

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Lägesrapport 2015



Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Lägesrapport 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Artikelnummer	2015-2-51
Omslagsfoto	Matton, Pete Saloutas
Sättning diagram	Edita Bobergs, Västerås
Tryck	Edita Bobergs, Falun, februari 2015

Korrigerad 2015-03-03: s 64 under rubriken Receptbelagda läkemedel
Östrogenpreparatet Vagifem har störst omsättning av läkemedel
utanför förmånerna och omsätter årligen 142 miljoner kronor.

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning, vård och omsorg om äldre samt kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rapporten har utarbetats av Johanna Jupiter (huvudredaktör), och Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Övriga medverkande i rapporten är Anette Agenmark, Gert Alaby, Andreas Cederlund, Sara Dahlin, Karin Flyckt, Sanja Magdalenic, Annika Remaeus, Kristina Stig och Ann- Britt Thulin.

Taina Bäckström
Ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning	7
Syfte	7
Rapportens upplägg	7
Datakällor	8
Hälso- och sjukvård	10
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	10
Aktuell utveckling	11
Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård	30
Säker hälso- och sjukvård	34
Individanpassad hälso- och sjukvård	42
Jämlik hälso- och sjukvård	49
Tillgänglig hälso- och sjukvård	58
Effektiv hälso- och sjukvård	67
Tandhälsa och tandvård	72
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	72
Aktuell utveckling	72
Kunskapsbaserad tandvård	77
Säker tandvård	83
Individanpassad tandvård	83
Jämlik tandvård	83
Tillgänglig tandvård	87
Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning	89
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	89
Aktuell utveckling	90
Kunskapsbaserad vård och omsorg	92
Säker vård och omsorg	94
Individanpassad vård och omsorg	96
Jämlik vård och omsorg	99
Tillgänglig vård och omsorg	102
Missbruks- och beroendevård	104
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	104
Aktuell utveckling	104
Socialtjänstens insatser till vuxna med missbruksproblem	106
Kunskapsbaserad vård och omsorg	109
Säker vård och omsorg	111
Individanpassad vård	112

Jämlik vård och omsorg.....	115
Tillgänglig vård och omsorg	119
Vård och omsorg om äldre	120
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	120
Aktuell utveckling	120
Resurser för vård och omsorg.....	123
Kunskapsbaserad vård och omsorg	130
Säker vård och omsorg	136
Individanpassad vård och omsorg	137
Jämlik vård och omsorg.....	140
Tillgänglighet till vård och omsorg.....	141
Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet, stöd till våldsoffer och social barn- och ungdomsvård.....	146
Ekonomiskt bistånd	146
Insatser mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden ...	152
Stöd till våldsoffer	156
Social barn- och ungdomsvård.....	160
Ekonomiska analyser.....	170
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	170
Vårdens och omsorgens kostnadsutveckling.....	171
Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling.....	174
Socialtjänstens kostnadsutveckling	177
Referenser.....	183

Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att varje år redovisa och analysera tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det gäller:

- hälso- och sjukvård inklusive tandvård
- äldreomsorg och äldreomsorg
- funktionshindersområdet
- individ- och familjeomsorg.

Syfte

Syftet med lägesrapporten är att presentera en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rapporten ska vara ett underlag för beslutsfattare på nationell nivå, men kan vara intressant även för andra målgrupper.

Rapportens upplägg

I rapporten redovisas fördjupningskapitel för följande områden:

- hälso- och sjukvård
- tandhälsa och tandvård
- insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
- missbruks- och beroendevård
- vård och omsorg om äldre
- individ- och familjeomsorg
- ekonomiska analyser.

Rapporten består framför allt av tidigare publicerat material som vägts samman i övergripande analyser, med ett urval av informationen i källorna. Dessutom finns resultat av enstaka analyser som gjorts särskilt för denna rapport. Redovisningarna ska identifiera väsentliga förändringar och vara uppdelade på kön. Då rapporterna lämnas årligen är förändringarna oftast inte av omfattande karaktär. Myndigheten lyfter i rapporten pågående trender, eller områden där utvecklingen avstannat. I början av varje kapitel sammanfattas de viktigaste slutsatserna.

God vård och omsorg

Socialstyrelsens analyser i den här rapporten utgår från målen för god vård och omsorg. Socialstyrelsen presenterade begreppet *god vård* 2007 [1] och begreppet *god kvalitet* i socialtjänsten 2008 [2]. De ska ses som samlingsbegrepp för de egenskaper som Socialstyrelsen anser att en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla.

Socialstyrelsen har sedan dess utvecklat begreppen ytterligare. I dag används det gemensamma begreppet *god vård och omsorg* som utgår från bestämmelserna i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 3 § tandvårdslagen (1985:125), TL, som anger att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och en god tandvård. Begreppet har använts bland annat i rapporten *Nationella indikatorer för God vård* [3] för att beskriva vissa utvalda mål för god kvalitet.

Inom socialtjänsten utgår man från begreppet *god kvalitet* som det används i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [2].

Socialstyrelsen presenterar i denna rapport tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån fem områden som beskriver hur myndigheten anser att god vård och omsorg ska vara [4]:

- *Kunskapsbaserad*. Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.¹
- *Säker*. Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- *Individanpassad*. Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.²
- *Jämlik*. Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.³
- *Tillgänglig*. Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.
- *Effektiv*. Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga vård och omsorg till hela befolkningen.

De fem första av rapportens fördjupningskapitel är indelade efter dessa områden. Det är dock bara hälso- och sjukvårdskapitlet som har ett särskilt avsnitt som behandlar *effektiv* verksamhet.

Datakällor

Analyserna och slutsatserna bygger på flera källor:

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- specialbearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister samt nationella kvalitetsregister

¹ I detta område ingår evidensbaserad praktik.

² I detta område ingår patientfokuserad hälso- och sjukvård och självbestämmande och integritet.

³ I detta område ingår likvärdig socialtjänst.

- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper
- specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel Väntetidsdatabasen, Vårdbarometern och Nationella patientenkäten.

Hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Folkhälsan fortsätter att utvecklas positivt. Medellivslängden ökar, framför allt på grund av kraftigt minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Hälsoklyftorna ökar dock mellan olika grupper i befolkningen.
- Allt fler överlever efter att ha drabbats av hjärt- och kärlsjukdomar. Antalet personer som insjuknar i hjärtinfarkt minskar med cirka 10 procent på ett år. Fler män än kvinnor dör i akut hjärtinfarkt. Strokesjukvården fortsätter att förbättras, till exempel ökar andelen patienter som kommer till sjukhus inom tre timmar efter symtomdebut.
- Vården är fortsatt ojämlik. Ett flertal skillnader i dödlighet, vård och behandling kvarstår. Till exempel är det en högre andel med kort utbildning som dör av en hjärtinfarkt. Det finns regionala skillnader i den vård och behandling som ges vid cancer. Fortsatta könsskillnader ses inom strokesjukvården, där det fortfarande är mer vanligt att män som insjuknar i stroke vårdas vid en strokeenhet.
- Inom diabetesvården sker förbättrad behandling av risk- och livsstilsfaktorer, men rökning och fysisk inaktivitet i patientgruppen är en fortsatt utmaning för hälso- och sjukvården.
- Andelen kejsarsnitt vid förlossningar varierar kraftigt i landet. En negativ trend är att andelen bristningar vid förlossningar fortsätter att öka. Högst andel bristningar har förlossningsvården i Stockholms län.
- Antalet personer som begår självmord har ökat jämfört med föregående år, men över tid är trenden att självmorden minskar. Sjukhusinläggningar för självskadebeteende bland kvinnor minskar också. Samtidigt ökar förskrivningen av antidepressiva medel till barn och unga kraftigt, med närmare 50 procent under en femårsperiod. Störst ökning ses bland flickor i åldern 15–19 år.
- Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet visar att vårdrelaterade infektioner inte minskar. Detta trots omfattande satsningar.
- Majoriteten upplever att de får ett gott bemötande vid besök inom primärvård och somatisk specialistvård. Den psykiatriska vården får ett något sämre resultat och skillnaderna mellan kvinnor och mäns erfarenheter är inom vårdområdet relativt stora. Unga flickor mår sämre än unga pojkar när de kontaktar barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Ett utvecklingsområde är att öka patienternas delaktighet i sin vård och behandling.
- Ett utbrott av ebola pågår i Västafrika och WHO har klassat utbrottet som ett internationellt hot mot människors hälsa. Sverige är ett av de länder som agerar för att stoppa smittspridningen. Ett flertal myndigheter samordnar nödvändiga utbildnings- och sjukvårdsinsatser.

Aktuell utveckling

I det här avsnittet redogör Socialstyrelsen för befolkningens aktuella hälsoutveckling, utvecklingen inom ett urval vårdområden samt aktuella globala hälsoutmaningar.

Folkhälsan förbättras men inte för alla

Folkhälsan i Sverige fortsätter att utvecklas positivt [1]. Medellivslängden ökar ännu, vilket framför allt beror på en kraftigt minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Kvinnor lever fortfarande i genomsnitt längre än män, men könsskillnaderna minskar. År 2013 var den förväntade medellivslängden för kvinnor 83,7 år och 80,1 år för män [2]. Äldre personer har i flera avseenden haft en bättre hälsoutveckling än yngre åldersgrupper.

Trots en i huvudsak positiv utveckling kvarstår eller ökar vissa hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper.⁴ Exempelvis finns fortfarande tydliga skillnader i hälsa mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. Alla vanliga dödsorsaker i befolkningen är vanligare bland personer med kort utbildning, till exempel hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser. Personer med kort utbildning rapporterar också sämre allmänt hälsotillstånd och har mer psykisk ohälsa. I avsnittet *Jämlik hälso- och sjukvård* beskrivs skillnaderna utifrån utbildningsnivå.

Övervikt, rökning, alkoholkonsumtion och brist på fysisk aktivitet ökar risken för såväl hjärt- och kärlsjukdomar som olika former av cancer. Förekomsten av fetma har ökat snabbt i befolkningen, trots att en större andel vuxna motionerar regelbundet på fritiden. Idag är nära hälften av alla svenskar överviktiga eller feta [3]. Rökning har däremot blivit betydligt ovanligare under de senaste decennierna, vilket bidragit till att dödligheten i de största folksjukdomarna minskat. Men fortfarande röker var sjunde vuxen, och rökning beräknas förorsaka 12 000 dödsfall årligen [1].

Dödsorsaker och skador

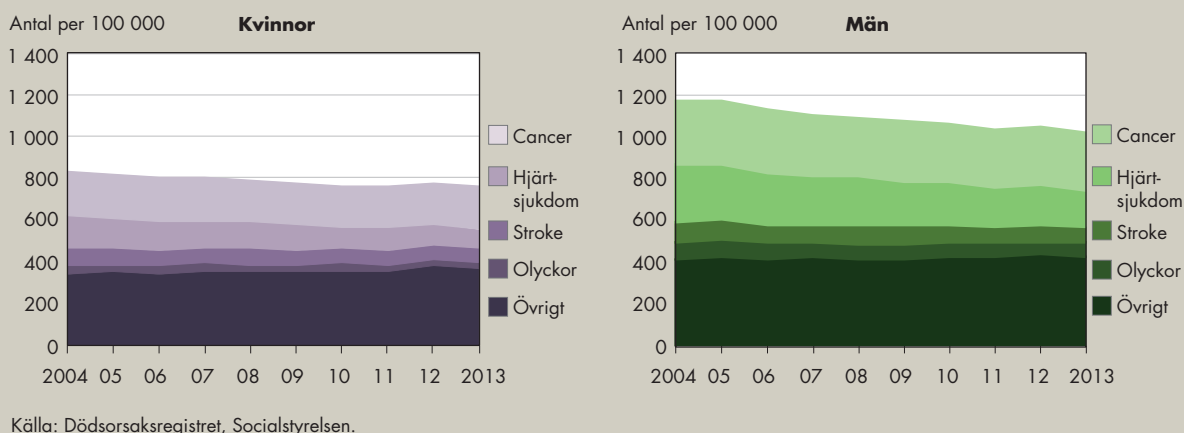
De vanligaste dödsorsakerna i Sverige är hjärt- och kärlsjukdom samt cancer [4].

Figur 2:1 visar att hjärt- och kärlsjukdomarna minskar i befolkningen, liksom cancerdödligheten och dödligheten i trafikolyckor. Den cancerform som orsakar flest dödsfall bland kvinnor är lungcancer [4]. Bland män orsakar prostatacancer flest dödsfall.

⁴ Socioekonomiska grupper är en indelning av befolkningen utifrån inkomst- eller utbildningsnivå. Genomgående i denna rapport används utbildning som proxy för socioekonomi.

Figur 2:1. Dödlighet och dödsorsaker

Antal döda per 100 000 invånare, efter dödsorsak och år. Alla åldrar, perioden 2004–2013. Åldersstandardiserat.



Dödligheten bland barn och unga minskar

Dödligheten fortsätter att minska bland barn 1–14 år [5]. Andelen barn som insjuknar och dör i cancer är oförändrad medan en redan låg olycksfallsdödlighet bland barn fortsätter att minska. Bland dem som dör i unga år, i åldern 15–29 år, dominerar olyckor och självmord som orsak, och dödligheten är högre för pojkar.

Barns olycksfall och skador fortsätter att minska

Andelen barn som vårdas på sjukhus till följd av olycksfall fortsätter att minska något. De flesta skador som yngre barn råkar ut för sker i hemmet och beror ofta på fall. Som framgår av tabell 2:1 är det framför allt barn under 18 år som söker vård på akutmottagningar för olika skador. Över hälften av alla skador hos barn drabbar barn under 6 år. Bland barn under 1 år är det vanligt med brännskador och dessa olyckor tycks inte minska [5].

Tabell 2:1. Personer som sökt vård vid akutmottagning för behandling av skada

Skattat antal, per ålder och kön år 2013.

Ålder	Skattat antal			Skattat antal per 100 000			Procent per åldersgrupp		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–17	100 000	78 000	180 000	10 000	8 200	9 300	31	28	30
18–34	91 000	48 000	140 000	8 300	4 600	6 400	28	21	25
35–49	54 000	37 000	91 000	5 500	3 900	4 700	15	12	14
50–64	42 000	42 000	84 000	4 800	4 800	4 800	12	13	13
65+	48 000	80 000	130 000	5 700	7 900	6 900	14	26	20
Totalt	340 000	280 000	620 000	7 100	5 900	6 500	100	100	100

Källa: Injury Database (IDB), Socialstyrelsen.

Fallolyckor vanlig orsak till sjukhusvård

Fallskador är den vanligaste orsaken till att patienter vårdas på sjukhus för skador, och de står för 44 procent av alla skador [6]. Andra vanliga orsaker är

trafikolycksfall samt komplikationer vid medicinsk vård och kirurgiska åtgärder.

Olycksfallen som orsakas inom trafiken har totalt sett minskat under de senaste tio åren, men andelen olycksfall med cyklister ökar och utgör nu 38 procent av samtliga olycksfall av denna typ. Vård på grund av komplikationer vid medicinsk vård och kirurgiska åtgärder blir också allt vanligare. I avsnittet *Säker hälso- och sjukvård* beskrivs vårdskador.

Antalet vårdade för övergrepp det lägsta på tio år

Antalet personer som vårdats för övergrepp, det vill säga misshandel eller annat våld, var 2013 det lägsta på tio år. Bland dem som vårdas är en stor majoritet män, 77 procent. Övergrepp står för en mindre andel av all vård som orsakats av skador, knappt 1,2 procent. Tre av tio som vårdas till följd av att de utsatts för våld är 15–24 år [6].

Inläggningar för självskador minskar

Unga kvinnor står för majoriteten av vård som gäller självskador. Totalt vårdades 7 362 personer för självskador 2013, varav 61 procent var kvinnor. Bland dem som vårdades för någon självskada hade 86 procent skadat sig själva genom förgiftning, till exempel med läkemedel. Självskador stod för drygt 4 procent av det totala antalet skadade. Fram till och med 2008 ökade antalet personer som vårdats i slutenvård till följd av en avsiktligt självdestruktiv handling, men därefter har antalet vårdade minskat.

Kostnader för kroniska sjukdomar förväntas öka

Under de senaste åren har vård av patienter med kroniska sjukdomar fått alltmer uppmärksamhet i Sverige och internationellt. En viktig anledning är att förekomsten av kroniska sjukdomar ökar, bland annat på grund av att befolkningen blir äldre. De vanligast förekommande kroniska sjukdomarna är hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancersjukdomar, lungsjukdomar såsom astma, allergi och KOL, och psykiska sjukdomar. Kroniska sjukdomar utgör den tyngsta sjukdomsördan i Europa och står för 86 procent av Europas dödsfall [7]. Mer än 80 procent av alla över 65 år har åtminstone en kronisk sjukdom.

Kostnaderna för vården av patienter med kroniska sjukdomar är omfattande och förväntas öka. De direkta sjukvårdskostnaderna för landstingen ökar också, liksom kommunernas kostnader för ett större omsorgsbehov. Vidare ses en ökad användning av läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet, vilket ger ökade kostnader för staten. Dessutom tillkommer indirekta kostnader för produktionsbortfall på grund av sjukskrivning eller anhörigvård.

Hjärtinfarkterna minskar

Hjärt- och kärlsjukdomar är en av de vanligaste dödsorsakerna i de flesta länder och står för drygt 30 procent av alla dödsfall [8]. Antalet personer som insjuknat i hjärtinfarkt har dock minskat med 9–10 procent på ett år. Under år 2013 dog 118 män per 100 000 invånare och 90 kvinnor per 100 000 invån-

are i akut hjärtinfarkt. Det innebär en minskning på cirka 40 procent under de senaste tio åren, vilket framgår av figur 2:2.

Generellt är resultaten för den svenska hjärtsjukvården bra och utfallen har förbättrats kraftigt under de senaste åren. Majoriteten av alla hjärtinfarkter orsakas också av faktorer som går att påverka, till exempel rökning, höga blodfetter och låg grad av fysisk aktivitet.

Figur 2:2. Hjärtinfarkt

Antal döda i hjärtinfarkt per 100 000 invånare i åldrarna 20 år och äldre, år 1995–2013. Åldersstandardiserat.



Källa: Patient- och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller tillgång till behandling får patienter med den vanligaste formen av hjärtinfarkt⁵ i högre grad än tidigare kärlvidgande behandling. Skillnader i hjärtinfarktvården beskrivs i avsnittet *Jämlig hälso- och sjukvård*.

Strokevården fortsätter förbättras

Stokesjukdomar står för ungefär 8 procent av alla dödsfall i världen, men risken att dö vid stroke varierar mycket kraftigt mellan olika länder [8]. Sverige har i internationella jämförelser en högre dödlighet än till exempel Norge, Frankrike och Tyskland.

Den svenska strokesjukvården fortsätter dock att förbättras och risken att dö inom ett år efter stroke har under en tioårsperiod sjunkit från 29 till 26 procent. Patientens funktionsförmåga mäts tre månader och ett år efter stroke. Det är inte möjligt att se några generella förändringar i utfallen av dessa mått under de senaste åren. Tre månader efter en stroke kan 83 procent av männen och 79 procent av kvinnorna klara av sitt dagliga liv utan att ta hjälp från andra [9].

En positiv utveckling är att andelen strokepatienter som får tillgång till sekundärpreventiva⁶ läkemedel ökar. Dessutom ökar andelen patienter som

⁵ ST-höjningsinfarkt är den vanligaste formen av infarkt där ett kranskärl täpps till fullständigt.

⁶ Med sekundärpreventiva läkemedel avses här läkemedel som sätts in för att förhindra återinsjuknande i stroke.

anländer till sjukhus inom tre timmar efter symtomdebut, och det gäller både kvinnor och män. Även andelen patienter som får tillgång till blodproppslösande behandling i akutskedet ökar.

Diabetes

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna. I Sverige är det ungefär 4 procent av befolkningen som har diabetes, och 90 procent av patienterna har typ 2-diabetes [10]. Medelåldern vid insjuknande är lägre för män än för kvinnor.

Typ 2-diabetes drabbar framför allt medelålders eller äldre personer och är starkt relaterad till övervikt, fetma och fysiskt inaktivitet, men det finns också ärftliga faktorer. Typ 1-diabetes är en autoimmun sjukdom som oftast bryter ut under barn- och ungdomsåren. Ungefär 800 barn och ungdomar insjuknar varje år i Sverige, vilket innebär att Sverige har den högsta förekomsten av barndiabetes i världen.

Förbättrat omhändertagande av personer med diabetes

Medellivslängden för personer med typ 1-diabetes har ökat under 2000-talet, mer än för befolkningen i övrigt [10]. Förbättrade blodsockernivåer hos patienterna är en förklaring. En annan kan vara förbättrad behandling av risk- och livsstilsfaktorer, men förändringar i omhändertagandet av patienterna kan också ha betydelse för utvecklingen [10]. Särskilda diabetesteam och diabetessköterskor kan också antas ha bidragit till den positiva utvecklingen. Diabetesvården under graviditet har också blivit bättre. Behandling sätts in i ett tidigt skede, vilket har lett till friskare mödrar och barn.

Allt vanligare att behandlas med insulinpump

De genomsnittliga blodsockernivåerna stiger inte längre bland personer med diabetes. Trots det har var femte person med typ 1-diabetes fortfarande en dålig blodsockerkontroll [10]. Det är viktigt att dessa resultat förbättras för att minska risken för komplikationer.

