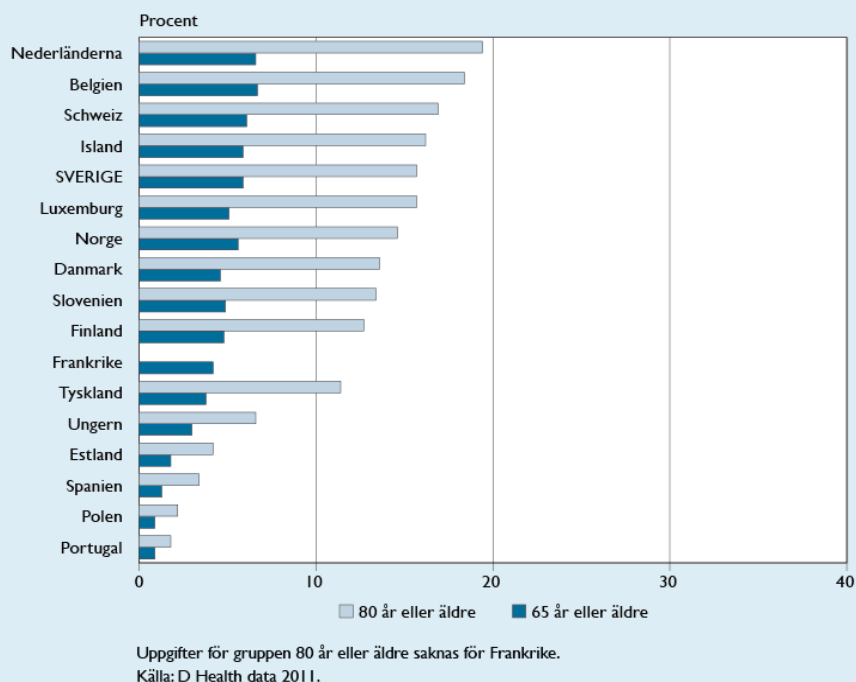
Ett annat sätt att beskriva utvecklingen av hemtjänsten är att redovisa antalet äldre personer som får omfattande hemtjänst. Antalet äldre som har beviljats mer än 25 timmar hemtjänst per månad ökade från 52 300 den 1 oktober 2007 till 58 200 den 1 april 2011, det vill säga en ökning med 5 900 personer [5,6]. Insatsnivån 25 timmar eller mer per månad motsvarar i stort sett den omfattning på insatser som personer i särskilt boende får [7]. Under de senaste tre åren har antalet äldre i särskilt boende minskat med 3 600 personer, samtidigt som fler äldre personer har fått omfattande hemtjänstinsatser. Verksamheternas resurser (i form av kostnader) har minskat något i förhållande till det ökade antalet personer i åldrarna 80 år eller äldre under den aktuella perioden.

Sverige på internationell mellannivå

Det går att jämföra andelen äldre personer som bor permanent i särskilt boende med andra länder. En jämförelse visar att Sverige ligger på en mellannivå (diagram 8:1). Island, Schweiz, Belgien och Nederländerna har en större andel som bor i särskilt boende, medan en mindre andel gör det i Spanien, Tyskland och Polen.

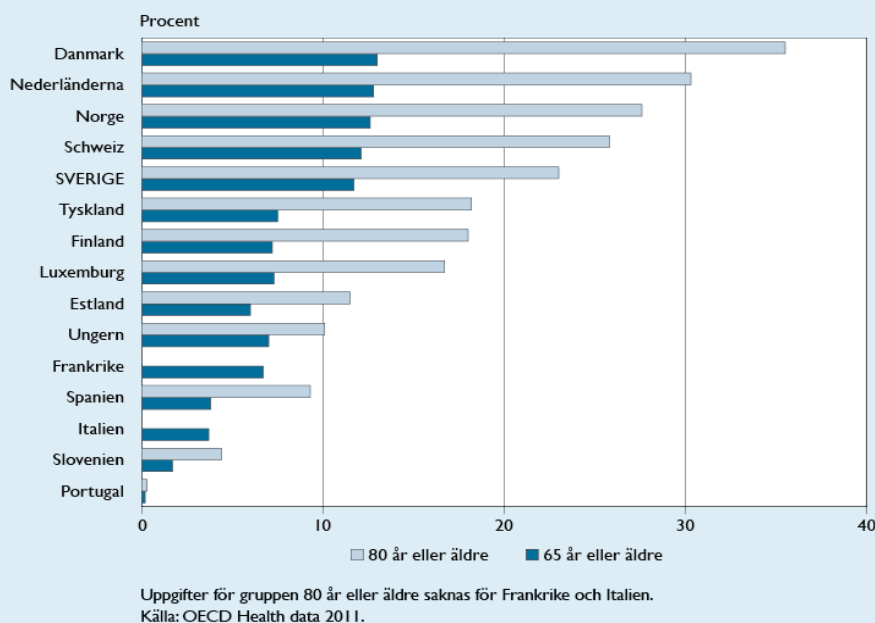
¹⁸ Från den 1 januari 2011 beviljar Försäkringskassan assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110) och LASS har upphört att gälla.

Diagram 8:1 **Andel personer 65 år eller äldre, respektive 80 år eller äldre som bor i äldreboenden i ett urval OECD-länder. Andel i befolkningen (procent)**



Av diagram 8:2 framgår att Sverige ligger på en ännu lägre nivå än flera jämförbara länder, till exempel Danmark, Nederländerna och Norge, ifråga om andelen personer som får hemtjänst. Andelen är dock lägre i Tyskland, Finland och Spanien. Det är viktigt att komma ihåg att internationella jämförelser är svåra att genomföra på ett rättvisande sätt. Även med gemensamma definitioner finns det skillnader i finansiering och organisation som kan påverka resultatet [8].

Diagram 8:2 **Andel personer 65 år eller äldre, respektive 80 år eller äldre, med hemtjänst i ett urval OECD-länder. Andel i befolkningen (procent)**



Kan tillgång till omsorg minska risken för onödig slutenvård?

Socialstyrelsen har undersökt hur vanligt det är med undvikbar slutenvård (det vill säga "onödiga inläggningar på sjukhus") bland de mest sjuka äldre. Vi har också undersökt hur vanligt det är att dessa personer avlider eller skrivs in på nytt vid sjukhus efter stroke och hjärtsvikt. Analysernas syfte är att belysa kvaliteten i vården och omsorgen utanför sjukhusen [9].

Undvikbar slutenvård är en indikator som belyser kvaliteten i omhändertagandet inom primärvård och äldreomsorg. Indikatorn visar förekomsten av ett antal utvalda diagnoser, exempelvis diabetes, hjärtsvikt, kärlkramp och astma, bland personer som fick slutenvård vid ett sjukhus under 2010. Med de diagnoserna bör patienterna i stället kunna få vård inom den öppna hälso- och sjukvården. Indikatorn bör dock användas försiktigt för gruppen mest sjuka äldre eftersom den inte är anpassad till gruppens sjukdomsbild och allmänna skörhet.

För indikatorerna *avlidna* eller *återinskrivna efter stroke och hjärtsvikt* beräknas andelen slutenvårdade strokepatienter respektive hjärtsviktpatienter som avled eller återinsjuknade i stroke eller hjärtsvikt. Indikatorerna kan ge signaler om till exempel allt för tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

Resultaten för de tre indikatorerna redovisas i tabell 8:2 nedan.

Tabell 8:2. Undvikbar slutenvård samt avlidna eller återinskrivna efter stroke och hjärtsvikt bland mest sjuka äldre, fördelat på omfattande sjukvård respektive omfattande sjukvård och omfattande omsorg, procent

Indikator	Omfattande sjukvård	Omfattande sjukvård och omfattande omsorg*
Undvikbar slutenvård	13	18
Avlidna eller återinskrivna efter stroke	27	12
Avlidna eller återinskrivna efter hjärtsvikt	54	36

*Av figur 8:1 framgår avgränsningen av omfattande sjukvård och omfattande omsorg.

Källa: egna bearbetningar av socialtjänst och patientregistret.

Det finns indikationer på att tillgången till omsorg minskar återinskrivningarna vid sjukhus efter stroke och hjärtsvikt. Indikatorvärdet för stroke och hjärtsvikt är mycket olika mellan de mest sjuka äldre som får omsorg och omfattande sjukvård jämfört med dem som endast har omfattande sjukvårdsinsatser. Andelen återinsjuknade och andelen avlidna är mer än dubbelt så stor bland strokepatienter som har omfattande sjukvård men inga omfattande omsorgsinsatser, jämfört med strokepatienter som har både omfattande sjukvård och omfattande omsorgsinsatser. Det är 50 procent fler som återinsjuknar eller avlider bland hjärtsviktpatienter som endast har omfattande sjukvård jämfört med dem som har både omfattande sjukvårds- och omsorgsinsatser. Resultaten visar också att det möjligen skulle gå att undvika en del av slutenvården för de mest sjuka äldre. Andelen med undvikbar slutenvård är högre bland dem som både får omfattande omsorg och hälso- och sjukvård än bland dem som endast får omfattande sjukvård, 18 procent jämfört med 13 procent.

Det finns stora skillnader i funktionstillstånd och allmänt hälsotillstånd mellan de mest sjuka äldre som har, respektive inte har, omfattande omsorgsinsatser. Skillnaderna kan delvis förklara att grupperna har olika förekomst av återinskrivningar och onödiga inläggningar [9]. De stora skillnaderna för stroke och hjärtsvikt kan dock indikera att färre behöver återinskrivas på sjukhus om de

har nära till omsorg och vård i de särskilda boendena och inom hemtjänsten och hemsjukvården.

Stor skillnad i funktionstillstånd mellan äldre i särskilt boende och hemtjänst

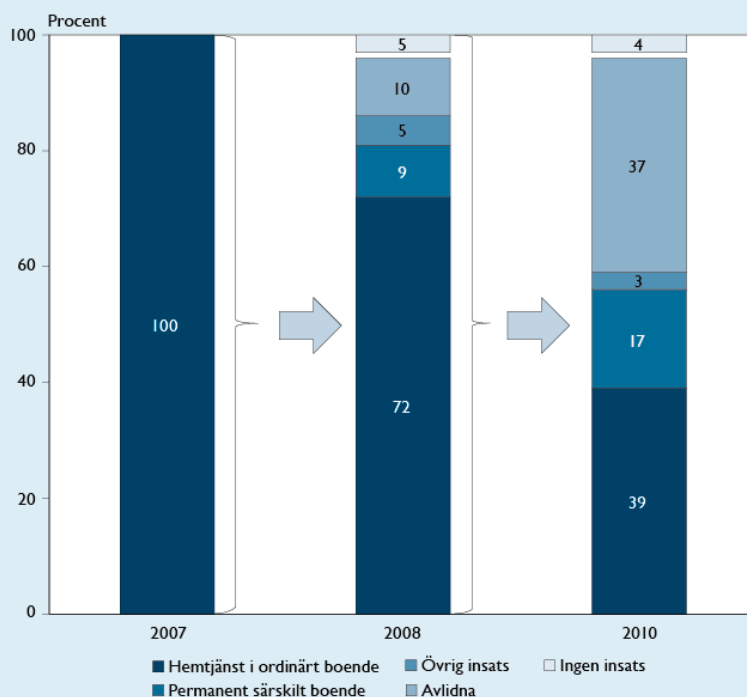
Det finns mycket stora skillnader i funktionstillstånd mellan de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende och de som får omfattande hemtjänst med mer än 25 timmar hemtjänst per månad. Inom SNAC-studien ("The Swedish national study on ageing and care") har forskare samlat in uppgifter om äldres funktionella status i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm [10,11], och skapat ett index som väger samman ADL-beroende (beroende av hjälp med aktiviteter i dagliga livet), rörelsehinder, kognitiv nedsättning och inkontinens [9]. SNAC-studien visar att det finns betydande skillnader i det genomsnittliga funktionstillståndet mellan äldre personer som bor i särskilt boende och de äldre som får omfattande hemtjänst, samt de äldre som varken får omfattande hemtjänst eller har särskilt boende. Sämst funktionstillstånd har de som bor permanent i särskilt boende och bäst funktionstillstånd har de som inte har omsorg. Dessa uppgifter beskriver dock endast förhållandena i den aktuella stadsdelen och gäller inte nödvändigtvis landet i övrigt.

Nya uppgifter om äldres väg genom omsorgen

Äldre personer som bor permanent i särskilt boende stannar oftast kvar där fram till sin död. Av dem som bodde i särskilt boende 2007 hade 22 procent avlidit ett år senare och sammanlagt 62 procent hade avlidit tre år senare, 2010. Endast några enstaka procent av de boende hade flyttat till ordinärt boende och får istället hjälp av hemtjänsten, andra insatser (bland annat dagverksamhet och hemsjukvård) eller inga insatser alls.

För äldre personer med hemtjänst är situationen mer föränderlig. Genom registret över socialtjänstens insatser för äldre har Socialstyrelsen identifierat alla personer som hade biståndsbeslutad hemtjänst 2007 och följt dem fram till och med 2010 (se diagram 8:3). Efter tre års uppföljning hade 35 procent av de äldre fortfarande hemtjänst och en ungefär lika stor andel hade avlidit. Omkring 10 procent hade inte någon insats från socialtjänsten ett år senare, men i slutet av uppföljningsperioden var den totala andelen personer utan insats mycket liten.

Diagram 8:3 **Fyra års uppföljning av överlevnad och socialtjänstinsatser för alla personer 65 år eller äldre som hade biståndsbeslutad hemtjänst 2007.**



Diagrammet visar hur socialtjänstens insatser fördelar sig i gruppen efter ett år och efter fyra år.
Källa: SoL-registret, Socialstyrelsen.

Fler äldre köper privata tjänster

Många personer som är 80 år eller äldre behöver hjälp i någon form, även om de inte har insatser från kommunens äldreomsorg [12]. Mest hjälp behöver de med vardagliga sysslor, sociala aktiviteter och servicetjänster, och det gäller framför allt kvinnor, ensamstående och äldre med dålig självupplevd hälsa. Dessa äldre får oftast hjälp från anhöriga och i vissa fall hjälper grannarna till med en del småtjänster. Dessutom köper 15 procent av männen och 10 procent av kvinnorna privata tjänster, främst hjälp med städning [12].

65 procent av dem som inte har hjälpinsatser uppger att de behöver hjälp. Endast omkring 3 procent har ansökt om kommunal äldreomsorg eller har övervägt att söka sådan. En avsevärd del av de hjälpbehov som uppgavs ingår dock normalt inte i rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL). De äldre har olika skäl till att inte ansöka om äldreomsorg, men några anser att avgifterna för hemtjänst är för höga. En del väljer i stället att köpa hjälp privat och göra avdrag på skatten genom RUT¹⁹.

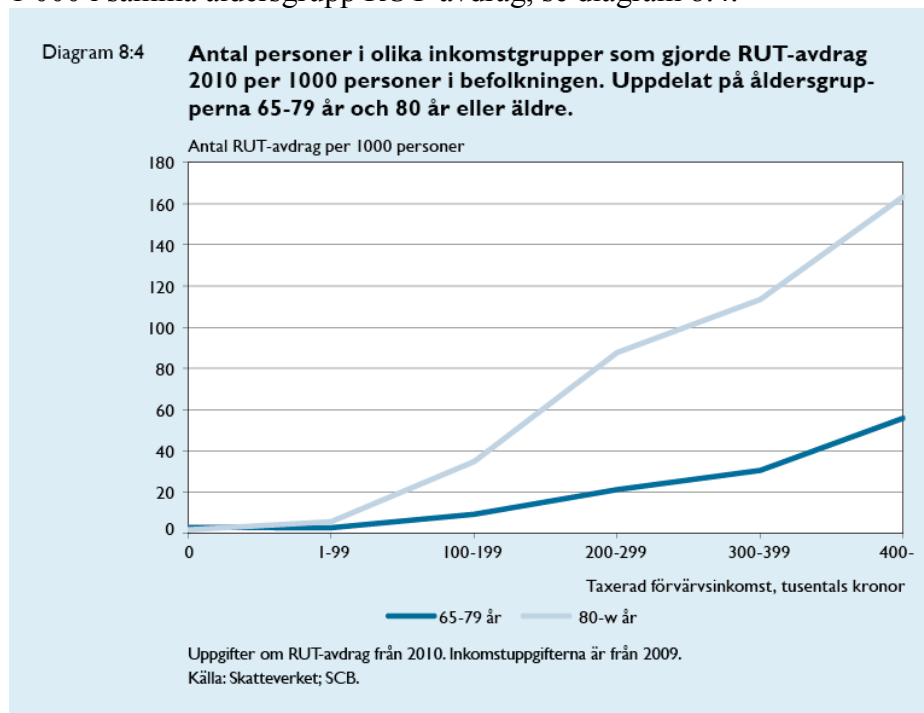
År 2005 och 2006 beräknade Statistiska centralbyrån [13] att 40 700 personer i gruppen 75 år eller äldre avstod från hemtjänst på grund av kostnaden. Andelen är högre bland äldre med lägre inkomst och bland ensamboende, än bland övriga äldre. Detta är en kraftig ökning jämfört med motsvarande uppgifter för åren 2003 och 2004 [14]. Tyvärr finns det inga aktuella uppgifter om hur många äldre som avstår från hemtjänst på grund av kostnaden.

¹⁹ RUT är en förkortning av Rengöring, Underhåll och Tvätt.

Det finns också andra anledningar till att äldre personer avstår från den kommunala hemtjänsten [12], till exempel bristande kvalitet och alltför dålig personkontinuitet. Under åren 2008–2010 mätte 57 kommuner personkontinuiteten för personer med två eller fler hemtjänstinsatser per dag mellan klockan 7 och 22. Resultaten visade att dessa hemtjänstmottagare under 14 dagar i genomsnitt mötte 13 vårdbiträden eller undersköterskor som gav dem vård och omsorg. Genomsnittet var oförändrat under perioden. Det bästa resultatet 2010 var 7 olika personer per hemtjänstmottagare, vilket kan jämföras med 19 i den kommun som hade sämst personkontinuitet [15].

Antalet äldre personer som använder RUT-avdraget ökar och medelbeloppen för avdraget skiljer sig inte nämnvärt mellan olika inkomstgrupper. Flest avdrag görs bland personer som har en taxerad årsinkomst på 100 000–199 000 kronor, och näst flest avdrag görs i inkomstgruppen 400 000 kronor eller mer. De redovisade uppgifterna avser de äldre som själva använder RUT-avdrag, och omfattar inte situationer när barn eller andra närstående köper insatser till den äldre personen.

Det går också att visa förekomsten av avdrag i ett befolkningsperspektiv men då måste uppgifterna relateras till antalet personer i befolkningen som tillhör de olika inkomstgrupperna (se diagram 8:4). Omräknat till antal avdrag per 1 000 personer i befolkningen blir det tydligt att andelen som gör RUT-avdrag ökar med en ökande taxerad förvärvsinkomst. Drygt 160 av 1 000 personer gör RUT-avdrag i gruppen som är 80 eller äldre med en taxerad årsinkomst på 400 000 kronor eller mer. I inkomstgruppen 100 000–199 000 kronor gör 35 av 1 000 i samma åldersgrupp RUT-avdrag, se diagram 8:4.



Studier visar att äldre personer med låga inkomster och låg utbildningsnivå i högre grad får hjälp av närstående, medan de med höga inkomster oftare köper tjänster på marknaden [16].

Färre anställda – lika mycket arbete

Antalet månadsanställda i kommunernas vård och omsorg om äldre minskade med 13 500 personer under åren 2007–2010. Enskilda utförare utför en ökad

andel av den vård och omsorg som kommunerna finansierar (det vill säga andra utförare än kommunen själv), och därför är en ökad andel av personalen anställd hos dem. Det totala antalet anställda har dock minskat inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen oavsett utförare, och minskningen var 11 400 personer under åren 2007–2010.

Från de äldres perspektiv är det relevant att följa upp den sammanlagda tid som personalen ägnar åt att utföra sitt arbete, snarare än att se till antalet anställda personer. Den sammanlagda tiden kan redovisas som antalet årsarbeten. Antalet årsarbeten var i stort sett oförändrat åren 2007–2010. En begränsning i denna analys är att enskilda utförare och kommunala utförare antas ha samma personaltäthet och att personalen antas ha samma sammansättning och långtidsfrånvaro hos enskilda utförare som hos kommunala. Antagandet innebär en viss överskattning av personalvolymen, för det finns uppgifter som visar att personalbemanningen är lägre i särskilda boenden som drivs av enskilda utförare än i kommunalt drivna boenden. Långtidsfrånvaron har räknats bort men korttidsfrånvaron har inte beaktats i denna beskrivning. Om korttidsfrånvaron täcks med timanställda är detta volymbortfall beaktat, men inte annars.

Tabell 8.3. Antal anställda samt antal årsarbeten inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre, åren 2007 – 2010, avrundade värden

	Anställningsform	2007	2008	2009	2010
Kommunanställda*	Månadsanställda	162 900	160 800	155 400	149 400
	Timanställda	43 400	42 400	41 400	42 900
Anställda hos enskilda utförare**	Månadsanställda	26 400	24 900	26 400	27 900
	Timanställda	6 900	6 600	7 000	8 000
Totalt antal anställda		239 600	234 700	230 200	228 200
Antal årsarbeten, exkl. långtidsfrånvaro***		163 100	162 400	161 800	163 900

Antalet anställda inkluderar långtidslediga och sjukskrivna.

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

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

*** Med långtidsfrånvaro avses frånvaro 30 dagar eller längre för föräldraledighet, sjukdom, utbildning m.m.

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

Den oförändrade personalvolymen kan sättas i förhållande till att det är 1 300 färre personer som bor permanent i särskilt boende, 700 färre som bor i korttidsboende och 12 100 fler som får hemtjänst. Mellan 2007 och 2010 ökade antalet beviljade hemtjänsttimmar från 4,1 miljoner timmar till 4,7 miljoner timmar [5,17].

En allt mindre andel av äldre personer bor alltså i särskilt boende och hjälpbehovet bland dem kan förväntas öka över tid, men uppgifter visar att personaltätheten i dessa var i stort sett oförändrad under perioden 2007 – 2010. År 2007 fanns i genomsnitt 1,05 årsarbetare från olika yrkesgrupper per äldre person inom boendet, och motsvarande för 2010 var 1,03 årsarbetare. Personaltätheten är cirka 10 procent lägre i boenden som drivs av enskilda utförare jämfört med de kommunalt drivna, vilket är anmärkningsvärt [18]. En lägre genomsnittsbe-manning kan bero på att de äldre i olika driftsformer har olika behov av insat-ser, men det finns inga tecken på några sådana skillnader. Det finns så många enskilt drivna boenden att de bör inkludera ungefär samma variation av vård- och omsorgsbehov som de kommunalt drivna boendena.

Självbestämmande och delaktighet

Fler äldre har en genomförandeplan

Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Personen bör också ha en genomförandeplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. Denna plan bör i regel upprättas inom den verksamhet som ansvarar för det praktiska genomförandet, och det bör bland annat framgå hur den enskilde har haft inflytande på planeringen (SOSFS 2006:5, 6 kap. 1 § AR). Det är viktigt att genomförandeplanen är aktuell och att den uppdateras vid behov tillsammans med den enskilde.

En allt större andel äldre personer är delaktiga i utformningen av genomförandeplanen [19], antingen själva eller genom en företrädare. Denna plan följs upp relativt ofta av kommunen, men detta garanterar inte att de äldre verkligen är delaktiga i de dagliga aktiviteterna. För 60 procent av de äldre som hade varit delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen följdes minst en sådan plan upp under andra halvåret 2010. I hemtjänsten fick hälften av de äldre en sådan uppföljning, jämfört med 69 procent i särskilt boende och 63 procent av de personer som beviljats dagverksamhet [18].

Socialstyrelsen har gjort en tillsyn som visar att de särskilda boendena ofta är rutinstyrda och präglas av ett kollektivt förhållningssätt till de boende. Innehållet i genomförandeplanerna behöver också utvecklas så att det stämmer med det gällande regelverket. Socialstyrelsen bedömer också att planen inte alltid innebär en reell möjlighet att påverka insatsernas utförande. Äldre kan alltså vara delaktiga i att upprätta genomförandeplaner utan att ha någon verklig delaktighet i den dagliga vården och omsorgen [20,21].