Unga vuxna fortsätter att ha de högsta blodsockervärdena, vilket bland annat antyder att övergången mellan barnklinik och vuxenvård inte fungerar optimalt. Sjukhusklinikernas diabetesvård för vuxna bör därför se över och förbättra vården för dessa patienter enligt Diabetesregistrets senaste årsrapport [10].

Bland unga går utveckling mot att allt fler behandlas med insulinpump. Andelen insulinpumpbehandlade har ökat från 38 procent 2009 till nästan 49 procent 2013 [11]. Den statliga subventioneringen av insulinpumpar har dock upphört och i dag är det landstingen som bekostar denna behandling.

Övervikt hos personer med diabetes ökar

Rökning och fysisk inaktivitet bland personer med diabetes fortsätter att vara en utmaning. Trots att andelen rökare fortsatte att sjunka under 2013 var det fortfarande 10 procent av männen och 13 procent av kvinnorna med diabetes typ 1 som röker [10]. Var fjärde person med diabetes är dessutom fysiskt inaktiv och genomsnittligt kroppsmasseindex, BMI, fortsätter att stiga. Det är en högre andel kvinnor än män med diabetes som är överviktiga, 59 procent av kvinnorna jämfört med 52 procent av männen. Ett högt BMI är en känd

riskfaktor för hjärtsjukdom. Skyddseffekten av motion dock är tydlig och allra tydligast för personer med diabetes som tidigare har haft en låg grad av fysisk aktivitet. Att öka graden av fysisk aktivitet kan halvera risken för hjärt- och kärlsjukdom och förtida död för patienter med typ 2-diabetes [10].

Många primärvårdsenheter och sjukhuskliniker arbetar aktivt med både rökavvänjning och fysisk aktivitet på recept. Diabetesvården är också ett område där utvecklingen generellt går mot att patienten får ett allt större egenansvar. De nationella riktlinjerna för diabetesvården har också ändrats med anledning av den snabba utvecklingen. För att komma tillrätta med skillnader inom diabetesvården har Socialstyrelsen infört målnivåer i riktlinjerna. Detta beskrivs närmare i avsnittet *Kunskapsbaserad vård*.

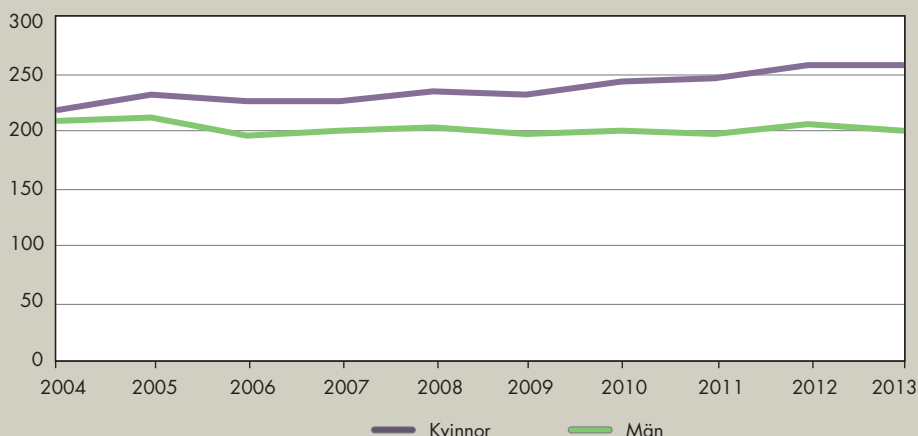
För få patienter med KOL får hjälp att sluta röka

Mellan 150 och 300 miljoner människor i världen har astma och KOL och sjukdomen orsakar ungefär 250 000 dödsfall varje år [12].

Figur 2:3. Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL

Antal patienter med KOL, 40–85 år och äldre, som vårdats i slutenvård under perioden 2004–2013.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I Sverige är medelåldern 70 år vid insjuknandet och majoriteten av dem som insjuknar är kvinnor. Behandlingen vid KOL bygger främst på rökstopp, fysisk träning och läkemedelsbehandling [13]. Trots att mycket pekar på att andelen personer med KOL som röker har minskat över tid finns det fortfarande ett förbättringsutrymme för hälso- och sjukvården när det gäller att ge stöd till rökstopp. I en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde 2014 framkom att cirka 75 procent av de primärvårdsenheter som besvarade enkäten erbjuder KOL-patienter stöd till rökstopp enligt den rekommenderade metoden, kvalificerat rådgivande samtal [14]. Utöver detta erbjuds dock i många fall enkla råd och andra insatser som i studier visat sig ha sämre effekt.

För den som röker och har KOL kan ett rökstopp medföra att sjukdomsutvecklingen avstannar. Utvecklingen visar att allt för få primärvårdsenheter erbjuder kvalificerade samtal till personer med KOL.

Som figur 2:3 visar är det också fler kvinnor som har sjukdomen och könsskillnaderna ökar över tid. Enligt Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för astma och KOL, som togs fram under 2014, ska patienter få tidigare diagnos, bättre sjukdomskontroll och fler återbesök.

ANDT – alkohol, narkotika, dopning och tobak

Sverige och Norge är de länder i Norden där alkoholkonsumtionen är som lägst i befolkningen. De senaste åren ses dessutom en nedåtgående trend [14]. Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar har också minskat under senare år och färre har ett riskbruk⁷ [1]. Även bland barn i högstadietåldern har alkoholkonsumtionen minskat, men var sjunde elev i årskurs 9 dricker minst en gång i månaden en mängd som motsvarar en flaska vin, vid samma tillfälle [1].

Tobaksrökning är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och KOL [15]. Jämfört med andra länder är tobaksrökningen låg i Sverige och den har dessutom minskat under de senaste åren. Ungefär 13 procent av befolkningen över 15 år röker i Sverige, jämfört med 15 procent i Norge och 17 procent i Danmark och Finland [16]. Det är något fler kvinnor än män som röker.

Socialstyrelsen har presenterat en metod som mäter all rökrelaterad dödlighet och sjuklighet, utifrån tillgängliga register vid svenska myndigheter. Analyser i samband med metodutvecklingen visar att rökningen dödade 12 000 rökare per år under perioden 2010–2013. Merparten av dödsfallen, 8 000 stycken, var kopplade till de fyra folksjukdomarna lungcancer, KOL, stroke och hjärtinfarkt. Omkring 4 000 av dödsfallen, en tredjedel, orsakades av ett 40-tal andra rökrelaterade åkommor [17].

Några regelbundna frågeundersökningar om dopning bland vuxna förekommer inte i Sverige. I den senaste nationella studien som genomförts framkom att en knapp procent av männen och en knapp promille av kvinnorna i befolkningen 17–84 år någon gång använt anabola steroider eller tillväxthormon [18]. Detta motsvarar totalt närmare 34 000 personer i åldersintervallet.

Det pågående arbetet mot alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksbruk i Sverige är en del av olika internationella konventioner, direktiv och strategier [19]. Den alkoholstrategi som antogs i EU 2012 har dock löpt ut och mycket tyder på att frågan fått minskad prioritet. Sverige kommer att driva frågan om en ny strategi och handlingsplan inom EU men även lyfta fram de frågor som rymms inom den globala alkoholstrategin och WHO:s initiativ. På tobaksområdet har regeringen nyligen tagit ett initiativ för att utreda skarpare åtgärder, exempelvis rökfria uteserveringar.

Under 2014 tog Socialstyrelsen fram preliminära nationella riktlinjer för missbruk, se kapitlet *Missbruks- och beroendevården*.

⁷ Med riskbruk avses alkoholkonsumtion som, om den fortsätter, riskerar att leda till ett missbruk och svåra medicinska skador men där problemen ännu inte är allvarliga.

Befolkningen positiv till att diskutera levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor är ojämnt fördelade i befolkningen och förekommer oftare hos till exempel individer med kort utbildning. Dessutom samvarierar de med andra socioekonomiska bakgrundsfaktorer.

Majoriteten av befolkningen, 83 procent, är positiv till att vårdpersonalen diskuterar levnadsvanor vid kontakt med vården, och de flesta vill att vårdpersonalen stödjer dem att förändra sina levnadsvanor [20].

I de nationella riktlinjerna ges högre prioritet till sjukdomsförebyggande åtgärder som riktar sig till grupper med livsstilsrelaterade sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Högre prioritet ges även till tillstånd eller situationer där den ohälsosamma levnadsvanan är förknippad med en särskild risk, såsom inför en operation eller i samband med graviditet. Resultat från utvärderingen av dessa riktlinjer visar dock att landstingen framför allt har gjort generella satsningar, och inte satsningar som berör specifika patientgrupper. Det är endast ett fåtal landsting som anger att de har gjort riktade satsningar. Socialstyrelsen har i tidigare rapporter lyft fram att det är positivt att landstingen har ett brett angreppssätt, men i det fortsatta utvecklingsarbetet är det angeläget att särskilt uppmärksamma högriskgrupper [21, 22].

Graviditet, förlossning och nyfödda barn

Varje år föds cirka 113 000 barn i Sverige [23]. Under senaste decenniet har antalet förlossningar ökat för varje år, men sedan 2010 är antalet födselar något lägre. Medelåldern för förstföderskor ligger sedan flera år tillbaka runt 28,5 år för riket, med stora regionala skillnader [24]. Andelen tonårsmammor fortsätter att minska, samtidigt som mödrarna i åldern 35 år och över blir allt fler.

Andelen gravida med övervikt ökar

Rökning under graviditet är en känd riskfaktor. Dödföddhet och neonatal dödlighet är högre bland barn till unga och äldre kvinnor, barn till kvinnor som röker och snusar, och barn till kvinnor med övervikt och fetma [25]. Under de senaste tio åren har andelen gravida kvinnor med övervikt och fetma fortsatt att öka, och 2012 var drygt 38 procent av samtliga mödrar överviktiga. Kvinnor med högt BMI i tidig graviditet är ofta äldre och rökare samt har kort utbildning [24].

Rökning vid graviditet vanligare bland yngre kvinnor

Andelen gravida kvinnor som vid inskrivning i mödrahälsovård uppger att de röker var knappt 6 procent 2012 [24]. Rökning har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland yngre blivande mödrar. Andelen gravida tonåringar som rökte tidigt i graviditeten var 22 procent år 2012.

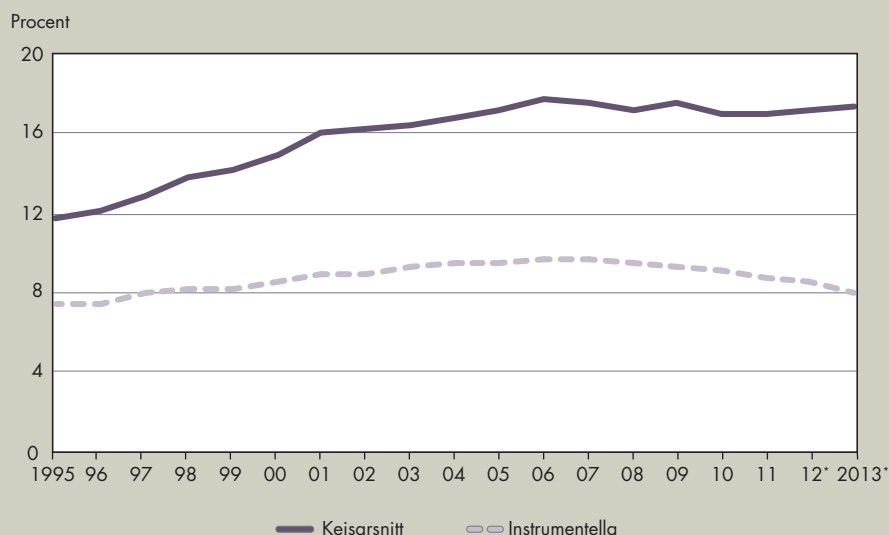
Vanligt med kejsarsnitt

Under en längre tid har det blivit allt vanligare med kejsarsnitt, men under de senaste tio åren har utvecklingen varit mer stabil [24]. Som framgår av figur 2:4 utgör kejsarsnitt ungefär 17 procent av alla enkelbördsförlossningar. Flest kejsarsnitt görs i Stockholms län inklusive Gotland, där mer än 20 procent av alla kvinnor förlöstes med kejsarsnitt under 2012. I Östergötland var andelen

kejsarsnitt lägst i landet med 12 procent under samma år. Äldre kvinnor, kvinnor som är rökare och kvinnor med högt BMI är generellt sett överrepresenterade vid kejsarsnitt. Det innebär att ett sjukhus upptagningsområde eller population i viss mån kan påverka kejsarsnittsfrekvensen.

Figur 2:4. Kejsarsnitt och förlossningar

Andel kejsarsnitt och vaginala instrumentella förlossningar, år 1995–2013.



* Skattat antal för 2012–2013. Vid beräkningen har uppgifter från 2011 använts för Värmland.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

De instrumentella⁸ förlossningarna minskar något och utgjorde ungefär 8 procent av alla enkelbördsförlossningar 2013.

Prematura barn

Andelen barn som föds prematurt, det vill säga före utgången av 37:e graviditetsveckan, har varit relativt konstant under de senaste decennierna. Närmare 5 procent av alla enkelbörder och 39 procent av flerbörderna var prematura 2012.

Varje år föds över 300 barn extremt för tidigt, före 28 fullgångna graviditetsveckor. De får ofta andningsproblem, lungsjukdom och hjärnblödningar. Vården direkt efter födseln är avgörande för både överlevnaden och risken för komplikationer. I dag finns stora regionala skillnader i överlevnad. Ettårsöverlevnaden är högre för barn som föds på en regionklinik jämfört med ett annat sjukhus (74 procent respektive 56 procent) [26].

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för vård av extremt för tidigt födda barn, vilket beskrivs i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

Dödföddhet och neonatal dödlighet minskar

Förekomsten av neonatal dödlighet⁹ i Sverige har stadigt minskat under de senaste tio åren, men varje år föds cirka 300 dödfödda barn efter utgången av

⁸ Instrumentell vaginalförlossning innebär att barnet tas ut med antingen sugklocka eller med hjälp av förlossningstång. Med en instrumentell förlossning vill man påskynda eller underlätta utdrivningen och framförandet av barnet.

⁹ Definitionen av neonatal dödlighet är barn som avlidit inom 28 dagar efter födseln. Intrauterin fosterdöd innebär att ett barn med en gestationsålder på minst 28 fullgångna graviditetsveckor vid framförandet är dödfött.

28:e graviditetsveckan [9]. Sverige har jämfört med andra länder en mycket låg andel dödfödda barn. Risken för dödföddhet är högre för det första barnet och för barn till kvinnor som är födda utanför de nordiska länderna. Antalet dödfödda barn var 3,9 per 1 000 födda barn år 2012 och den neonatala dödligheten 0–27 dygn efter förlossningen var 1,4 per 1 000 levande födda barn [24].

Korta vårdtider efter förlossning

Vårdtiden efter förlossningen har kortats under en längre period, och det gäller vid såväl vaginala förlossningar som vid kejsarsnitt. Allt fler förlossningskliniker inför tidig hemgång efter 24 timmar. Under 2002–2012 ökade andelen kvinnor som vårdats i högst två dygn efter vaginal förlossning, från 52 till 75 procent. Medelvårdtiden för kvinnor som förlöst med kejsarsnitt var samma år 3,2 dagar.

Vårdtiderna är kortare i Sverige vid en okomplicerad förlossning än vad de är i övriga nordiska länder [8]. Detta redovisas i avsnittet *Effektiv hälso- och sjukvård*.

Amningen minskar

I ett internationellt perspektiv är amningsfrekvensen av spädbarn hög i Sverige. Amningen fortsätter dock att minska nationellt. Bland barn som är en vecka gamla ammas 94 procent helt eller delvis, men vid två månaders ålder är andelen drygt 83 procent och vid fyra månader 73 procent [28]. Det innebär en minskning med 2–3 procent vid varje mätillfälle jämfört med året innan. Kvinnor ammar också under en kortare period nu än för tio år sedan.

Enligt Livsmedelsverket finns det inga hinder för att börja ge barn smakprover av vanlig mat redan från fyra månaders ålder [29]. I Sverige visar amningsstatistiken att det finns stora regionala skillnader. Vid två månaders ålder ammad 90 procent av barnen i Stockholm, Uppsala och på Gotland, jämfört med 81 procent i Västmanland och Jönköping [28].

Några faktorer som påverkar amningsfrekvens är moderns inkomst, utbildning och födelseland. Högre utbildning och inkomst leder till högre amningsfrekvens och kvinnor födda i utomeuropeiska länder ammar i högre utsträckning än svenskfödda kvinnor [30].

Barnhälsovård

Sverige har sedan lång tid tillbaka en väl utbyggd och internationellt sett unik barnhälsovård. Verksamheten bedrivs på barnavårdscentraler och erbjuds alla barn i åldern 0–6 år. Syftet med barnhälsovården är att främja hälsa och utveckling hos alla barn, möjliggöra tidig upptäckt av problem med barns tillväxt och utveckling samt förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn. År 2014 tog Socialstyrelsen fram en vägledning för barnhälsovården och det finns ett samlat kunskapsstöd i Rikshandboken i barnhälsovård [31, 32]. Däremot saknas en individbaserad nationell uppföljning, vilket innebär att det inte finns någon möjlighet att bedöma verksamhetens innehåll eller resultat. Ett kvalitetsregister för barnhälsovården är under uppbyggnad. Än så länge är Uppsala och Örebro de enda länen som kan leverera data till registret.

Vaccinationstäckningen är fortsatt hög

Det nationella vaccinationsprogrammet för barn omfattar tio sjukdomar och vaccinationstäckningen är fortsatt hög. Drygt 98 procent av alla tvååringar var 2013 vaccinerade med tre doser mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och *Haemophilus influenzae* typ b (Hib)¹⁰. Samma höga täckningsgrad ses för vaccin mot pneumokocksjukdom,¹¹ mässling, röda hund och påssjuka (MPR) [33,34]. Även bland de äldre barnen är följsamheten fortsatt god och Sverige uppfyller därmed ett av WHO:s elimineringsmål för mässling [35]. Av eleverna i årskurs 6 var 96 procent fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp och polio 2013. Drygt 95 procent hade fått fyra doser av vaccin mot kikhosta och en lika hög andel av eleverna var vaccinerade med två doser mot MPR [33,34]. Samma år hade i genomsnitt 82 procent av alla flickor i årskurs 5 och 6 fått minst en av de två vaccindoserna mot humant papillomvirus (HPV) [33,34].

Fler fall av kikhosta och mässling

Insjuknandet i kikhosta hos barn har minskat sedan 2007 men är fortfarande högt bland spädbarn under sex månader. De senaste åren har 180–290 fall av kikhosta rapporterats årligen, varav 40 har varit barn under ett år [36]. Under 2014 ökade antalet anmälda fall igen och två tidigare friska spädbarn avled i sjukdomen. Tidigare har cirka ett dödsfall inträffat vartannat år.

Folkhälsomyndigheten tar för närvarande fram ett kunskapsunderlag med olika strategier som kan användas för att komplettera skyddet för spädbarnen. Utifrån det kommer Socialstyrelsen att bedöma om det behövs några kompletterande vaccinationsstrategier.

Under 2013 rapporterades 51 fall av mässling, vilket var det högsta antalet sedan år 2000[35].

Socialstyrelsen kommer att se över behovet av att tidigarelägga mässlingsvaccinets första dos. Ytterligare insatser handlar om att nå de grupper som idag är svåra att nå. Detta beskrivs i avsnittet *Jämlik hälso- och sjukvård*.

Ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningarna arbetar preventivt med att stärka ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt med att stärka deras identitet och sexualitet. Mottagningarna är en frivillig verksamhet och många utgår ifrån en policy framtagen av Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM). Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten publicerat en vägledning för de mottagningar som arbetar med sex- och samlevnad inom hälso- och sjukvården [37].

Mottagning på nätet lockar ungdomar

UMO är en nationell ungdomsmottagning på nätet som startade 2007 och riktar sig till ungdomar i åldern 13–25 år. Syftet med webbplatsen är att göra det lättare för ungdomar att hitta information om sex, relationer och hälsa. I dag har UMO ungefär 550 000 besökare i månaden, eller 3,2 miljoner unika

¹⁰ *Haemophilus influenzae* typ b (Hib) är en bakterie som kan orsaka hjärnhinneinflammation, struplocksinfektion och ledinflammation.

¹¹ Lunginflammation.

användare varje år. Det är en stor ökning jämfört med fem år tidigare, då 78 000 besökte sajten varje månad. UMO drivs av Stockholms läns landsting på uppdrag av övriga landsting och regioner samt 277 mottagningar som är anslutna till webbplatsen [38].

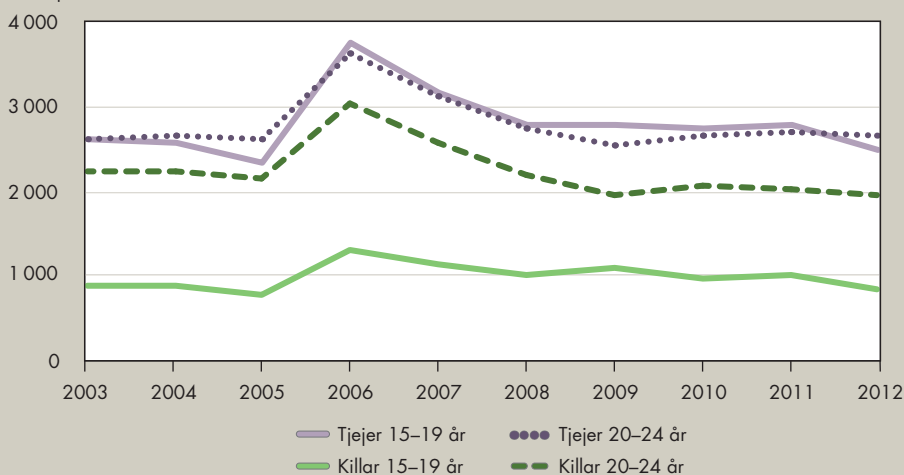
Klamydiafallen minskar

Klamydiainfektion är den vanligaste sexuellt överförbara sjukdomen och står för hälften av alla fall av smittsamma sjukdomar. År 2013 rapporterades 35 885 fall av klamydia, vilket var en minskning med 4,7 procent jämfört med året innan [39]. Majoriteten av dem som testas positivt är under 20 år. År 2013 var 57 procent av de smittade kvinnor och 43 procent män. Att fler av fallen är kvinnor beror antagligen på att de testar sig i högre utsträckning, medan män främst nås via smittspårning.

Figur 2:5. Klamydiainfektioner

Antal klamydiainfektioner per 100 000 invånare, år 2004–2013.

Antal per 100 000



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Den största minskningen ses i åldersgruppen 15–19 år där nedgången var 15 procent för kvinnor och 17 procent för män jämfört med 2012, vilket framgår av figur 2:5. Det finns stora regionala skillnader som beror på verkliga skillnader i antalet klamydiainfektioner, men också på skillnader i hur många som testas, enligt Folkhälsomyndigheten.

Den psykiska ohälsan

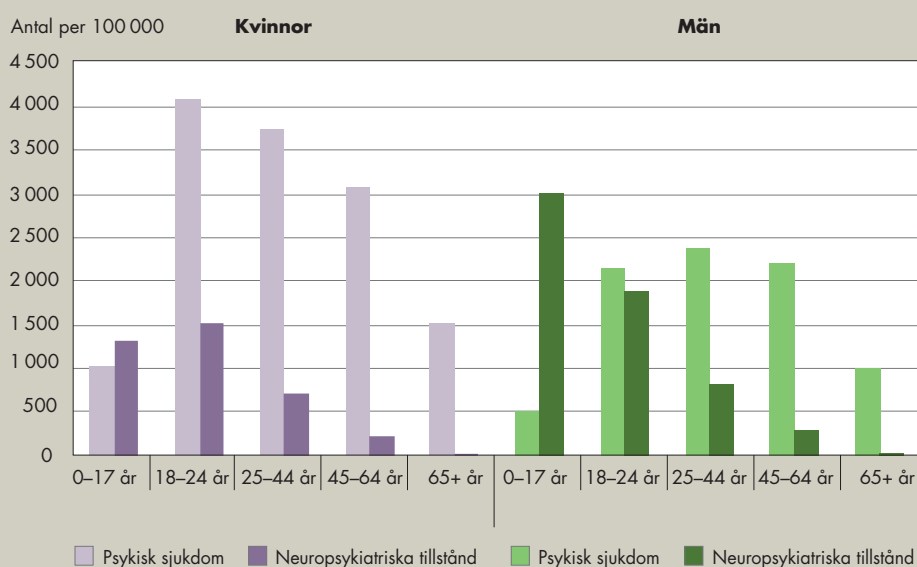
Den psykiska ohälsan har under en lång period ökat, såväl i Sverige som internationellt. Psykisk ohälsa räknas i dag som ett av de stora folkhälsoproblemen och ungefär 20 procent av befolkningen i arbetsför ålder drabbas någon gång [40]. Psykiska sjukdomar omfattar närmare 40 procent av de samlade sjukförsäkringskostnaderna (kostnader för sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning). Därmed är diagnosgruppen den enskilt största, följt av sjukdomar i rörelseorganen (30 procent) [41]. De direkta och indi-

rekta kostnaderna för psykisk ohälsa beräknas till 4 procent av bruttonation-alprodukten (BNP) [40].

Bland barn och unga har den psykiska ohälsan ökat under hela 2000-talet. De senaste åren har ökningen av lättare besvär avstannat, men den andel som upplever svår ångslan, oro eller ångest har fortsatt att öka. Unga kvinnor är särskilt drabbade och bland unga i åldern 16–24 år rapporterar dubbelt så många kvinnor som män besvär av ångslan, oro eller ångest. De senaste åren har sjukhusinläggningarna för självskadebeteende dock minskat bland de unga kvinnorna, efter tidigare kraftiga ökningar [1].

Figur 2:6. Psykiatrisk öppenvård

Andel personer som vårdats i öppenvård för psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd* år 2013. Antal per 100 000 invånare.



*Avser diagnoserna psykisk sjukdom (F20-F48, F50-F69) samt neuropsykiatriska tillstånd (F80-F99).

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fler självmord 2013 men färre över tid

Självmord är ett folkhälsoproblem. År 2013 begick 1 606 personer självmord i Sverige [42]. Det motsvarar 16,7 personer per 100 000 invånare, vilket är en ökning från åren innan. Samtidigt finns en positiv trend där självmorden minskar i befolkningen.

Det är mer vanligt med självmord bland män än bland kvinnor. År 2013 tog 366 kvinnor och 861 män sitt liv, totalt 1 227 personer. Därtill fanns det 379 dödsfall med oklart uppsåt, 133 kvinnor och 246 män. För de säkra självmorden innebär det ett dödstal för kvinnor på 7,6 per 100 000 invånare, och 18 per 100 000 invånare för män.

Av dem som tar eller försöker ta sitt liv har 90 procent en psykiatrisk diagnos i form av depression, bipolär sjukdom eller schizofreni [8]. Drygt 40 procent hade kontakt med psykiatrien tolv månader innan självmordet [41].

Det finns ett stort behov hos sjukvårdens professioner, även utanför psykiatri, av att öka och fördjupa sina kunskaper om självmordsnära tankar och beteenden och om hur de kan bemötas. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomför under 2014 och 2015 ett projekt för att undersöka om det finns tillförlitliga instrument för bedömning av självmordsrisk.

Det självmordspreventiva arbetet kan utvecklas

Andelen barn i åldern 0–17 år som begår självmord har varit relativt konstant under de senaste decennierna, och 2013 var det 20 barn som begick självmord. Som tidigare beskrivits ökade antalet personer som vårdas till följd av en avsiktlig självdestruktiv handling fram till 2008, och därefter ses en minskning [6]. Det är främst bland kvinnor i åldern 15–24 år som självskador är vanliga.

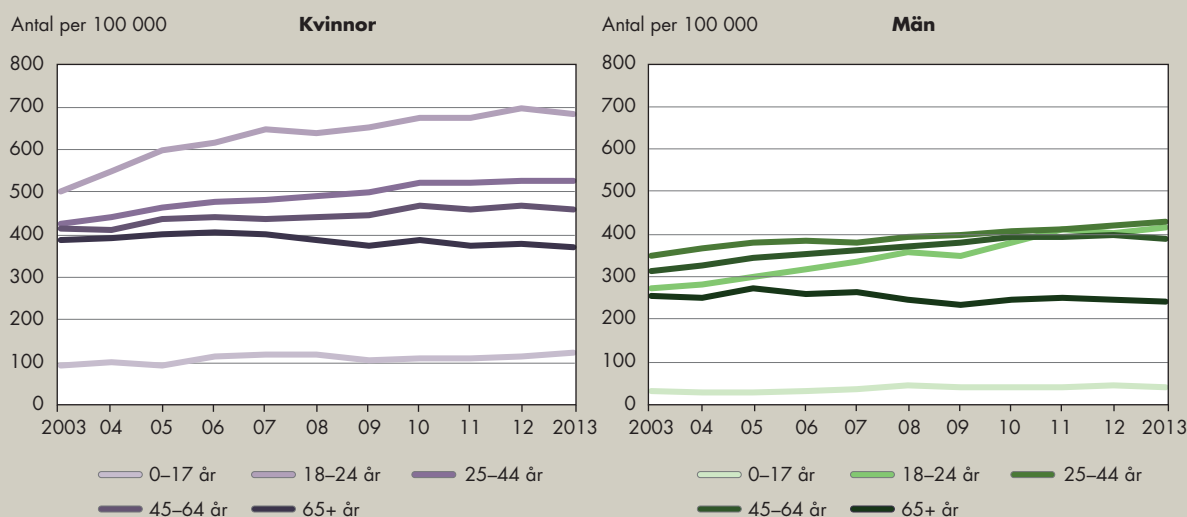
Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att, i samråd med Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), föreslå en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för det självmordspreventiva arbete som sker lokalt och regionalt. Uppdraget slutförs under 2015.

Fler barn vårdas för neuropsykiatrisk diagnos

Vart tionde barn i åldern 10–18 år har upplevt psykiska besvär, och dubbelt så många har psykosomatiska besvär [43]. Som figur 2:7 visar är det framför allt kvinnor i åldersgruppen 18–24 år som slutenvårdas för psykisk sjukdom. Andelen barn och unga som får diagnosen adhd har ökat kraftigt sedan 2006, liksom förskrivningen av adhd-läkemedel [44, 45].

Figur 2:7. Slutenvård för psykisk sjukdom

Personer som slutenvårdats för psykisk sjukdom* åren 2003–2013. Antal per 100 000 invånare.



* Avser diagnoserna F20–F29 schizofreni, F30–F39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–F48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom inkl. ångest, F50–F69 beteende- och personlighetsstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Förskrivning av antidepressiva medel till barn ökar

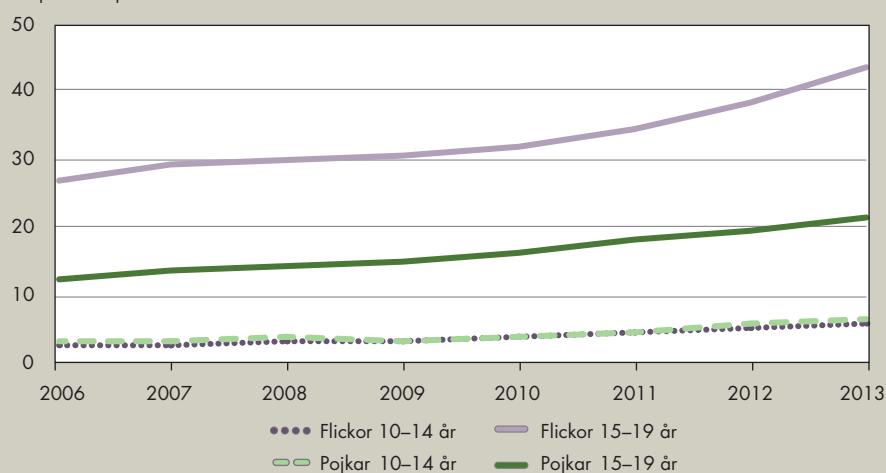
Under senare år har det skett en påtaglig ökning i förskrivningen – närmare 50 procent under en femårsperiod – av psykofarmaka till barn och unga. Det gäller till exempel antidepressiva läkemedel, lugnande och ångestdämpande läkemedel, medel mot adhd och sömnmedlet melatonin [46]. Adhd-läkemedel har lägst genomsnittsålder, 22 år för unga män och 27 år för kvinnor. Användandet är störst bland pojkar 5–14 år.

Den ökade förskrivningen av antidepressiva medel till barn och ungdomar redovisas i figur 2:8. Där framgår att ökningen är störst bland ungdomar i åldern 15–19 år och att förskrivningen ökar mest för flickor.

Figur 2:8. Antidepressiva läkemedel

Antal patienter per 1 000 barn med antidepressiva medel*, flickor och pojkar i åldrarna 10–14 år samt 15–19 år, perioden 2006–2013.

Antal patienter per 1 000



* Läkemedel med ATC-kod N06A.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har också uppmärksammat att användningen av psykofarmaka bland placerade barn och unga är mycket hög [47]. Problemet beskrivs i kapitlet *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

Nationella satsningar pågår

Regeringen har antagit en handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa, den så kallade PRIO-planen. Kopplat till planen pågår ett stort antal initiativ för att driva på utvecklingen inom området psykisk ohälsa. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppdrag att tillsammans med fyra andra myndigheter utveckla den statliga kunskapsstyrningen inom området. Detta beskrivs närmare i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

Under 2013 och 2014 hade regeringen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen också dialoger med länen om utvecklingen av psykisk ohälsa, för att inhämta information om hur det statliga kunskapsstödet kan utvecklas.

Socialstyrelsen konstaterade 2013 att det råder brist på nationell statistik om psykisk ohälsa [41]. För att åtgärda detta har myndigheten lämnat förslag till regeringen om att skapa ett primärvårdsregister och utvidga patientregistret med besök som görs hos andra yrkeskategorier än läkare i specialiserad vård.

Socialstyrelsen har för närvarande ett uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer för barn och unga med psykisk ohälsa och för personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk sjuklighet. Detta redovisas i mars 2015.

Barn vårdas ibland inom allmänpsykiatri

Socialstyrelsen kan konstatera att barn ibland vårdas inom allmänpsykiatri. År 2013 var det 41 barn under 18 år som vårdades inom vuxenpsykiatri, fördelat på tio landsting [48]. Sex landsting saknar i dag vårdplatser för slutenvård inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. När barn och ungdomar behöver slutenvård gör dessa landsting i stället inläggningar på en barn- och ungdomsmedicinklinik eller inom allmänpsykiatriens heldygnsvård [49]. Det är framför allt äldre ungdomar med utåtagerande eller aggressivt beteende som skrivs in i allmänpsykiatri, medan barn- och ungdomsmedicinklinikens vårdplatser främst används till yngre barn med ätstörningsproblematik eller självmordsrisk. Hälften av landstingen utan egen heldygnsvård kan genom avtal använda vårdplatser inom andra landstings barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvård. Sörmland har exempelvis en överenskommelse med Västmanland som innebär att de kan remittera patienter dit på samma indikationer som Västmanlands egna patienter.

Dokumentationen brister vid tvångsåtgärder på barn

Under perioden 1 januari–31 augusti 2014 vårdades 63 pojkar och 99 flickor i åldern upp till och med 17 år enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Den vanligaste tvångsåtgärden för flickor och pojkar var fastspänning i upp till fyra timmar. Totalt utfördes 63 sådana fall av fastspänning, varav 38 fastspänningar utfördes på flickor och 25 på pojkar.

Barnombudsmannen (BO) har riktat kritik mot att det i dag inte går att dra några säkra slutsatser kring hur och i vilken omfattning tvångsåtgärder utförs på barn [50]. Anledningen är framför allt bristande dokumentation på vårdenheterna och landstingens underrapportering till patientregistret. Enligt BO saknar dokumentationen tydligt angivna skäl till varför fastspänning utförs, liksom tidsangivelser för hur länge tvångsåtgärderna pågått.

Under 2014 föreslog regeringen flera viktiga insatser för barn och unga inom den psykiatriska tvångsvården. IVO har fått i uppdrag att tala med barn i samband med tillsyn av psykiatrisk vård. Myndigheten har därefter föreslagit att utöka nuvarande Barntelefon till en Barnlinje som omfattar alla barn och unga i åldrarna 0–18 år inom både vård och omsorg. Barnlinjen planeras att öppna den 1 april 2015 [51].

Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att genomföra vissa insatser för barn som vårdas i psykiatrisk tvångsvård. Dessa beskrivs närmare i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

Psykos är vanligaste diagnosen vid tvångsvård

Fram till 31 augusti 2014 hade nästan 13 000 patienter tvångsvårdats under året. Ungefär 20 procent av alla patienter i psykiatrisk heldygnsvård vårdas med tvång, men de står för nästan hälften av alla vård dagar [52]. Av de tvångsvårdade patienterna är det 83 procent som vårdas enligt LPT och 13 procent som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Psykos är den vanligaste diagnosen bland kvinnor och män i alla åldersgrupper. Majoriteten av de kvinnor och män som vårdas är i åldern 25–34 år och av dessa vårdas män framför allt för psykos medan kvinnor framför allt vårdas för personlighetsstörning.

Under 2013 hade Södermanland, Stockholm och Jönköping flest tvångsvårdade enligt LPT per 1 000 invånare. Antalet tvångsvårdade patienter var lägst i Jämtland, Västra Götaland, Gotland och Dalarna [53].

Olika tvångsåtgärder för kvinnor och män

Det finns fortfarande skillnader i tvångsåtgärderna för kvinnor respektive män. Av tabell 2:2 framgår det att läkemedelstillförsel som utförs under fastspänning är den vanligaste åtgärden totalt och även bland män, medan fastspänning i upp till fyra timmar är vanligast bland kvinnor.

Tabell 2:2. Tvångsåtgärder enligt LPT

Totalt antal förekomster av tvångsåtgärder inom LPT*, år 2014.

Åtgärd	Kvinnor	Män	Totalt
Fastspänning upp till 4 timmar	1 492	872	2 364
Läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande	1 354	1 064	2 418
Avskiljande upp till och med 8 timmar	737	620	1 357

* Lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fler har vårdplaner när de skrivs ut från tvångsvård

Av dem som tvångsvårdats och sedan skrivits ut har 49 procent av männen en vårdplan, jämfört med 52 procent av kvinnorna. År 2014 motsvarade det 4 365 män och 3 965 kvinnor. Det var en förbättring jämfört med 2013 då 41 procent av kvinnorna och bara en tredjedel av männen hade en vårdplan vid utskrivningstillfället.

Insatser för att minska tvångsåtgärder pågår

De senaste åren har ett flertal initiativ och uppdrag genomförts för att utveckla och förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Vid SKL pågår ett utvecklingsprojekt för att minska tvånget inom den psykiatriska vården. Socialstyrelsen har i uppdrag att öka och förbättra inrapporteringen av data, och har genomfört insatser som syftar till att följa upp och utveckla det systematiska förbättringsarbetet.

Under 2013 och 2014 erbjöd SKL ett genombrottsprogram till landstingen för att bygga vidare på tidigare insatser. Det finns ett flertal organisatoriska faktorer som påverkar andelen tvångsåtgärder, till exempel personalomsättning, lokaler och tillgång till läkare. För att stärka patientfokus har trygghetsformulär och samtal med patient efter tvångsåtgärd genomförts [54].

SKL har i samarbete med Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), och med hjälp av patienter och anhöriga, även tagit fram en informations-skrift om tvång. Den har översatts till 14 olika språk.

Ny patientlag ska stärka patientens ställning

Den 1 januari 2015 trädde den nya patientlagen (2014:821) i kraft. Lagen syftar till att stärka patientens ställning genom att främja patientintegritet, självbestämmande och delaktighet. De nya delarna i lagen är vårdval inom primärvård och möjlighet att söka öppenvård över landstingsgränserna (9 kap. § 1). En annan förändring är att informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Det klargörs även att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Patienten ska dock få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja inte kan utredas. Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning utvidgas och det innebär att möjligheten enbart villkoras av att han eller hon har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom.

E-hälsolösningar allt mer i fokus

Ett flertal satsningar pågår inom området nationell e-hälsa. Socialstyrelsen, eHälsomyndigheten, Inera och SKL är några aktörer som är involverade i arbetet. Aktiviteterna genomförs framför allt genom Nationell e-hälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, som syftar till att förbättra hälso- och sjukvården och socialtjänsten med hjälp av e-tjänster.

För hälso- och sjukvården ligger fokus på att säkerställa att samma tekniska lösningar och informationsmängder används i olika tjänster. Att skapa en mer strukturerad vårddokumentation är viktigt för att göra informationen enhetlig, entydig och jämförbar. För att stödja huvudmännen i denna process finns ett nationellt fackspråk framtaget bestående av en termbank, hälsorelaterade klassifikationer och ett kodverk. Hösten 2014 presenterade Socialstyrelsen även en ny version av den nationella informationsstrukturen, som bland annat innehåller process- och begreppsmodeller.

Sedan tidigare pågår många projekt för att genom e-hälsotjänster skapa ökad nytta för vård- och omsorgspersonalen. På senare år går utvecklingen också mot en ökad patientmedverkan och en stärkt ställning till patienter genom patientcentrerade lösningar. Detta beskrivs i avsnittet *Kunskapsbase-rad hälso- och sjukvård*.

Tre statliga utredningar kommer sannolikt att ha stor betydelse för hur e-hälsa på ett effektivt sätt ska kunna utvecklas. Den 30 april 2014 lämnade utredningen om rätt information i vård och omsorg sitt slutbetänkande till regeringen. Utredaren föreslår bland annat en ny hälso- och sjukvårdsdatalog samt ändrade principer för informationshantering. Den pågående utredningen om tillgänglig och säker information i hälso- och sjukvård och socialtjänst, även kallat E-hälsoutredningen, ska se över ändamålsenlighet och ansvarsfördelning när det gäller tillhandahållande och utformning av it-stöd för personal, vård- och omsorgsgivare och andra aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppdraget slutredovisas i ett betänkande i mars

2015. Ytterligare ett kommittéarbete analyserar för närvarande hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Detta uppdrag slutredovisas i december 2015.