Socialstyrelsen har undersökt äldre personers egna uppfattningar om möjligheterna att påverka sin hemtjänst, i tre nationella undersökningar år 2008, 2010 och 2011. Resultaten redovisas på en skala från 1 till 10, och medelvärdet år 2011 var 7,6 på frågan som gällde om personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål. Motsvarande värde var 6,8 ifråga om möjligheterna att påverka vid vilka tider hjälpen ges. Som framgår av tabell 8:4 finns inga skillnader i de äldres svar mellan åren, men det finns genomgående stora skillnader mellan det högsta och det lägsta kommunvärdet [22].

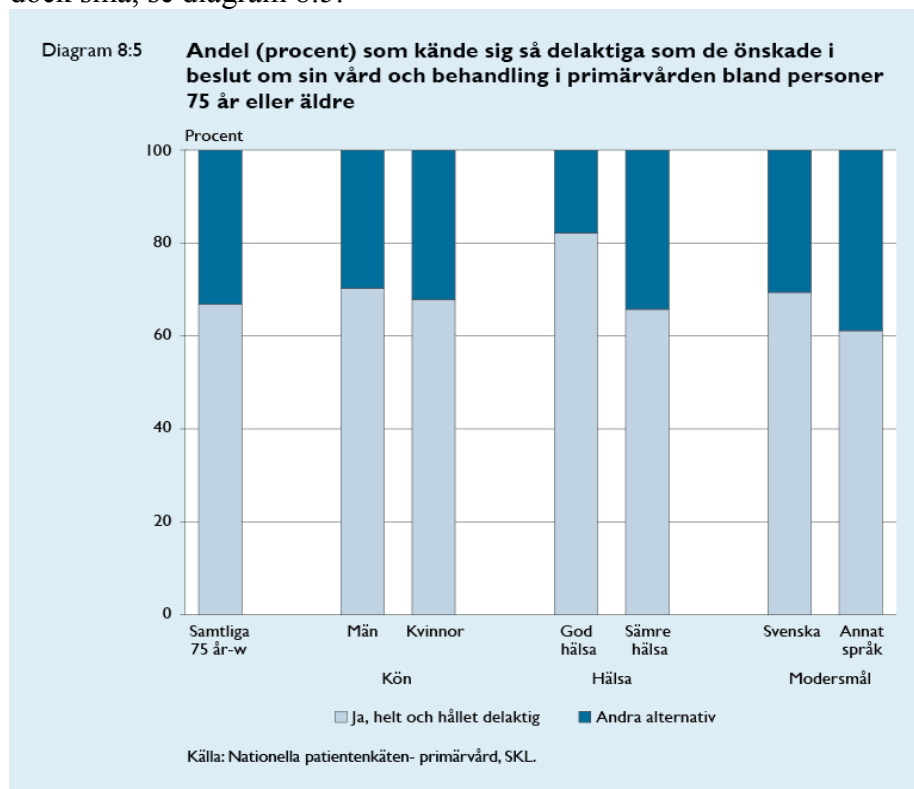
Tabell 8:4. Hemtjänstmottagares bedömning av sitt inflytande på hemtjänsten (index i skala 1–10 där 1 är minst nöjd och 10 är mest nöjd)

Index per kommun, 1–10	Hur nöjd är du med dina möjligheter att påverka vid vilka tider du får hjälp?			Hur nöjd är du med hur personalen tar hänsyn till dina åsikter och önskemål?		
	2008	2010	2011	2008	2010	2011
Medel, kommunvärde	6,9	7,1	6,8	7,5	7,8	7,6
Lägsta kommunvärde	5,5	5,7	5,4	6,1	6,6	6,3
Högsta kommunvärde	8,7	8,4	8,3	8,9	8,9	9,3

Källa: Den nationella undersökningen av äldres uppfattningar om hemtjänst och särskilt boende 2008, 2010, 2011, egen bearbetning

Patientenkäten är en nationell undersökning av patienters bedömning av hälso- och sjukvården. Under 2010 genomfördes den för andra gången inom primärvården. Närmare 70 procent av dem som besvarade patientenkäten och som är 75 år och äldre uppgav att de känner sig delaktiga i beslut om sin vård och be-

handling, så mycket som de önskar. Störst andel som känner sig delaktiga finns bland äldre med god självupplevd hälsa. Andelen är något mindre bland äldre personer som inte har svenska som modersmål. Skillnaden mellan grupperna är dock små, se diagram 8:5.



Avsikten med valfrihetssystemet inom primärvården är bland annat att stärka patienternas självbestämmande. Uppföljningar visar emellertid att den enskilde inte automatiskt får en starkare ställning. Det gäller särskilt de mest sjuka äldre som är svaga aktörer i vårdvalssystemet eftersom de har svårare att söka information om alternativen. Det är en nackdel när det är möjligheten att välja annan utförare och inte kontinuitet som prioriteras. De mest sjuka äldre missgynnas också när enskilda personer får ett större ansvar för att samordna sina egna vård- och omsorgsinsatser och när nybesök prioriteras, även om det inte är motiverat ur medicinsk synpunkt.

Det finns också risk för kvalitetsskillnader i vården av de mest sjuka äldre beroende på om de äldre har engagerade anhöriga eller inte. De mest sjuka äldre behöver därför särskilt stöd för att inte missgynnas av valfrihetssystemen, både för att söka information, bedöma kvalitet och välja utförare [23].

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Sammanfattningsvis beskriver det här avsnittet att personalen i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre har förhållandevis låg utbildningsnivå, och att en större andel bör ha eftergymnasial utbildning för att ge goda förutsättningar för en kunskapsbaserad vård och omsorg. Dessutom är tillgången till geriatrisk och gerontologisk kompetens alltför låg i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det finns brister i vården och omsorgen om personer med stroke och i äldres läkemedelsbehandling som leder till livskvalitetsförluster för många äldre personer. Det är viktigt med löpande uppföljningar, utvärderingar och dokumentationer av läkemedelsbehandlingen, och sjukhus och vårdcentra-

ler behöver samspela bättre för att ta fram rutiner för uppföljning och informationsöverföring. Enskilda utförare har genomsnittligt en annan sammansättning av personalen än kommunala utförare.

Låg utbildningsnivå

Generellt har personalen i den vård och omsorg som kommunerna finansierar en förhållandevis låg formell yrkesutbildning. År 2010 var åtta av tio av de månadsanställda i särskilt boende vårdbiträden eller undersköterskor.

Andelen med en gymnasial yrkesutbildning inom vård och omsorg har ökat under de senaste åren, från 76 procent år 2007 till 81 procent 2010 för månadsanställda vårdbiträden och undersköterskor i särskilt boende. Genomsnittet för enskilda utförare och kommunala utförare låg på ungefär samma nivå för dessa år.

Det är viktigt med god tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården samt högskoleutbildad personal inom äldreomsorgen eftersom det ökar möjligheterna till att utveckla en mer kunskapsbaserad vård och omsorg. Nedanstående tabell visar hur andelen sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och enhetschefer i särskilt boende utvecklades under perioden 2008–2010, fördelat på kommunala och enskilda utförare.

Tabell 8:5. Andel årsarbeten chef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast i personalen på särskilda boenden under åren 2008 – 2010, uppdelat på driftsform (procent)

	Driftsform	Chefer	Sjuksköterskor	Arbetsterapeuter	Sjukgymnaster
2010	Kommunal	3,4	7,7	2,9	2,7
	Enskild	4,4	9,0	2,4	2,6
	Totalt	3,5	7,9	2,9	2,7
2009	Kommunal	3,5	7,6	2,8	2,6
	Enskild	4,0	9,2	2,2	2,0
	Totalt	3,5	7,6	2,8	2,6
2008	Kommunal	3,3	7,5	2,5	2,3
	Enskild	4,1	9,2	1,8	1,9
	Totalt	3,4	7,5	2,4	2,2

Källa: Uppgifter från Öppna jämförelser, Äldreguiden, egen bearbetning.

Sett till den totala personalen ökade andelen sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster något under de tre åren, medan andelen enhetschefer var oförändrad. Enskilda utförare har för samtliga redovisade år en större andel chefer och större andel sjuksköterskor än vad kommunerna har. Bland de enskilda utförarna utgör dock arbetsterapeuter och sjukgymnaster en mindre andel av personalen än i de kommunalt drivna boendena.

Geriatrisk och gerontologisk kompetens bör stärkas

Det finns en stor brist på geriatrisk och gerontologisk kompetens²⁰ bland personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Grundutbildningar innehåller alltför få sådana moment och det är inte tillräckligt många yrkesverksamma som väljer att gå en specialist- eller vidareutbildning inom området [24].

Tillgången på läkare med specialistutbildning i geriatrik är i stort sett oförändrad, mätt som antalet tjänster i förhållande till antalet personer i befolkningen som är 80 år eller äldre. 2009 fanns det 94,5 geriatriker per 100 000 personer 80 år eller äldre i befolkningen. Tio år tidigare, år 1999, var motsvarande antal 91,4 geriatriker.

Skillnaderna i tillgång på geriatriker är stora mellan landstingen, och i fyra landsting finns endast tre eller färre geriatriker. Uppgifterna avser endast geriatriker som arbetar inom sin egen specialitet. Ytterst få sjuksköterskor har specialistutbildning inom vård av äldre, vilket är anmärkningsvärt [25]. Tillgången på geriatrisk kompetens är även relaterad till förekomsten av geriatriska vårdplatser, som är mycket ojämnt fördelade mellan landstingen. I fem landsting – Sörmland, Blekinge, Värmland, Jämtland och Gotland – fanns det 2010 överhuvudtaget inga geriatriska vårdplatser [26]. Tillgången i förhållande till den äldre befolkningens storlek är störst i Stockholms, Västerbottens, Uppsala och Jönköpings län. Antalet geriatriska vårdplatser i landet har minskat något sedan 2008, förutom i Östergötlands läns landsting och Landstinget Kronoberg som 2010 hade nästan dubbelt så många vårdplatser som 2008 [15].

Är äldreomsorgen kunskapsbaserad?

För att utveckla en kunskapsbaserad verksamhet bör personalen vara positiva till forskningsbaserad kunskap, och i det sammanhanget har enhetscheferna en viktig uppgift. År 2007 och 2010 gjorde Socialstyrelsen en kartläggning av de kommunala enhetschefernas uppfattningar om säkerställd kunskap som stöd i sitt arbete [27,28]. Resultaten visar att chefer inom äldreomsorgen mer sällan tar del av forskning jämfört med chefer inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Det är väsentligt vanligare att chefer inom IFO använder manualbaserade metoder (34 procent) än bland cheferna inom äldre- och handikappomsorgen (3 procent). Användningen av behovsbedömningsinstrument inom äldreomsorgen minskade under åren 2007–2010, samtidigt som den ökade inom IFO. Cheferna inom IFO upplever också större behov av nya metoder för att utvärdera personalens arbete eller nya arbetsmetoder än cheferna inom äldre- och handikappomsorgen (65 procent respektive 41 procent år 2010).

En annan viktig förutsättning är att enhetscheferna har en god kunskapsgrund och att de inte har alltför många medarbetare att leda. Inom kommunernas vård och omsorg om äldre saknar 10 procent av enhetscheferna eftergymnasial utbildning och 37 procent har som högst en tvåårig sådan utbildning. Hälften av enhetscheferna har en högskole- eller universitetsutbildning som omfattar minst 120 poäng, enligt det gamla poängsystemet [28].

Vid kommunala särskilda boenden ska enhetscheferna i genomsnitt leda nästan 30 medarbetare. I enskilt driven vård och omsorg om äldre är det i genomsnitt 23 medarbetare per enhetschef [14].

²⁰ Med geriatrik avses läran om sjukdom hos äldre, och med gerontologi avses läran om åldrandet och åldersrelaterade förändringar i livsprocesser från uppnådd mognad till personens död.

Bättre samverkan i stroke-rehabilitering och bättre anhörigstöd behövs

Samverkan mellan kommuner och landsting leder till bättre resultat för personer som har insjuknat i stroke. Många kommuner och landsting har dock en otydlig ansvarsfördelning när det gäller rehabilitering såväl i korttidsboende som i ordinärt boende. Det finns flera kommuner som inte erbjuder rehabilitering efter stroke trots att alla kommuner har ansvaret enligt lag i korttidsboenden och enligt avtal när de har tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Det är några av de slutsatser som Socialstyrelsen drar i rapporten *Nationell utvärdering 2011 – Strokevård* [29].

Rapporten redovisar den första utvärderingen av kommunernas och landstingens strokevård. Utgångspunkten är bland annat god hälsa, vård och omsorg och de nationella riktlinjerna för strokesjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009. I utvärderingen identifierar Socialstyrelsen ett antal förbättringsområden för både kommuner och landsting.

Skillnaderna mellan landstingen och kommunerna i andelen personer som uppger att de ofta eller ständigt är nedstämda efter sin stroke är mycket stora, framför allt tolv månader efter insjuknandet. Utvärderingen visar att rikets genomsnitt var cirka 15 procent år 2008/2009, men andelen varierade och var 2–42 procent i kommunerna. Personer som har insjuknat i stroke är i högre utsträckning nedstämda jämfört med befolkningen generellt. Denna nedstämdhet kan bero på själva hjärnskadan men också på den förändrade livssituationen och resultatet av rehabiliteringen. Samtidigt kan nedstämdheten ha en negativ inverkan på rehabiliteringens resultat.

Utvärderingen visar också att äldre personer i lägre utsträckning får vård på en strokeenhet, trots att det finns undersökningar som visar på högre överlevnad och bättre funktionsförmåga efter stroke om personen vårdas vid en strokeenhet, oavsett ålder, kön och hjärnskadans svårighetsgrad. Vidare finns det uppgifter som tyder på att tandvården är eftersatt för äldre som har insjuknat i stroke eller att det finns brister i tillgängligheten, eftersom äldre personer med stroke i mindre utsträckning än övriga befolkningen i samma ålder besöker en tandläkare eller tandhygienist.

En annan indikator gäller andelen personer med stroke som tre månader efter insjuknandet är beroende av anhörigas stöd och hjälp. Utvärderingen visar att andelen var i stort sett oförändrad år 2004–2009 men att beroendet av anhöriga verkar öka med åldern. Vidare är det ovanligt med stöd till anhöriga som hjälper en äldre person efter stroke, och endast 6 procent uppger att de hade någon form av anhörigstöd från kommunen.

Fler resultat från utvärderingen redovisas under kapitlet Hälso- och sjukvård i denna lägesrapport.

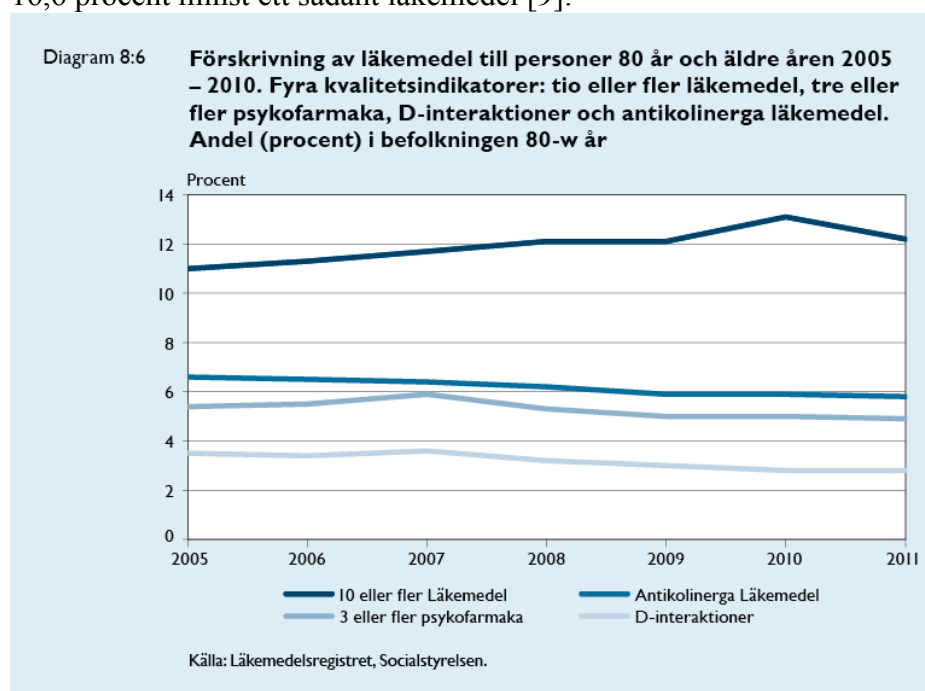
Fortfarande stora problem i läkemedelsförskrivning till äldre

I dag har äldre personer nästan dubbelt så många förskrivna läkemedel som för 20 år sedan. Genomsnittet är sex preparat per person, men äldre personer med sviktande funktioner och/eller olika sjukdomar har i genomsnitt tio preparat per person. Äldre med nedsatt funktionstillstånd är också mest känsliga för läkemedel [30].

Vissa förbättringar av äldres läkemedelsbehandling skedde under åren 2005–2011, och bland annat minskade användningen av psykofarmaka och antikoli-

nerga²¹ läkemedel. Socialstyrelsen ser också en minskning i samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka och av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner, det vill säga kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras omsättning eller verkan och som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser. Andelen äldre som har tio eller fler läkemedel ökade fram till 2010. Mätningen för 2011 gjordes under en annan tid på året än de föregående mätningarna, vilket kan ge lägre värden på grund av säsongsvariationer. Den lilla topp som ses för år 2010 kan därför vara en tillfällighet.

Socialstyrelsen har börjat använda en ny läkemedelsindikator som mäter läkemedel som bör undvikas om det inte finns särskilda skäl. Resultaten visar att 11,9 procent av befolkningen 80 år och äldre i Sverige har en förskrivning på minst ett sådant läkemedel. I gruppen mest sjuka äldre använder i genomsnitt 16,6 procent minst ett sådant läkemedel [9].



Läkarna själva anser att bristande kontinuitet i läkarkontakten är en viktig orsak till problem med läkemedelsanvändningen, till exempel om patienten går till olika läkare och/eller behandlas av olika vårdinstanser. Ett annat problem är inhyrda läkare som inte hinner sätta sig in i patienternas sjukdomsbild och medicinska historia [31].

Tillgänglig vård och omsorg om äldre

I det här avsnittet konstaterar Socialstyrelsen att det finns tecken på att väntetiderna till särskilda boenden för äldre har blivit kortare. Däremot är behandlingen av äldre otillfredsställande på sjukhusens akutmottagningar. Väntetiderna är för långa och de mest sjuka äldres särskilda behov beaktas inte alltid. De flesta äldre är dock nöjda med tillgängligheten när det gäller att kontakta primärvården via telefon. Landstingens förfrågningsunderlag inom primärvården beskriver alltför sällan de mest sjuka äldres behov och vården klarar inte i tillräcklig

²¹ Läkemedel med antikolinerga effekter och bieffekter som kan ge kognitiva störningar hos äldre (alltifrån lättare minnesstörningar till förvirring), till exempel medel mot inkontinens och vissa psykofarmaka.

utsträckning att möta de äldres behov av en tillgänglig, flexibel och kompetent vård.

Kortare väntan på särskilt boende

Väntetiden för att få en plats på ett permanent särskilt boende har minskat i de 41 kommuner som lämnade uppgifter för åren 2008 och 2010 om hur lång tid en person i genomsnitt får vänta mellan ansökan och inflyttning. År 2010 var den genomsnittliga väntetiden 47 dagar mellan ansökan och inflyttning och 2008 var den 59 dagar. Längst respektive kortast väntetid år 2010 var 143 respektive 0 dagar [18].

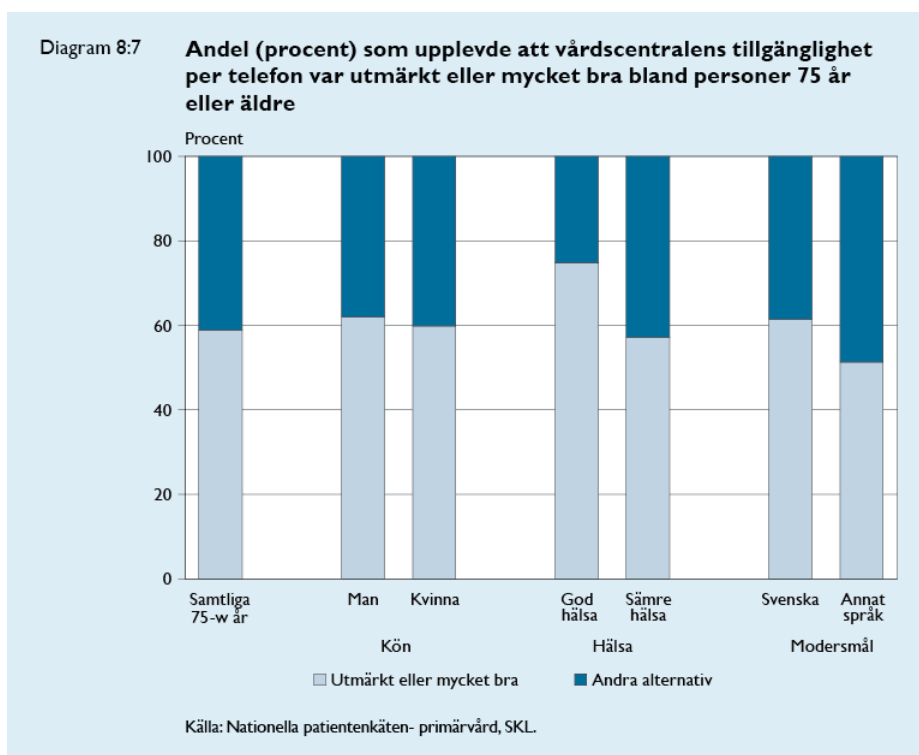
Kommunernas biståndsbeslut ska i princip verkställas omgående. Om det dröjer mer än tre månader ska detta rapporteras till Socialstyrelsen. De rapporterade ärendena har blivit fler sedan dessa bestämmelser infördes 1 juli 2006. År 2008 rapporterades 5 530 beslut som inte var verkställda inom tre månader och 2010 var motsvarande siffra 6 500 beslut, varav de flesta gällde särskilt boende. Fram till och med tredje kvartalet 2011 hade dock anmälningarna minskat i förhållande till 2010.

Äldre far ofta illa på akutmottagningar

Äldres väntetid till en första läkarbedömning är i genomsnitt en timme och 20 minuter, enligt Socialstyrelsens kartläggning av akutmottagningar [32]. Äldre patienter behöver ofta ett snabbt omhändertagande på en akutmottagning för att slippa onödiga komplikationer som kan vara livshotande eller leda till avsevärt sänkt livskvalitet. Socialstyrelsen gjorde år 2006 en tillsyn av 56 akutmottagningar när det gäller personer som är 80 år eller äldre, och den visade att medelvistelse tiden var knappt fyra timmar. Mindre än hälften av personalen uppger att de tar hänsyn till patientens ålder vid prioritering. Tillsynen visar också att intresset hos ledningen eller personalen är svagt för att öka kunskaperna om äldres specifika förutsättningar. Det saknas också egenkontroller och systematiska uppföljningar av väntetiderna för äldre patienter. Många patienter kan inte heller övervakas på ett lämpligt sätt utan att göra avsteg från sekretess och integritetsskydd [33].

Primärvårdens insatser och tillgänglighet bör utvecklas

Omkring 60 procent av patienterna 65 år och äldre tycker att deras vårdcentralers telefontillgänglighet är mycket bra eller utmärkt [34]. Det finns inga skillnader utifrån patienternas kön, ålder eller utbildningsnivå, men av de äldre med ett annat modersmål än svenska är det bara hälften som tycker att vårdcentralens telefontillgänglighet är bra eller utmärkt. Problem med att tala och förstå svenska kan göra det svårt för patienten att kommunicera med mottagningens personal eller uppfatta inspelade meddelanden. De äldre med god självupplevd hälsa är mest nöjda med telefontillgängligheten, och den gruppen är generellt sett mer nöjd än andra enligt flera av Socialstyrelsens undersökningar.