Kostnaderna för receptförskrivna läkemedel är oförändrade

Kostnaderna för de läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna var i stort sett oförändrade under 2014, efter att ha minskat i flera år. Omfattande patentutgångar och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar av befintliga läkemedel har varit viktiga orsaker till att kostnaderna av receptförskrivna läkemedel minskade kraftigt under 2012 och 2013. De kostnadsminskande effekterna av patent som gick ut var jämförelsevis små 2014. Att de generella kostnaderna ändå inte ökade detta år berodde till stor del på införandet av takpriser för läkemedel som varit på marknaden i minst 15 år. Regeringen och Läkemedelsindustriföreningen, LIF, kom överens om sådana takpriser 2013 och systemet har nu permanentats av TLV. Fler läkemedel än tidigare ligger också utanför förmånerna.

Den totala kostnaden för receptförskrivna läkemedel i Sverige 2014 uppgick till 26 465 miljoner kronor [55]. Kostnadsutvecklingen för olika läkemedelsgrupper och enskilda läkemedelssubstanser kan variera starkt. De senaste åren har till exempel kostnaderna för läkemedel vid adhd, reumatoid artrit och psoriasis ökat kraftigt, medan kostnadsnivån för blodfetts- och blodtryckssänkande medel har minskat påtagligt.

Aktuella globala hälsoutmaningar

Under de senaste årtiondena har hälsan i de flesta länder i världen utvecklats i en positiv riktning inom en rad olika områden. Medellivslängden har ökat, fler människor har fått tillgång till rent dricksvatten och fler barn går i skolan. Trots stora framsteg kvarstår stora utmaningar. Klyftorna mellan de rika och de allra fattigaste länderna fortsätter att öka. Infektionssjukdomar, migration, klimatförändringar, våld och konflikter har en direkt eller indirekt påverkan på den globala hälsoutvecklingen [56]. Dessutom ses globala förändringar, till exempel ökade klimatförändringar och ett ökat resande, och det ökar även risken för spridning av sjukdomar. I Sverige hanteras de globala hälsofrågorna i en samarbetsstrategi med WHO. Inom ramen för denna samarbetsstrategi bedrivs ett antal satsningar för att bland annat förebygga och hantera icke-smittsamma sjukdomar, förebygga globala hälsohot med inriktning på antibiotikaresistens samt främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Insatser för att avhjälpa ebolaepidemin

För närvarande pågår ett utbrott av ebola i Västafrika och WHO har klassat utbrottet som ett internationellt hot mot människors hälsa. Dödligheten i virussjukdomen är upp till 70 procent och aktuella siffror från 8 januari 2015 visar att det hittills har lett till omkring 8 200 dödsfall [57]. I oktober 2014 utgjorde kvinnor 75 procent av dem som dött i ebola, vilket kan förklaras av könsroller och traditioner, exempelvis att kvinnor vårdar sjuka familjemed-

lemmar. I Sverige har 20 fall utretts för ebolafeber sedan utbrottet startade och fram till 8 januari, men ingen har varit smittad [57].

För att stoppa smittspridningen behövs insatser till ett beräknat värde av 7 miljarder kronor [58].

Sverige har totalt bidragit med nära 489 miljoner kronor för sådana insatser, vilket gör landet till den femte största bidragsgivaren för ebolabekämpning i världen [59].

Myndighetssamordning, rutiner och beredskap

Sverige fortsätter att agera för att tillsammans med omvärlden stoppa smittspridningen och se till att de drabbade får vård. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen är exempel på svenska myndigheter som samordnar nödvändiga utbildnings- och sjukvårdsinsatser.

Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Smittskyddsläkarföreningen har gemensamt tagit fram en vägledning för hur hemvändande hjälparbetare från land där smittspridning av ebola pågår bör följas upp [60]. Syftet är att ge en nationell rekommendation för enhetlig hantering av denna grupp. Vägledningen riktar sig till den hemvändande personalens arbetsgivare samt till hälso- och sjukvården.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning med rutiner för sanering [61]. Vägledningen riktar sig främst till kommuner och smittskyddsläkare och är tänkt att fungera som ett stöd vid handläggning av misstänkta fall av ebola.

På Folkhälsomyndigheten finns ett säkerhetslaboratorium med dygnet-runt-beredskap för att snabbt och säkert ställa diagnos på prover från misstänkta patienter. Nästan samtliga landsting i Sverige har utarbetade rutiner för att ta hand om fall av ebola.

Vid några sjukhus i Sverige finns speciella lokaler och tränad personal för att vårda patienter. På infektionskliniken på Universitetssjukhuset i Linköping finns en speciell högisoleringsenhet med möjlighet att vårda ebolapatienter. I Linköping finns det även en anpassad ambulans som kan transportera patienter. Ambulansen kan även lastas ombord på försvarsmaktens transportflygplan för att hämta patienter från övriga delar av landet eller utomlands [61].

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Pågående utvecklingsarbeten inom e-hälsa

Utvecklingen går mot en ökad digitalisering vilket leder till att e-frågor får en större betydelse inom hälso- och sjukvården. En uppgift för eHälsomyndigheten är bland annat förmedling av e-recept och utveckling av infrastruktur för recepthantering. Myndigheten samverkar också med Inera i framtagningen av vårdtjänster inom nationell e-hälsa.

Ett exempel på en sådan tjänst är den samlade läkemedelslistan som kommer att visa vilka läkemedel en patient har och varför dessa läkemedel har blivit ordinerade. Mer information om den nationella ordinationsdatabasen (NOD) och ordinationsorsak beskrivs i avsnittet *Säker hälso- och sjukvård*.

Ytterligare exempel på vårdtjänster som utvecklas och som kommer att stödja kunskapsbaserad hälso- och sjukvård är Nationell Patientöversikt (NPÖ), Elektronisk remiss, Infektionsverket, Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) och Vårdhandboken.

Ett annat pågående pilotprojekt är behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) på nätet. Utvärdering från pilottest i Kalmar visar att det behövs en bred landstingsövergripande satsning på internet-KBT tillsammans med primärvård och psykiatri¹².

Nationella riktlinjer framtagna

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer utifrån bästa tillgängliga kunskap och lämnar rekommendationer om vård och omsorg. Myndigheten utvärderar även landstingens och kommunernas följsamhet till rekommendationerna, och resultatet ligger sedan till grund för uppdateringar av riktlinjerna. Vi har vidare tagit fram en modell för att säkerställa att jämlik vård uppmärksammas i indikatorbaserade utvärderingar, och arbetar även systematiskt för att betona och stärka perspektivet jämlik vård i riktlinjerna. Nedan beskrivs vilka riktlinjer, rekommendationer och utvärderingar som genomfördes under 2014.

Nya riktlinjer inom tre områden

Det finns i dag 15 nationella riktlinjer. Under 2014 uppdaterade Socialstyrelsen riktlinjerna för

- diabetesvård
- missbruks- och beroendevård
- astma- och KOL-vård.

Riktlinjerna visar vilka åtgärder som är mest angelägna och vilka som bör användas i mindre omfattning. Riktlinjerna innehåller även indikatorer för att det på nationell, regional och lokal nivå ska vara möjligt att följa upp hur hälso- och sjukvården använder rekommendationerna. De tre uppdaterade riktlinjerna är remissversioner. Utifrån synpunkter från huvudmännen och andra intressenter kommer de bearbetas till slutliga versioner som publiceras under 2015.

Riktlinjer för multipel skleros och Parkinsons sjukdom på väg

Socialstyrelsen har också fått i uppdrag av regeringen att ta fram riktlinjer, indikatorer och målnivåer för multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Arbetet inleddes under 2014 och är en del av en övergripande satsning på vården vid kroniska sjukdomar. Under året anordnade myndigheten bland annat en hearing för att inhämta synpunkter och diskutera avgränsningar i riktlinjerna.

Nationella målnivåer förbättrar vården

För att minska skillnaderna i primärvården för personer med kroniska eller långvariga sjukdomar tar Socialstyrelsen fram tydliga mål som bör uppnås i behandlingen av de vanligaste cancerformerna samt stroke- och hjärtsjukvården. Syftet med att ta fram nationella målnivåer är att förbättra vården och behandlingen för de sjukdomar som drabbar många personer. Målnivåerna är framtagna utifrån rekommendationer i riktlinjerna och är även kopplade till uppföljningsbara indikatorer. I dag finns målnivåer fastställda för lung-, bröst-, prostata-, tjock- och ändtarmscancervård, hjärtsjukvård och strokevård. Under 2015 fastställs även målnivåer för diabetesvård, vård vid rörelseorganens sjukdomar samt vård vid astma och KOL.

Utvärderingar om följsamhet till riktlinjer har genomförts

Under 2014 publicerade Socialstyrelsen två utvärderingar av hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens följsamhet till rekommendationerna i nationella riktlinjer. De områden som följts upp är vård och omsorg vid demenssjukdom samt vård vid rörelseorganens sjukdomar. I början av 2015 publiceras också utvärderingar av sjukdomsförebyggande metoder, vård vid astma och KOL samt vård vid diabetes.

Skillnader i utredning vid demenssjukdom

Utvärderingen av vård och omsorg med demenssjukdom visar att de nationella riktlinjerna har fått ett visst genomslag, både inom landstingen och inom kommunerna. Till exempel har huvudmännen gjort omfattande utbildningsinsatser, och många verksamheter har nu anslutit sig till de kvalitetsregister som finns inom området. Begreppet personcentrerad omvårdnad har också fått ett stort genomslag i verksamheter som arbetar med personer med demenssjukdom. Men utvärderingen visar även att det finns brister när det gäller såväl utredning och behandling som de omvårdnads- och omsorgsin-satser som ges. Skillnaderna i landet är dessutom stora, till exempel när det gäller vilka utredningsmetoder som används, i vilken utsträckning rekommenderade läkemedel förskrivs och vilka insatser kommunerna kan erbjuda till personer med demenssjukdom. Färre än varannan person som tar kontakt med en vårdcentral för en misstänkt demenssjukdom får en utredning som sker i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer [62].

När det gäller läkemedel är det också vanligt att personer med Alzheimers sjukdom underbehandlas. Utbildning och födelseland påverkar till viss del också vilka insatser som patienter ges.

Allt fler reumatiker får biologiska läkemedel

Utvärderingen av rörelseorganens sjukdomar visar att allt fler personer med reumatisk sjukdom får tillgång till behandling med biologiska läkemedel, vilket är i enlighet med de nationella riktlinjernas rekommendationer. Däremot är det fortfarande alltför få personer med hög risk för benskörhetsfrakturer som utreds och behandlas i enlighet med riktlinjerna. Utvärderingen visar också att röntgenundersökning fortfarande är en vanlig metod för att diagnostisera artros, något som i de flesta fall är onödigt då diagnosen kan

ställas på andra sätt. Utvecklingen i kommunerna går trögt medan många landsting har påbörjat arbetet med att införa riktlinjerna [63].

Rekommendation om nationell screening för livmoderhalscancer

Socialstyrelsen har vidareutvecklat arbetet med screeningfrågor för att bidra till en ökad nationell samsyn. I februari 2014 publicerades den slutliga versionen av vår modell för att systematiskt bedöma nationella screeningprogram [64]. Under hösten 2014 tillsattes ett nationellt screeningråd. Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med att ta fram en rekommendation om screening för livmoderhalscancer, och remissversionen publicerades i januari 2015[65].

Samlat kunskapsstöd vid adhd

Socialstyrelsen har uppdraget att tillsammans med Läkemedelsverket, SBU, Folkhälsomyndigheten och TLV säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom psykisk ohälsa. Uppdraget innebär att myndigheterna under 2013–2015 ska utveckla ett samordnat kunskapsstöd som underlättar för verksamheter att möta behoven hos patienter och brukare samt deras anhöriga.

Ett viktigt resultat av uppdraget är den myndighetsgemensamma satsningen för adhd som genomfördes under 2014. Genom den har myndigheterna tillsammans lanserat flera olika kunskapsmaterial om sätt att bemöta, diagnostisera, utreda och behandla adhd. Efter dialog med psykiatri, socialtjänsten och elevhälsan har materialet också målgruppsanpassats för att det lättare ska kunna omsättas av verksamheterna. Det samlade materialet har publicerats på Kunskapsguiden.se.

Uppdraget har också lett fram till ett interaktivt kunskapsstöd för samverkan kring barn och unga. Med hjälp av stödet kan verksamheter och huvudmän utveckla sin samverkan för att förebygga och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga. Stödet publicerades på Kunskapsguiden.se i november 2014.

Temasida på Kunskapsguiden ska underlätta samverkan

Under 2014 tog Socialstyrelsen fram en ny temasida om psykisk ohälsa på Kunskapsguiden som ett komplement till en tidigare publicerad vägledning om samverkan för barns bästa. Syftet med temasidan är att underlätta samverkan och därigenom öka förutsättningarna för att tidigt upptäcka tecken på psykisk ohälsa, ge tidiga insatser och förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Temasidan ska underlätta för verksamheter att utveckla sitt samverkansarbete, dels mellan olika huvudmän, dels för professioner inom en och samma verksamhet.

Socialstyrelsen bedömer att myndigheterna behöver samverka i högre grad för att samordna sina kunskapsstöd.

Förstärkt information till barn inom psykiatri

Under 2014 publicerade Socialstyrelsen ett material till barn och unga som vårdas inom psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård, med information om deras rättigheter [66]. Socialstyrelsen har vidare föreslagit att ett utbildningspaket

för hälso- och sjukvårdspersonal tas fram, samt lyft fram att även de anhöriga behöver mer information om detta.

Det har tidigare konstaterats att flickor är överrepresenterade i vissa tvångsåtgärder. Socialstyrelsen hade under 2014 i uppdrag att undersöka detta och föreslå åtgärder. Myndigheten föreslår bland annat en jämförande studie av beslutsjournaler för barn som tvångsvårdas och som får tvångsåtgärder enligt LPT och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, för att undersöka skillnaderna ur ett genusperspektiv.

Stöd och vägledning som gäller barn och unga

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta, tillgängliggöra och kontinuerligt uppdatera vägledningar, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets- och barnhälsovård samt elevhälsa. Under 2014 tog myndigheten fram en ny vägledning, *Vård av extremt för tidigt födda barn*, för att skapa en god vård för alla. En vägledning för barnhälsovården publicerades i april 2014 [31] för att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i verksamheterna och för att öka användningen av evidensbaserad praktik. Under året publicerade myndigheten också en vägledning med praktiska råd och rekommendationer om hur plötslig spädbarnsdöd kan förebyggas [67].

År 2014 publicerade Socialstyrelsen även skriften *Tio steg som främjar amning*. De tio stegen är baserade på WHO:s rekommendation, men har anpassats till det aktuella kunskapsläget och svenska förhållanden.

Under 2014 publicerade Socialstyrelsen i samarbete med Skolverket en ny vägledning för elevhälsan. Syftet är att på så sätt stärka elevhälsans arbete och bidra till utveckling av en likvärdig elevhälsa i landet. Vägledningen beskriver bland annat elevhälsans uppdrag, utgångspunkter, arbetssätt och ansvar.

Vägledning för vård och behandling av personer med könsdysfori

Socialstyrelsen publicerade 2014 ett kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysfori¹³. Kunskapsstödet innehåller rekommendationer och bedömningar för utredning, vård och behandling samt eftervård för personer med könsdysfori. Socialstyrelsen har även initierat och samordnat ett myndighetsövergripande samarbete som syftar till att minska den administrativa bördan för vården och omsorgen i samband med att människor ändrar könstillhörighet.

Säker hälso- och sjukvård

I det här avsnittet redovisar vi utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet samt ett urval av resultat från nationella patientsäkerhetssatsningen. I kapitlet *Vård och omsorg om äldre* redovisas uppgifter om patientsäkerhet för äldre, bland annat läkemedelsförskrivning.

¹³ Definition: transsexualism och övrig könsidentitetsproblematik.

Skadeomfattningen inom kommunal vård är okänd

Dagens patientsäkerhetsarbete har till stor del utgått från den somatiska sjukhusvården, vilket innebär att kunskapen om riskområden och förekomsten av vårdskador inom andra områden behöver utvecklas. Det är i dag oklart hur många patienter som skadas inom kommunal hälso- och sjukvård, psykiatrisk vård, primärvård och tandvård.

En utmaning inom patientsäkerhetsområdet är att en allt större del av sjukvården flyttas ut från sjukhusen, och i takt med det kommer allt mer avancerad sjukvård att bedrivas i hemmen. Ny medicinsk teknik och behandlingsmetoder ger stora möjligheter, men ställer samtidigt krav på att personalen får kompetensutveckling och att gamla metoder fasas ut.

Nationell patientsäkerhetssatsning har avslutats

Under 2011–2014 hade regeringen och SKL en överenskommelse för att stärka arbetet med att införa metoder och verktyg som ska minska patientsäkerhetsriskerna inom hälso- och sjukvården. Det övergripande målet var att minska antalet vårdskador. Strävan var även att höja ambitionsnivån i målen och kraven varje år för att därigenom stimulera det fortsatta patientsäkerhetsarbetet. Detta har gjorts genom bland annat punktprevalensmätningar, PPM, av följsamhet till hygienrutiner och förekomst av vårdrelaterade infektioner.

Flera förbättringar av patientsäkerhetssatsningen

Överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet har fått ett flertal positiva effekter, men utvecklingen går sakta. Exempelvis har det påskyndat införandet av nya metoder och lett till ett system för datainsamling, datasammanställning och analys. På så vis har satsningen bidragit till en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete.

I dag genomför alla landsting journalgranskningar och det finns ett större material att utgå ifrån. Effekter i form av minskad förekomst av vårdskador måste däremot följas upp i ett längre perspektiv, eftersom det tar tid att förändra attityder, arbetssätt och annat som har betydelse för uppkomsten av vårdskador.

Satsningens olika delar

Socialstyrelsen har haft uppdraget att bedöma hur väl landstingen har uppfyllt kraven i patientsäkerhetsöverenskommelsen. Samtliga landsting uppfyllde de grundläggande kraven i överenskommelsen för 2014. De indikatorer som mäts och följs upp är till exempel läkemedelsanvändning, antibiotikaanvändning, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt överbeläggningar. Nedan presenteras några aktiviteter som genomförts med syfte att nå en ökad patientsäkerhet. En fördjupad beskrivning av patientsäkerhetssatsningen utkommer i april 2015.

Bättre bild av patienters läkemedelsanvändning

Utvecklingen går mot en allt bättre bild av patienters läkemedelsanvändning. Samtidigt minskar inte läkemedelsfelen i vårdens övergångar.

En stor del av alla de skador som uppstår i vården kan kopplas till användning av läkemedel. Olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering är exempel på stora riskområden, men flera av de

läkemedelsrelaterade riskerna är möjliga att undvika. Ett sätt att förutse och undvika dessa problem är att ge ordinatören en samlad bild av vilka läkemedel varje patient ordinerats. I dag finns denna information spridd i flera olika system. Ett nationellt projekt pågår för att skapa en nationell läkemedelslista som blir en del av en sammanhållen journalföring. Listan ska lagras i en nationell ordinationsdatabas (NOD). Till en början kommer NOD att innehålla läkemedelsordinationer i öppenvården. En pilotversion lanseras 2015.

Under 2014 tog Socialstyrelsen även fram en webbutbildning för läkare, *Läkemedelsgenomgångar för äldre*. Syftet är att stärka kompetensen om läkemedelsbehandling av äldre patienter. Resultatet av läkemedelsgenomgångar för äldre beskrivs i kapitlet *Vård och omsorg om äldre*. Läkemedelsfelen i vårdens övergångar behöver minska. I dag brister ofta kommunikationen och informationsöverföringen mellan olika vårdenheter och vårdgivare, men även mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Inom patientsäkerhetssatsningen har landstingen utvecklat arbetet med utskrivningsinformation. Inom slutenvård har 20 av 21 landsting idag rutiner för utskrivningsinformation till patienten och dessa rutiner tillämpas på minst 75 procent av alla avdelningar. Tillämpningen är störst inom medicinska specialiteter och lägre inom opererande specialiteter.

Journalgranskning visar risker för att drabbas av vårdskador

Vårdskador inom somatisk slutenvård kostar cirka 8,5 miljarder kronor per år.¹⁴ Ungefär 10 procent av alla vårddagar eller vårdplatser kan relateras till en vårdskada [68].

Inom satsningen för ökad patientsäkerhet har landstingen infört strukturerad journalgranskning för att identifiera skador och vårdskador¹⁵ vid vårdtillfällena i den somatiska slutenvården. Under 2013–2014 granskade SKL närmare 30 000 journaler vid 63 sjukhus runt om i landet [69]. De vanligaste skadetyperna var vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade skador och kirurgiska skador. Andelen vårdtillfällen med vårdskada ökade med patientens ålder. Andelen män äldre än 65 år med vårdskada var 9,7 procent medan 9,3 procent av kvinnorna i samma åldersgrupp hade en vårdskada. Resultaten visar också att antalet patienter som riskerar att avlida eller få bestående men till följd av vårdskador är cirka 1 400, vilket är betydligt lägre än vid Socialstyrelsens granskning av närmare 2 000 journaler för år 2003–2004 [69,70]. Den studien kom fram till att vårdskadan varit bidragande till patientens död i cirka 3 000 fall årligen. En viktig skillnad mellan undersökningarna, som utförts med två olika granskningsmetoder, är att Socialstyrelsen granskade journalerna under ett år efter vårdtillfället. SKL granskade dem under ett par månader efter vårdtillfället, vilket kan förklara en del av skillnaden när det gäller att identifiera bestående men. Skillnaderna mellan studierna kan också bero på undersökningarnas omfattning. Under den senaste 10-årsperioden har

¹⁴ Baserade på resultatet av strukturerad journalgranskning av 19 141 vårdtillfällen.