Socialstyrelsen har granskat landstingens förfrågningsunderlag och funnit att de alltför sällan beskriver gruppen mest sjuka äldres särskilda behov av primärvård. Landstingen arbetar för att utveckla primärvårdens insatser och arbetssätt, men för närvarande klarar vården inte att fullt ut möta gruppens behov. Insatserna består av sedvanliga mottagningsbesök hos läkare, medverkan i förebyggande hembesök, läkemedelsgenomgångar samt läkarmedverkan i hemsjukvård. Primärvårdens uppdrag, insatser och arbetsformer behöver utvecklas i nära samverkan med äldreomsorgen och den specialiserade hälso- och sjukvården, för att skapa en väl samordnad vård och omsorg som ger de mest sjuka äldre en god vård och omsorg utanför sjukhusen [23].

Rättssäker och patientsäker vård och omsorg om äldre

I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen att mindre än var femte äldre person som får omsorg i särskilt boende har fått ett särskilt beslut om vilka insatser de ska få. Resultatet är bättre när det gäller riskbedömningar för trycksår, fall och undernäring som genomförs allt oftare i särskilt boende, och i högre grad i enskilt drivna boenden än i kommunala, enligt uppgifter från verksamheterna. Antalet lex Maria-ärenden i särskilt boende har ökat, medan det är för tidigt att bedöma utvecklingen av lex Sarah-ärenden efter förändringarna i regelverket vid halvårsskiftet 2011. Kommunerna arbetar för att förbättra vårdhygienen, men har för liten tillgång till kompetens inom detta område.

Allt för få får beslut om insatser i särskilt boende

Av 8 kap. 2 § SoL framgår att bostaden i en särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre människor är skild från den service och omvårdnad (hemtjänst) som den äldre får i bostaden. Om nämnden fattar två beslut när äldre personer får beslut om ett permanent särskilt boende så kan det framgå det

tydligare vad den enskilde har beviljats: ett beslut om bostaden och ett beslut om hemtjänstinsatserna i detta boende. I de flesta fall är det inte aktuellt att tidsbegränsa beslutet om bostaden medan hemtjänstinsatserna kan variera under den tid den äldre bor i den särskilda boendeformen. (JO 2003/04 s. 324).

Den 1 november 2010 var det dock bara 38 av landets 290 kommuner som hade fattat två beslut för samtliga boende. Dessa kommuner är spridda över landet men systemet med två beslut är dock vanligare i Kronobergs, Gävleborgs och Västerbottens län [17]. Beslutet om insatser är utgångspunkten när utföraren upprättar en genomförandeplan, det vill säga planerar hur de beviljade insatserna ska genomföras i praktiken (SOSFS 2006:5 allmänna råd till 6 kap. 1 §.).

Av de äldre som bor permanent i särskilt boende har bara 17 procent fått ett särskilt beslut om insatserna. Det innebär att de andra inte har fått någon individuell behovsprövning och att kommunens beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § därmed inte anger vilken hjälp de ska få när de kommer till boendet. I stället är det utföraren som avgör vilka insatser den äldre ska få i samband med att en genomförandeplan upprättas. Av ett beslut bör det alltid framgå vad biståndsinsatsen innebär i praktiken, dvs. en närmare beskrivning av vad insatsen innebär för den enskilde. (JO den 6 april 2000, dnr 699-1999). Detta kan även aktualisera frågan om att uppgifter som innefattar myndighetsutövning inte kan överlåtas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Rättssäkerheten inom äldreomsorgen har fortfarande brister

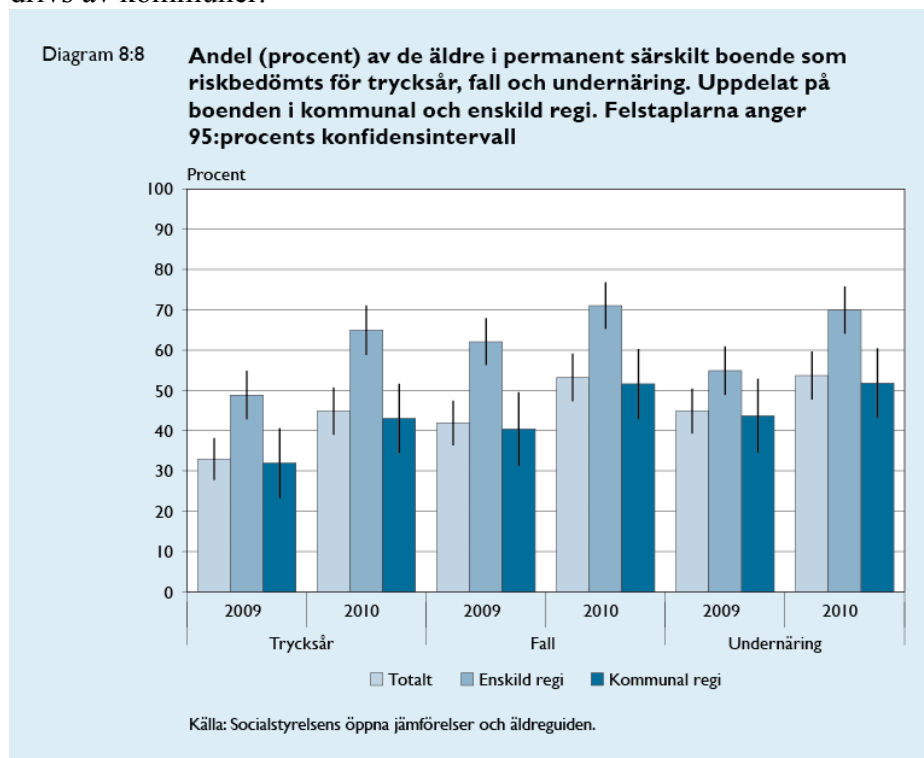
Socialstyrelsens tillsyn visar att det fortfarande finns brister i handläggningen av ärenden inom äldreomsorgen [20].

Flera kommuner fattar beslut om bistånd för vissa hemtjänstinsatser efter någon form av förenklad handläggning eller utan att göra någon individuell behovsprövning. Detta gäller framför allt så kallade serviceinsatser och matdistribution men förekommer också i ärenden som rör personlig omvårdnad och trygghetslarm. Utan en individuell behovsprövning kan beslutet i stället utgå från den enskildes ålder och kommunen tillhandahåller då någon form av standardiserad insats. I andra fall utgår beslutet från en överenskommelse mellan den äldre och handläggaren, alternativt en representant för utföraren om vilken hjälp den enskilde personen ska få. Detta sätt att fördela tjänster stämmer inte med socialtjänstlagens bestämmelser om att beslut om bistånd ska fattas efter en individuell behovsprövning.

Tillsynen visar vidare att många biståndsbeslut om insatser inte uppfyller kraven på tydlighet. De är utformade som rambeslut och anger att den äldre är beviljad hemtjänst ett visst antal timmar under en tidsperiod. Beslutet anger dock inte vilka insatser personen ifråga är beviljad hjälp med, hur omfattande de ska vara eller hur ofta de ska ges. I stället får personalen i hemtjänsten eller det särskilda boendet bedöma och besluta vilken hjälp den äldre kan få, vilket innebär att planeringen av insatser sker utifrån personalens förutsättningar eller verksamhetens bedömningar av vilka insatser som ska ges. Då finns en risk för att det inte är den äldres behov som styr insatserna, utan resurstillgången. Socialstyrelsen är kritisk till rambeslut och ifrågasätter om de uppfyller kraven på rättsäkerhet [20].

Riskbedömningar är allt vanligare

År 2010 var andra året i följd som kommunerna rapporterade till Socialstyrelsen hur stor andel av de boende i permanent särskilt boende som har riskbedömts för trycksår, fall och undernäring [18]. Andelen riskbedömda äldre personer ökade påtagligt inom alla tre områdena åren 2009–2010, men andelen är betydligt större vid särskilda boenden som drivs i enskild regi än vid boenden som drivs av kommuner.



Vid två tillfällen under 2011 undersökte SKL förekomsten av trycksår bland äldre personer på äldreboenden. Undersökningen som genomfördes under hösten 2011 visar att 14 procent av de äldre hade trycksår eller någon tryckskada, vid de boenden som medverkade. Förekomsten av trycksår låg på samma nivå som i den första undersökningen som genomfördes under våren 2011 [35].

Ny lex Sarah

Den 1 juli 2011 fick socialtjänstlagen nya bestämmelser om lex Sarah, och Socialstyrelsen har även beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring är att alla allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten. Under cirka fem månader (1 juli–6 december 2011) tog Socialstyrelsen emot 249 anmälningar inom socialtjänstens samtliga områden. Under perioden avslutades 37 ärenden inom äldreomsorgen. Mot bakgrund av att det är så få ärenden som har avslutats är det för tidigt att göra någon bedömning av förändringarna av regelverket.

Fler lex Maria-anmälningar

Sedan 2010 redovisas beslut i lex Maria-ärenden så att de kan knytas till det aktuella särskilda boendet för äldre. Antalet anmälningar har ökat, från 90 stycken år 2010 till 130 ärenden fram till den 6 december 2011. Under båda

åren var det lika vanligt med anmälningar som beslutats hos Socialstyrelsen i enskilt som kommunalt drivna boenden, sett i förhållande till förekomsten av dessa båda utförare.

Kompetensen i vårdhygien bör stärkas

I hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen finns ett uttalat krav på god hygienisk standard. Detta krav innefattar lokaler, utrustning, planering och organisation, liksom tillgång till vårdhygienisk kompetens.

Äldre personer som får omsorgstjänster enligt socialtjänstlagen har samtidigt ofta sjukdomar som leder till frekventa kontakter med olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att smitta, även av resistent bakterier, riskerar att spridas mellan olika vård- och omsorgsverksamheter och olika vårdgivare. I samband med spridning på sjukhus av både MRSA (det vill säga stafylokocker som har blivit resistent mot penicillin och meticillin) och ESBL (det vill säga tarmbakterier som producerar en grupp av enzymer som bryter ner vissa antibiotika) har smittan i många fall överförts till särskilda boenden. På dessa boenden har smittspridningen sedan fortsatt och i vissa fall blivit omfattande, med allvarliga konsekvenser i form av personligt lidande och ökade kostnader som följd.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i landet har bedömt att vissa områden är särskilt viktiga för att förbättra hygienin inom vård och omsorg [36]. De anser att verksamheterna behöver

- tillgång till vårdhygienisk expertis
- utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling i vårdhygien
- konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner
- egenkontroll av system, processer och resultat för vårdhygien.

I landets kommuner pågår mycket arbete för att förbättra vårdhygienin och förebygga smittspridningen inom äldreomsorgen samt mellan äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. En viktig del är tillgång till vårdhygienisk kompetens, både i form av personalens kunskaper i vårdhygien och i form av tillgång till expertis vid en vårdhygienisk enhet.

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom några av socialtjänstens verksamheter: ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer. Dessa områden är inte enbart socialtjänstens ansvar, utan ansvaret delas många gånger med andra myndigheter och samhällssektorer. Kapitlet innefattar därför mer än socialtjänstens verksamheter.

Ekonomiskt bistånd

Sammanfattande iakttagelser

- År 2010 fick drygt 437 000 personer (inklusive barn) ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det var en ökning med 3 procent jämfört med året innan.
- Det långvariga biståndsmottagandet fortsatte att öka under 2010. Under de senaste fyra åren har antalet långvariga biståndsmottagare ökat med 29 procent. År 2010 fick 37 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare (18 år och äldre) bistånd i minst tio månader under året.
- 24 procent av alla ensamstående kvinnor med barn i befolkningen fick ekonomiskt bistånd under 2010, vilket är en betydligt större andel än för övriga hushållstyper. De ensamstående mödrarnas andel av samtliga biståndshushåll har ökat, från 19 procent år 2007 till 24 procent år 2010.
- Det höga biståndsmottagandet bland unga är oroande. År 2010 hade nästan 80 000 unga i åldern 18–24 år ekonomiskt bistånd. Det långvariga biståndsmottagandet har ökat i denna grupp under de senaste åren. Liksom tidigare år är andelen utrikes födda betydligt högre än andelen inrikes födda bland de unga långvariga biståndsmottagarna. Många hänvisas till att söka ekonomiskt bistånd eftersom de har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och därmed inte har kvalificerat sig för några socialförsäkringar.
- Arbetslöshet och sjukdom är vanliga orsaker till behov av ekonomiskt bistånd. Socialtjänstens arbete med att hjälpa arbetslösa och sjuka riskerar att skymma att det finns grupper av biståndsmottagare med mer omfattande behov av socialt stöd. Det finns en risk att de som har störst behov inte får tillräcklig del av de insatser och resurser som socialtjänsten förfogar över.

Enskilda personers behov av ekonomiskt bistånd beror till stor del på strukturella faktorer i samhället, till exempel hur situationen på arbetsmarknaden ser ut och hur trygghetssystemen är utformade. De svenska välfärdssystemen bygger i stor utsträckning på att ersättningsarna ska kompensera för ett inkomstbortfall vid arbetslöshet, sjukdom, ålderdom med mera. Villkoren för enskilda människor har med andra ord att göra med nuvarande och tidigare prestationer på arbetsmarknaden. Den starka kopplingen mellan förvärvsinkomster och ersättningsnivåer har fått vissa forskare att beskriva den svenska välfärdsstaten som en prestationsmodell snarare än en institutionell, universell modell. Skiljelinjen går mellan dem som har ett fullgott försäkringsskydd och dem som saknar eller

har ett otillräckligt försäkringsskydd [1, 2]. Sambandet mellan förvärvsinkomster och ersättningsnivåer innebär att grupper med svag eller ingen förankring på arbetsmarknaden, till exempel ungdomar och utrikes födda, har ett betydligt sämre skydd än andra vid arbetslöshet och sjukdom. I många fall innebär det att de i sådana situationer är hänvisade till att söka ekonomiskt bistånd för att klara sin försörjning [3,4].

Biståndsmottagandet ökade något under 2010

Biståndsmottagandet fortsatte att öka något under 2010 men inte lika mycket som mellan 2008 och 2009²² [5]. Det är ovisst i vilken utsträckning oron i den internationella ekonomin kommer att påverka arbetslösheten i Sverige och därmed även biståndsmottagandet framöver. Arbetslösheten i landet fortsätter än så länge att sjunka, men det finns tecken på att tillväxten i svensk ekonomi avtar [6].

Kommunernas kostnader för det utbetalade ekonomiska biståndet ökade med 4 procent i fasta priser 2010.²³ Totalt betalades 11,6 miljarder kronor ut till biståndsmottagarna. Under de tre första kvartalen år 2011 minskade dock utbetalningarna med 4 procent jämfört med samma period år 2010 [7].

Utbetalningarna till flyktingar minskade med 28 procent medan de ökade med 2 procent till biståndsmottagare som inte är flyktingar. Den huvudsakliga orsaken till minskningen bland flyktingar är införandet av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.²⁴ I stället för introduktionsersättning, som betalades ut av kommunerna, får flyktingar sedan den 1 december 2010 etableringsersättning av Försäkringskassan, efter beslut från Arbetsförmedlingen.²⁵

Diagram 9:1 visar hur biståndsmottagandet har varierat sedan 1990. År 2010 fick 247 210 biståndshushåll ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det var en ökning med cirk 9 900 hushåll (drygt 4 procent) jämfört med 2009. Biståndshushållen utgjorde 6,5 procent av samtliga hushåll i befolkningen. Av de inrikes födda biståndshushållen bestod 21 procent av hushåll med barn. Motsvarande siffra bland de utrikes födda hushållen var 39 procent.

Diagrammet visar också antalet individer med bistånd. År 2010 fick drygt 437 000 personer (inklusive barn under 18 år) ekonomiskt bistånd²⁶ någon gång under året, vilket är 4,7 procent av befolkningen. Jämfört med 2009 var det en ökning med 3 procent. Risken att behöva ekonomiskt bistånd är betydligt högre för den utrikes födda befolkningen än för den inrikes födda. Av samtliga utrikes födda i befolkningen fick 12 procent ekonomiskt bistånd år 2010 medan siffran för inrikes födda var 2 procent.

²² Samtliga siffror bygger på Socialstyrelsens årsstatistik för 2010, om inte annat anges.

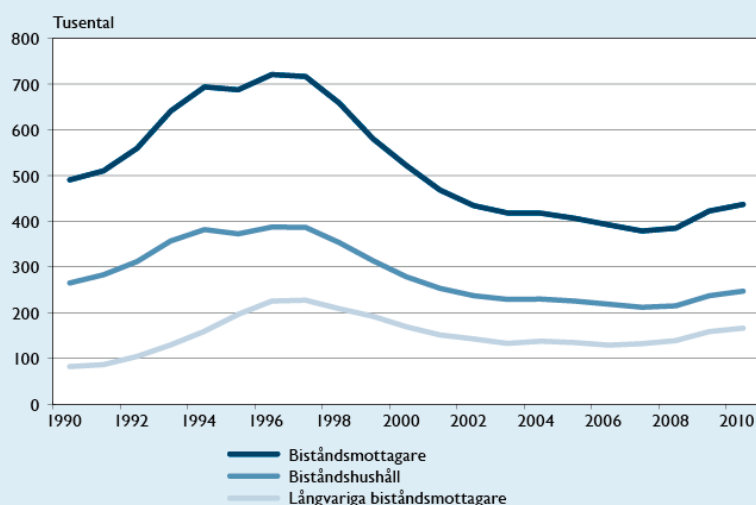
²³ Inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

²⁴ Lagen infördes den 1 december 2010.

²⁵ De flyktingar som har påbörjat sin introduktionsperiod enligt den äldre lagstiftningen kommer dock att fortsätta att få introduktionsersättning till dess att deras introduktion har upphört.

²⁶ Inklusive introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

Diagram 9:1 **Antal biståndsmottagare, biståndshushåll respektive långvariga biståndsmottagare under perioden 1990-2010¹**



¹ Samtliga, inklusive barn.

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Det långvariga biståndsmottagandet²⁷ fortsatte att öka under 2010. Under de senaste fyra åren har antalet långvariga biståndsmottagare ökat från cirka 128 700 till 166 100, det vill säga med 29 procent. År 2010 fick 37 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare (18 år och äldre) bistånd under minst tio månader av året. Av dessa är 33 procent inrikes födda och 67 procent utrikes födda (inklusive flyktingar).

För utrikes födda har vistelsetiden i Sverige en avgörande betydelse för biståndsmottagandets omfattning och längd. Ju kortare tid i Sverige, desto högre biståndsmottagande. Drygt hälften av de utrikes födda som var långvariga biståndsmottagare år 2010 hade varit i Sverige i högst fyra år. För dem som varit i Sverige i 5–9 år var det långvariga biståndsmottagandet nere i 18 procent.

Biståndsmottagandet bland ensamstående mödrar ökar igen

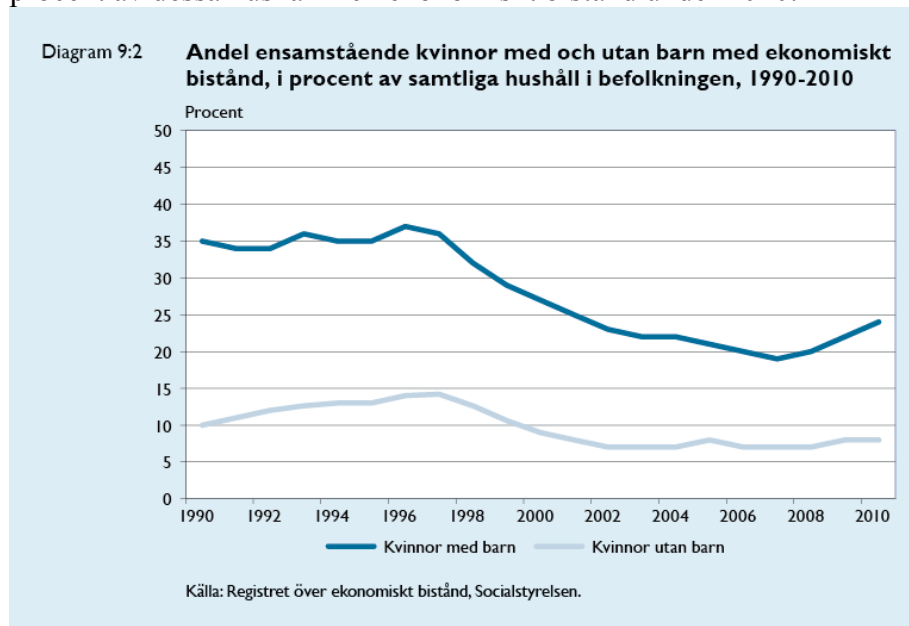
Ekonomiskt bistånd är vanligast bland ensamstående kvinnor med barn, om man ser till samtliga hushållstyper i befolkningen. En förklaring är att ensamstående föräldrar ska klara hela hushållets utgifter på en inkomst och har därmed en mer sårbar ekonomisk situation. Ensamstående föräldrar avstår till exempel ofta från olika vårdinsatser av ekonomiska skäl.²⁸ Under mitten av 1990-talet hade 37 procent av dessa hushåll ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008, i samband med finanskrisen, började dock andelen att stiga igen. År 2010 fick 24 procent av alla ensamstående mödrar i befolkningen ekonomiskt bistånd. Det är oklart om ökningen också kan bero på brister i trygghetssystemen, till exempel i form av otillräckliga uppräkningsar av underhållsbidrag eller bostadsbidrag eller om det finns andra orsaker.

Som en jämförelse var andelen ensamstående kvinnor utan barn med ekonomiskt bistånd 8 procent år 2010. Denna andel har varit relativt konstant under

²⁷ Bistånd i minst 10 månader under kalenderåret.

²⁸ Se tabell 3:4 i avsnittet om jämlik vård, i kapitlet "Hälsa- och sjukvård".

de senaste 20 åren, bortsett från krisåren i mitten av 1990-talet. Även för ensamstående män med och utan barn har nivån varit relativt oförändrad. Minst vanligt är det att gifta och sammanboende har ekonomiskt bistånd. Endast 2 procent av dessa hushåll fick ekonomiskt bistånd under 2010.



Många biståndsmottagare står utanför sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen

Ekonomiskt bistånd ska fungera som ett tillfälligt stöd vid kortare perioder av försörjningsproblem. En förhållandevis stor grupp människor har dock bistånd under längre perioder. Långvarigt biståndsmottagande är problematiskt både ur individens och ur samhällets synvinkel. Långvarigt biståndsmottagande står till exempel för huvuddelen av kostnaderna för ekonomiskt bistånd. Ett flertal studier visar också att sannolikheten att lämna biståndsmottagandet tycks minska ju längre biståndsmottagandet varar [8, 9, 10].

År 2011 publicerade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser inom verksamheter rörande ekonomiskt bistånd²⁹. Jämförelserna visar bland annat att en stor andel av biståndsmottagarna har långvarigt eller mycket långvarigt ekonomiskt bistånd. I första hand är det ett problem i storstadsområden och i större städer. I tre av storstädernas stadsdelar har mer än hälften av biståndsmottagarna bistånd tio–tolv månader under 2010. Mer än en tredjedel hade haft bistånd i tre år eller längre.

Oroande högt biståndsmottagande bland unga

Som framgick inledningsvis får kvalifikationskraven inom olika socialförsäkringar konsekvenser för de grupper som inte har kommit in på arbetsmarknaden. Ungdomar har ofta svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och bli självförsörjande. En konsekvens är att många hänvisas till att söka ekonomiskt bistånd.