¹⁵ Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetslagen (2010:659)

också ett intensivt arbete bedrivits för att förbättra patientsäkerheten, något som sannolikt har bidragit till den positiva utvecklingen.

Patientnämnderna tar emot fler klagomål

Antalet patientklagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården ökar från år till år. Patientnämnderna tog under 2013 emot 31 171 ärenden, att jämföra med 2009 då antalet var 29 500 ärenden [71]. För närvarande pågår en utredning (S 2014:15) för att se över den nuvarande hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården och föreslå hur hanteringen kan bli enklare, mer ändamålsenlig och mer effektiv.

Klagomålen handlar om bristande samordning och vårdansvar. De flesta av 2013 års ärenden till patientnämnderna, 49 procent, rörde somatisk specialistvård. Primärvården stod för 25 procent och den psykiatriska specialistvården för 11 procent. Resterande andel omfattade tandvård, kommunal vård och övrig vård. Av samtliga ärenden gällde 58 procent kvinnor och 41 procent män.¹⁶

De flesta klagomålen 2013 rör vård och behandling. Patientnämnderna menar att de problem som rapporteras till exempel handlar om samordning och vårdansvar där patienter bOLLAS fram och tillbaka och ingen tar ett helhetsansvar. Andra ärenden rör brister i läkarkontinuitet inom primärvård och psykiatri samt brister i läkemedelshantering [71].

Klagomål till IVO ökar

Enskilda patienter eller närstående har enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, möjlighet att lämna klagomål på vården till IVO. Under 2014 inkom 6 890 klagomål. Det var något fler jämfört med år 2013 då 6 563 klagomål anmälades. Bland dessa ärenden finns sannolikt många som rör skador som patienter drabbats av.

Anmälningar enligt lex Maria ökar något

Vårdgivaren har skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO,¹⁷ och vidta åtgärder som förhindrar att händelsen upprepas.¹⁸ Dessa så kallade lex Maria-anmälningar var 2 311 stycken år 2014, vilket är en liten ökning jämfört med de 2 225 anmälningar som inkom 2013. Under de senaste åren har anmälningar enligt lex Maria ökat.

Andelen ersätta skador från LÖF minskar

Patienter kan anmäla skador till patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. År 2013 anmälades omkring 13 900 skador till LÖF. Det är en ökning med 8 procent jämfört med 2012 då drygt 12 800 skador anmälades. Under de senaste fem åren ökar inte antalet ersatta skador i samma takt som antalet anmälda skador. År 2009 var det 43 procent av patienterna som beviljades ersättning, jämfört med 38 procent 2013.

¹⁶ 1 en procent av ärendena har kön inte angetts.

¹⁷ 3 kap. 5 § PSL.

¹⁸ 3 kap. 3 § PSL.

De flesta anmälningar till LÖF gäller skador inom ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymer, och vanligast är skador som inträffar i samband med operationer. Det kan vara infektioner, blödningar och nerv- och skelettskador vid protesinläggningar. Andra vanliga skador är merskador på grund av försenad eller felaktig diagnos. Under 2013 betalade LÖF ut cirka 510 miljoner kronor i ersättningar.

Feldosering orsak till klagomål på apotek

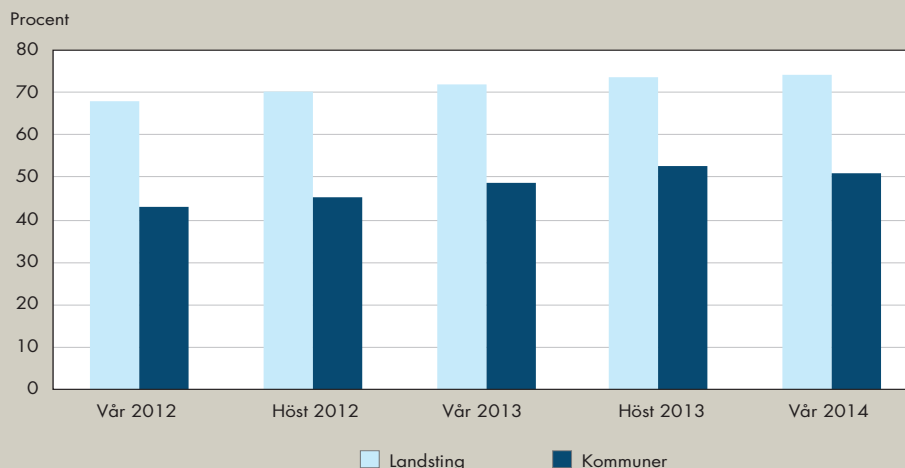
I Sverige finns 1 300 apotek, vilket är en ökning med 40 procent sedan omregleringen av apoteksmarknaden. Dagligen görs 300 000 apoteksbesök över hela landet [72]. IVO har analyserat 104 händelser på apotek som inneburit en vårdskada eller risk för vårdskada, och de flesta berodde på att patienten fick fel dos eller en annan patients läkemedel [73]. Andra brister gällde fel etikett, förväxling av läkemedel och läkemedel som expedierades till en obehörig person. Hög arbetsbelastning och brister i apotekens it-system anges som de vanligaste orsakerna till dessa brister. Totalt sett får IVO ta emot få klagomål på apotek, jämfört med övrig hälso- och sjukvård.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

Utvecklingen visar att verksamheternas följsamhet till hygienrutiner och klädregler följer de gällande föreskrifterna inte går tillräckligt fort. I patient-säkerhetsöverenskommelsen 2014 ingick att mäta personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultatet visar att följsamheten har ökat, från 55 procent vid den första mätningen 2010 till 74 procent våren 2014 [74].

Figur 2:9. Följsamhet hygienrutiner

Andel av vårdpersonalen som följer samtliga hygien- och klädregler i landstingens och kommunernas verksamhet. Punktprevalensmätningar 2012–2014.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

En del av hygienrutinerna är att sprita händerna före patientnära arbete. Följsamheten till detta ökade från 68 till 74 procent under åren 2010–2014.

Som framgår av figur 2:9 var det totalt 51 procent av kommunerna som nådde målet om följsamhet till hygienrutiner våren 2014.

Antibiotikaresistens ett fortsatt hot inom vård och omsorg

Antibiotikaresistens utgör ett särskilt hot inom vård och omsorg, där det finns många med nedsatt infektionsförsvar och patienter med infektioner som kräver antibiotikabehandling. Sedan slutet av 1990-talet har det förekommit flera stora utbrott av vårdrelaterade infektioner och under 2013 rapporterades cirka 30 utbrott med multiresistenta bakterier, varav drygt hälften på sjukhus. Totalt ökade antalet rapporterade MRSA-fall med 17 procent mellan 2012 och 2013, mest bland personer upp till 45 år. Allt oftare sker smittspridningen dock utanför vården [75].

Förutom MRSA rapporterades under 2013 tio utbrott med VRE¹⁹ på svenska sjukhus. Ett av dem var ett större utbrott som fortsatte under 2014 och krävde stora insatser med exempelvis förbättrade städrutiner [75]. Totalt är fler än 90 procent av alla VRE-fall vårdrelaterade och närmare 80 procent hittas genom kontaktspårning.

Antibiotikaresistens bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet i bakteriella infektioner, vilket medför både ett personligt lidande och stora kostnader för samhället. Situationen i Sverige är dock fortfarande mer gynnsam än i omvärlden. I takt med att problemen med antibiotikaresistenta bakterier sprids över världen, ökar också kunskapen om smittspridning och resistensmekanismer. Samtidigt uppmärksammas alltmer behovet av en myndighetsgemensam samverkan inom området. Socialstyrelsen ansvarar tillsammans med Jordbruksverket för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Under 2014 tog man fram en handlingsplan för denna samverkan.

Antibiotikaanvändningen minskar

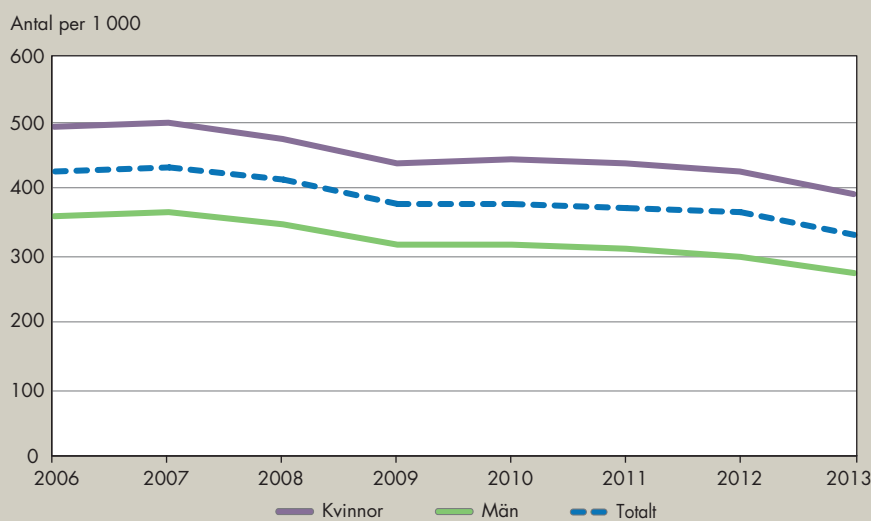
Förskrivningen av antibiotika inom öppenvården i länen har minskat påtagligt under de senaste åren [76]. Ett sätt att minska onödig antibiotikaanvändning är att vara restriktiv med att behandla infektioner där antibiotika inte ger någon kliniskt relevant effekt på varken symtomens svårighetsgrad, tiden till utläkning eller komplikationsfrekvensen.

Det finns ingen fastställd nivå för användningen av antibiotika. Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, Strama, har dock angett ett långsiktigt mål på 250 expedierade recept per 1 000 invånare och år. Sedan mätningarna startade 2006 ses en tydlig minskning av förskrivningen. Av figur 2:10 framgår att 331 antibiotikarecept per 1 000 invånare hämtades ut under 2013, vilket var en minskning med 9 procent jämfört med föregående år.

¹⁹ Vankomycinresistenta enterokocker.

Figur 2:10. Antibiotikabehandling

Antal antibiotikarecept per 1 000 invånare, år 2006–2013.



Stora skillnader inom neonatalvården

Utvecklingen visar på stora skillnader mellan landstingen när det gäller det infektionsförbyggande arbetet. Under 2012 förekom 16 VRI-utbrott på tio enheter av landets nyföddhetsavdelningar och 2013 förekom 20 utbrott på sexton neonatalenheter [77]. Flertalet barn var smittbärare utan symtom, och smittspridningen upptäcktes framför allt via screening. År 2013 konstaterades 131 fall med MRSA hos spädbarn – mer än en dubbling på fyra år – och av de 51 sjukhusrelaterade fallen var 31 barn som vårdades på neonatalavdelning. Ett problem är vårdplatsernas utformning på nyföddhetsavdelningarna, med en kombination av isoleringsvård och hög familjemedverkan.

Skillnaderna mellan landstingen handlar om rutiner för screening, med variationer i provtagningen vid ankomsten till en nyföddhetsavdelning och provtagningen på inläggande. Rutinerna för smittspårning varierar också. Det infektionsförebyggande arbetet kan därmed utvecklas.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner orsakar varje år cirka 750 000 extra vård dagar till en kostnad av cirka 5 miljarder kronor [70].²⁰ De vanligaste är urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner.²¹

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner har mätts sedan våren 2008 med punktprevalensmätningar två gånger årligen på sjukhus inom slutenvården. Vid mätningen våren 2014 hade 9 procent av patienterna en vårdrelaterad infektion [78].

²⁰ Kostnaden är beräknad utifrån journalgranskningar. Med PPM-mätning upptäcks fler skador än med journalgranskning, vilket påverkar kostnaden. PPM-mätning beräknas ge en kostnad på 7,5 miljarder kronor. Patientsäkerhet lönar sig.

²¹ Definition av vårdrelaterad infektion: varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården.

Trots att landstingen sedan flera år tillbaka bedriver ett systematiskt arbete minskar inte förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Spridningen är stor mellan landstingen med en variation på 5–13 procent i mätningen 2014. SKL och 16 landsting och regioner har därför genomfört en studie för att identifiera de faktorer som hänger samman med en lägre förekomst av vårdrelaterade infektioner [79].

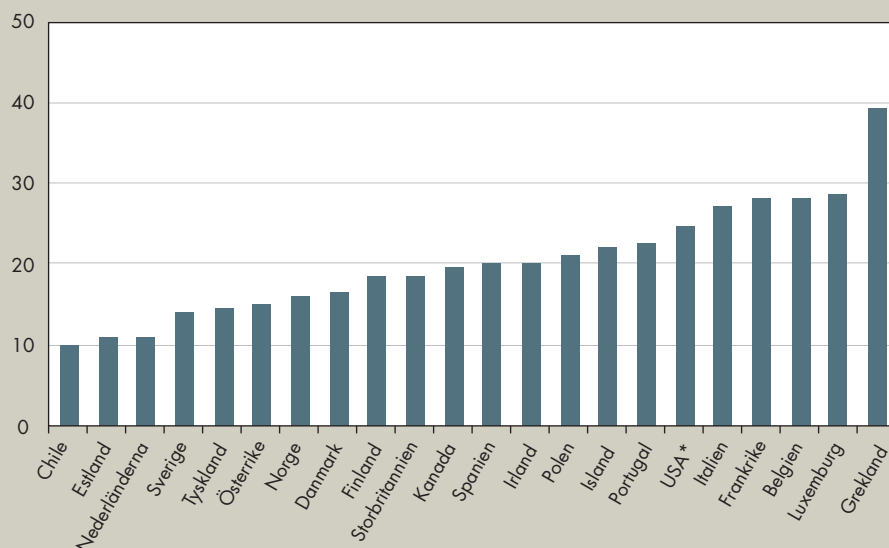
Vårdrelaterade infektioner ur ett internationellt perspektiv

Inom EU drabbas ungefär 4,1 miljoner människor varje år av en vårdrelaterad infektion och ungefär 37 000 dör som ett resultat av det [80]. Multiresistenta bakterier står för ungefär 5 procent av alla vårdrelaterade infektioner och det är framför allt intensivvårdspatienter som drabbas av infektioner. De flesta EU-länder genomför nationella patientsäkerhetssatsningar och medlemsländerna har vidtagit ett flertal åtgärder för att förbättra patientsäkerheten [81]. Trots framsteg återstår flera utmaningar, till exempel när det gäller att öka patientmedverkan och öka utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal.

Figur 2:11. Antibiotikaförskrivning i olika OECD-länder

Antal definierade dygnsdoser, DDD, per 1 000 patienter per dag i ett urval av länder, år 2010.

Antal per 1 000



* Data från 2004.

Källa: European Centre for Disease Prevention and Control 2013 och IMR USA, OECD 2013.

Som framgår av figur 2:11 har Sverige en låg förskrivning av antibiotika jämfört med övriga världen och förskriver mindre än andra nordiska länder [8].

Individanpassad hälso- och sjukvård

Patientinflytande allt viktigare

Frågor om patientinflytande har under de senaste åren fått allt större uppmärksamhet. Ökad individualisering, ökad patientrörlighet både inom Sverige och internationellt samt valfrihetsreformer har bidragit till att påskynda utvecklingen med en förändrad syn på den enskilda patienten inom hälso- och sjukvården. Samtidigt innebär det en utmaning för hälso- och sjukvården att öka patientens medverkan och inflytande.

Syftet med den nya patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen förtydligas och förstärks bland annat vårdens informationsplikt för att göra patienten mer delaktig.

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är fortsatt stort

Andelen i befolkningen som har stort förtroende för sjukhusen i sitt landsting var 71 procent 2014 [82]. I befolkningen är det 64 procent som har stort förtroende för vårdcentralerna i sitt landsting. Samtidigt anser 12 procent att de har litet förtroende för primärvården. Särskilt lågt är förtroendet bland personer som uppger sig ha dålig hälsa.

Variationerna mellan olika landsting och regioner är fortsatt stora. Totalt är det 79 procent som anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver, vilket är en förbättring jämfört med föregående år. Det är 64 procent som anser att väntetiderna till besök på vårdcentraler är rimliga. Skillnaderna mellan kvinnor och män är små när det gäller hur de upplever tillgången till vård.

Patienterfarenheter av vården

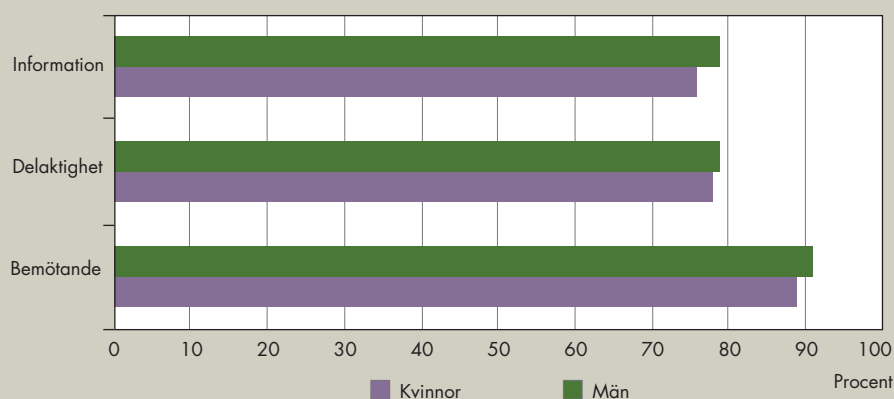
Nedan redovisas patienterfarenheter från primärvård, specialiserad sjukhusvård och psykiatrisk vård. Resultaten är hämtade från SKL:s nationella patientenkät.

Primärvårdens patienter är nöjda med bemötandet

Patienterna bedömer överlag att de får ett bra bemötande vid kontakt med primärvården, och under 2013 var det 90 procent som ansåg detta. Totalt 79 procent anser att de varit tillräckligt delaktiga i sin vård och 77 procent anger att de fått tillräckligt med information. Som figur 2:12 visar är det små skillnader mellan kvinnor och män. Data från de senaste fem åren visar inga förändringar när det gäller hur patienter upplever bemötandet och informationen från primärvården samt sitt förtroende för vården.

Figur 2:12. Patienterfarenheter inom primärvården

Patientupplevd kvalitet inom primärvården, år 2013. Andel patienter som angett att de helt och hållet samt delvis är nöjda med information, delaktighet och bemötande.



Källa: Nationell patientenkät, Sverige Kommuner och Landsting.

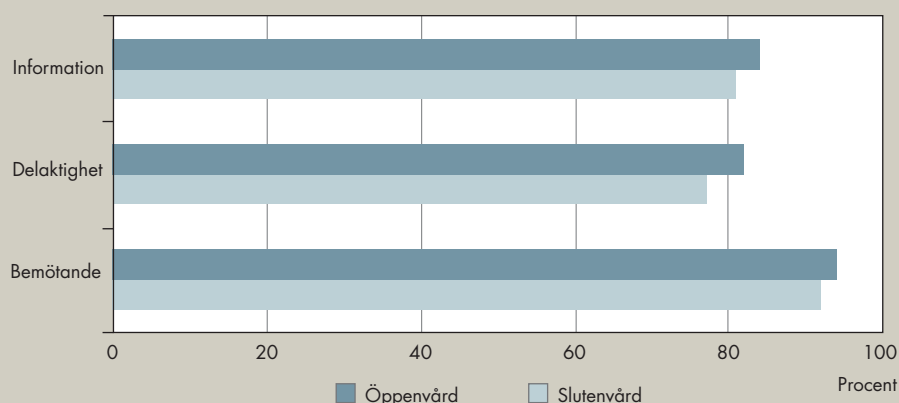
Under 2013 var det 61 procent som angav att de fick vara med och diskutera valet av remittering eller hänvisning när det var aktuellt med fortsatt vård. Det är ett oförändrat resultat jämfört med 2009.

Patienter inom specialiserad vård är nöjda

Under 2014 ansåg 92 procent att de blivit bemötta med respekt, 77 procent kände sig delaktiga och 81 procent angav att de fått tillräcklig information när de vårdats inom specialiserad slutenvård. Upplevelsen av gott bemötande och information ökade något åren 2010–2014.

Figur 2:13. Patienterfarenheter inom somatisk öppen- och slutenvård

Patientupplevd kvalitet inom somatisk öppen- och slutenvård, år 2014. Andel patienter som angett att de helt och hållet samt delvis är nöjda med information, delaktighet och bemötande.



Källa: Nationell patientenkät, Sverige Kommuner och Landsting.

Generellt ses små könsskillnader men kvinnor upplever sig mindre trygga med samordningen av vården jämfört med män.