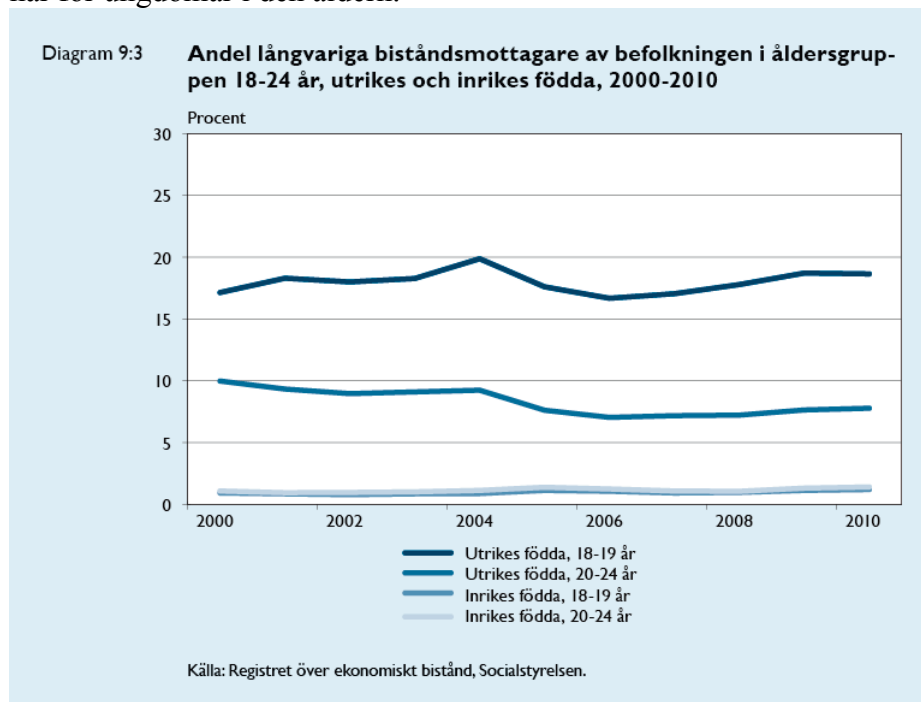
År 2010 hade nästan 80 000 personer i åldern 18–24 år ekonomiskt bistånd någon gång under året, vilket var en liten ökning jämfört med året innan. Bi-

²⁹ Redovisningen bygger i första hand på uppgifter som har hämtats ur det befintliga registret över ekonomiskt bistånd. Uppgifterna presenteras för samtliga kommuner och för stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

ståndsmottagarna i denna åldersgrupp utgjorde 27 procent av samtliga vuxna biståndsmottagare. Det motsvarar 9 procent av motsvarande åldersgrupp i befolkningen. För inrikes födda är biståndsmottagandet vanligast i åldern 20–24 år medan det för utrikes födda (inklusive flyktingar) är vanligast i åldern 18–19 år.

Även det långvariga biståndsmottagandet har ökat bland unga (18–24 år) under de senaste åren. År 2010 hade nästan 23 000 personer i denna åldersgrupp långvarigt bistånd. Det motsvarar 21 procent av samtliga vuxna långvariga biståndsmottagare. Av den vuxna befolkningen är det vanligast med långvarigt biståndsmottagande i åldersgruppen 18–19 år.³⁰

Liksom tidigare år är andelen utrikes födda väsentligt högre än andelen inrikes födda bland unga långvariga biståndsmottagare (diagram 9.3). Av utrikes födda i åldern 18–19 år har 19 procent långvarigt bistånd, vilket kan jämföras med drygt 1 procent av de inrikes födda ungdomarna. Av alla långvariga biståndsmottagare i åldersgruppen 18–24 år är 54 procent utrikes födda. Av dessa är cirka 5 000 flyktingar (40 procent). När det gäller de unga flyktingarna kan en av förklaringarna vara att det rör sig om ensamkommande barn och unga. I dessa fall övertar socialtjänsten det försörjningsansvar som föräldrar vanligtvis har för ungdomar i den åldern.



Ekonomiskt bistånd kompenserar för hål i välfärdssystemen

Sedan krisåren på 1990-talet har kommunerna kommit att spela en allt viktigare roll när det gäller arbetsmarknadsfrågor och som ansvariga huvudmän för olika åtgärdsprogram. I dag finns så kallade arbetsmarknadsenheter i flertalet kommuner [11]. Målgruppen är i huvudsak arbetslösa som inte har rätt till ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Dagens arbetsmarknadspolitik ser ut att ha delats upp i två nivåer, en nationell nivå för de arbetslösa som har rätt till någon

³⁰ År 2010 var 3 procent av alla unga, 18–19 år, i Sverige långvariga biståndsmottagare medan motsvarande siffra för unga, 20–24 år, var 2,4 procent.

form av arbetslöshetsersättning och en kommunal nivå för de arbetslösa som har ekonomiskt bistånd [12].

Arbetslöshet och sjukdom är vanliga orsaker till försörjningssvårigheter. Det framgår bland annat av Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd [13]. År 2010 hade drygt 131 000 personer (47 procent av biståndstagarna) ett försörjningshinder som hade med arbetslöshet att göra. För majoriteten av dessa biståndsmottagare var orsaken att de saknade ersättning från arbetslöshetsförsäkringen.

Utöver de arbetslösa var cirka 31 000 personer (11 procent av biståndsmottagarna) sjuka och saknade ersättning från sjukförsäkringen eller hade en otillräcklig ersättning.³¹ Tidigare undersökningar [14,15] med försök att uppskatta storleken på den grupp som står utanför sjukförsäkringen, visar dock att det kan röra sig om betydligt fler än vad Socialstyrelsens nya statistik visar.³² Dessa kartläggningar visar också att det endast tycks vara ett fåtal som får några rehabiliteringsinsatser.

Det tycks med andra ord finnas en risk för att biståndsmottagare inte får tillgång till insatser från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan på samma villkor som andra. En rapport från 2011 [16] visar till exempel att arbetslösa med ekonomiskt bistånd fick del av Arbetsförmedlingens program i betydligt lägre grad än arbetslösa som hade a-kassa.

En annan risk är att biståndsmottagare med stora behov av sociala insatser inte får den hjälp de behöver. Det näst vanligaste enskilda försörjningshindret i Socialstyrelsens statistik år 2010 är det som benämns ”Arbetshinder, sociala skäl”. Drygt 27 000 biståndsmottagare (10 procent) registrerades under detta hinder. Här återfinns personer som inte står till arbetsmarknadens förfogande, som har nedsatt arbetsförmåga men som inte är styrkt av läkare eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. I många fall rör det sig om personer som har behov av insatser, till exempel en arbetsförmågutredning, arbetsträning och social rehabilitering innan det kan bli aktuellt med ett arbete. Detta är en grupp som ofta har behov av mer långsiktiga insatser.

³¹ Här ingår både sjukskrivna som saknar eller har otillräcklig sjukpenning samt dem med otillräcklig sjuk- eller aktivitetsersättning.

³² Statistiken över försörjningshinder och ändamål publicerades för första gången 2010 och uppvisar fortfarande kvalitetsbrister. Arbete pågår på Socialstyrelsen för att kvalitetssäkra uppgiftsinlämnandet.

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Sammanfattande iakttagelser

- Hemlösheten och utestängning från bostadsmarknaden har ökat sedan förra kartläggningen 2005 och omfattar numera bredare grupper. Färre sov ute eller i offentliga utrymmen under mätveckan 2011 jämfört med 2005. Överrepresentationen av utrikesfödda är ännu mer markant än 2005.
- Det finns en stark koppling mellan avsaknad av lönearbete och utestängning från bostadsmarknaden. Få hyresvärdar accepterar ekonomiskt bistånd som inkomst.
- Fler barnfamiljer har socialtjänsten som hyresvärd. Det handlar vanligtvis om sociala kontrakt via kommunen till familjer som av olika anledningar är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden. Dessa familjer tycks ofta befinna sig i ekonomiskt utsatta situationer, de är ofta ensamstående föräldrar och många har utländsk bakgrund
- Vräkningar av barnfamiljer minskar inte längre, utan tycks öka. Kommunernas vräkningsförebyggande arbete behöver förbättras och likaså behöver barnrättsperspektivet stärkas, särskilt vid upprepade hyresskulder.

Hemlöshetsfrågan berör både socialpolitiken och bostadspolitiken. Därför är samarbete mellan myndigheter, kommuner och landsting, bostadsföretag och organisationer en förutsättning för att framgångsrikt motverka hemlöshet. Frågan är komplex och kräver både individuellt inriktade insatser och strukturella förändringar.

Ungefär 60 procent av Sveriges befolkning bor i en kommun med brist på bostäder. Samtidigt minskar antalet lediga lägenheter i allmännyttiga bostadsbolag. Det redovisar Boverket i sin senaste bostadsmarknadsenkät (BME). 80 procent av kommunerna uppger dessutom att det råder brist på hyresrätter. Ungdomar, äldre och stora barnfamiljer tillhör dem som kan ha särskilt svårt att få bostad [1].

Lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar slår bland annat fast att kommunen ska planera bostadsförsörjningen så att alla i kommunen kan leva i goda bostäder. Allt fler kommuner har riktlinjer som baseras på denna lagstiftning, men fortfarande är antalet lågt. I årets BME uppgav 33 procent av kommunerna att de har riktlinjer som antogs under denna eller förra mandatperioden. Under 2011 gör länsstyrelsen heltäckande regionala analyser av bostadsmarknaden och de kommer att belysa denna fråga ytterligare [1].

Hemlöshet omfattar numera bredare grupper

Hemlöshet förknippas i många sammanhang med en ”uteliggare” eller en person som bor på ett härbärge, men under de senaste tio åren har begreppet fått en vidare innebörd. En snäv definition fångar inte den komplexitet som området rymmer och visar bara den synliga delen av problemet [2]. En bredare krets av personer betecknas nu som hemlösa, jämfört med tidigare. Syftet är att ge ett så fullständigt underlag som möjligt för vidare arbete med riktlinjer, strategier och handlingsplaner på området [3,4].

Kunskap om hemlöshetens omfattning och karaktär är en förutsättning för att kunna bedriva ett effektivt arbete mot hemlöshet, och för att kunna utforma lämpliga insatser.

Fler är hemlösa, trots att färre lever utomhus

Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär baseras på uppgifter från olika myndigheter, institutioner och frivilligorganisationer.

Under perioden 2–8 maj 2011 inrapporterade kommuner och andra aktörer att sammanlagt 34 000 personer var hemlösa eller utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden (enligt Socialstyrelsens definition). Resultatet går inte riktigt att jämföra med kartläggningen 2005, eftersom definitionen av hemlöshet har ändrats något. Men de jämförelser som är möjliga att göra visar att minst 4 000 fler personer var hemlösa eller utestängda under mätveckan 2011 än under mätveckan 2005. Samhällsförändringar mellan mätningarna ställer krav på justeringar av definitionen för att kunna ge en så fullständig och rättvis bild som möjligt. Med en bred definition kan Socialstyrelsen tydligare visa på det stora ansvar som socialtjänsten tar för att komma till rätta med hemlösheten genom att erbjuda olika boendelösningar. Den stora ökningen av antalet inrapporterade hemlösa personer är delvis ett resultat av att hemlöshetsdefinitionen har förtydligats och numera också tydligt inkluderar personer som bor i relativt långsiktiga boendelösningar, framför allt försökslägenheter, träningslägenheter och bostäder med sociala kontrakt.

2011 års undersökning visar vidare att cirka 280 personer helt saknar boende och lever utomhus eller i offentliga utrymmen under mätveckan. År 2005 var denna siffra 950. Samtidigt inrapporteras att fler personer finns i de mest akuta boendelösningarna, till exempel härbärgen.

Männen är i majoritet i gruppen hemlösa, och så var det även vid 2005 års mätning. Gruppens sammansättning har dock förändrats. Kvinnornas andel har blivit större. Överrepresentationen av utlandsfödda personer har blivit mer markant. En lägre andel personer än tidigare inrapporteras ha de problem som traditionellt förknippas med hemlöshet, det vill säga missbruk och psykisk ohälsa.

Av kartläggningen framgår också att ytterst få hemlösa personer har ett lönearbete. I stället är ekonomiskt bistånd den vanligaste inkomstkällan. Det rör sig alltså i stor utsträckning om personer som står utanför arbetsmarknaden. Eftersom många hyresvärdar inte godkänner ekonomiskt bistånd som inkomst, utestängs personerna också från den ordinarie bostadsmarknaden.

Hemlöshet finns i dag i hela landet men problemen är olika stora på olika platser. Det är dock vanligast i storstäderna [5].

Fler barnfamiljer har socialtjänsten som hyresvärd

Socialtjänsten arbetar aktivt för att hitta lösningar och bistå personer som inte accepteras som hyresgäster av hyresvärdarna på den ordinarie bostadsmarknaden. Boverkets bostadsmarknadsenkät visar att 221 av 290 kommuner hyr ut lägenheter med olika specialkontrakt till personer som är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden, vanligtvis andrahandskontrakt [1]. Det innebär att 76 procent av kommunerna har en så kallad sekundär bostadsmarknad, vilket är en ökning sedan föregående år. I Sverige hyrs ungefär 13 400 lägenheter ut på detta vis.

Av de kommuner som besvarat bostadsmarknadsenkäten uppger 108 att hushåll med barn finns i dessa boendelösningar. Det betyder att närmare 1 900

hushåll (minst 3 600 barn) ingår i den sekundära bostadsmarknaden [1]. Siffrorna bör dock betraktas som minimisiffror. Vi vet att flera av kommunerna som inte besvarade frågan i själva verket har en stor mängd barnfamiljer i sina långsiktiga boendelösningar [5]. År 2010 svarade endast 74 kommuner ja på samma fråga.

Socialstyrelsens kartläggning 2011 visar att cirka 13 900 personer³³ inrapporterades som hemlösa i den kategori som motsvarar den sekundära bostadsmarknaden. I dessa boendelösningar finns den största andelen kvinnor (cirka 54 procent), och hälften är föräldrar till barn som är 18 år och yngre. En majoritet av föräldrarna i denna situation har daglig omvårdnad av sina barn.

En effekt av att socialtjänsten har blivit en allt viktigare hyresvärd för bredare grupper är att ensamstående personer med uttalad social problematik riskerar att få stå tillbaka och fastna i mer akuta boendelösningar [5].

För att ytterligare belysa barnfamiljernas situation på den sekundära bostadsmarknaden har Socialstyrelsen genomfört en intervjustudie med 13 kommunföreträdare. I den framkommer att barnfamiljer i allt större utsträckning blir utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden. Det bottnar i en ökande fattigdom, enligt intervjuerna. De familjer som finns i den sekundära bostadsmarknadens boendelösningar tycks ofta befinna sig i ekonomiskt utsatta situationer. Det är inte ovanligt att de är överskuldssatta, har mycket låga inkomster eller är beroende av ekonomiskt bistånd för sin försörjning. En stor andel är ensamstående föräldrar (främst mödrar), många har utländsk bakgrund, och många har bott i dessa boendelösningar under lång tid.

Vräkningar av barnfamiljer ökar något

Att motverka att personer vräks från sina bostäder är avgörande för att förhindra att hemlösheten ökar. År 2011 fick Kronofogden in 9 220 ansökningar om avhysning, varav 2 800 verkställdes [6]. Det är en nedgång sedan föregående år, när det gäller antalet ansökningar och antalet verkställda vräkningar. Den ökning som redovisades för 2010 är med andra ord tillfällig, och trenden med färre vräkningar fortsätter.

Kronofogdens statistik visar också att den positiva trenden med en nedgång i antalet barn som vräks dessvärre har brutits. Nu syns i stället en svag uppgång. Kronofogden arbetar för att förfina statistiken på området ytterligare [7]. En arbetsgrupp vid Institutet för social forskning (SOFI) har på regeringens uppdrag analyserat varför barnfamiljer fortfarande vräks. De konstaterar att kommunernas vräkningsförebyggande arbete behöver förbättras. Bland annat behöver barnrättsperspektivet stärkas, särskilt vid upprepade hyresskulder. Kommunerna behöver utveckla sina metoder för att bedöma och åtgärda upprepade hyresskulder, beakta barnets bästa vid utredningar om ekonomiskt bistånd och stödjande familjer i att planera sin ekonomi utifrån dessa förutsättningar [8].

Under hösten 2011 träffade Kronofogden ihop med Barnombudsmannen ett antal kommuner för att tillsammans diskutera problematiken kring vräkning av barnfamiljer.

Många insatser till hemlösa finns i socialtjänstens statistik

Kommunernas insatser för personer med missbruk och andra vuxna som varken är äldre eller har en funktionsnedsättning (det vill säga "övriga vuxna") samlas i

³³ Socialstyrelsen kartlägger hemlösa personer medan Boverkets enkät gäller hushåll eller lägenheter.

den officiella statistiken [9]. Den 1 november 2010 fick cirka 6 300 personer med missbruksproblem bistånd för boende enligt 4 kap.1 § socialtjänstlagen, SoL, vilket var ungefär lika många som 2009. Samma datum fick 9 200 vuxna personer över 21 år utan missbruksproblem samma insats, vilket var en ökning med cirka 5 procent.

Under 2010 gjordes sammanlagt 14 800 boendeinsatser för personer med missbruksproblem, vilket är jämförbart med året innan. Cirka 16 500 boendeinsatser gjordes för personer över 21 år utan missbruksproblem. Antalet boendedygn har ökat med cirka 10 procent sedan 2010 [9].

Det pågår för närvarande ett försök att kategorisera boendeinsatserna utifrån vilken typ av insats det gäller. Syftet är att det ska framgå om boendeinsatsen är en akutinsats, exempelvis boende på härbärge, eller en mer långsiktig insats, såsom en träningslägenhet. Statistiken skulle då kunna användas för att följa utvecklingen på området, genom att visa vilken typ av insats kommunen främst använder sig av.

Mer kunskap behövs om vissa grupper av hemlösa personer

Stockholms Stadsmission granskar årligen det offentliga Sveriges insatser mot hemlöshet [10]. I årets rapport påtalar de att det saknas statistik om ett antal utsatta grupper, bland annat papperslösa och EU-migranter som saknar förankring i Sverige. Socialstyrelsen gör samma iakttagelse i den senaste hemlöshetskartläggningen [5]. En slutsats är att det behövs mer kunskap om vissa grupper för att få en helhetsbild av hemlösheten i Sverige.

Intresset ökar för metoder som stärker hemlösas delaktighet

Det finns ett fortsatt intresse av att utveckla metoder för att motverka hemlösheten. ”Bostad först” är en metod som har uppmärksammats i Sverige och i övriga Europa. Bostad först-modellen betonar att individen behöver en fast bostad för att kunna tillgodogöra sig andra insatser [11,12]. Insatserna ska utgå från individens behov, och det är den berörda personen som ska formulera sina behov av stöd och bistånd. Det pågår ett antal försök med att introducera Bostad först i landet, och försöken ska utvärderas för att säkra kvaliteten och mäta effekten av insatserna.

På allt fler håll i Europa och i omvärlden poängteras vikten av att hemlösa personer görs delaktiga i de beslut som påverkar deras liv. På en EU-konferens om hemlöshet lyfte man bland annat fram vikten av att en hemlös person blir behandlad med värdighet och respekt. Ett utvecklingsarbete behöver påbörjas för att öka individens möjlighet att bli mer delaktig i individuella beslut, men även för att påverka utbudet och utformningen av de tjänster som erbjuds och för att berörda ska ta del i policyarbetet på lokal, regional och nationell nivå [2].

Samverkan på nationell nivå ökar

Regeringens hemlöshetsstrategi 2007–2009 är avslutad. Inom ramen för strategin har ny kunskap utvecklats på området genom ett antal aktörer. Kronofogden, Kriminalvården, Boverket och Socialstyrelsen har samverkat på nationell nivå. Till exempel finns det nu en sida på Socialstyrelsens webbplats som vänder sig till de olika aktörer som arbetar med hemlöshetsfrågor [www.socialstyrelsen.se]. Webbplatsen har karaktären av en vägledning och är tänkt att fungera som stöd i ett strategiskt arbete mot hemlöshet. Under rubrikerna *Introduktion*, *Åtgärdskedjan*, *Kartläggning*, *Kunskapskällor*, *Hemlös-*

hetsbegreppet, Kommunala handlingsplaner, Förebyggande arbete, Vräkningsförebyggande arbete, Barnperspektiv, Samverkan, Boendelösningar, Individuellt stöd efter behov och Lokal uppföljning presenteras kunskap på dessa områden [13].

Det civila samhället är också en viktig aktör i kommunernas arbete mot hemlöshet. Att flera aktörer samlas kring en gemensam policy, strategi eller handlingsplan ökar möjligheterna att motverka hemlöshet på ett effektivt sätt.

Kunskapen om effektiva metoder mot hemlöshet har ökat

Kunskapen har ökat på hemlöshetsområdet under senare år. Aktörerna efterfrågar också metodutveckling. Fler kommuner arbetar nu mer aktivt än tidigare med preventiva insatser, till exempel med att förebygga vräkningar.

Under 2012 kommer öppna jämförelser inom socialtjänsten för första gången att omfatta även hemlöshet. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera utvecklingen av en jämlik socialtjänst med god kvalitet. Genom att Socialstyrelsen publicerar öppna jämförelser på webbplatsen kan kommunerna analysera sin egen verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera utförandet av stödet inom olika områden.

FEANTSA³⁴ (en EU-finansierad organisation som bevakar hemlöshetsområdet i Europa) har i en nyligen publicerad artikel konstaterat att hemlöshet är ett område där social innovation kan vara lämplig. Inget land i Europa har lyckats med att avskaffa hemlöshet och nästan alla länder står inför stora utmaningar på området. Det finns därför potential att utveckla och prova nya metoder på hemlöshetsområdet [14]. Det sker också en kunskapsproduktion via forskning, som bland annat resulterar i avhandlingar, monografier och vetenskapliga artiklar. Med denna samlade kunskap finns det förutsättningar att bedriva ett effektivt arbete mot hemlöshet [5].

Hemlösa behöver få tillgång till stöd som utgår från deras behov

Flera aktörer ifrågasätter nu om den så kallade trappstegsmodellen är den mest effektiva modellen för att organisera insatser för hemlösa personer. Därigenom har också tillgången till differentierat stöd, vård och omsorg kommit i fokus. Bostad först-modellen har som en av sina viktigaste komponenter att det är individen själv som ska formulera sina behov av insatser [15]. En ny sammanställning av forskning på hemlöshetsområdet [16] har visat att väl fungerande vårdkedjemodeller också kan vara effektiva för vissa grupper av hemlösa personer. Det behövs en variation av insatser som riktar sig till hemlösa personer för att möta de skiftande behov som finns inom gruppen. Det kan röra sig om allt från skuldsanering, hyresrådgivning och olika typer av stöd i hemmet till program som riktar sig mot missbruks- och beroendeproblem samt psykisk ohälsa. Hemlöshet är ett problem i sig, men därutöver kan de personer som befinner sig i en hemlöshetssituation ha olika typer av behov som de behöver stöd för [5].

Hemlöshetskartläggningen 2011 visar också att det finns en grupp personer som inte har några övriga kända problem mer än att de har blivit utestängda från bostadsmarknaden.

³⁴ Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri.

Våld

Sammanfattande iakttagelser

- I verksamheter för personer som berörs av våld finns ytterligare behov av att förbättra säkerhetsarbetet, uppföljningen samt metoderna för bedömningar och insatser.
- Det finns internationellt sett få dokumenterade, verksamma metoder för att stödja våldsutsatta kvinnor med missbruk respektive funktionsnedsättningar. Dock finns ett antal beskrivna interventioner som efter anpassning kan prövas i Sverige.
- Kommunerna har fått utvecklingsmedel för att förbättra stödet till våldsutsatta kvinnor, och det har bidragit till personalutbildning och till ett ökat utbud av insatser för de våldsutsatta. Det finns dock flera förbättringsområden och det är i många fall osäkert om projekt kommer att övergå till permanent verksamhet.
- Många av klagomålen som inkom till Socialstyrelsen under 2011 handlar bland annat om att våldsutsatta kvinnors ansökningar inte alltid utreds, barn som har bevittnat våld inte uppmärksammas tillräckligt och personalens kompetens många gånger är otillräcklig.

Med våld i nära relationer avser Socialstyrelsen våld eller andra övergrepp som utförs av en person som brottsoffret bedöms ha en nära och förtroendefull relation till. Det kan röra sig om en partner eller före detta partner, en familjemedlem, en släkting eller någon annan anhörig. Våld i en nära relation kan därför även handla om så kallat hedersrelaterat våld. Till målgruppen hör också barn som har bevittnat våld som riktar sig mot eller utövas av en närstående vuxen.

Det dödliga våldet minskar

Det kända dödliga våldet i Sverige har kontinuerligt minskat de senaste 20 åren, när hänsyn tas till befolkningsökningen. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) har omkring 90 personer om året blivit offer för dödligt våld på 2000-talet. Omkring 65 procent av offren och 90 procent av gärningspersonerna är män. I cirka 75 procent av fallen är gärningspersonen en släkting, partner, vän eller bekant till offret. Drygt 20 procent av alla offer har dödats av en partner eller före detta partner. Merparten av dessa offer är kvinnor, vilket innebär att under 2000-talet har 15–20 kvinnor varje år dödats av en manlig partner eller före detta partner [1].

Våldsutsatthet är vanligast bland unga

Utifrån undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF) bedömer SCB att 2,5 procent av befolkningen som är 16 år och äldre utsattes för våld som medförde en kroppsskada år 2008–2009. Det motsvarar 185 000 personer. Av dem fick 70 000, eller 0,9 procent av befolkningen, skador som fordrade sjuk- eller tandvård. Cirka 19 500 kvinnor över 15 år uppgav att de hade drabbats av sådant våld, vilket är 0,5 procent av alla kvinnor i åldersgruppen. Kvinnor i åldrarna 45–54 år rapporterar högre utsatthet än kvinnor i andra åldersgrupper. Sammanboende kvinnor med barn rapporterar också högre utsatthet än kvinnor i andra typer av hushåll [2].

När utsatthet för våld och hot som inte har krävt vård räknas in är åldersgruppen 16–24 år överrepresenterad för både kvinnor och män. Ensamstående kvinnor med barn uppger att de är mer utsatta än kvinnor i andra hushållstyper. Andelen personer som i ULF uppger att de under det senaste året varit utsatta för någon form av våld eller hot har legat på en relativt jämn nivå sedan 1990 [2].

Av de kvinnor 16–84 år som besvarade Statens folkhälsoinstituts (FHI) årliga folkhälsoenkät 2004–2009 uppgav 0,7 procent att de under de senaste tolv månaderna har utsatts för fysiskt våld i hemmet [3]. Det motsvarar 26 100 kvinnor i hela befolkningen 2010 [4]. De kvinnor som har utsatts för våld i hemmet är yngre och oftare arbetslösa eller sjukskrivna jämfört med andra kvinnor som har svarat på enkäten. De har högre läkemedelskonsumtion och sämre allmän hälsa och psykiskt välbefinnande. De våldsutsatta kvinnorna är även socialt och ekonomiskt resurssvagare. Bland dem är det också en markant högre andel som uppgav att de övervägt att ta sitt liv eller försökt göra det [3].

Varken ULF eller folkhälsoenkäten specificerar relationen mellan offer och gärningsperson. SCB menar att vi troligen underskattar mängden våld som utövas av en gärningsperson i familjen eller bekantskapskretsen [4]. Närstående gärningspersoner vid misshandel av kvinnor är företrädesvis kvinnans partner eller före detta partner [5].

I Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökning (NTU) för år 2010 uppgav omkring 1 procent av de svarande att de har utsatts för grova brott som allvarlig misshandel och sexualbrott [6]. 3 procent av männen och 1,7 procent av kvinnorna rapporterar att de har utsatts för misshandel. För män har denna andel minskat något sedan 2005 medan den för kvinnor har legat på en jämnare nivå. I de fall där kvinnor har blivit utsatta var gärningspersonen en närstående i 21 procent av fallen och en bekant i 46 procent av fallen. För manliga misshandelsoffer är motsvarande uppgifter 3 respektive 25 procent. I förhållande till NTU 2005 var det färre kvinnor som uppgav att gärningspersonen var en närstående medan fler uppgav att gärningspersonen var bekant eller helt okänd [6].

Anmälningar om våld fortsätter att öka

Sedan 1980-talet har polisanmälningarna av misshandel mot kvinnor ökat markant. Under 2010 anmäldes 27 300 misshandelsbrott mot kvinnor 18 år eller äldre, jämfört med 26 300 år 2009. Dessutom anmäldes cirka 2 500 grova kvinnofridskränkningar, vilket var en minskning från det föregående året (2 660 anmälningar).

För både kvinnor och män anmäls allt fler fall av misshandel som har utövats inomhus av en partner eller före detta partner. De anmälningarna utgör 45 procent av alla anmälningar om misshandel mot kvinnor (12 290 stycken) och 8 procent av alla anmälningar om misshandel mot män (3 300 stycken) [7, 8].

Rapportering av våld

Socialstyrelsen saknar lagstöd för att begära in uppgifter till den officiella socialtjänststatistiken om insatser till våldsoffer. Den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken innehåller uppgifter om dödsfall och skador till följd av övergrepp.

Brå bedömer att en stor del av det grövsta våldet som sjukvården behandlar täcks in av slutenvården, alltså när en patient har skrivits in på en avdelning och får en sängplats [1]. Av samtliga yttre skadeorsaker som slutenvården har angi-

vit utgjorde övergrepp mindre än 2 procent 2010 [10]. Motsvarande siffra för öppenvården var drygt 2 procent [Registerkörning PAR 2011-12-20]. Övergrepp som utövas av en partner eller av en annan närstående underrapporteras sannolikt i både slutenvård och öppenvård. I många fall registreras skadan som orsakad av en icke-specifierad person och i merparten av koderna för övergrepp efterfrågas inte uppgifter om vem som har orsakat skadan. Bortfallet av angiven yttre orsak till skadediagnoser är större för vårdhändelser i öppenvård än i slutenvård under perioden 2001–2010.

Sedan 2001 har i genomsnitt 553 kvinnor om året slutenvårdats efter ett övergrepp. Antalet har minskat till 516 fall år 2010. Motsvarande antal män är 1 880 per år. 2010 rapporterades 1 846 män som hade utsatts för ett övergrepp till patientregistret, vilket är en minskning i jämförelse med senare år men fler än i början av tioårsperioden.

I genomsnitt har cirka 113 kvinnor och 11 män årligen rapporterats till patientregistret med ett slutenvårdstillfälle till följd av att en partner har utsatt dem för övergrepp. Under 2010 skedde en ökning för kvinnor (130 stycken) och en minskning för män (6 stycken).

I patientregistret för läkarbesök i öppenvård och specialiserad vård rapporterades 4 115 kvinnor och 8 799 män för skador till följd av övergrepp 2010. Jämfört med de två föregående åren innebär detta en ökning för kvinnor och en minskning för män. För övergreppsskador orsakade av en partner rapporterades 529 kvinnliga och 80 manliga patienter, vilket är fler än 2009 (495 kvinnor och 53 män) och 2008 (452 kvinnor och 46 män).

Skydd och säkerhet för våldsutsatta kvinnor och deras barn behöver utvecklas

2011 presenterades de slutgiltiga resultaten av Socialstyrelsens effektutvärderingar av verksamheter för våldsutsatta kvinnor och för barn som har bevittnat våld. Utvärderingarna bygger på en initial undersökning med uppföljning efter tre och tolv månader. Studien omfattade 559 personer med våldserfarenhet som inte hade sökt hjälp eller som befann sig på så kallade skyddade boenden eller i öppenvårdsverksamhet. Vid studiens start rapporterade kvinnorna i samtliga grupper i genomsnitt en avsevärt sämre psykosocial hälsa än kvinnor i allmänhet. Kvinnorna hade också varit utsatta för omfattande och allvarligt våld. Många av kvinnorna rapporterade att de hade utsatts för våld i minst en tidigare relation.

En majoritet av kvinnorna rapporterar att de utsattes för fortsatt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld under uppföljningsåret. Det var 64 procent av dem som hade vårdats i öppenvård och 82 procent av dem som hade tagit del av skyddat boende. Samtliga grupper rapporterar små till måttliga förbättringar i psykisk hälsa och psykosocial funktion under året. En stor andel (41 procent) rapporterar samma nivå på sina problem vid uppföljningen som vid starten av studien. En lika stor grupp (46 procent) rapporterar förbättringar och en mindre grupp (13 procent) rapporterar en försämrad psykisk hälsa efter ett år. Även de personer som inte fick någon direkt insats för sin våldsutsatthet förbättrades under uppföljningsåret, och därför går det inte att dra slutsatsen att de specialiserade insatserna på gruppnivå är effektiva för att hjälpa våldsutsatta kvinnor.

Utvärderingen av insatserna för barn bygger på mammornas skattningar. Studien omfattade 295 barn och unga (3–13 år) från elva verksamheter inriktade på

att ge stöd till barn³⁵ och sex verksamheter som inte specifikt fokuserat på erfarenheten att ha bevittnat våld³⁶. Den person som utsatt barnets mamma för våld var i nio fall av tio barnets biologiska pappa. I sex fall av tio hade pappan utsatt även barnet för våld. Strukturerade riskbedömningar av barnets och mammans situation hade sällan gjorts inom socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin, trots att drygt hälften av föräldrarna hade gemensam vårdnad och barnen vanligtvis hade regelbundet umgänge med den pappa som utsatte mamman och ibland även barnet för våld. Våldet mot mammor och barn minskade under det år då studien pågick. Under uppföljningsåret hade fem av tio mammor utsatts för våld. Barn som hade haft kontakt med verksamheter som riktade insatser direkt till barnen hade enligt mammornas bedömning förbättrat sin psykiska hälsa vid ettårsuppföljningen. Andelen med allvarliga psykiska problem minskade från 69 till 50 procent. Barnen hade också förbättrat sin förmåga att reglera känslor av ilska, ledsnad och rädsla. Bland de barn som haft kontakt med skyddade boenden, individ- och familjeomsorgen eller familjerätten var andelen med allvarliga psykiska problem oförändrad vid ettårsuppföljningen (59 procent). De visade inte heller någon förbättring när det gäller att reglera sina känslor. Oavsett vilken verksamhet barnet hade haft kontakt med förbättrades den psykiska hälsan mer hos yngre än hos äldre barn. I båda utvärderingarna var kvinnorna över lag nöjda med det stöd som de och deras barn hade fått.

Motsvarande utvärdering av sju verksamheter för våldsutövande män visar att många män upphör med fysiskt och allvarligt psykiskt våld. Över hälften av de 182 männen uppger själva att behandlingen har inneburit en stor hjälp för dem att hantera sina problem på ett bättre sätt. Männens självskattade psykiska hälsa förbättrades och deras alkohol- och narkotikabruk minskade. Eftersom denna studie saknade kontrollgrupp går det inte att dra några säkra slutsatser om vilken betydelse behandlingen hade i förhållande till andra faktorer.

Sammantaget tyder utvärderingarna på ett behov av att utveckla skyddet och säkerheten för våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld. För verksamheter för våldsutsatta kvinnor och för barn som har bevittnat våld är det angeläget att ta fram strukturerade bedömningar av risker och behov samt metoder för insatser. Få av de utvärderade verksamheterna kan redovisa grundläggande statistik om hur många individer som behandlats, samt vilken typ av behandling eller hur mycket behandling de fått [10].

Internationella metoder skulle kunna översättas till svenska förhållanden

Socialstyrelsen har kartlagt internationella dokumenterade metoder för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem respektive funktionsnedsättningar. Kartläggningen av metoder för våldsutsatta kvinnor med missbruk syftade till att sammanställa och beskriva manualbaserade interventioner samt att granska utvärderade interventioner för denna målgrupp. Vi granskade åtta publikationer och bland dem fanns endast en manual med tillhörande utvärdering. Denna manual, *Relapse prevention and relationship safety (RPRS)*, har bara utvärderats med ett litet antal deltagare, men resultaten verkar lovande vad gäller våld och psykisk hälsa. Merparten av de övriga dokumenterade metoderna beskriver behandlingar av kvinnor med psykisk ohälsa och missbruksproblem där våldsut-

³⁵ Åtta verksamheter inriktade på att ge stöd till barn som har bevittnat våld samt tre barn- och ungdomspsykiatriska enheter.

³⁶ Två skyddade boenden för kvinnor, tre individ- och familjeomsorgsenheter, samt en familjerättsenhet.

satthet är en möjlig bakomliggande orsak. Dessa manualer är inte utvärderade, men de innehåller kunskap som i likhet med RPRS kan tillvaratas i Sverige.

Kartläggningen av metoder för att stödja våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättningar gav ett resultat på åtta metoder. Ingen av dem hade dock utvärderats på ett sätt som uppfyller kvalitetsgranskningens krav på tillförlitlighet. Det finns alltså inget vetenskapligt stöd för att de är effektiva. Deras mål är i huvudsak att kvinnor med olika funktionsnedsättningar (fysiska, psykiska, intellektuella och kommunikativa) ska tillägna sig kunskaper och förmågor som minskar risken för att utsättas för våld eller som gör det lättare att hantera konsekvenserna av våld.

Innehållet skulle kunna anpassas till svenska förhållanden för test och effektutvärdering [11,12].

Statliga utvecklingsmedel har bidragit till förbättringar

Under perioden 2007–2010 gav regeringen utvecklingsmedel till kommunerna för att förstärka kvinnojourverksamheten och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen har följt upp denna satsning.

Under perioden fördelades 436 miljoner kronor till 262 av landets 290 kommuner för sammanlagt 467 olika projekt. Den vanligaste projektinsatsen var utbildning av socialtjänstpersonal och företrädare för ideella föreningar (339 projekt). Med hjälp av medlen grundades 46 kommunala specialistmottagningar, varav 20 drivs gemensamt av flera kommuner. 10 mottagningar riktar sig enbart till våldsutövande män och tre enbart till barn som har bevittnat våld. De övriga 33 mottagningarna vänder sig till våldsutsatta kvinnor, till våldsutsatta kvinnor samt barn som har bevittnat våld eller till samtliga tre grupper. Utvecklingsmedlen har också använts även till att starta 19 nya ideella föreningar (14 kvinnojourer, 3 tjejjourer och 2 mansjourer) som erbjuder råd och stöd och i många fall även tillfälligt boende. Totalt har cirka 220 boendeplatser tillkommit i landet genom nya boenden och utökade befintliga boenden som drivs av såväl kommuner som ideella föreningar.

Med denna satsning ville regeringen bland annat förbättra stödet till särskilda grupper av våldsutsatta kvinnor (bland annat för kvinnor med funktionsnedsättning, kvinnor med missbruk, och äldre kvinnor). De flesta projekten har angett våldsutsatta kvinnor i allmänhet som målgrupp. Samma sak gäller de 229 projekt som handlar om direkta stödinsatser. Exempelvis har endast tio kommuner skapat nya boendeplatser som är anpassade för kvinnor med funktionsnedsättningar. Det betyder inte nödvändigtvis att kvinnor med särskilda behov har utslutits från andra insatser. Vad kommunen gör för våldsutsatta kvinnor med särskilda behov framgår dock relativt sällan av projektdokumentationen.

303 projekt var inriktade på att utveckla olika former av samverkan, främst mellan kommuner och ideella föreningar (199 projekt). Långt färre projekt rörde samverkan mellan kommun och andra myndigheter (polis, åklagare, hälso- och sjukvård med flera) eller mellan kommuner. 137 projekt syftade till att förbättra intern socialtjänstssamverkan, men missbruks- och beroendeenheter ingick bara i 9 av dessa projekt, och försörjningsstödsenheter ingick bara i 4. Kvinnor som är aktuella för just dessa verksamheter har oftare än andra erfarenheter av våld [13]. Det finns även inventeringar som tyder på att uppgifter om våld mot en förälder eller ett barn relativt ofta förekommer i ärenden som rör vårdnad, boende och umgänge [14]. Ändå involverade endast 4 samverkansprojekt familjerätten.

Knappt en tredjedel av projekten innehåller en projektutvärdering. I 192 fall (41 procent) uppgav de berörda kommuner att projektet åtminstone delvis kommer att övergå till ordinarie verksamhet. I hälften av projekten svarade kommunen inte på frågan eller uppgav att projektverksamhetens framtid är osäker.

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingsmedlen sammantaget har bidragit till mer utbildning av personal och ett ökat utbud av stödinsatser för våldsutsatta kvinnor, barn som har bevittnat våld och våldsutövare. Men stödet till dessa grupper är eftersatt, till exempel vad gäller kvinnor med särskilda behov. Kommunernas utvecklingsarbete kan bli mer systematiskt, samordnat och ut hålligt. Kommunerna behöver ett samlat kunskaps- och metodstöd för att kunna bedriva ett mer evidensbaserat arbete på detta område.

Tillsynen konstaterar brister både i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har sammanställt enskilda tillsynsärenden rörande våld i nära relationer för 2011. Det rör sig om cirka 25 ärenden fördelade på samtliga regioner, varav något fler i sydvästra och södra Sverige. Endast några få ärenden rör hälso- och sjukvården. Några ärenden rör äldre kvinnor som har sökt stöd för våldsutsatthet, vilket är ovanligt. Flera klagomål handlar om förhållanden som Socialstyrelsen uppmärksammade i en egeninitierad verksamhetstillsyn på området under 2010, bland annat följande:

- Våldsutsatta kvinnors ansökningar utreds inte alltid. Det finns brister i uppföljningen av insatser och långsiktigt stöd, liksom i handläggningen och dokumentationen.
- Barn som har bevittnat våld uppmärksammas inte tillräckligt. Det saknas förhandsbedömning eller utredning av barns behov.
- Personalens kompetens är många gånger otillräcklig.
- Hot- och riskbedömningar görs inte i tillräcklig utsträckning [15].

En av flera tänkbara orsaker till det begränsade antalet ärenden är att enskilda inte känner till vilka möjligheter de har att lämna klagomål.

Ekonomiska analyser

Sammanfattande iakttagelser

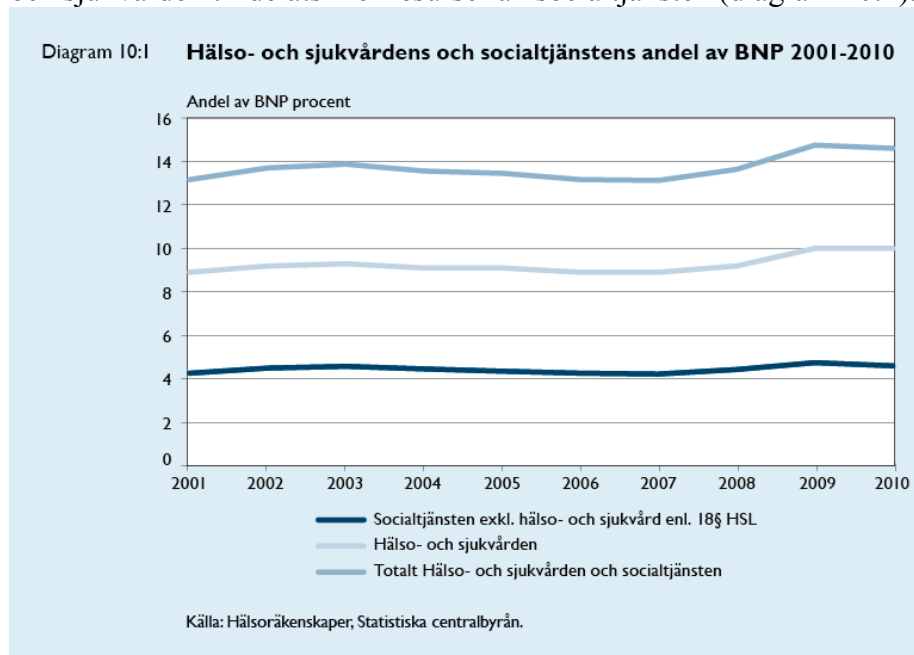
- De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick 2009 till 313,7 miljarder kronor i 2010 års pris. Samma år uppgick socialtjänstens utgifter till 151,9 miljarder kronor. Under 2000-talet har de båda huvudmännens kostnader ökat med omkring 20 procent.
- Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens övergripande kostnadsutveckling i relation till BNP har endast ökat marginellt. Under 2000-talet har hälso- och sjukvårdens andel ökat med 1,1 procentenheter och socialtjänstens med 0,3 procentenheter.
- Resurserna till specialiserad psykiatrisk vård har ökat, men ytterst lite.
- Landstingens kostnader för tandvård har minskat med mer än 2 procent.
- Kostnaderna för stöd och service till personer med funktionsnedsättning har ökat med 11 procent, vilket är den största relativa ökningen inom socialtjänsten.
- Kostnaderna för institutionsvården för barn och unga har minskat med 6 procent, vilket är motsvarande minskning som tidigare år. Även kostnaden per vård dygn minskar.
- Resurserna till vuxna med missbruk eller beroende minskar.
- Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre följer samma mönster som tidigare. Kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska, medan kostnaderna för insatser i ordinärt boende ökar.
- Kostnader per person i särskilda boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning minskar, vilket indikerar att fler delar på samma resurser.

I detta kapitel tar Socialstyrelsen ett samlat grepp på kostnadsutvecklingen inom hela vården och omsorgen, under en tioårsperiod respektive en femårsperiod. Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen, och vi redovisar främst landstingens och kommunernas kostnadsansvar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2010 års prisnivå. Med fast pris menas att kostnader som avser olika år omräknas till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Här används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2010 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de är i samma prisnivå. I detta kapitel gör vi även ett försök att spegla effektiviteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen 2001–2010

Vården och omsorgen utgör en stor del av Sveriges samhällsekonomi och står för 14,6 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 2001 har andelen ökat med 1,4 procentenheter. Hälso- och sjukvården inklusive tandvården motsvarar 10 procent av BNP och den andelen har ökat med 1,1 procentenheter

sedan 2001. Socialtjänstens andel är 4,6 procent exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL), och den har ökat med endast 0,3 procentenheter under samma period. I förhållande till BNP har således hälso- och sjukvården tilldelats mer resurser än socialtjänsten (diagram 10:1).



Skattefinansierad hälso- och sjukvård är vanligast i Norden

Hälso- och sjukvården finansieras på olika sätt i olika delar av världen. Offentlig finansiering genom skatter på central, regional och lokal nivå är vanligast i de nordiska länderna men även i Spanien och Kanada³⁷. I Sverige utgör skattefinansieringen 82 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården, medan den till exempel i Finland utgör 60 procent.

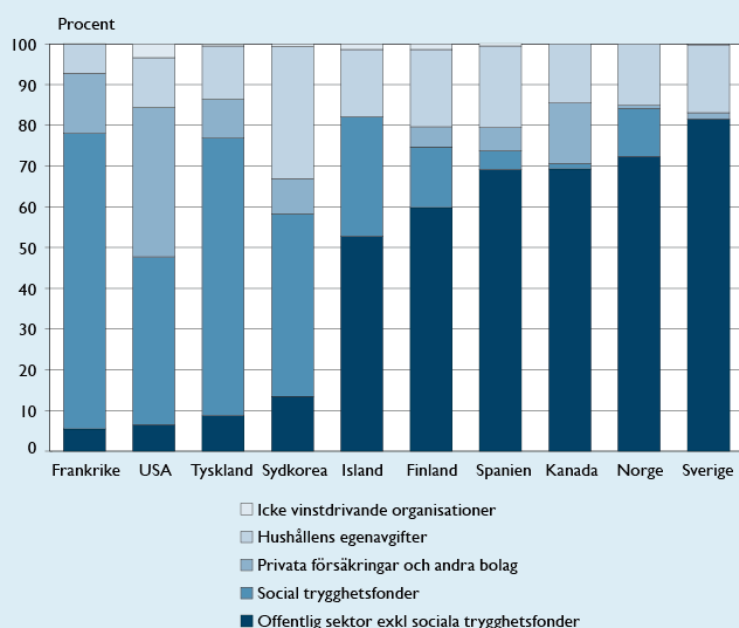
I flera andra länder, exempelvis Frankrike och Tyskland, är statligt styrda och kollektivt finansierade sociala trygghetsfonder den huvudsakliga finansiären. Frankrike har högst andel skattefinansiering med 73 procent, tätt följd av Tyskland med 68 procent av finansieringen i sociala trygghetsfonder. I USA finansieras ungefär 40 procent av sociala trygghetsfonder och 37 procent av privata försäkringar. USA är det land som har högst andel privata försäkringar.

Hushållens egenavgifter³⁸ varierar också. Sydkorea är det land som har högst andel egenavgifter, och de motsvarar 32 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader. I Sverige ligger egenavgifterna på 17 procent. I Frankrike står hushållen för den lägsta andelen med 7 procent av kostnaderna. Resterande länder ligger i ett spann kring 12–20 procent av kostnaden för hälso- och sjukvård (diagram 10:2).

³⁷ De länder som ingick i undersökningen var Frankrike, USA, Tyskland, Sydkorea, Island, Finland, Spanien, Kanada, Norge och Sverige.

³⁸ De avgifter som hushållen själv betalar ur egen ficka.

Diagram 10:2 **Hälso- och sjukvårdens finansiering i några länder 2009**



Källa: OECD Health data 2011.