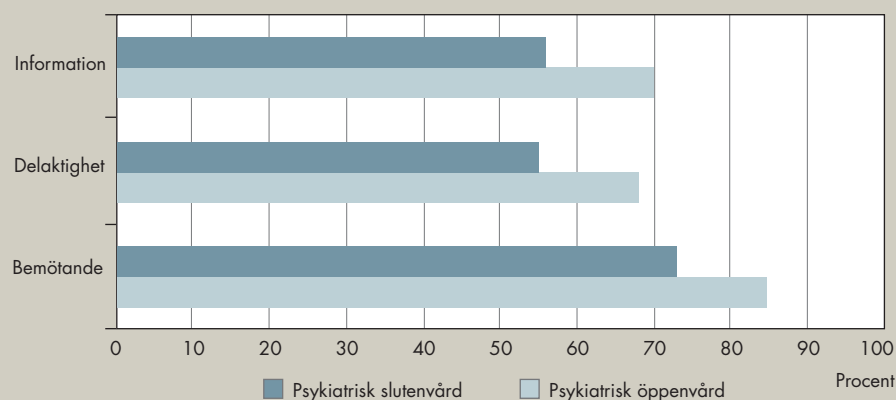
Inom den specialiserade öppenvården ses också ett gott resultat: 94 procent är nöjda med bemötandet, 82 procent känner sig tillräckligt delaktiga och 84 procent anger att de får tillräcklig information vid sitt besök. Även här anser kvinnorna i något lägre grad än männen, 83 procent respektive 86 procent, att de fått tillräcklig information. Som framgår av figur 2:13 är patienter inom den somatiska slutenvården lite mindre nöjda än patienter inom den somatiska öppenvården. Det sker inte några större förändringar i resultatet under 2010–2014.

Patienter inom psykiatrin är mindre nöjda

Av de patienter som besökte psykiatrisk öppenvård under 2014 angav 85 procent att de blev bemötta med respekt. Totalt var det 68 procent som kände sig delaktiga i sin vård och behandling och 70 procent angav att de fått tillräcklig information. Skillnaderna mellan män och kvinnor är mycket små. I jämförelse med 2010 ses få förändringar i resultatet för nöjdhet, delaktighet och information.

Figur 2:14. Patienterfarenheter inom psykiatrisk öppen- och slutenvård

Patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård, år 2014. Andel patienter som angett att de helt och hållet samt delvis är nöjda med information, delaktighet och bemötande.



Källa: Nationell patientenkät, Sverige Kommuner och Landsting.

Inom den psykiatriska slutenvården anser 73 procent att de blev bra bemötta 2014. Totalt 55 procent anser att de var delaktiga i sin vård och behandling, och 56 procent att de fick tillräcklig information.

Av kvinnorna anser 69 procent att de blivit bra bemötta inom den psykiatriska slutenvården, jämfört med 77 procent av männen. Kvinnor anser dock i högre grad än män att de inte fått tillräcklig information. Drygt hälften av kvinnorna, 53 procent, uppger att de fått tillräckligt med information jämfört med 61 procent av männen. Det får anses som en i sammanhanget stor skillnad mellan könen. Som framgår av figur 2:14 är patienter inom psykiatrisk öppenvård mer nöjda än patienter inom psykiatrisk slutenvård. Under perioden 2010–2014 ses bara små förändringar i resultatet.

Jämfört med andra vårdformer upplever patienter inom psykiatrisk vård att de är mindre delaktiga och informerade. Det finns också ett stort utrymme för att stärka bemötandet av dessa patienter, särskilt inom slutenvården [83].²²

Erfarenheter från barn- och ungdomspsykiatri

Totalt anger 77 procent av patienterna och 82 procent av vårdnadshavare att de blivit väl bemötta vid kontakt med barn- och ungdomspsykiatri.²³ Det finns dock ett behov av ökad information inför första besöket, där samtliga landsting har låga resultat. Att öka patienternas delaktighet i beslut som rör vård och behandling är ett annat viktigt förbättringsområde.

Flickor tycks må sämre än pojkar vid första kontakten med mottagningen. Av flickorna angav 56 procent att de mådde ”mycket dåligt” och 26 procent angav att de mådde ”dåligt”, och för pojkarna var motsvarande andel 28 respektive 24 procent.

Föräldrar och barn värderar psykiatriska vården olika

Det finns vissa skillnader i hur patienterna och vårdnadshavarna upplever och värderar vården inom barn- och ungdomspsykiatri. Det gäller till exempel upplevelsen av tillgänglighet till behandling samt möjligheten att få information och tala med behandlaren vid behov eller oro. Generellt är patienterna mer nöjda än vårdnadshavarna.

Barnsjukvården har goda resultat

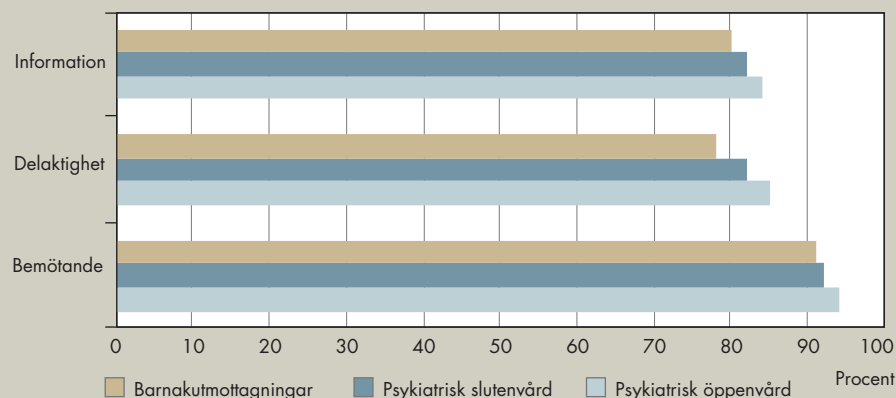
Nationella patientenkäten genomförs även inom barnsjukvården för att ta reda på vårdnadshavarnas erfarenheter. I figur 2:15 jämförs resultat från barnsjukvårdens öppen- och slutenvårdsmottagningar samt barnakutmottagningar. Generellt är föräldrar mycket nöjda med bemötande, information och delaktighet inom dessa delar av vården. Nöjdast är föräldrar till barn som besökt öppenvården; 94 procent anger att de blivit bra bemötta.

²² Svansfrekvensen var 60 procent för den öppna specialiserade sjukhusvården och 65 procent för den slutna vården. Motsvarande siffror inom psykiatri var 36 procent respektive 32 procent.

²³ 19 landsting/regioner deltog i aktuell undersökning, som avser besök på deltagande enheter under oktober och november månad 2013. Region Halland och Landstinget Kronoberg deltog inte. Drygt 11 200 ungdomar och målsmän deltog – cirka 3 700 ungdomar och 7 500 målsmän.

Figur 2:15. Patienterfarenheter inom barnsjukvård

Patientupplevd kvalitet inom sluten- och öppen barnsjukvård samt barnakutmottagningar, år 2013. Andel som angett att de helt och hållet samt delvis är nöjda med information, delaktighet och bemötande.



Källa: Nationell patientenkät, Sverige Kommuner och Landsting.

Strokepatienter är nöjda med vården

Ungefär 95 procent av patienterna som vårdas efter en stroke är nöjda med sjukhusvården. Det finns inte några betydande skillnader mellan landstingen eller sjukhusen, men män är något nöjdare med vården jämfört med kvinnor.

Under 2013 var det 62 procent av strokepatienterna som tre månader efter insjuknandet angav att deras behov av hjälp och stöd var helt tillgodosett. Det finns inga könsskillnader men de regionala variationerna är stora, 51–80 procent. Socialstyrelsen har fastställt att målnivån ska vara 75 procent eller högre [84].

Heteronormen begränsar

Att bli bra bemött oavsett sexualitet, könsidentitet och könsuttryck är en viktig faktor för en bra hälsa. Majoriteten av hbtq-ungdomar som besöker ungdomsmottagningar upplever att de blir väl bemötta [85]. Samtidigt lyfter många fram att de också möts av heteronormativitet och att hbtq-kompetensen bland personal på ungdomsmottagningar är låg. Särskilt låg upplevs kunskapen vara om transpersoner.

Ny utbildning om bemötande

Socialstyrelsen har tagit fram ett nytt utbildningspaket, *Att mötas i hälso- och sjukvård*, för att stimulera till reflektion om bemötande och jämlika villkor [86]. Materialet innehåller frågeställningar och övningar som ska underlätta för vårdpersonal att arbeta systematiskt med bemötande och tillgänglighet i olika verksamheter.

Pålästa patienter ställer högre krav på vården

En viktig fråga för hälso- och sjukvården är att många patienter är pålästa och ställer högre krav på information, behandling och tillgänglighet samtidigt som många har mindre förtroende för auktoriteter än tidigare [87].

Internet har blivit och kommer även framöver att vara en allt viktigare informationskälla, inte minst för nya e-hälsotjänster. I Sverige har ungefär 92

procent av alla hushåll tillgång till internet, jämfört med 76 procent i de andra EU-länderna. Det är en kraftig ökning sedan 2006 då 72 procent i Sverige och 48 procent i alla EU-länder hade tillgång till internet [16].

Intresset för att kunna följa sin egen hälsa via mobil eller dator ökar [87]. Unga tycks ha en mer avspänd attityd än äldre till att dela med sig av hälsoinformation på nätet, till exempel sin kosthållning och träning [87]. I dag finns webbsidor där patienter kan byta information med varandra om sina sjukdomar, och även en mängd hälsoappar. Sjukvårdsinformationen som delges på 1177 och Mina vårdkontakter är andra exempel på den ökade digitaliseringen [88]. Äldre och framför allt äldre kvinnor är överrepresenterade i den grupp som står utanför det digitala användandet [87].

Vården för kroniker behöver bli bättre

I Sverige förekommer kronisk sjukdom hos nästan halva befolkningen [89]. En fjärdedel av befolkningen har mer än en kronisk sjukdom och drygt hälften av alla läkarbesök på akutmottagningar görs av personer med två eller flera kroniska sjukdomar. Ofta är flera vårdgivare involverade och en tredjedel av patienterna träffar läkare på två eller fler specialistkliniker. Vården av patienter med kroniska sjukdomar är inte tillräckligt samordnad och koordinerad och inte heller tillräckligt proaktiv [89]. Utmaningarna är särskilt stora för multisjuka och personer med psykisk ohälsa. Vården för kroniker kan förbättras på flera sätt. Bland annat är det nödvändigt att göra patienterna mer delaktiga i behandlingen och att förbättra samordningen mellan olika delar av vården [89]. Under 2014 tog regeringen fram en nationell strategi och en handlingsplan för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar [90].

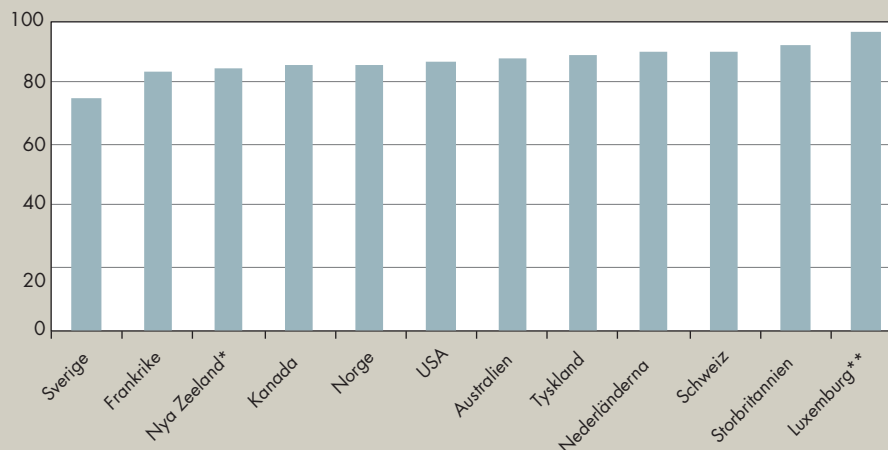
Delaktighet i jämförelse med andra OECD-länder

I en internationell jämförelse går det att se att svensk hälso- och sjukvård har vissa brister när det gäller att möta individuella behov och att hålla patienterna välinformerade [8]. Detta påverkar patienternas upplevelse av kvaliteten. I figur 2:16 redovisas patienters upplevelse av delaktighet i sin vård och behandling.

Figur 2:16. Delaktighet i vård och behandling

Åldersstandardiserade värden per 100 patienter, år 2010.

Antal per 100



* Data från 2012.

** Data från 2011.

Källa: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2010 och andra nationella källor, OECD 2013.

Patienterna involveras inte aktivt i vården för att uppnå goda vårdresultat [91]. Det går alltså att göra mer, trots en positiv utveckling när det gäller informations- och utbildningsinsatser. Socialstyrelsen har tidigare påtalat behovet av att se över barns och ungas möjlighet till delaktighet inom hälso- och sjukvård, eftersom möjligheterna i dag är anpassade efter vuxna [50]. Det är önskvärt att formerna för barns inflytande utvecklas ytterligare.

Utvecklingen går alltså mot att patienterna har allt fler egna önskemål och blir mer delaktiga. Utmaningen blir då att säkerställa att alla grupper stärks, inte bara starka grupper som redan har goda förutsättningar att få bästa möjliga vård.

Ökad patientcentrering inom e-hälsa

Invånartjänster inom e-hälsa kan bidra till en bättre hälsa och livskvalitet hos allmänheten, genom att erbjuda kvalitetssäkrad information och effektiva verktyg för att hantera sin egen hälsa och vård. De ger förutsättningar till ökad medverkan i vården, bättre överblick över vårdprocesserna och förbättrad tillgänglighet till vården.

Ett exempel på patientcentrerad e-hälsa är att tillgängliggöra patientjournalinformation till invånare, patienter och närstående via internet. Vid eHälsomyndigheten pågår till exempel utvecklingsarbetet *Hälsa för mig – ett personligt hälsokonto*, som syftar till att ge medborgarna elektronisk tillgång till sin hälso- och vårdinformation. Andra tjänster som har utvecklats för att stärka individens position i vården är 1177 Vårdguiden (som kan nås per telefon och på webben), Mina intyg (en webbtjänst som riktar sig till invånare där de kan hantera sina läkarintyg) och Mina vårdkontakter, som möjliggör säker kommunikation mellan patient och vårdpersonal.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska ges på lika villkor till alla, oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Hälso- och sjukvården ska sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem som har störst behov (2 § HSL).

I detta avsnitt redovisas ett urval av skillnader utifrån kön, ålder och utbildningsnivå. Inkomst och yrkestillhörighet är andra vanliga variabler för att mäta jämlikhet. Ojämligheter i hälsan är ofta konsekvenser av sämre livsvillkor och levnadsförhållanden. Längre utbildning innebär ofta färre hälsorisker i arbetslivet, mindre ekonomisk utsatthet och mer inflytande över den egna livssituationen. I de flesta fall är situationen sämre för dem med kort utbildning.

I det här avsnittet redovisas hälsoskillnader, skillnader i vård och behandling samt initiativ för en mer jämlik hälso- och sjukvård. För en fördjupad bild av befolkningens hälsoläge se till exempel *Öppna jämförelser folkhälsa*.

Hälsoskillnader

De socioekonomiska hälsoskillnaderna har i allt större utsträckning uppmärksammats och diskuterats under senare år. Här nedan redovisas medellivslängd och dödlighet, vilket är två mått där hälsoskillnader resulterar i olikheter. För en fördjupad beskrivning av hälsoskillnader, som även tar upp andra mått, se till exempel *Öppna jämförelser Folkhälsa*.

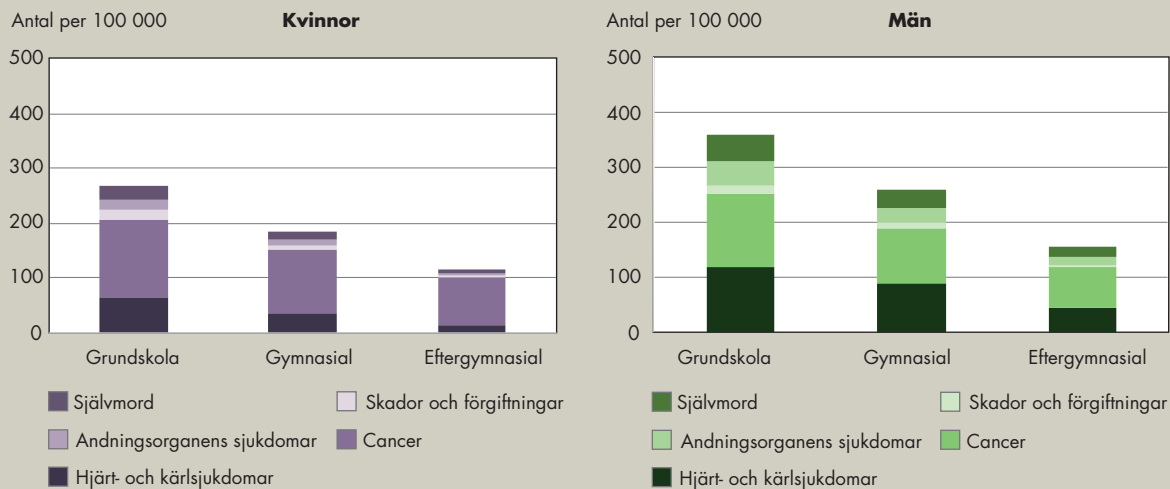
Totalt sett ökar medellivslängden, men inte för alla befolkningsgrupper [1]. Personer med enbart grundskoleutbildning lever kortare än personer med eftergymnasial utbildning. Skillnaderna i hälsa ökar också mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. Under perioden har också utbildningsgrupperna storlek förändrats påtagligt, då allt fler utbildar sig. Detta påverkar medellivslängden. För männen har skillnaden ökat från fyra till drygt fem år under samma period.

Olika utbildningsnivå ger skillnader i dödlighet

Bland kvinnor är dödligheten i cancer 50 procent högre bland dem med enbart grundskoleutbildning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning. Dödligheten i hjärtsjukdom är ungefär fem gånger högre bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning. Cancer och hjärt- och kärlsjukdomar står för den största skillnaden i dödlighet mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och kvinnor med grundskoleutbildning [1]. Sammantaget har kvinnor i åldern 35–64 år med kort utbildning haft den sämsta utvecklingen [4]. Dödligheten för kvinnor med bara grundskoleutbildning minskade med ungefär 3 procent under åren 1992–2013. För kvinnor med eftergymnasial utbildning minskade dödligheten med drygt 41 procent.

Figur 2:17. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning

Kvinnor och män 35–64 år, genomsnitt år 1992–2013. Åldersstandardiserat. Antal per 100 000 invånare.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Figur 2:17 visar bland annat att cancerdödligheten för män är 70 procent högre bland dem med enbart grundskoleutbildning, och dödligheten i hjärtsjukdomar är drygt två gånger högre jämfört med män med eftergymnasial utbildning. Hjärt- och kärlsjukdomar står för den största totala skillnaden i dödlighet mellan män med eftergymnasial utbildning och män med grundskoleutbildning.

Health 2020 ska minska ojämlikheten i hälsa

WHO antog 2013 en ny europeisk hälsopolicy och handlingsplan, Health 2020 [92]. I handlingsplanen föreslås nya sätt att identifiera skillnader i hälsa och att fokusera på individuella och kollektiva åtgärder för att minska dessa. Fokus ligger på att förbättra hälsan för alla och att minska ojämlikheter i hälsa. Genom handlingsplanen får länderna en strategisk riktning och ett urval av prioriteringar för att förbättra hälsoläget, så att ojämlika hälsoskillnader kan överbryggas för kommande generationer.

Skillnader i vård och behandling

Nedan beskrivs skillnader i vård och behandling utifrån kön, ålder och utbildningsnivå. Allt fler överlever stroke, cancer och hjärtsjukdomar [93]. För många områden syns en positiv utveckling inom denna vård, men de regionala skillnaderna är fortfarande stora när det gäller bland annat diagnostik och tillgång till rekommenderade behandlingar.

Fler män än kvinnor dör i akut hjärtinfarkt

Varje år drabbas omkring 60 000 personer av hjärtinfarkt eller stroke [94]. Bara drygt hälften av dem som vårdats på sjukhus för dessa diagnoser och som är rökare lyckas sluta röka. Det sjukdoms- och återfallsförebyggande arbetet behöver utvecklas ytterligare, såsom hjälp till rökstopp och uppmuntran till motion.

Personer med en hög utbildning drabbas i mindre utsträckning av hjärtinfarkt jämfört med lågutbildade. År 2013 var det drygt 40 procent färre män med eftergymnasial utbildning, i åldern 45–74 år, som fick en hjärtinfarkt, jämfört med män med grundskola som högsta utbildning. Bland kvinnorna var motsvarande skillnad knappt 60 procent färre.

Strokevården förbättras men skillnader kvarstår

Vården vid strokesjukdom fortsätter att förbättras. De senaste åren har andelen patienter som anländer till sjukhus inom tre timmar efter symtomdebut ökat för både kvinnor och män [9]. Totalt skrevs 78 procent av patienterna in direkt på en strokeenhet 2013, vilket är en ökning med några procentenheter sedan 2009. Det är dock fortsatt mer vanligt att män vårdas på strokeenhet, jämfört med kvinnor. Tiden från ankomsten till sjukhus till starten av trombolysbehandling fortsätter att minska kraftigt. Sedan 2010 har mediantiden från ankomsten till sjukhus till behandlingsstarten sjunkit från 65 minuter till 48 minuter. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten men risken att återinsjukna efter stroke är något högre hos män.