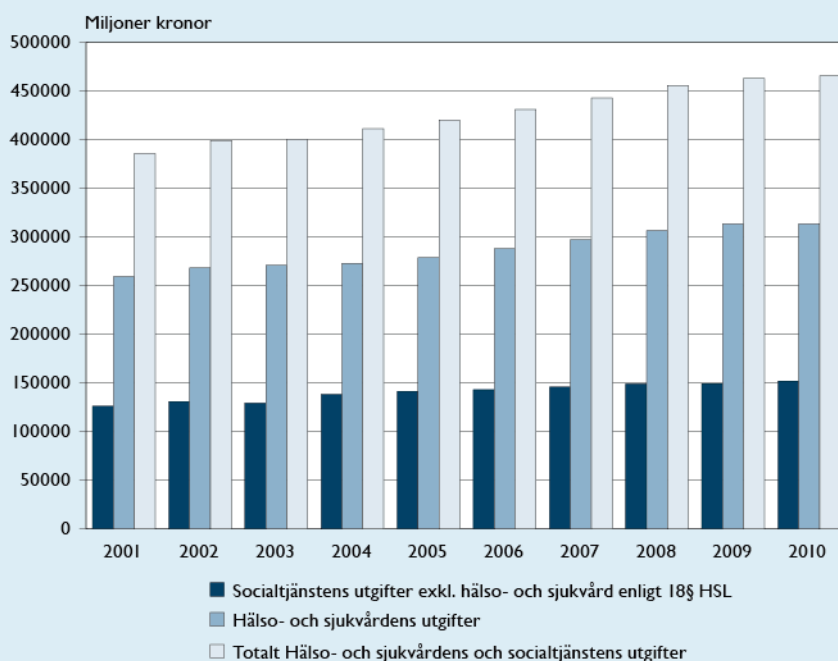
Vårdens och omsorgens utgifter ökar

Både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kostnader har ökat sedan 2001 med 21 respektive 20 procent i fasta priser. De totala utgifterna för hälso- och sjukvård uppgick 2009³⁹ till 313,7 miljarder kronor i 2010 års pris, inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedelskostnader samt hälso- och sjukvårdens investeringar⁴⁰. Socialtjänstens utgifter, exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL, uppgick till 151,9 miljarder kronor 2010 (diagram 10:3).

³⁹ Uppgifter för 2010 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB den 31.3 2012.

⁴⁰ Enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA) OECD.

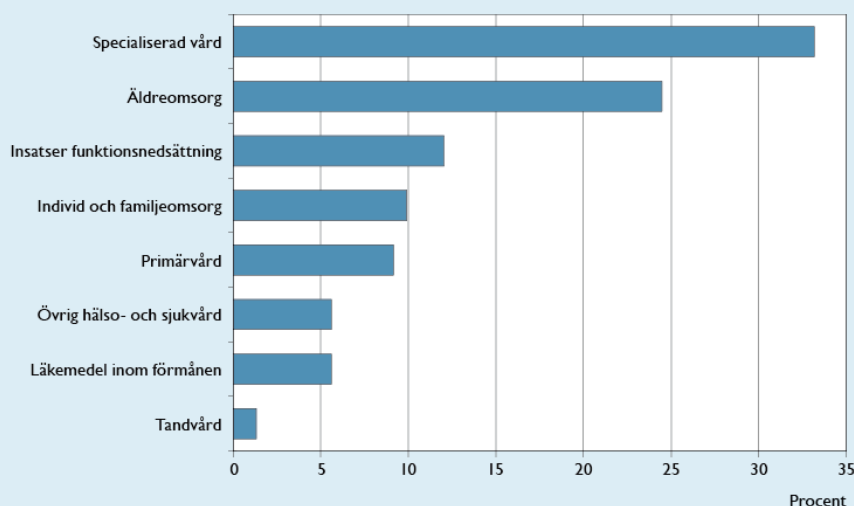
Diagram 10:3 **Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens utgifter 2001 -2010**



Källa: Hälso- och sjukvårdens utgifter, Statistiska centralbyrån; Kommunernas räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån; Konsumtionsindex 2010, Statistiska centralbyrån.

De största verksamheterna inom vården och omsorgen är den slutna och öppna specialiserade hälso- och sjukvården tillsammans med äldreomsorgen, med 33 respektive 25 procent av kostnaderna för vård och omsorg. Tandvård och läkemedel inom förmånssystemet är bland de minsta verksamheterna med drygt 1 respektive 5 procent av kostnaderna (diagram 10:4).

Diagram 10:4 **Verksamheternas andel av hälso- och sjukvård och socialtjänst 2010**



Källa: Kommunernas och landstingens räkenskapssammandrag 2010, Statistiska centralbyrån

Insatser till personer med funktionsnedsättning innehåller här enbart kommunernas kostnader.

Övrig hälso- och sjukvård är sådan verksamhet som inte relateras till vårdtillfälle eller besök och som inte ska föras ut på den enskilda patienten i systemet för kostnad per patient (KPP). Övrig hälso- och sjukvård omfattar ambulans- och sjuktransporter, sjukresor, handikappverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor, FoU avseende hälso- och sjukvård samt övrigt.

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling 2006–2010

De samlade kostnaderna för all hälso- och sjukvård var 313,7 miljarder kronor år 2009, varav landstingen svarade för 72 procent. Resterande utgifter stod kommunerna, staten och privata sektorn för. År 2010 var landstingens löpande kostnader för hälso- och sjukvård för deras egna åtaganden 218 miljarder kronor medan landstingens nettokostnad för denna verksamhet uppgick till 202 miljarder kronor (tabell 10:1).

Olika kostnadsbegrepp – olika resultat

När hälso- och sjukvårdens utgifter analyseras är det viktigt att veta vilket kostnadsbegrepp som ska användas. Landstingen använder ofta begreppet nettokostnader, och med det avses samtliga kostnader med avdrag för samtliga intäkter. Detta kostnadsbegrepp ger kostnaden för all verksamhet som landstingen ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto. Om det istället är hälso- och sjukvårdens totala utgifter som är intressanta används Statistiska centralbyråns redovisade uppgifter enligt systemet för hälsoräkenskaper (SHA). SHA är ett internationellt system som visar hälso- och sjukvårdens totala utgifter oavsett var och av vem vården produceras och finansieras. Om fokus ligger på kostnader för den verksamhet som landstingen är huvudman för, det vill säga vård som landstingen utför i egen regi eller köper in av andra vårdgivare, används de kostnadsuppgifter som landstingen har för det egna åtagandet.

I tabell 10:1 redovisas hur kostnaden varierar beroende på vilket kostnadsbegrepp som används.

Tabell 10:1 Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling 2006–2010 med olika kostnadsbegrepp, 2010 års pris, miljoner kr och procent

	2006	2007	2008	2009	2010	Förändring mnkr	Förändring %
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter inkl. investeringar enligt SHA	288 065	297 166	306 592	313 660	313 660*	25 595	8,9
Löpande hälso- och sjukvårdsutgifter enligt SHA*	276 718	284 618	292 348	300 180	300 180*	23 462	8,5
Landstingens löpande hälso- och sjukvårdsutgifter för det egna åtagandet	203 470	207 949	212 516	215 643	218 020	14 550	7,2
Landstingens netto-utgifter för hälso- och sjukvård	189 729	193 725	198 054	199 797	201 745	12 016	6,3

* Avser 2009 års värde. Uppgifter för 2010 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB den 31.3 2012.

Källa: Hälsoräkenskaper Statistiska centralbyrån ⁴¹, Landstingens räkenskapsammandrag Statistiska centralbyrån, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling Sveriges Kommuner och Landsting, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

⁴¹ Uppgifter för 2010 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB den 31.3 2012.

Ytterst liten ökning av resurser till specialiserad psykiatrisk vård

Jämfört med 2006 har landstingens nettoutgifter för hälso- och sjukvård ökat med drygt 6 procent i fasta priser. Ökningen ser dock olika ut inom olika vårdområden. Störst är kostnadsökningen inom primärvården följt av den specialiserade somatiska vården. Kostnaden för den specialiserade psykiatriska vården har nästan inte ökat alls, medan landstingens kostnader för tandvård har minskat med drygt 2 procent. Kostnaden för läkemedel inom förmånen har också minskat något sedan 2006.

Specialiserad somatisk vård står för 53 procent av nettokostnaderna och uppgick 2010 till 107 miljarder kronor. Den näst största kostnadsposten är primärvården med 17 procent av nettokostnaderna eller drygt 34 miljarder kronor. Tandvård och politisk verksamhet är de minsta verksamheterna med drygt 2 procent respektive 1 procent av landstingens nettokostnader (tabell 10:2).

Tabell 10:2 Landstingens nettoutgifter per vårdområde 2006–2010 (inkl Gotland) exkl. investeringar och förändring 2006–2010 samt andel av landstingens nettoutgifter för hälso- och sjukvård, 2010 års pris, miljoner och procent

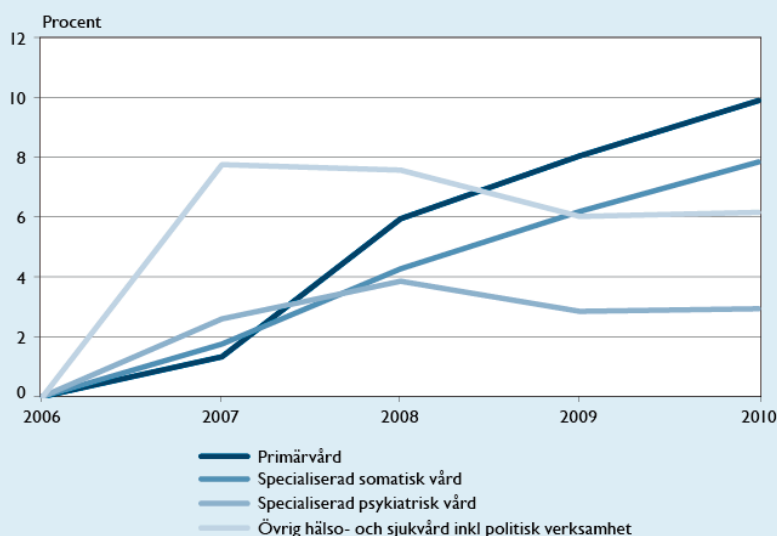
	2006	2007	2008	2009	2010	Förändring mnkr och %		Andel %
Landstingens totala nettoutgifter för hälso- och sjukvård	189 729	193 725	198 054	199 797	201 745	12 016	6,3	100
Primärvård	31 368	31 783	33 231	33 889	34 470	3 102	9,9	17,1
Specialiserad somatisk vård	98 985	100 723	103 212	105 105	106 741	7 756	7,8	52,9
Specialiserad psykiatrisk vård	17 620	18 077	18 299	18 122	18 137	517	2,9	9,0
Tandvård	5 132	5 172	5 167	5 015	5 008	−124	−2,4	2,5
Läkemedel inom förmånen	21 261	21 417	21 621	21 379	21 081	−180	−0,8	10,4
Övrig hälso- och sjukvård	14 126	15 345	15 312	15 050	15 162	1 036	7,3	7,5
Politisk verksamhet	1 237	1 208	1 213	1 237	1 146	−91	−7,3	0,6

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010 Sveriges Kommuner och Landsting, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån

Diagram 10:5 visar tydligt hur landstingens resurstilldelning till de olika vårdområdena har utvecklats över tid. Resurserna till primärvård och specialiserad somatisk vård ökar, medan utvecklingen inte ser likadan ut för den specialiserade psykiatriska vården och den övriga hälso- och sjukvården. Vissa år minskar till och med ökningstakten i resurstilldelningen för dessa två vårdområden.

Varför ökar kostnaderna för den specialiserade psykiatrin i mindre utsträckning jämfört med primärvården och den specialiserade somatiska vården? Det finns inga indikationer på att behovet av psykiatrisk vård har minskat över tid. En förklaring till de förändrade kostnaderna skulle kunna vara att primärvården i högre utsträckning tar emot patienter som tidigare har behandlats i den specialiserade psykiatriska vården, med tanke på att kostnadsökningen är högre för den sektorn. I detta sammanhang är det också av intresse att beakta hur de statliga stimulansmedlen riktade till psykiatrin har påverkat kostnadsutvecklingen. Stimulansmedlen är avsedda för att utveckla verksamheter och ska inte användas för den ordinarie verksamheten. Det finns anledning att mer ingående studera orsakerna till kostnadsutvecklingen.

Diagram 10:5 Landstingens resurstilldelning till olika vårdområden 2006-2010, Index 2006=0



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006-2010, Sveriges Kommuner och Landsting; Konsumtionsindex 2010, Statistiska centralbyrån.

Socialtjänstens kostnadsutveckling 2006–2010

Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten har varit relativt jämn sedan 2006. Vård och omsorg till äldre står för den relativt sett minsta ökningen, medan stöd och service till personer med funktionsnedsättning har ökat mest med 11,6 procent (tabell 10:3).

Tabell 10:3 Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten och förändring 2006–2010 samt andel av socialtjänstens kostnader, 2010 års pris, miljoner och procent

	2006	2007	2008	2009	2010	Förändring mnkr	Förändring %	Andel %
Socialtjänstens totala kostnader inkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	165 908	168 459	171 281	172 662	174 804	8 896	5,4	100,0
Individ och familjeomsorg inkl. familjerätt och familjerådgivning	35 139	34 526	35 572	37 186	37 301	2 162	6,2	21,3
Insatser till personer med funktionsnedsättning	40 620	42 509	43 819	44 433	45 335	4 716	11,6	25,9
Vård och omsorg till äldre	90 149	91 423	91 890	91 042	92 168	2 019	2,2	52,7

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kommunernas prioriteringar inom socialtjänsten

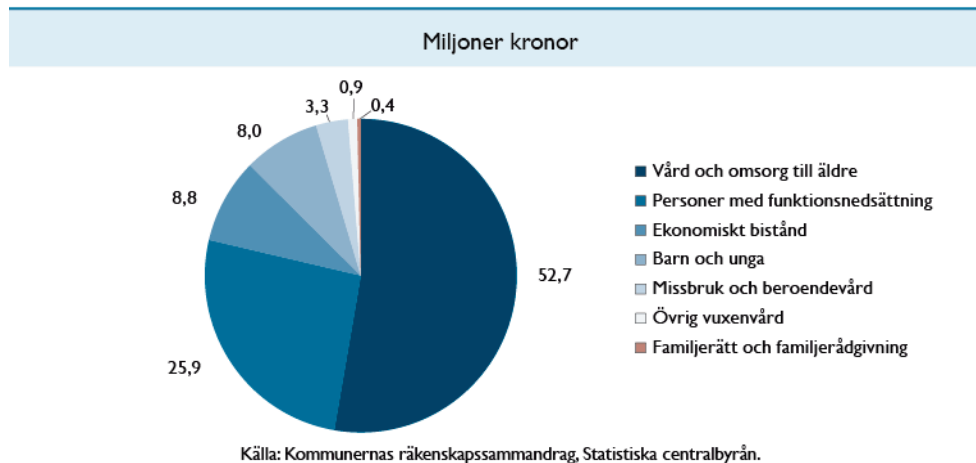
Socialtjänstens kostnader som andel av kommunernas totala driftkostnader speglar hur kommunerna prioriterar mellan sina verksamheter. Socialtjänstens kostnader utgör 38 procent av kommunernas totala driftkostnader, och i förhållande till annan kommunal verksamhet har socialtjänstens andel ökat med 1,7 procentenheter sedan 2001.

Kommunernas prioritering inom socialtjänstens områden framgår av figur 10:1. Äldreomsorgen är den absolut största verksamheten inom socialtjänsten

och står för 53 procent. Den minsta verksamheten är övrig vuxenvård som står för knappt 1 procent. Missbruk och beroendevård är också en liten del av socialtjänsten, cirka 3 procent. Även familjerätt och familjerådgivning utgör endast en ytterst liten del.

Figur 10:1

Verksamheternas andel av socialtjänstens kostnad 2010



Kostnaderna fortsätter att minska för HVB för barn och unga

Under perioden 2006–2010 ökade kostnaderna för barn och unga med nästan 4 procent i fasta priser, men liksom tidigare år minskade kostnaderna för hem för vård eller boende (HVB) med 6 procent. Kostnaderna för de öppna insatserna har däremot ökat med i genomsnitt 8 procent. Sammanlagt lade kommunerna 13,9 miljarder kronor på insatser till barn och unga år 2010 (tabell 10:4).

Än mindre resurser till missbruk- och beroendevård

Kostnaderna för missbruks- och beroendevården minskar. Alla verksamheter, utom individuellt behovsprövade insatser, minskade 2010 med i snitt 4,5 procent i jämförelse med 2006. Däremot ökade kostnaderna för individuellt behovsprövade insatser med hela 9 procent. Totalt lade kommunerna 5,8 miljarder kronor på insatser till vuxna med missbruk eller beroende år 2010 (tabell 10:4).

Ekonomiskt bistånd ökar mest till flyktingar

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd var 15,3 miljarder kronor år 2010, vilket är drygt 13 procent mer än 2006. Den del som avser ekonomiskt bistånd till flyktingar (inklusive ensamkommande barn och unga) ökade med 32 procent (tabell 10:4).

Övrig vuxenvård, familjerätt och familjerådgivning

Övriga insatser till vuxna består av insatser till personer med sociala problem som inte är relaterade till eget missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel. Det kan till exempel handla om stöd och skydd för våldsutsatta kvinnor samt hjälp till personer och familjer som står utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Kostnaden för övriga insatser till vuxna uppgick till 1,6 miljarder kronor 2010. Sedan 2006 har kostnaderna ökat marginellt. Kostnaderna för familjerätt och familjerådgivning var 0,6 miljarder kronor år 2010, och även de har bara ökat marginellt (tabell 10:4).

Tabell 10:4 Kostnadsutveckling inom individ- och familjeomsorgen och förändring 2006–2010 samt andel av respektive verksamhet, 2010 års pris, miljoner och procent

	2006	2007	2008	2009	2010	Fö- ränd- ringm nkr	Förän- dring %	Andel av resp. verk- samhet %
Individ- och familjeomsor- gens andel av socialtjänsten	20,5	20,4	20,5	21,4	21,3			
Individ- och familjeomsorg totalt	35 139	34 526	35 572	37 186	37 301	2 162	6,2	
Insatser till barn och unga	13 417	13 524	13 965	14 042	13 904	487	3,6	100
Institutionsvård/HVB	5 028	4 984	5 022	4 790	4 730	-298	-5,9	34,0
Familjehemsvård	4 162	4 192	4 317	4 507	4 612	450	10,8	33,2
<i>Öppna insatser</i>								
Individuell behovsprövad öppen vård	2 896	2 921	3 042	3 266	3 098	202	7,0	22,3
Övriga öppna insatser	1 331	1 427	1 583	1 478	1 464	133	10,0	10,5
Insatser till vuxna med missbruk/beroende	5 899	5 915	5 972	5 680	5 806	-93	-1,6	100
Institutionsvård	2 534	2 496	2 496	2 414	2 484	-50	-2,0	42,8
Familjehemsvård	179	164	184	178	175	-4	-2,2	3,0
<i>Öppna insatser</i>								
Bistånd som avser boende	1 485	1 577	1 511	1 436	1 474	-11	-0,8	25,4
Individuellt behovsprövade insatser	863	830	875	901	942	79	9,1	16,2
Övriga öppna insatser	837	849	905	751	731	-106	-12,7	12,6
Ekonomiskt bistånd	13 582	13 099	13 602	15 130	15 306	1 724	12,7	100
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	11 515	10 593	10 629	11 927	12 564	1 049	9,1	82,1
Ekonomiskt bistånd till flyk- tinghushåll	2 066	2 506	2 973	3 202	2 742	676	32,7	17,9
Övrig vuxenvård	1 619	1 343	1 411	1 708	1 654	35	2,2	
Familjerätt och familjeråd- givning	623	644	623	626	631	8	1,3	

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2006 – 2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kommunernas kostnader ökar för insatser till funktionshindrade

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har under den senaste femårsperioden ökat med 11,6 procent i fasta priser och uppgick till 45,3 miljarder kronor 2010. Dessa kostnader utgjorde 26 procent av socialtjänstens totala kostnader. Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och HSL står för drygt 19 procent av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning, och drygt 80 procent av kostnaderna gäller insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Enligt socialförsäkringsbalken har kommunerna ansvar för de 20 första timmarna samt ett basansvar som främst omfattar kostnader för vikarier när den ordinarie anordnarens assistenter är sjuka. Kostnadsutvecklingen för insatser till personer med funktionsnedsätt-

ning är logisk eftersom antalet insatser också fortsätter att öka. Kostnadsökningen för insatser enligt LSS förklaras delvis av att personer som når 65 års ålder får behålla personlig assistans som de tidigare har beviljats enligt 9 § 2 LSS eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Den bestämmelsen tillkom år 2001. I redovisningen sker det en kontinuerlig förskjutning av kostnader från vård och omsorg om äldre till insatser till personer med funktionsnedsättning eftersom fler äldre får behålla sina LSS-insatser efter 65 årsdagen.

Under perioden 2006–2010 var fördelningen relativt konstant mellan insatser enligt LSS och assistansersättning respektive enligt SoL och HSL. Det går dock att se en liten ytterligare förskjutning mot mer insatser enligt LSS och assistansersättningen.

Även kostnaderna för insatser enligt SoL och HSL ökar

Kostnaderna fortsätter att öka för insatser enligt SoL och HSL till personer med funktionsnedsättning, och de har ökat med drygt 11 procent i fasta priser sedan 2006. År 2010 uppgick kostnaderna till 8,9 miljarder kronor, varav 4,9 miljarder kronor avsåg insatser i ordinärt boende. Den största delen gäller hemtjänst inklusive boendestöd. Kostnaderna för korttidsboende har ökat med 16 procent, medan kostnaderna för övriga biståndsbedömda insatser i ordinärt boende har ökat med 29 procent under perioden. I övriga biståndsbedömda insatser ingår bland annat dagverksamhet, kontaktperson och kontaktfamilj, personligt ombud och bostadsanpassningsbidrag. Dessutom ingår kostnader för hälso- och sjukvård i ordinärt boende och i dagverksamhet för de kommuner som har tagit över landstingets ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Till skillnad från äldreomsorgen ökade kostnaderna för särskilt boende för personer med funktionsnedsättning med 11 procent under perioden 2006–2010 (tabell 10:5).

Lika stor kostnadsökning för insatser enligt LSS och assistansersättning

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och assistansersättning ökade med nästan 12 procent i fasta priser mellan 2006 och 2010, och var 36,4 miljarder kronor år 2010 (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning). Det bör uppmärksammas att angivelserna inkluderar kostnader för personer över 65 år som får insatser enligt LSS.

Boende står för hälften av kostnaderna för insatser enligt LSS, drygt 18 miljarder kronor, och denna kostnad har ökat med 11 procent sedan 2006. Kostnaderna för personlig assistans och daglig verksamhet har ökat med 18 respektive 13 procent sedan 2006 (tabell 10:5).

Tabell 10:5 Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2006–2010 samt andel av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning, 2010 års pris, miljoner och procent

	2006	2007	2008	2009	2010	Förändring mnkr	Förändring %	Andel %
Funktionsnedsättnings andel av socialtjänsten	24,7	25,3	25,7	25,8	25,9	1,2	5,0	
Insatser till personer med funktionsnedsättning	40 620	42 509	43 819	44 433	45 335	4 716	11,6	100,0
<i>Insatser enligt SoL*</i>	8 019	8 732	8 765	8 762	8 907	888	11,1	19,6
Särskilt boende	3 054	3 307	3 376	3 361	3 386	332	10,9	7,5
Ordinärt boende enligt SoL/HSL	4 348	4 744	4 672	4 686	4 873	525	12,1	10,7
Hemtjänst/boendestöd	2 886	3 243	2 965	2 941	3 049	163	5,7	6,7
Korttidsboende	448	450	422	505	518	70	15,6	1,1
Övriga biståndsbedömda insatser**	1 014	1 050	1 285	1 240	1 306	292	28,7	2,9
Öppen verksamhet***	617	681	718	715	648	31	5,1	1,4
<i>Insatser enligt LSS och assistansersättning****</i>	32 601	33 778	35 054	35 671	36 428	3 827	11,7	80,4
Boende	16 988	17 774	17 901	18 270	18 866	1 878	11,1	41,6
Boende vuxna	15 617	16 306	16 409	16 682	17 294	1 677	10,7	38,1
Boende barn	1 372	1 468	1 492	1 588	1 572	200	14,6	3,5
Personlig assistans ****	6 289	6 424	7 249	7 512	7 420	1 131	18,0	16,4
Daglig verksamhet	5 179	5 417	5 590	5 606	5 853	674	13,0	12,9
Övriga insatser	4 144	4 162	4 313	4 283	4 289	145	3,5	9,5

* Ny definition fr.o.m. 2007 ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

**Övriga biståndsbedömda insatser är t.ex. behovsprövad dagverksamhet, kontaktperson, kontaktfamilj, personligt ombud, bostadsanpassningsbidrag och hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes bostad eller i dagverksamhet i de kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende från landstinget.