Regionala skillnader i cancervården kvarstår

För cancervården utvecklas överlevnaden positivt och har nu ökat till 68 procent för kvinnor och 70 procent för män [95]. Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, tätt följt av bröstcancer och malignt hudmelanom. Trenden är positiv för nästan alla områden inom cancersjukvården, vilket tyder på att den nationella cancerstrategin med uppsatta mål har haft effekt. Väntetiderna är dock fortsatt för långa. Under 2015 pågår arbetet med så kallade standardiserade vårdförlopp för att vården ska kunna ges snabbare och bli mer jämlik.

När det gäller att diagnostisera cancer och erbjuda rekommenderade behandlingar är de regionala skillnaderna fortfarande stora. För patienter med en viss typ av lungcancer kan en så kallad PET-DT-undersökning²⁴ påvisa om sjukdomen är möjlig att bota med kirurgi eller strålbehandling. I ett landsting erbjuds 41 procent av patienterna en sådan undersökning, men i ett annat är andelen 98 procent. I de nationella rekommendationerna för lungcancervård har Socialstyrelsen angett 82 procent som målnivå [96].

Socialstyrelsen rekommenderar att alla cancerpatienter bedöms vid en multidisciplinär konferens där flera experter gemensamt avgör vilken behandling som är lämpligast, både före och efter operation. Även här är skillnaderna mellan landstingen stora med en variation på 10–99 procent efter operation för tjocktarmscancer [95].

Vård och behandling vid schizofreni

Schizofreni är en kronisk psykiatrisk sjukdom. Medellivslängden för personer med schizofreni är i genomsnitt 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor jämfört med övriga befolkningen [41]. Den ökade dödligheten beror i många fall på bakomliggande förklaringsfaktorer såsom missbruk och hjärt- och kärlsjukdomar. Överdödligheten är särskilt stor i ischemisk hjärtsjukdom [97].

²⁴ En undersökning som kombinerar två olika metoder, positronemissionstomografi och datortomografi.

Personer med schizofreni har, liksom de med andra psykiatriska diagnoser, till vissa delar ett något sämre utfall i vård och behandling än övriga patienter. Till exempel underbehandlas patienter med psykisk sjukdom i den somatiska vården, och en anledning är otillräcklig kompetens om psykiskt sjuka patienters tillstånd, behov och förutsättningar. En bidragande orsak kan vara den strikta uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk vård [91].

SBU genomför för närvarande ett projekt för att kartlägga kunskapsläget om vilka insatser som kan stödja personer med schizofreni för att förändra ohälsosamma levnadsvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk samt missbruk och beroende av alkohol [98].

Skillnader i blodtrycksbehandling mellan kvinnor och män

Patienter med högt blodtryck som också har diabetes rekommenderas enligt internationella riktlinjer behandling med ACE-hämmare (av ”angiotensin-converting enzyme”). I en ny avhandling konstateras dock att kvinnor mer sällan än män får denna behandling, och kvinnor ordineras i stället oftare vattendrivande läkemedel [99]. Olikskheten i behandling kan inte förklaras av skillnader i andra, samtidiga hjärt- och kärlsjukdomar. Kvinnor når också mer sällan blodtrycksmålen än vad män gör.

Mäns hjärt- och kärlsjukvård kostar mer

I en granskning av kostnader inom somatisk slutenvård 2014 ses oförklarade skillnader mellan kvinnor och män [100]. Kvinnors genomsnittliga kostnad var 47 000 kronor jämfört med mäns kostnad på 51 000 kronor. Trots samma medelvårdtid var den genomsnittliga kostnaden per vård dag också lägre för kvinnor, 8 700 kronor jämför med 9 500 kronor för män. Inom diagnoserna förmaksflimmer, hjärtinfarkt, hjärtsvikt och stroke hade kvinnor färre vårdtillfällen och en lägre totalkostnad. Kvinnor fick därtill i mindre grad kranskärlsröntgen vid hjärtsvikt och hjärtinfarkt.

För de fyra diagnoserna var mäns andel av kostnaderna 58 procent. Kvinnor hade samtidigt en betydligt högre medelålder än män när de vårdades.

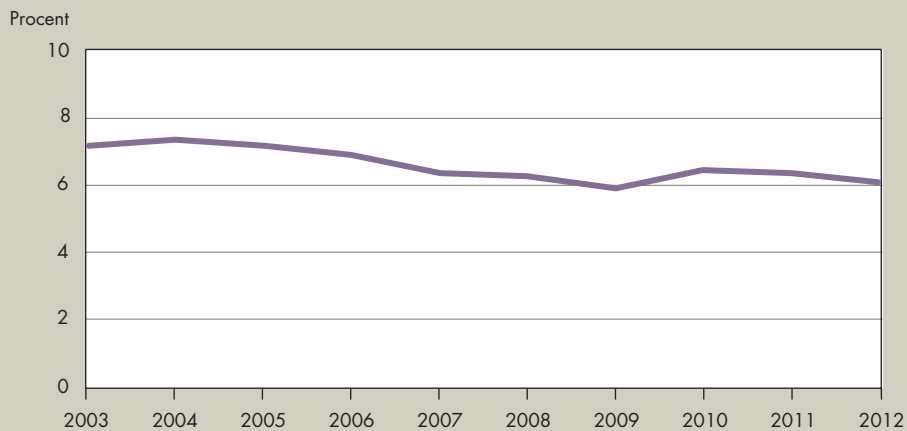
Skillnader inom förlossningsvården

När det gäller förlossningsvården drabbades totalt 3,8 procent av kvinnorna av perinealbristningar av grad III och IV²⁵ vid vaginal förlossning 2012 [24]. Förebyggande åtgärder har vidtagits på många sjukhus och efter 2004 minskade andelen bristningar något, men den trenden har inte fortsatt, vilket framgår av figur 2:18.

²⁵ Bristning grad III innebär bristning vid ändtarmens slutmuskel och slemhinna. Bristning grad IV innebär analsfinkterruptur.

Figur 2:18. Bristningar vid förlossning

Andel perinalbristningar, grad III och IV, vid vaginalaförlossningar bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden. År 2003–2012.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

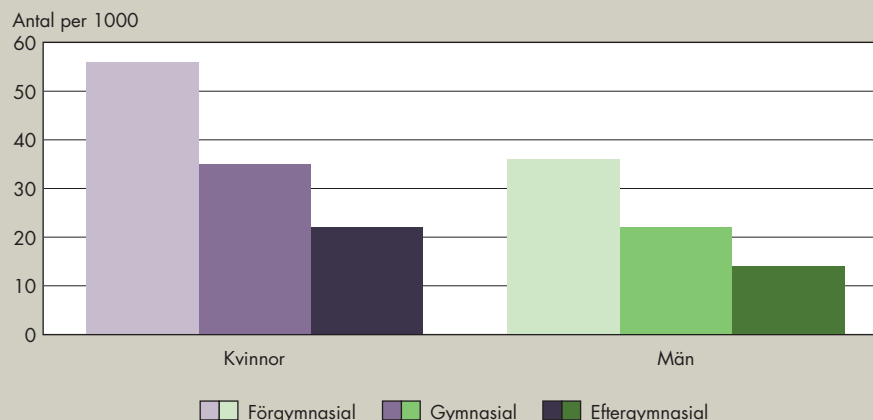
I genomsnitt drabbades 5,8 procent av alla förstföderskor av bristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning 2012. Högst andel ses i Stockholms läns landsting med 7,2 procent och lägst i Jönköpings läns landsting med 4,2 procent. Orsakerna till ökningen kan vara flera. Det kan bero på bättre diagnostisering, ökad övervikt bland gravida och en pressad situation inom förlossningsvården.

Skillnader i läkemedelsanvändning

När det gäller läkemedelsanvändning använder kvinnor och män med enbart grundskoleutbildning i högre grad smärtlindrande preparat samt läkemedel mot magsår och halsbränna, jämfört med personer med längre utbildning [44]. Kvinnor med lång utbildning använder dock i högre grad östrogenpreparat än kvinnor med kortare utbildning [46]. Av figur 2:19 nedan framgår att kvinnor med kortare utbildning fortfarande använder mer lugnande medel och sömnmedel än andra grupper i befolkningen.

Figur 2:19. Lugnande medel/sömnmedel

Antal personer med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 1000 invånare. Avser personer i åldern 30–64 år. Åldersstandardiserade värden, per utbildningsnivå, år 2013.



Pågående nationella och regionala satsningar

Som beskrivits i föregående års lägesrapport pågår ett flertal nationella och regionala satsningar inom området jämlik vård [101]. Regeringen har under 2012–2016 en särskild satsning på jämlik vård, med fokus på bland annat tillgänglighet, ökat patientinflytande, läkemedel, cancervård och vård vid psykisk ohälsa [102]. Skillnader i bemötande vid vård och behandling av olika grupper i befolkningen ses också som angeläget att åtgärda. Ett urval av de nationella och regionala initiativen presenteras nedan.

Socialstyrelsens uppdrag inom jämlikhetsområdet

Socialstyrelsen har flera uppdrag inom området jämlik vård. Öppna jämförelser är ett exempel på publikationer där jämlikhetsaspekten lyfts fram, bland annat genom att resultat redovisas per utbildningsnivå, kön och landsting.

Socialstyrelsen belyser även jämlik vård och hälsa i flera rapporter, ofta som ett perspektiv av flera. Under 2014 publicerade myndigheten till exempel rapporten *Förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar* [47].

Nationell plattform jämlik hälsa och vård

För att vända trenden med en ökande ojämlikhet inom hälsa och vård har Socialstyrelsen, SKL, Folkhälsomyndigheten och Diskrimineringsombudsmannen (DO) tillsammans med ett flertal organisationer sedan 2012 bildat en nationell, myndighets- och organisationsövergripande plattform för jämlik hälsa och vård. Syftet med plattformen är att hitta system och metoder för att identifiera och åtgärda skillnader i hälsa, bemötande och tillgång till vård. Flera andra aktörer har också ställt sig bakom plattformen. Tillsammans anordnar aktörerna återkommande nationella workshoppar och seminarier om jämlik vård.

SKL:s lärandeprojekt

Under 2014 genomfördes sju projekt på olika vårdcentraler runtom i landet inom ramen för SKL:s lärandeprojekt ”Vård på lika villkor”. Syftet var att utveckla och prova arbetssätt och metoder för att öka jämlikheten i första linjens vård inom resurssvaga områden. Arbetet riktades mot områden med sämre förutsättningar för en god hälsa, och sju primärvårdsverksamheter från fem landsting och regioner medverkade. En slutsats är att det till stor del saknas lokala data som beskriver socioekonomiska och demografiska förhållanden, samt att bemanningen påverkar förutsättningarna till att ge en jämlik vård [103].

Regionala initiativ för social hållbarhet

Ett flertal initiativ har under de senaste åren genomförts på regional nivå för att utjämna hälsoskillnader. Inspirationen hämtas framför allt från WHO:s rapport *Closing the gap*, där det konstateras att de flesta av världens hälsoskillnader är möjliga att åtgärda [104]. Det är när många olika åtgärder sätts in samtidigt som en helhet kan nås, och det är viktigt med ett långsiktigt arbete.

I förra årets lägesrapport beskrev Socialstyrelsen insatser som genomförs i Region Skåne, och insatser har även genomförts i Västra Götaland och i Östergötland.

Vaccinationer i grupper som är svåra att nå

Folkhälsomyndigheten arbetar med ett projekt som ska öka förståelsen för befolkningsgrupper som är svåra att nå för vaccinationer och där det finns risk för utbrott av mässling och röda hund [34]. Målet är att identifiera de viktigaste faktorerna som påverkar vaccinationsbeslutet. Projektet har använt en speciell metodologi som WHO har utvecklat för att kartlägga grupper som är svåra att nå.

År 2013 genomfördes en pilotstudie bland identifierade riskgrupper och en slutrapport publicerades 2014. Under 2015 planeras flera riktade kommunikations- och utbildningsinsatser med syfte att öka vaccinationstäckningen i de studerade riskgrupperna.

Under 2014 tog Socialstyrelsen också fram en kommunikationsstrategi om vacciner och vaccinationsprogram i samverkan med Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket, för att möta behovet av information till allmänhet och profession.

En mer jämlik vård är möjlig

Vårdanalys har genomfört en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande [91]. Några av deras slutsatser är att ojämlikhet mellan landsting beror på skillnader i sättet att organisera vården, tillgången till utrustning och specialistkompetens samt lokala behandlingstraditioner. Mötet mellan läkare och patienter är en annan viktig faktor bakom omotiverade skillnader. Vårdanalys ger sex förslag för att öka jämlikheten i vården:

- Utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård.
- Kartlägg geografiska skillnader i tillgång till utrustning och specialistkompetens.
- Stärk utsatta grupper i mötet med vården.

- Öka kunskapen om vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal.
- Stärk förutsättningarna för vårdpersonal att bedriva en mer jämlik vård.
- Samla och utvärdera information om effekter av de metoder som tidigare provats för ökad jämlikhet.

Vårdanalys vill att öppna jämförelser av jämlik vård ska bli ett kraftigare verktyg för att följa ojämlikheter i vården. Därför föreslår man en ökad koppling till målnivåer, prioritering av vilka indikatorer som ska följas och större fokus på omotiverade skillnader, samt att skillnader ska beskrivas med hänsyn till flera faktorer och att det blir ett större fokus på bemötande.

Mindre jämlik primärvård efter vårdval

Under de senaste åren har ett flertal valfrihetsreformer genomförts inom svensk hälso- och sjukvård, som innebär att befolkningen kan välja vårdgivare och en fast läkarkontakt. Landstingen har valt olika modeller för att införa vårdvalet. Fem landsting har enbart vårdval inom primärvård medan resterande landsting infört vårdval inom fler områden. Barn- och ungdomstandvård, hudsjukvård, ögonsjukvård och hörselvård är några exempel på områden där landstingen redan har infört eller planerar att införa vårdval. Över 80 procent av vårdvalen i specialiserad vård finns i Stockholms län, Uppsala län och Region Skåne.

Riksrevisionen konstaterar i en utvärdering att friska individer gör fler läkarbesök efter vårdvalsreformens införande medan sjuka patienter gör färre [105]. Möjligheten att få träffa samma läkare har inte ökat efter vårdvalsreformen. Behovet av hyrläkare fortsätter att vara stort i hela landet och är störst i glesbygden. Vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden i tätorter har också färre läkare än vårdcentraler i resursstarka områden. Nya vårdcentraler har vidare färre patienter per läkare men ligger ofta i områden där behovet av kontinuitet är lägre. I Skåne var det 1 700 individer med allvarlig sjukdomsbild som inte träffade en läkare under en tvåårsperiod. Under samma period tillkom 47 000 nya besökare med lindriga eller självläkande symtom [105].

Oklart om jämställdhetssatsningars effekt

Det är fortsatt angeläget att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården avseende skillnader mellan kvinnor och män. Det gäller till exempel utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet för medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

I syfte att systematisera uppföljningen av jämställdhetspolitiken tog regeringen under 2014 fram 25 indikatorer för årlig uppföljning [106]. Det är dock en brist att bara en av dessa indikatorer rör hälso- och sjukvård. Inom ramen för öppna jämförelser och med utgångspunkt i den officiella statistik som Socialstyrelsen publicerar finns dock goda möjligheter att utveckla en modell för nationell uppföljning av jämställd vård.

Under 2007–2014 avsatte regeringen totalt 2,6 miljarder kronor för att stödja olika projekt och insatser som främjar jämställdhet mellan kvinnor och män. Det saknas i dag kunskap om resultaten av satsningen som helhet.

Riksrevisionen har dock inlett en granskning av regeringens satsning på särskilda jämställdhetsåtgärder och resultatet publiceras i maj 2015.

Diskrimineringsombudsmannen

Under 2014 fick DO in 84 ärenden som rör hälso- och sjukvård, varav de flesta handlar om diskriminering utifrån funktionsnedsättning och etnisk tillhörighet. Bristande tillgänglighet blev 1 januari 2015 en del av diskrimineringslagen (2008:567) genom ändringar i 1 kap. 1 § och 1 kap. 4 § 3. Det innebär skärpt uppföljning, exempelvis ökade krav om att åtgärda tillgänglighetsbrister. DO bedömer att även den nya patientlagen kommer att ge patientföreningarna stärkta rättigheter.

Vård till personer som vistas i landet utan tillstånd bör ges efter behov

Den hälso- och sjukvård som ska erbjudas till vissa migranter regleras av flera lagar.²⁶ I huvudsak har personer som vistas i Sverige utan tillstånd och asylsökande rätt till ”vård som inte kan anstå”. Socialstyrelsen hade under 2013 och 2014 i uppdrag att förtydliga begreppet, men slutsatsen är att bara den ansvariga läkaren som har kunskap om patientens individuella förutsättningar kan bedöma vilka åtgärder sjukdomstillståndet kräver. Många sjukdomstillstånd har ett varierande förlopp och behovet av vård kan skilja sig mellan olika patienter med samma diagnos. Därför är det varken medicinskt eller etiskt försvarbart att definiera begreppet ”vård som inte kan anstå” genom att ange sjukdomstillstånd, diagnoser eller åtgärder. Socialstyrelsens slutsats vilar på ett samstämmigt ställningstagande från yrkesorganisationer inom hälso- och sjukvården, samråd med SKL samt andra berörda myndigheter och frivilligorganisationers erfarenheter av vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Vård efter medicinskt behov är sedan länge en central princip i svensk hälso- och sjukvård. Om inte vård ges i rätt tid kan patient-säkerheten äventyras.

Landstingens information om rättigheter kan förbättras

Rätten till vård och tandvård för vuxna personer som vistas i Sverige utan tillstånd jämställdes i juli 2013 med vuxna asylsökandes rätt till vård. Förutom ”vård som inte kan anstå” blev landstingen skyldiga att också erbjuda personer som vistas i Sverige utan tillstånd mödrahälsovård, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, en hälsoundersökning om det inte är uppenbart obehövligt samt läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner. Det följer av 6, 7 och 10 §§ lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Det saknas ofta information om landstingens skyldighet att erbjuda vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd, och i vilken omfattning den vården ska ske.

Sämre hälsa vid funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har ett betydligt sämre hälsotillstånd än andra, och ofta är hälsan sämre än vad som är motiverat av funktionsnedsätt-

²⁶ Vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas asylsökande regleras framför allt i HSL, lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera, samt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

ningen [107]. Regeringens strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken pågår under perioden 2011–2016. Socialstyrelsen planerar en del aktiviteter under 2015, vilket beskrivs i kapitlet *Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.

HBT-strategi för att främja lika rättigheter

Regeringen har antagit en strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Socialstyrelsen är en av de strategiska myndigheter som har uppdraget att genomföra kunskapshöjande insatser om hbtq-personers hälsa och levnadsvillkor, och drygt 6 miljoner kronor har avsatts för 2014–2016. I december 2014 anordnades en konferens för att stödja kommuner och landstings erfarenhetsutbyte om hur ett hbtq-perspektiv kan inkluderas i deras verksamheter. Erfarenheterna och lärdomarna sammanställs i en skrift som publiceras under 2015. Under 2015 och 2016 kommer kommuner och landsting att kunna söka stimulansmedel till projekt som främjar lika rättigheter och möjligheter inom den offentliga sektorn. Uppdraget genomförs i samråd med DO, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Folkhälsomyndigheten samt i samverkan med SKL och organisationer som företräder hbtq-personers rättigheter.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Läkarbesöken vid vårdcentraler är oförändrade

Sedan vårdvalet infördes 2010 har drygt 200 nya vårdcentraler startats och 450 000 fler personer kan nå en vårdcentral inom fem minuter (körtid med bil) [108]. Mellan år 2012 och 2013 minskade dock antalet vårdcentraler i landet något, från 1 170 stycken år 2012 till 1 156 år 2013. Av dessa var det 479 stycken som drevs i privat regi 2013, vilket motsvarar 41 procent av alla landets vårdcentraler.

Totalt gjordes nästan 14 miljoner läkarbesök i primärvården 2013, vilket motsvarar 2,7 besök per invånare [109]. Det är samma antal som året innan. Under 2013 gjordes dessutom 25,6 miljoner besök i primärvården hos andra personalkategorier än läkare, vilket är en minskning med närmare 300 000 besök jämfört med året innan.