***Öppen verksamhet är generellt riktade verksamheter där ett deltagande inte förutsätter biståndsbedömning/biståndsbeslut.

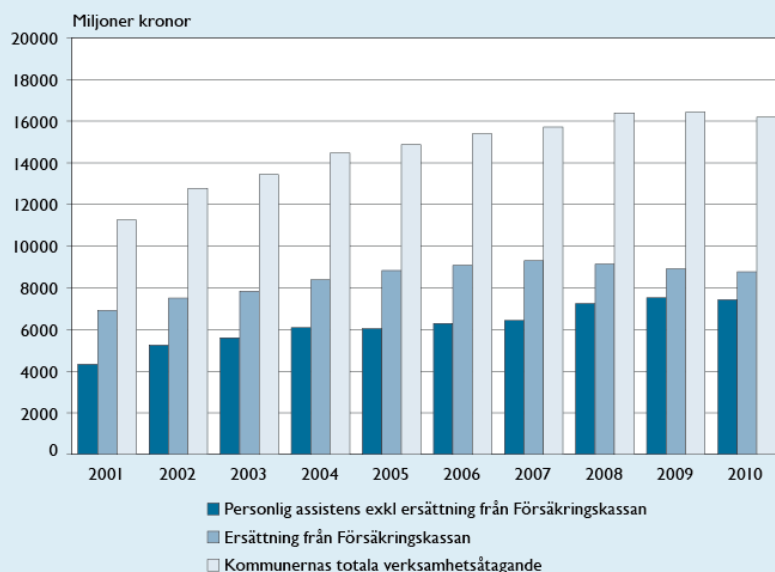
**** Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2006–2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kommunernas kostnader för assistans innefattar mer än bara det egna åtagandet

I ett tioårsperspektiv har kommunernas egna kostnader för personlig assistans enligt LSS och assistansersättningen ökat med 71 procent i fasta priser, och uppgick 2010 till 7,4 miljarder kronor. Därutöver har kommunerna kostnader för assistansen när de utför assistans i egenskap av anordnare.

Diagram 10:6 **Kostnadsutveckling för personlig assistans i kommunerna 2001-2010**



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag, Statistiska centralbyrån;
Konsumtionsindex 2010, Statistiska centralbyrån.

För dessa kostnader erhåller kommunerna ersättning från Försäkringskassan i likhet med andra utförare. Den delen av assistansen uppgick 2010 till 8,8 miljarder kronor och ökade med 27 procent under perioden 2001–2010. Kommunernas hela åtagande kostar alltså totalt 16,2 miljarder kronor (diagram 10:6), inklusive assistans till äldre personer som har fått behålla insatsen efter sin 65-årsdag. Staten har också kostnader för personlig assistans som enligt en beräkning från Riksrevisionen uppgår till cirka 16 miljarder kronor. Samhällets totala kostnader för personlig assistans är således runt 24 miljarder kronor.

Kommunerna har ett ansvar för de 20 första timmarna med personlig assistans, vilket är ett finansieringsåtagande. Därutöver har kommunerna ett verksamhetsåtagande för dem som väljer kommunen som utförare eller som inte gör ett aktivt val av utförare. Verksamhetsåtagandet omfattar även kostnader för vikarier när en annan utförares personal är frånvarande.

Kostnaderna minskar i särskilt boende – färre äldre får plats

Under 2010 beräknades kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre till drygt 167 miljarder kronor, vilket är en ökning med 3,9 procent sedan 2006. Som framgår av tabell 10:8 ökade kostnaderna mest för landstingens åtgärder för äldre, vilka ökade med 6 procent medan kommunernas samlade kostnader för insatser till äldre ökade med drygt 2 procent under perioden. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre beräknas uppgå till drygt 75 miljarder kronor för 2010, utifrån äldres andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick till drygt 92,2 miljarder kronor 2010, varav 59 procent avsåg särskilt boende, drygt 39 procent insatser i ordinärt boende och nästan 2 procent avsåg den öppna verk-

samheten⁴². De totala kostnaderna för särskilt boende hade återigen minskat med drygt 2 procent sedan 2006, medan insatser i ordinärt boende har ökat med 10 procent. Inom ordinärt boende är det kostnaderna för övriga biståndsbedömda insatser som ökar mest, 32 procent. Denna ökning beror troligtvis på att kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser som är utförda på delegation redovisas i ”övriga insatser”, i stället för som tidigare under hemtjänst eller korttidsvård (tabell 10:6).

Det finns ett tydligt mönster i utvecklingen av kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre: Kostnaderna för särskilt boende fortsätter att minska, medan kostnader för insatser i ordinärt boende ökar. Sedan 2003 har kostnaderna sjunkit i särskilt boende räknat i fasta priser. Samtidigt har antalet personer över 65 år ökat med 12 procent i befolkningen, och antalet över 80 år har ökat med runt 4 procent. Kostnadsminskningen kan förklaras av att allt färre äldre bor i särskilt boende.

Tabell 10:6 Äldreomsorgens kostnadsutveckling och förändring 2006–2010, 2010 års pris, miljoner och procent

	2006	2007	2008	2009	2010	Förändring mnkr	Förändring %	Andel av äldreomsorgens kostnad
Äldreomsorgens andel av socialtjänsten	54,8	54,4	53,8	52,8	52,7			
Äldreomsorg	90 149	91 423	91 890	91 042	92 168	2 019	2,2	55
Särskilt boende	55 638	54 759	54 547	54 494	54 373	– 1 265	– 2,3	59,0
Ordinärt boende	32 989	35 151	35 809	35 023	36 267	3 278	9,9	39,3
Hemtjänst/boendestöd	23 178	24 801	23 076	23 492	24 993	1 815	7,8	27,1
Korttidsboende	5 491	5 844	5 538	5 560	5 560	69	1,3	6,0
Övriga biståndsbedömda insatser	4 320	4 507	7 194	5 971	5 714	1 394	32,3	6,2
Öppen verksamhet	1 522	1 513	1 534	1 525	1 528	6	0,4	1,7
Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65 +¹	70 744	72 971	72 861	73 989	75 005	4 261	6,0	45
Totalt insatser till äldre	160 893	164 394	164 751	165 032	167 173	6 280	3,9	100

¹ 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 räkenskapsammandrag. För kostnader avseende handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre. För övriga kostnader har Region Skånes kostnadsandel använts.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån, Region Skåne.

Allt mer verksamhet köps externt

Kommuner och landsting lägger ut allt mer verksamhet på externa aktörer eller utförare, och 2010 köptes verksamhet inom vård och omsorg för totalt 68 miljarder kronor (hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst). Landstingen köp-

⁴² Med öppen verksamhet avses generellt inriktade verksamheter som i första hand är avsedda för personer 65 år och äldre och där deltagandet inte förutsätter en individuell behovsprövning eller ett biståndsbeslut.

te verksamhet för 37 miljarder kronor, vilket är 16,9 procent av landstingens hälso- och sjukvårdskostnad. Kommunerna köpte verksamhet för 31 miljarder kronor, vilket var 17,7 procent av socialtjänstens kostnad.

Inom hälso- och sjukvården köps framför allt verksamhet inom den specialiserade somatiska vården, och 2010 var den kostnaden 20,8 miljarder kronor. Inom primärvården köptes verksamhet för 11 miljarder kronor. Ungefär hälften av landstingens verksamhetsköp, eller 20,8 miljarder kronor, köptes från privata företag. 15,1 miljarder köptes från andra landsting och regioner samt från landstingsägda företag.

Kommunerna köpte mest verksamhet inom äldre- och handikappomsorg, för totalt 23,8 miljarder kronor. Barn- och ungdomsvård stod för 4,6 miljarder kronor medan missbruk och beroendevård stod för 2,0 miljarder kronor. Även socialtjänsten köpte mest från privata företag, motsvarande 76 procent av alla köp. Kommunerna köper även från föreningar och stiftelser för 3,1 miljarder kronor, främst till verksamheter inom äldreomsorgen (tabell 10:7).

Tabell 10:7 Köp av verksamhet i kommuner och landsting 2010, miljoner och procent

	Lands- ting regioner	Kommun/ lands- tingsägda företag	Kommun/ kommu- nalför- bund	Privata företag	Staten statliga myn- dighe- ter	Fören- ingar stiftelser	Enskilda andra länder	Totalt
Totalt köp i vård och omsorg	8 382	8 059	1 371	44 272	1 239	3 758	780	67 861
<i>Totalt hälso- och sjukvård</i>	7 863	7 206	350	20 779	46	623	30	36 897
Primärvård	313	128	261	10 215	1	70	1	10 988
Specialiserad somatisk vård	6 768	6 245	28	7 305	5	453	20	20 824
Specialiserad psykiatrisk vård	658	10	22	1 441	0	92	3	2 226
Tandvård	28	802	1	776	32	1	5	1 646
Övrig hälso- och sjukvård	97	21	37	1 041	8	7	1	1 213
<i>Andel köp av hälso- och sjukvård, %</i>	21	20	1	56	0	2	0	100
<i>Totalt socialtjänst</i>	519	853	1 021	23 493	1 193	3 135	750	30 964
Barn och unga	45	31	145	3 040	751	216	369	4 597
Missbruk och beroendevård	38	4	88	1 123	361	308	96	2 018
Övrig vuxenvård inkl familjerätt o familjerådgivning	4	3	65	385	5	37	12	511
Äldre- och handikappomsorg	432	815	723	18 945	76	2 574	273	23 838
<i>Andel köp av socialtjänst, %</i>	2	3	3	76	4	10	2	100

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010. Statistiska centralbyrån, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010. Sveriges Kommuner och Landsting.

Kostnadsjämförelser mellan olika verksamheter

Kostnad per plats i olika boenden

Kostnaden för olika typer av boenden inom vård och omsorg skiljer sig, och kostnaden har utvecklats helt olika sedan 2006. Kostnaden per person inom särskilt boende (enligt SoL) för personer med funktionsnedsättning har ökat med 23 procent medan platskostnaden för särskilt boende för äldre har ökat med drygt 3 procent. Däremot har platskostnaden för bostad med särskild service enligt LSS minskat något. Att platskostnaden har ökat inom särskilt boende för personer med funktionsnedsättning kan bero på ökad vårdtyngd. Många i denna grupp har en psykisk funktionsnedsättning med behov av tätare bemaning. Kostnadsförändringen per person i bostad med särskild service kan i sin tur bero på att antalet boende per gruppboende ökar. Socialstyrelsen resonerar mer om detta i kapitlet om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Det finns också stora skillnader i kostnadsutvecklingen mellan heldygnsplaceringar för barn och unga respektive för vuxna med missbruk eller beroende. Här ökade dygnskostnaden inom missbruk eller beroende med nästan 27 procent under perioden 2006–2010 medan dygnskostnaden för barn och unga minskade med nästan 2 procent (tabell 10:8). Denna minskning kan vara ett resultat av besparingar eller bero på att kommunernas upphandlingar har blivit mer kostnadseffektiva.

Tabell 10:8 Kostnad per plats, vårdtillfälle och vård dygn för boenden inom socialtjänst och hälso- och sjukvård 2006–2010, 2010 års priser, kronor och procent, medianvärdet

	2006	2007	2008	2009	2010	Förändring kr	Förändring %
Boenden/plats							
Särskilt boende äldre	598 782	610 953	618 763	N.a.	619 454	20 672	3,5
Särskilt boende funktionsnedsättning	565 853	631 187	583 204	N.a.	694 308	128 455	22,7
Bostad med särskild service	726 753	706 278	710 739	795 757	716 415	–10 338	–1,4
Boenden/vårdtillfälle						0	
Hälso- och sjukvård	43 154	43 916	45 166	44 638	45 463	2 309	5,4
Boenden/vård dygn							
Hem för vård eller boende barn och unga	4 205	4 409	4 159	4 144	4 128	–77	–1,8
Institutionsvård, missbruk och beroendevård	2 645	2 529	2 623	2 629	3 347	702	26,5

N.a. = data finns inte tillgängligt.

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2006–2009, Socialstyrelsen, Egna bearbetningar 2010, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Kostnader för boenden kontra öppna insatser

Kostnaderna har utvecklats olika när det gäller boenden och heldygnsplaceringar respektive insatser i öppen vård. Genom att jämföra den procentuella kostnadsförändringen går det att se hur huvudmännen prioriterar mellan olika verksamheter. Kostnadsförändringen i fasta priser har varit störst inom biståndsbedömda öppna insatser inom äldreomsorgen och inom insatser till personer med funktionsnedsättning, med 32 respektive 29 procents ökning.

Öppen verksamhet prioriteras dock mest inom barn- och ungdomsvården där ökningen är hela 20 procent, medan öppna insatser inom missbruksvården har minskat med 25 procent. Boenden i missbruks- och beroendevården har haft en motsatt utveckling eftersom kostnaderna där har ökat med nästan 27 procent. Även boenden för personer med funktionsnedsättning har ökat stort. (tabell 10:9).

Tabell 10:9 Kostnadsförändring i procent 2006 –2010

	Plats i boenden/sjukhus	Biståndsbedömda öppna insatser	Öppen verksamhet
Äldreomsorg	3,5	32	0,8
Funktionsnedsättning	22,7	29	10
Funktionsnedsättning LSS	-1,4	12	–
Barn och ungdomsvård	-1,8	7	19,9
Missbruk och beroendevård	26,5	3	- 25,3
Hälso- och sjukvård (sluten vård och primärvård)	5,4	10	–

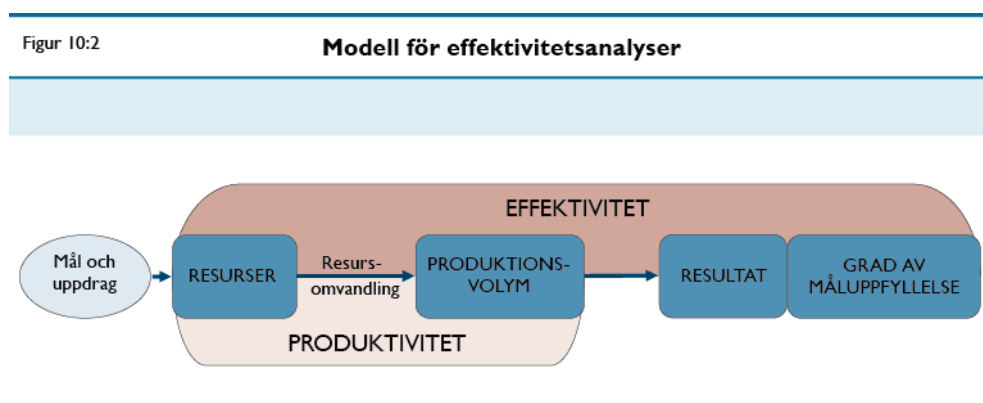
Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2010, Statistiska centralbyrån.

Jämförelsetal för socialtjänsten 2006–2009, Socialstyrelsen, Egna bearbetningar 2010, Konsumtionsindex 2010 Statistiska centralbyrån.

Effektivitetsanalyser

En modell för effektivitetsanalyser

Flera av effektivitetsanalyserna som presenteras i detta avsnitt bygger på den modell som Socialstyrelsen har utarbetat för effektivitetsanalyser och som framgår av figur 10:2. Modellen kan användas på såväl nationell, regional som lokal nivå. Socialstyrelsen har som målsättning att belysa effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst i de öppna jämförelser och utvärderingar som Socialstyrelsen tar fram. Arbetet med att ta fram adekvata indikatorer för att följa upp och analysera effektivitet är under utveckling.

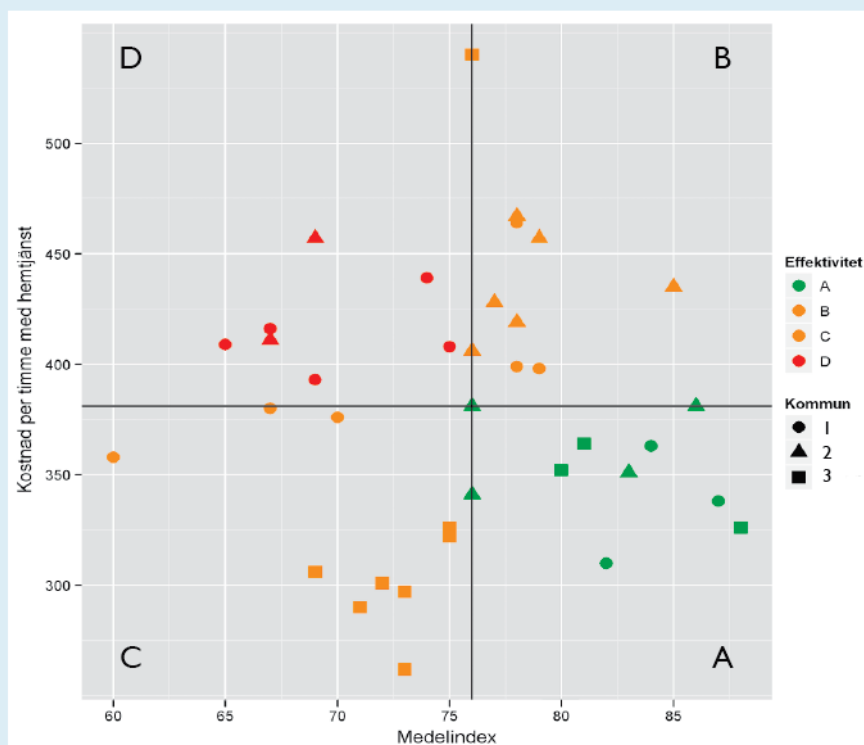


Exempel på effektivitetsanalys av äldreomsorgen med KPB-data

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har, i samarbete med några kommuner, arbetat fram en modell för effektivitetsanalys inom äldreomsorgen som i princip överensstämmer med Socialstyrelsens effektivitetsmodell. SKL:s modell [1] ställer kostnader inom äldreomsorgen, baserade på data från Kostnad per brukare (KPB), mot indikatorer från Socialstyrelsens nationella kundundersökning om de äldres uppfattning om äldreomsorgen [2]. Resultatet av effekti-

vitetsmätningen presenteras i ett så kallat fyrfältsdiagram där mått på kvalitet och resurser ställs mot varandra (figur 10:3). Diagrammet delas i fyra olika fält för att illustrera vilket område enheterna bör befinna sig i för att prestera maximal effektivitet. Enligt denna metod kommer de mest effektiva enheterna att ligga i det nedre gröna högra fältet (A) med både låga kostnader och bra resultat. I fälten B och C finns det fortfarande förbättringspotential, antingen i fråga om kostnaderna eller om kvaliteten. I det övre vänstra hörnet (D) är kostnaderna höga och kvaliteten låg. Här finns en stor förbättringspotential för både kostnad och kvalitet.

Figur 10:3 Resultat av effektivitetsanalys för hemtjänstgrupper i tre kommuner



Den vertikala axeln visar kostnaden per hemtjänsttimme och den horisontella medelindex från Socialstyrelsens brukarundersökning.

Källa: Kostnad per brukare, jämförelser mellan kommuner inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning - Utfall 2010, Sveriges Kommuner och Landsting, 2011.

Figuren visar att det finns en stor spridning både mellan kommunerna och inom kommunernas hemtjänstgrupper avseende både kostnader och hur nöjda brukarna är i de tre kommunerna. Det betyder att det finns en stor förbättringspotential för många enheter i dessa kommuner. Hemtjänstgrupper som ligger i det övre vänstra hörnet har relativt höga kostnader och låg kvalitet, medan hemtjänstgrupper i det nedre högra hörnet har hög kvalitet och låga kostnader. Genom att mäta effektiviteten får kommunerna en uppfattning om vad de faktiskt får för de resurser som läggs på äldreomsorgen, och att det är nödvändigt att koppla ihop kvalitet och kostnader för att få en helhetsbild.

Exempel på produktivetsmått: Kostnad per konsumerad prestation (DRG-poäng)

Socialstyrelsen [3] har en uppsättning övergripande nationella indikatorer för god vård, och för området effektiv vård finns det fem indikatorer som mäter

hälso- och sjukvårdens kostnader och produktivitet. De indikatorer som beskriver kostnader är

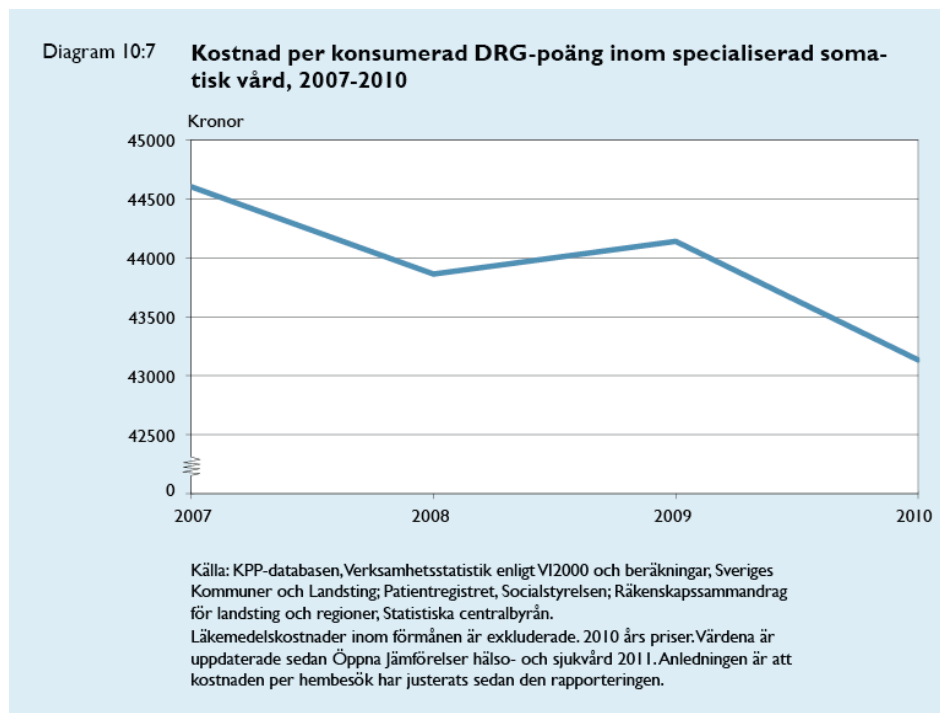
- hälso- och sjukvårdens kostnader
- strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad
- andel vårdtillfällen som rapporteras till KPP-databasen (Kostnad per patient).

Indikatorer som beskriver produktivitet är

- kostnad per konsumerad prestation (DRG-poäng)
- kostnad per vårdkontakt i primärvården.

Här redovisas produktivetsmålet kostnad per konsumerad prestation. Produktivitet går att mäta som kostnad per konsumerad prestation i form av DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter, baserat på deras medicinska innehåll och resursförbrukning. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning.

Kostnaden för den specialiserade somatiska vården har successivt sjunkit, från cirka 44 600 kronor år 2007 till 43 130 kronor per DRG-poäng 2010. Det indikerar att produktiviteten har stigit sedan 2007, och därmed har kostnaderna på riksnivå ökat mindre än de viktade prestationerna. Landstingen har olika kostnad per DRG-poäng och spridningen är 39 400–47 700 kronor per DRG-poäng. Det motsvarar en kostnadsskillnad på 21 procent (diagram 10:7) [2].



Effektivitetsanalys av strokevården

I den nationella utvärderingen av strokevården 2011 [4] försöker Socialstyrelsen belysa effektiviteten i landstingens och kommunernas strokevård utifrån sin modell för effektivitetsanalyser. Vi använder två effektivitetsmått:

- *Effektivitet avseende ADL-oberoende tolv månader efter stroke* – ett mått som speglar landstingens och kommunernas samlade effektivitet både i det

akuta omhändertagandet och i rehabiliteringen under och efter sjukhusvistelsen.

- *Effektivitet avseende tillgodosett behov av rehabilitering tolv månader efter stroke* – ett mått som belyser den samlade effektiviteten i kommunernas och landstingens insatser för rehabilitering när personen har skrivits ut från sjukhuset.

Landstingens och kommunernas verksamheter påverkar tillsammans resultatet av vården och omsorgen till personer som har insjuknat i stroke, och det är därför nödvändigt att studera den gemensamma effektiviteten. Mätningarna av de båda effektivitetsmåttens visar att den genomsnittliga kostnaden per person varierade både på landstings- och kommunnivå (tabell 10:10).

Tabell 10:10 Resultat av effektivitetsanalys i strokevården på landstings- och kommunnivå

Effektivitetsmått	Landstingsnivå	Kommunnivå
	Kostnad per person i kronor	Kostnad per person i kronor
ADL–oberoende 12 månader efter stroke	143 500–229 300	92 800–365 200
Tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke	204 900–342 400	136 600–535 500

Källa: Strokevård, Nationell utvärdering 2011, Socialstyrelsen 2011.

Måtten ovan visar relativ effektivitet i form av kostnad per person som har uppnått målet, vilket också kan uttryckas som kostnad per lyckat fall. Det är dock inte kostnadens storlek som är intressant utan hur de egna kostnaderna förhåller sig till kostnaderna i andra landsting och kommuner.

Referenser

Samverkan i välfärden

1. Uppföljning av Hamnen – en mottagning för barn, unga och föräldrar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Sveriges Kommuner och Landsting. Jämlika välfärdstjänster. Hämtad 2011-12-15 från www.skl.se/jamlikvalfard.
3. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Protokoll vid regeringssammanträde, S2011/11027/FST.
7. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:35).
10. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Fokus på näringsliv och arbetsmarknad. Örebro: SCB; 2007.
12. Svenskarnas engagemang är större än någonsin. Insatser i och utanför föreningslivet.. Stockholm: Ersta Sköndals högskola; 2010. Arbetsrapportserie 68.
13. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
14. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting; 2010. Projektrapport nr. 5/2010.
15. Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap. Samverkan inom vård och omsorg stupar på stuprörstänkande. Hämtad 2011-12-15 från <http://www.fas.se/sv/Publicerat/Forskare-berattar/Forskare-berattar-2011/Samverkan-inom-vard-och-omsorg-stupar-pa-stuprorstankande>.
16. Välfärdsrapport. Hur ska välfärden formas i framtiden? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
17. Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning, SOU 2011:65

Hälso- och sjukvård

1. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
2. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. www.SCB.se
4. Dödsorsaker 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Sveriges officiella statistik.
5. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet N°317. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

7. WHO. Cancer, Fact sheet N°297. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> 2011.
8. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig på www.fhi.se.
9. Levnadsvanor. Lägesrapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. A 2010:13.
10. Nationell patientenkät – primärvård, undersökningsperiod höst 2009. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2010.
11. Nationell patientenkät – primärvård, undersökningsperiod höst 2010. Institutet för kvalitetsindikatorer; 2011.
12. Vårdbarometern. Befolkningsundersökning 2010. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
13. Målområde 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
14. Delredovisning 1 av uppdrag angående stöd till nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2011.
15. www.natverket-hfs.se
16. Vårdvalet – hur följer landstinget att utförarna håller god kvalitet? Landstingsrevisorer, Stockholms läns landsting; 2009. Projektrapport Nr 9/2009.
17. Delredovisning – uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården. Dnr 314/2011. Konkurrensverket; 2011.
18. Årsrapport NPS 2012. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
19. Budgetpropositionen 2012. Regeringen; 2011.
20. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009–2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
21. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – Analys och prognos maj 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
22. Omregleringen av apoteksmarknaden – Redovisning av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Konsumentverket; 2011. Rapport 2011:9.
23. Socialstyrelsens tillsyn av öppenvårdsapotek. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
24. En omreglerad apoteksmarknad – delrapport 1. Statskontoret; 2011. 2011:10.
25. Cancer Incidence in Sweden 2010 – Cancerförekomst i Sverige 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
26. Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
27. Ännu bättre cancervård. Rapport om SKL:s insatser 2011, inom ramen för överenskommelsen om den nationella cancerstrategin. 2011-10-17. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
28. Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2011.
29. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
30. Cancerfondsrapporten 2011. Cancerfonden; 2011.
31. Tillgång på specialistläkare 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
32. Hjärtinfarkter 1987–2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Sveriges officiella statistik.
33. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
34. Årsrapport 2010 års resultat. Göteborg: Nationella diabetesregistret; 2011.
35. Nationell utvärdering 2011. Diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

36. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
37. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
38. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
39. Tillsynsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
40. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
41. Bättre vård – mindre tvång. Förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
42. Diskriminering av personer med psykisk ohälsa – en intervjuundersökning. (H)järnkoll, 2011. Tillgänglig på www.hjarnkoll.se
43. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Aktuell från 1 januari 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
44. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Delrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
45. Min guide till säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
46. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer
47. Nationell Patientenkät. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig på www.skl.se
48. Sveriges Kommuner och Landsting. Webbenkät till hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Augusti 2011.
49. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer, indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
50. www.vantetider.se
51. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
52. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
53. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
54. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2011. SBU-rapport 197; 2010.
55. Rehabiliteringsgarantin. Resultat från första halvåret 2011. Sammanfattning och utvärdering. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
56. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och SBU; 2011. Nationella medicinska indikationer Rapport 2011:02.
57. Busch H, Bonnevier H, Hagberg J, Lohela Karlsson M, Bodin L, Norlund A, et al. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
58. Bakshi A, Hansson JL, Brommels M, Klinga C, Bonnevier H, Jensen I. En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM) samt Medical Management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
59. Patientsäkerhetssatsning 2011. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. 2010/9054/HS.

60. Patientsäkerhetssatsning 2011 – uppföljning och samlad bedömning av utfall. Dnr 5.2-39265/2010. Socialstyrelsen; 2011.
61. www.skl.se
62. Nationell läkemedelsstrategi. Artikelnummer S2011.029. Regeringskansliet; 2011.
63. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2008–2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
64. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
65. www.patientforsakring.se
66. Berglund C, Nylén U. Inventering av hur strukturerad journalgranskning används på svenska sjukhus. Bilaga 2, oktober 2011. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
67. Strukturerad journalgranskning inom somatisk slutenvård. Dnr 5.2-39265/2010. Socialstyrelsen; 2011.
68. Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50).
69. Uppföljning av strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50). Rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
70. Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
71. Konsekvenser – ESBLCARBA. Smittskyddsinstitutet; 2011.
72. Tillgång till vårdhygienisk kompetens – rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
73. Vårdgivarnas arbete med vårdhygien. Resultat av Socialstyrelsens tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
74. Akutmottagningars kapacitet och rutiner för ett säkert omhändertagande av smittsamma personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
75. Smittspridning inom svensk neonatalsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
76. Överbeläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; november 2011. Patientsäkerhet Tema Nr. 8.
77. Broqvist M, Branting Elgstrand M, Carlsson P, Eklund K, Jakobsson A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet; 2011. 2011:4.
78. Socialstyrelsen. Nationella medicinska indikatorer. Hämtad 2011-12-01 från www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellamedicinskaindikationer
79. Rosén M. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015. Översyn av de nationella kvalitetsregistren; 2010.
80. Överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten - om utvecklingen och finansieringen av Nationella Kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialdepartementet; 2011.
81. www.kvalitetsregister.se
82. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Bilaga 2. Täckningsgradsjämförelser mellan hälsodataregistren vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
83. Öppna jämförelser missbruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
84. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
85. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
86. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
87. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.

88. Lägesrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
89. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
90. Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
91. Sveriges Kommuner och Landsting. Jämlika välfärdstjänster. Hämtad 2011-11-01 från www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/jamlikvalfard
92. Personlig kommunikation med forskare Helene Brodin. November 2011.
93. Göra jämlikt är att göra skillnader. Vägledning för jämlik styrning och ledning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
94. Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings, OECD Publishing. OECD; 2010.
95. Value for Money in Health Spending, OECD Publishing. OECD; 2010.

Tandvård och tandhälsa

1. Hälsa på lika villkor. Nationell folkhälsoenkät. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
2. Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008. Försäkringskassan; 2011.
3. NPS –Nationellt planeringsstöd. Årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. År 2009–2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Tillsynsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Policydokument. Äldres tandhälsa och munvård. Sveriges tandläkarförbund; 2011.
8. Munhälsan hos äldre som bor hemma. Stockholm: Sveriges tandläkarförbund; 2011.
9. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling 2010. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
10. Karies hos barn och unga 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Tandhälsorapport 2010. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2011.
12. Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland 2009. Linköping: Östergötlands läns landsting; 2011.
13. Tandvården och barn som far illa. Barnombudsmannen; 2011. Br 2010:02.
14. Barn som far illa. Sveriges Tandläkarförbund; 2011. Kunskap & kvalitet nr 9.
15. Kartläggning av frisktandvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
16. Svenskt kvalitetsindex 2011. SKI 2011.
17. Befolkningens tandhälsa 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
18. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Landstingens insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
19. SWEDRES 2010. A report on Swedish Antimicrobial Utilization and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet; 2011.
20. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
21. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
22. Övergripande nationella indikatorer för God tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.

23. Vuxentandvård. Ett stöd för dig som besöker tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
24. Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
25. Tandläkartidningen nr. 7/2011.
26. SKaPa Nyhetsbrev nr. 2/2011. SKaPa; 2011.
27. Privatpersoners resonemang kring konsumtion av tandvård. Stockholm: Augur; 2011.
28. Fosterbarns hälsa. Det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.

Barn och unga

1. Barn och unga inom Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen; 2010.
2. Skador bland barn i Sverige – Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiv handling – Rapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
3. www.scb.se
4. Kartläggningen av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Statens folkhälsoinstitut; 2011. R 2011:09.
5. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011. Allmänna Barnhuset; 2011.
6. Dartingtonprojektet. En försöksverksamhet för att stärka och utveckla familjevården. Socialstyrelsen; 2000.
7. Hjern A, Vinnerljung B. Health care for children in foster and residential care. Invited commentary. Acta Paediatr 2002;91: 1153–1154.
8. Egelund T, Andersen D, Lausten M, Knudsen L, Olsen R F & Gerstoft F. Anbragte Børns Vilkår og Udvikling. Resultater Fra SFI's Forløbsundersøgelser af 1995-Årgangen. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research; 2008.
9. Jaudes PK, Bilaver L, Goerge R, Catania C. Improving access to health care for foster children: the Illinois Model. Child Welfare 2004;83: 215–38.
10. Fosterbarns Hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
11. Öppna jämförelser av barn - och ungdomsvård. Hämtad 2011-11-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/barnochunga>
12. Socialstyrelsens Patientregister. Bearbetningar 2011-12-16.
13. Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Bearbetningar 2011-12-16.
14. Barn och unga – insatser år 2010. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2011.
15. Aktuellt om ensamkommande barn och ungdomar. November 2011. Migrationsverket; 2011.
16. Nationell Patientenkät: Barnsjukvård 2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
17. Skolinspektionen. Elevhälsa. Sammanställning av rektorernas samtliga svar upplade på fristående och kommunala huvudmän. Hämtad 2011-10-15 från <http://www.skolinspektionen.se/Documents/Regelbunden-tillsyn/flygande%20tillsyn/elevhalsa-resultat.pdf>
18. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Socialstyrelsen; 2011.
19. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
20. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2011.
21. Socialnämndens ansvar för barn i samhällsvård. Barnombudsmannens enkätstudie angående nämndernas egna direktiv för arbete med barn och ungdomar som om-

- händertas för samhällsvård. Barnombudsmannen; 2011. Barnombudsmannen rapporter BR 2011:02.
22. Uppgifter från utredare Katarina Munier, Socialstyrelsen 2011-10-15.
 23. Socialstyrelsen. Lex Sarah – nya bestämmelser den 1 juli 2011. Hämtad 2011-12-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/lexsarah>
 24. Uppgifter från utredare Camilla Olofsson, Socialstyrelsen, 2011-12-01.
 25. Uppgifter från utredare Åsa Börjesson, Socialstyrelsen, 2011-12-19.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

1. Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 november 2010. Socialstyrelsen; 2010.
2. Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning. Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2010.
3. Funktionshindrade personer 2007 – kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2008.
4. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2010. Socialstyrelsen; 2010.
5. Socialstyrelsens bearbetning av register över mottagare av insatser enligt LSS samt registret över assistansberättigade.
6. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2004. Socialstyrelsen; 2005.
7. Daglig verksamhet enligt LSS – en kartläggning. Socialstyrelsen; 2008.
8. Alltjämt ojämlikt – levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
9. Socialstyrelsen. Tillstånd personlig assistans. Hämtad 2011-12-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/tillstand/tillstand-personlig-assistans>
10. Uppgifter från utredare Kristina Söderborg, Socialstyrelsen, 2012-01-10.
11. Uppgifter från utredare Britt-Marie Fagerlund, Socialstyrelsen, 2012-01-10.
12. Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Bearbetning 2011-10-15.
13. Polanczyk G, de Lima M, Horta B, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *A J Psychiatry* 2007; 164(6): 942–48.
14. Socialstyrelsen . Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Hämtad 2011-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/funktionsnedsattning>
15. Enkätundersökning till kommunerna. Arbetsmaterial. Socialstyrelsen; 2010.
16. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
17. Rehabilitering av vuxna med syn- och/eller hörselnedsättning. En kartläggning av landstingens habiliterings- och rehabiliteringsinsatser. Socialstyrelsen; 2012.
18. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Socialstyrelsen; 2011.
19. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen; 2011.
20. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
21. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.
22. En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Regeringen; 2011.
23. Ledsagning enligt LSS och SoL - kartläggning av kommunernas insatser 2010. Socialstyrelsen; 2011.

24. Brunt David (2008) Boende och boendestöd för personer med psykiska funktionshinder: dåtid, nutid och framtid, Socionomen 2008; 4, 26–30
25. Markström U. Verksamheter för korttidsvistelse för personer med psykiska funktionshinder. Växjö universitet; 2007. Boendeprojektet, delrapport 14
26. Statlig personlig assistans – resultat från undersökning av assistansberättigade. Försäkringskassan; 2011. Socialförsäkringsrapport 2011:18.
27. Uppgifter från utredare Monica Albertsson, Socialstyrelsen, 2011-12-10.
28. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27.
29. En ny vårdform – En lägesrapport om öppen tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen; 2009.
30. Socialstyrelsen. Lex Sarah – nya bestämmelser den 1 juli 2011. Hämtad 2011-11-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/lexsarah>
31. Uppgifter från utredare Camilla Olofsson, Socialstyrelsen, 2011-12-01.
32. Uppgifter från utredare Annika Lissel, Socialstyrelsen, 2011-12-05.

Missbruk och beroendevård

1. Drogutvecklingen i Sverige 2010. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2010.
2. Äldres hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Folkhälsoinstitutet; 2011.
3. Narkotikatillgängligheten i Sverige 1988–2010. En analys av priser och beslag. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2011.
4. Insatser år 2010 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna. Korrigerad 14 oktober 2011. Socialstyrelsen; 2011.
5. Ej biståndsbeslutade insatser inom kommunal äldre- och handikappomsorg. Resultat av en enkätundersökning. Socialstyrelsen; 2011.
6. Missbruks- och beroendevården – Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010. Socialstyrelsen; 2011.
7. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47).

Vård och omsorg om äldre

1. Health at a Glance 2011. OECD indicators. OECD; 2011.
2. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
3. De mest sjuka äldre: Avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen; 2011.
4. Lägesrapport. Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2002.
5. Äldre – vård och omsorg år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2008.
6. Äldre – vård och omsorg den 1 april 2011. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen 2011.
7. Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade sin tid? Socialstyrelsen; 2005.
8. Help wanted? Providing and paying for long-term care, Paris: OECD; 2011.
9. De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer. Socialstyrelsen; 2011.
10. Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen och Essingeöarna 2002–2009. Äldrecentrum; 2010. SNAC-K rapport nr.17. Rapport 2010:8.
11. Lagergren M et al. A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). Aging Clin Exp Res 2004;16(2):158–68.

12. Behovsbarometern – äldre. En undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg. Socialstyrelsen; 2011
13. Hushållens ekonomi 2005/2006. Statistiska Centralbyrån; 2006.
14. Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2006. Lägesrapporter 2005.
15. <http://www.kolada.se/>
16. Szebehely M, Ulmanen P. Att ge omsorg till gamla föräldrar och andra anhöriga: påverkar det relationen till arbetsmarknaden? Rapport till socialdepartementet 4 december 2009. Stockholms universitet; 2009.
17. Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010, Socialstyrelsen; 2011.
18. Socialstyrelsens öppna jämförelser, Äldreguiden egna bearbetningar.
19. Lägesrapport 2011 – tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
20. Tillsynsrapport 2011: Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.
21. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre: delrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
22. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2011. Socialstyrelsen; 2011.
23. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Socialstyrelsen; 2011.
24. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi– strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder, Socialstyrelsen; 2011.
25. Socialstyrelsens register över det nationella planeringsstödet (NPS). Egen bearbetning 2011-11-01.
26. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010, verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
27. Sundell K, Brännström L, Larsson U, Marklund K. På väg mot en evidensbaserad praktik. 834 kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. IMS, Socialstyrelsen; 2008.
28. Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg. Förslag och vägledande underlag. Socialstyrelsen; 2011.
29. Nationell utvärdering 2011– strokevård. Socialstyrelsen; 2011.
30. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
31. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Läkarens roll. Socialstyrelsen; 2011.
32. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Socialstyrelsen; 2011.
33. Hur tas äldre om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen; 2011.
34. Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
35. Punktprevalensmätning av trycksår. Redovisning av data från landsting och kommuner. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
36. Vårdhygien i kommunerna. En enkätundersökning. Socialstyrelsen; 2007.

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer

Ekonomiskt bistånd

1. Marklund S, Svallfors S. Valfärd efter prestation – om arbetstvång inom socialförsäkringen. Nordiskt socialt arbete 1986;6(4):17–31.
2. Mörk E. Från försörjningsstöd till arbete – Hur kan vägen underlättas? I: Valfärdsstaten i arbete – omfördelning och inkomsttrygghet med incitament till arbete (SOU 2011:2). Bilaga 8–12 till Långtidsutredningen 2011.
3. Social rapport 2001. Socialstyrelsen; 2001.

4. Social rapport 2006. Socialstyrelsen; 2006.
5. Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2010. Utbetalda belopp samt antal biståndsmottagare och antal biståndshushåll. Socialstyrelsen; 2011.
6. Arbetsförmedlingen, pressmeddelande 11 november 2011.
<http://www.arbetsformedlingen.se/Omoss/Pressrum/Pressmeddelanden/Pressmeddelandeartiklar/Riket/11-11-2011-Fler-nya-arbetslosa-och-fler-varslade.html>
7. Ekonomiskt bistånd kvartal 1–3, år 2011. Socialstyrelsen; 2011.
8. Långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet. Socialstyrelsen; 1999.
9. Bergmark Å, Bäckman O. Mot självförsörjning? Om avslutat långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet. I: Bergmark Å, red. Ofärd i välfärden. Forskarantologi från Kommittén Välfärdsbokslut (SOU 2001:54).
10. Bergmark Å, Bäckman O. Socialbidragstagandets dynamik – varaktighet och utträden från socialbidragstagande under 2000-talet. Socialvetenskaplig tidskrift 2007;2–3:134–52.
11. Kommunerna och arbetsmarknadspolitiken: En redogörelse för aktuell lagstiftning och samverkansformer. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
12. Ulmestig R. På gränsen till fattigvård? En studie om arbetsmarknadspolitik och socialbidrag. Lunds universitet, Socialhögskolan; 2007.
13. Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2010. Socialstyrelsen; 2010.
14. Jonasson I. Rehabilitering eller utanförskap? Om sjuka, nollplacerade med ekonomiskt bistånd. Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket; 2004.
15. Gör rätt från dag ett: Ekonomiskt bistånd till långvarigt sjuka bidragsmottagare och personer utförsäkrade från Försäkringskassan. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
16. Mörk E, Liljeberg L. Fattig, sjuk och arbetslös – en beskrivning av personer i kläm mellan stat och kommun. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU; 2011.

Hemlöshet

1. Bostadsmarknaden 2011–2012, Med slutsatser från bostadsmarknadsenkäten
2. 2011. Boverket; 2011.
3. European Consensus Conference on Homelessness. Policy Recommendations of the Jury. Hämtad 2011-11-16 från
http://www.feantsa.org/files/freshstart/Consensus_Conference/Outcomes/21_1_02_16_FINAL_Consensus_Conference_Jury_Recommendations_EN.pdf
4. Plan för fortlöpande uppföljning av hemlöshetens omfattning och karaktär. En kunskaps- och informationsstrategi. Socialstyrelsen; 2008.
5. European Federation of National Associations Working with the Homeless (FEANTSA). Toolkit for developing an integrated strategy to tackle homelessness. Hämtad 2011-12-07 från
[http://www.feantsa.org/files/Toolkits/integrated_strategy/ENFR_2006Toolkit\[1\].pdf](http://www.feantsa.org/files/Toolkits/integrated_strategy/ENFR_2006Toolkit[1].pdf)
6. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011, omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
7. Kronofogden. Vräkningar (avhysningar) 2011. Hämtad 2011-12-07 från
<http://www.kronofogden.se/nyheterpressrum/statistik/vrakningar/2011.4.70ac421612e2a997f85800043150.html>
8. Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar. Genomförande av regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2007–2009. Slutrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.

9. Stenberg SÅ, Kjellbom P, Borg I, Sonmark K. Varför vräks barn fortfarande? Institutet för social forskning (SOFI). Stockholms universitet; 2011.
10. Socialstyrelsen. Insatser år 2010 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna. Hämtad 2011-12-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18423/2011-9-10.pdf>.
11. Hemlös 2011. En statusrapport om det offentligas stöd till människor i hemlöshet, med utökat fokus på unga i hemlöshet. Stockholms stadsmission; 2011.
12. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
13. En fast punkt. Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2010.
14. Socialstyrelsen. Hemlöshet. Hämtad 2011-12-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/hemloshet>.
15. Housing-led policy approaches: Social innovation to end homelessness in Europe. Belgium: FEANTSA; 2011.
16. Tsemberis S. Housing first: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual. Minnesota: Hazelden; 2010.
17. Anttila S, Benjaminsen L, Blid M, Brännström L, Brolund A, Reilly S, et al. Housing programs and case management for reducing homelessness and increasing residential stability for homeless people. Campbell Collaboration (not approved draft, 2011).

Våld

1. Det dödliga våldets utveckling. Fullbordat och försök till dödligt våld i Sverige på 1990- och 00-talet. Brå; 2011.
2. Offer för våld och egendomsbrott 2008–2009. Levnadsförhållanden. Statistiska centralbyrån; 2011.
3. Inventering av vårdbehov och utvärdering av socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor. Karolinska institutet; 2010.
4. http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____262459.aspx .
5. Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna. Statistiska centralbyrån; 2010.
6. Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007. Brå; 2008.
7. Nationella trygghetsundersökningen 2011. Brå; 2011.
8. Kriminalstatistik 2009. Brå; 2010.
9. Kriminalstatistik 2010. Brå; 2011.
10. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård. Socialstyrelsen; 2010.
11. Arbete mot våld i nära relationer. Förstudie med förslag om metodutveckling. Socialstyrelsen, 2011.
12. Utvärdering av Socialtjänstens och Ideella kvinnojourers Insatser för Våldsutsatta Kvinnor. Karolinska Institutet/Forum; 2011.
13. Insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem, En kartläggning av och granskning av interventioner. Socialstyrelsen; 2011.
14. Interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning. En systematisk kartläggning och granskning. Socialstyrelsen; 2011.
15. VÅLD. En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen; 2011.
16. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2011.

Ekonomiska analyser

1. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Socialstyrelsen; 2011.
2. Kostnad per brukare. Jämförelser mellan kommuner inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Utfall 2010. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
3. Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen; 2009.
4. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.

Databaser:

Kommunernas räkenskapssammandrag (SCB), Landstingens räkenskapssammandrag (SCB), De svenska hälsoräkenskaperna, SHA (SCB), Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling (SKL), OECD:s hälsodatabas, Health Data (OECD 2011)