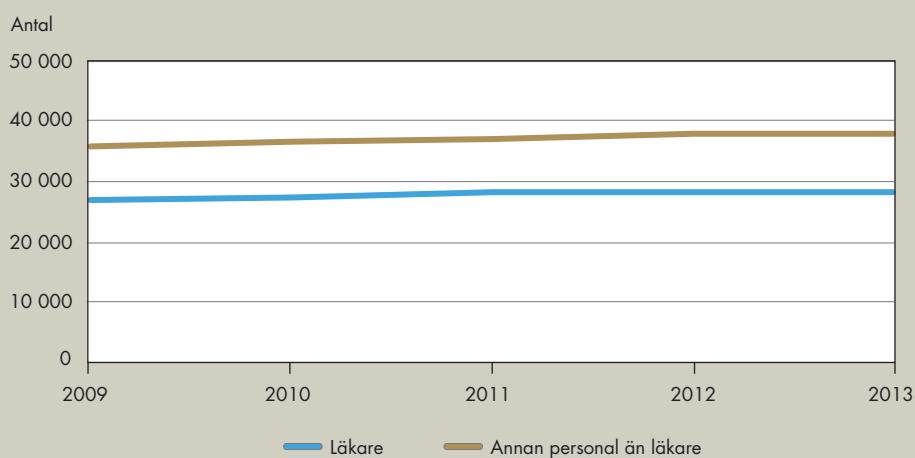
Ingen ökning av läkarbesök inom specialistvården

Besöken inom den specialiserade somatiska vården är i stort sett oförändrade. Under 2013 gjordes 16,9 miljoner sådana besök, jämfört med 17 miljoner 2012, vilket ses i figur 2:20. Den somatiska dagsjukvården innefattar bland annat dagkirurgi, diabetesvård, dialysbehandling och cytostatikabehandling, och där gjordes 2,1 miljoner besök under 2013.

Inom den specialiserade psykiatriska vården gjordes nästan 4,9 miljoner besök år 2013, vilket inte är någon större förändring jämfört med året innan.

Figur 2:20. Besöksutveckling

Antal besök i landsting och regioner, alla vårdområden, år 2009–2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Fortsatt ökning av vårdtillfällen inom psykiatrin

Antalet vårdtillfällen inom den slutna somatiska specialistvården var drygt 1,5 miljoner år 2012, vilket var något högre än året innan. Den slutna specialiserade psykiatriska vården registrerade drygt 105 000 vårdtillfällen, vilket var en ökning jämfört med föregående år.

Det totala antalet disponibla vårdplatser fortsätter att minska och under 2013 fanns det i genomsnitt 25 000 disponibla vårdplatser. Det motsvarar 2,6 vårdplatser per 1 000 invånare. Överbeläggningar redovisas i avsnittet *Säker hälso- och sjukvård*, och tillgången till vårdplatser redovisas i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Socialstyrelsen utvecklar uppföljningen av tillgänglighet

Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. I uppdraget ingår att följa upp väntetider enligt principen om patientens väg genom vården samt att göra årliga mätningar av väntetider inom bland annat cancervården och vid akutmottagningar. År 2014 påbörjade vi arbetet med att vidareutveckla analyser och förklara orsaker och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har identifierat att det saknas en nationell uppföljning av väntetider för behandling inom vuxenpsykiatri och utreder för närvarande denna problematik inom ramen för ett större tillgänglighetsuppdrag. Uppdraget ska redovisas 2016.

Skillnader mellan landstingens uppfyllelse av vårdgarantin

Den 1 juli 2010 blev den nationella vårdgarantin lag och landstingen blev skyldiga att erbjuda besök och behandlingar inom en viss tid. Om tiderna inte

hålls ska patienten erbjudas vård hos en annan vårdgivare inom eller utanför det egna landstinget (3 g och 3 h §§ HSL). Vårdgarantins tidsgränser anges i 2 § förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Tidsgränserna är 0 dagar för kontakt med primärvården, 7 dagar för besök i primärvården samt 90 dagar för besök i specialistvården efter remiss och 90 dagar till påbörjad behandling efter beslut i specialistvården. Sedan år 2009 stöds vårdgarantin av en prestationsbaserad ersättning till landstingen som fördelas efter väntetider till specialistvården, den så kallade kömiljarden.

Under åren 2009–2014 följde Socialstyrelsen vårdgarantin och kömiljarden. Uppföljningarna har bland annat visat att väntetiderna kortades efter vårdgarantireformen och kömiljardens införande, framför allt till den specialiserade vården. Både det totala antalet väntande och andelen som väntar i mer än 90 dagar har minskat. Sedan 2011 har väntetiderna legat på en mer stabil nivå.

En stor del av befolkningen känner till vårdgarantin, men många patienter upplever att de inte får den information de behöver i situationer då vårdgarantin blir aktuell [108]. Det finns också indikationer på att vårdgarantin och kömiljarden medverkat till att andra mer angelägna vårdbehov trängts undan.

En av tio väntar i över 90 dagar

År 2013 besvarades drygt nio av tio telefonsamtal samma dag och nio av tio fick komma på ett läkarbesök inom sju dagar inom primärvården. I genomsnitt fick 11 procent av patienterna vänta i mer än 90 dagar till ett specialistbesök under både 2012 och 2013. Motsvarande andel väntande för operation eller åtgärd var 14 procent åren 2012 och 2013. Det finns stora variationer i hur ofta garantin uppfylls under året [110].

År 2013 besvarades nio av tio samtal till vårdcentralerna och 93 procent av patienterna fick träffa en läkare i primärvården inom vårdgarantins tidsgräns på sju dagar. Skillnaderna mellan landstingen var dock relativt omfattande; i Halland och på Gotland får nästan alla patienter tid för ett läkarbesök i primärvården inom vårdgarantins tidsgräns, medan var femte patient i Dalarna väntade i mer än sju dagar.

Väntetiderna i specialistvården har förbättrats mer påtagligt, både det totala antalet väntande och antalet som har väntat i mer än 90 dagar på besök såväl som behandling. Omkring 90 procent får en tid inom 90 dagar och 85 procent får behandling inom ytterligare 90 dagar, det vill säga inom vårdgarantins tidsgränser. Det är tydligt att köerna har kortats, men effekten verkar ha planat ut efter år 2010. En del landsting har varit framgångsrika i att korta köerna, medan andra har en mer bestående problematik där mer än var femte patient fortfarande väntar längre än 90 dagar på besök och behandling.

Väntetiderna i specialistvården har alltså kortats betydligt mer än i primärvården, vilket antyder att kömiljarden har haft effekt. Tidigare vårdgarantisatser har inte lett till några bestående minskningar i väntetiderna men hittills verkar den prestationsbaserade ersättningen i kömiljarden, tillsammans med den senaste vårdgarantireformen, ha stabiliserat väntetiderna på en lägre nivå [108].

Väntetiden kan bli lång på akutmottagningen

Socialstyrelsen har genomfört årliga mätningar av väntetiderna vid landets sjukhusbundna akutmottagningar sedan år 2010. Första halvåret 2014 var den totala medianvistelsetiden 2 timmar och 50 minuter²⁷ [111]. Sedan den första mätningen 2010 har medianvistelsetiden ökat med 28 minuter. Mellan 2013 och 2014 ökade vistelsetiden på 29 av akutmottagningarna, medan den minskade på 24 av dem.

Antal besök på akutmottagningar ökar

Under första halvåret 2014 gjordes drygt 1,2 miljoner besök på landets akutmottagningar och antalet ökade därmed med 1,3 procent i jämförelse med samma period 2013. Det totala antalet besök för hela 2014 uppskattas till 2,5 miljoner.

Väntetiden till en första läkarbedömning under första halvåret var 57 minuter, vilket är densamma som år 2013. Under perioden 2010–2014 förlängdes väntetiden med 7 minuter. Mellan 2013 och 2014 ökade väntetiden vid 28 akutmottagningar och minskade vid 21 akutmottagningar.

Äldre vistas längre på akuten

Patientgruppen 80 år och äldre har, precis som vid tidigare mätningar, en längre total vistelsetid än andra. Deras medianväntetid är 35 minuter längre jämfört med samtliga patienter och den ökade med 6 minuter mellan 2013 och 2014. I kapitlet om *Vård och omsorg om äldre* redovisas ytterligare resultat.

Stora regionala skillnader i väntetider

Liksom i tidigare mätningar varierade väntetiderna stort mellan och inom landstingen. Den största skillnaden i total medianvistelsetid mellan två akutmottagningar är 2 timmar och 29 minuter. Akutmottagningen vid Sundsvall/Härnösand har kortast total vistelsetid med 1 timme och 45 minuter, medan akutmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala har den längsta totala vistelsetiden med 4 timmar och 14 minuter. Det innebär att patienterna får vänta 2,5 gånger så länge vid besök till akutmottagningen i Uppsala jämfört med om samma patient hade besökt akutmottagningen i Sundsvall/Härnösand.

Skillnaden i väntan på läkarbedömning är 1 timme och 30 minuter mellan Kalix som har den kortaste och Södersjukhusets akutmottagning som har den längsta väntetiden. På Södersjukhusets akutmottagning får genomsnittspatienten vänta på läkarbedömning nästan fem gånger så lång tid som i Kalix, i Piteå och på Capho S:t Görans akutmottagning.

Långa väntetider inom cancervården

År 2014 mätte Socialstyrelsen för fjärde gången väntetiderna när det gäller behandling för nio olika cancerformer²⁸ [112]. Mätningarna visar att det inte skett några större förändringar av medianväntetiderna sedan den första

²⁷ Baseras på uppgifter från första halvåret 2014 för 70 sjukhusbundna akutmottagningar.

²⁸ Med väntetid avses i regel tiden från remissbeslut tills det att behandling startar. Underlaget till mätningen kommer från kvalitetsregister inom cancerområdet.

mätningen 2011. Väntetiderna i cancervården är fortfarande långa, i många fall oacceptabelt långa, och de regionala skillnaderna är fortfarande stora.

Tabell 2:3. Väntetid mellan remissbeslut och behandlingsstart

Medianväntetid i dagar för riket samt landsting med längsta och kortaste medianväntetiden.

Cancerform	Riket	Min	Max
Blåscancer	39	29	70
Bröstcancer*	20	7	28
Huvud- och halscancer**	53	35	82
Lungcancer***	29	13	45
Malignt melanom****	37	21	49
Njuncancer	60	33	92
Prostata intermediär och högrisk	172	117	271
Prostata fjärrmetastaserad	42	17	75
Tjocktarmscancer	38	25	54
Ändtarmscancer	57	47	82

* Första besök hos specialist till operation.

** Remissankomst till behandlingsstart.

*** Remissankomst till behandlingsbeslut.

**** Första läkarbesök till diagnosinformation till patient.

Källa: Respektive cancerforms kvalitetsregister.

Variationer i väntetiden inom en viss cancerform kan bero på att patienterna har olika allmäntillstånd. Även systemfaktorer såsom ersättningssystem och sjukhusens förmåga att arbeta med patientflöden påverkar väntetiderna. I tabell 2:3 ses att skillnaderna i landet är stora för flera cancerformer, och vissa patienter får vänta tre gånger så länge som andra från remiss till behandling.

Under 2015 planerar Socialstyrelsen att genomföra analyser i samarbete med några landsting och regionala cancercentrum. Syftet är att få kunskap om vad som gör att väntetiderna har förbättrats inom vissa områden och vilka systemförändringar som skulle kunna leda till kortare väntetider.

I januari 2015 presenterade regeringen och SKL en överenskommelse för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård. Syftet är att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna, och därigenom ge patienterna en bättre vård.

Viktigt att kunna följa vårdkedjor

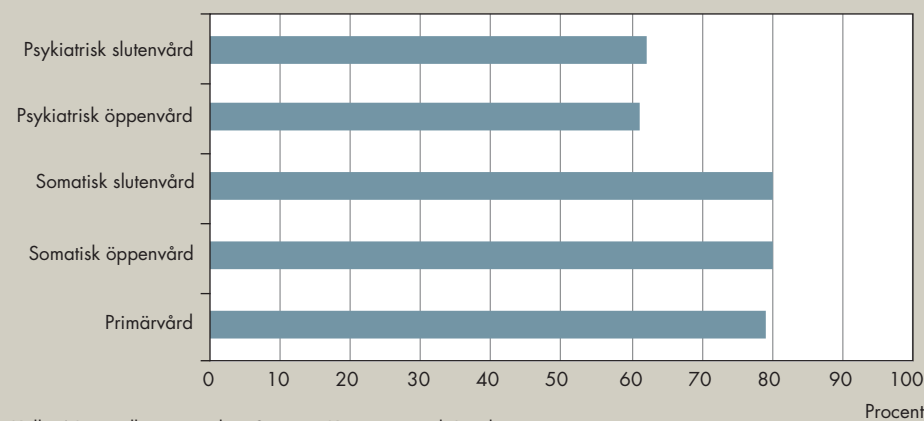
I dag utgår uppföljningar av väntetider från SKL:s databas Väntetid i vården. Underlag för icke-kirurgisk behandling samt för de delar av vårdkedjan som inte ingår i vårdgarantin saknas i databasen. Socialstyrelsen försätter att utveckla uppföljningen av vårdens tillgänglighet. Utan kunskap om hur patienterna prioriteras och på vilka indikationer vård och behandling ges går det inte att uttala sig om huruvida vården ges på lika villkor. Socialstyrelsen har i tidigare rapporter konstaterat att individbaserade uppgifter om väntetider behövs för att kunna göra kvalificerade uppföljningar.

Patientupplevd tillgänglighet

Under 2014 var 80 procent av patienterna som vårdats på sjukhus nöjda med väntetiden till behandling, vilket framgår av figur 2:21. Av de patienter som besökt den öppna specialiserade sjukhusvården fick 48 procent en tid för besök så snart de önskade. Däremot svarade 12 procent att de inte fick tid så snart som de skulle vilja. Resultatet är oförändrat jämfört med tidigare år.

Figur 2:21. Patienterfarenheter av tillgänglighet

Tillgänglighet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård 2014, somatisk öppen- och slutenvård 2013 samt primärvård 2013. Genomsnittlig andel patienter som angett att väntetiden var acceptabel.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Majoriteten av patienterna som haft kontakt med den psykiatriska öppenvården bedömer att tillgängligheten till personligt besök, telefonsamtal eller epost är god, men 19 procent uppger att de är mindre nöjda.

Den patientupplevda tillgängligheten inom psykiatrisk öppen- och slutenvård samt somatisk öppen- och slutenvård förbättrades något mellan 2010 och 2014. För primärvården åren 2010–2013 ses dock en svag minskning i antalet som var nöjda med tillgängligheten.

Tillgång till apotek ökar

Den 1 juli 2009 avvecklades apoteksmonopolet och samma år blev det tillåtet att sälja vissa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek. Ett av målen med förändringen var att öka tillgängligheten till läkemedel.

Tillgången till apotek har ökat generellt och i dag har 74 procent av befolkningen mindre än 5 minuter till närmaste apotek [72]. Under perioden 2009–2013 tillkom 368 apotek, framför allt i städer som redan har en god eller mycket god apoteksservice. Skillnaderna mellan länen är också stora. I Stockholms län har antalet apotek ökat med 60 procent, medan ökningen i Jämtlands län är 4 procent [108]. Öppettiderna på apoteken har förlängts, framför allt i städer med stor konkurrens om apotekskunder. Trots att de flesta har fått något närmare till ett apotek, upplever kunderna att det har blivit svårare att hämta ut receptbelagda läkemedel vid det första apoteksbesöket [113].

Receptfria läkemedel

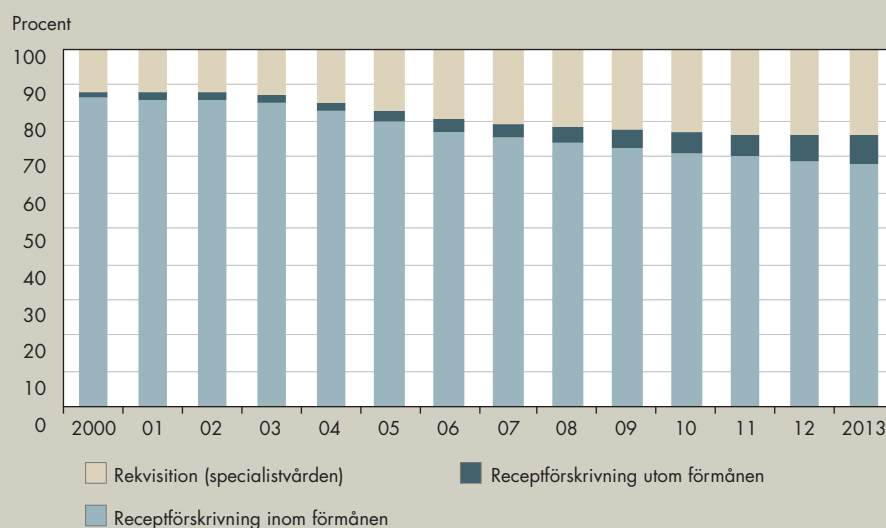
Tillgängligheten till receptfria läkemedel har ökat, inte bara genom att fler apotek har öppnat, utan också på grund av att vissa receptfria läkemedel numer får säljas på andra platser än apotek. På så sätt kan man få snabbare behandling vid enklare åkommor och sjukdomar. Samtidigt finns signaler på att den ökade tillgängligheten av paracetamol kan ha bidragit till fler överdoseringar.

Receptbelagda läkemedel

Kostnaderna för receptbelagda läkemedel som inte ingår i högkostnadsskyddet har på tio år ökat från cirka 500 miljoner till mer än 2 miljarder kronor [114]. Detta beror dels på ökade kostnader för smittskyddsläkemedel, dels på att företag väljer att dra ur sin produkt ur förmånerna. Potensläkemedel, östrogenpreparat och preventivmedel är exempel på läkemedel som blivit dyrare för patienten. Det är läkemedel som används av äldre män, äldre kvinnor och unga kvinnor. Östrogenpreparatet Vagifem har störst omsättning av läkemedel utanför förmånerna och omsätter årligen 142 miljoner kronor. Priset har stigit med 30 procent sedan det lämnade förmånerna och priset varierar även beroende på vilken apotekskedja som saluför det.

Figur 2:22. Utvecklingen av läkemedelskostnader

Utvecklingen av läkemedelskostnaden per finansieringsform som andel av totalkostnaden för dessa finansieringsformer*, år 2000–2013.



* Samtliga kostnader inkl. moms. Rekvisition och receptförskrivning utom förmån i AUP. Receptförskrivning inom förmån som förmånskostnad (ej egenavgift eller merkostnad).

Källa: E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

Eftersom apoteken har fri prissättning ökar behovet av enkel och lättillgänglig prisinformation till patienten. Apoteksföreningen rekommenderar sina medlemmar att publicera priser på receptläkemedel på sina webbplatser. Brist på information gör det svårare för patienter att välja apotek, men det är också svårare för landstingen att följa upp sina kostnader. I figur 2:22 redovisas kostnadsutvecklingen av läkemedel utom och inom förmånen samt

egenavgifter. TLV utreder frågan om läkemedel utanför förmånerna och kommer i mars 2015 att redovisa förslag till åtgärder som kan förbättra situationen.

Tillgång till personal

Tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare fortsätter att öka [115]. I förhållande till befolkningen ökade tillgången på läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård med 2 procent mellan 2011 och 2012. Under perioden 2007 och 2012 ökade antalet sysselsatta läkare med 10 procent. Specialistläkarna ökade med knappt 2 procent mellan 2011 och 2012, och med över 6 procent under femårsperioden. Barnmorskor sysselsatta i hälso- och sjukvård har ökat med drygt 1 procent under ett år och med 4 procent under perioden 2007 och 2012. Tillgången på sjuksköterskor ökade med 0,5 procent mellan 2011 och 2012, och med nära 4 procent under 2007–2012. Samtidigt ses en minskning av specialistsköterskor, och mellan 2011 och 2012 minskade de med 1 procent och under 2007–2012 med 6 procent.

Rörligheten mellan länder inom EU- eller EES-området fortsätter öka för hälso- och sjukvårdens personalgrupper, främst bland läkarna. De inflyttade är fler än de utflyttade för alla undersökta grupper. Hälso- och sjukvården är starkt beroende av inflödet av läkare som är utbildade i ett annat land, samtidigt som antalet svenska läkarstuderande som läser i annat land ökar för varje år.

Efterfrågan överstiger tillgången på specialistsjuksköterskor
Socialstyrelsens analys av efterfrågan visar att efterfrågan överstiger tillgången för alla specialiserade läkare samt för både specialiserade och icke-specialiserade sjuksköterskor. Arbetslösheten är låg för samtliga grupper. Arbetsmarknadsläget i oktober 2014 kännetecknades av att efterfrågan översteg tillgången på många personalgrupper, i synnerhet specialiserade läkare.

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framför allt erfarna läkare och specialistläkare, och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Läkare utbildade i annat land kommer även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården.

Efterfrågan överstiger också tillgången på specialiserade sjuksköterskor, framför allt inom psykiatrisk vård, anestesi- och intensivvård, operations-sjukvård och geriatrisk vård. En nyhet är att också efterfrågan på sjuksköterskor utan specialisering tydligt överstiger tillgången.

Efterfrågan överstiger tillgången på barnmorskor och förväntas öka framöver, men den regionala variationen är stor. Av tabell 2:4 nedan framgår personaltillgångens förändring inom barnsjukvården.

Tabell 2:4. Personaltillgång inom barnsjukvården

Barn- och ungdomsspecialister sysselsatta inom hälso- och sjukvården, antal per 100 000 invånare, år 2003–2012.

Personal	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Barn- och ungdomssjuksköterkor	37	38	39	40	40	41	42	43	44	45
Barn- och ungdomsallergologi	0,81	0,84	0,83	0,85	0,87	0,89	0,88	0,89	0,90	1,01
Barn- och ungdomskardiologi	0,32	0,37	0,35	0,35	0,38	0,35	0,33	0,35	0,38	0,39
Barn- och ungdomskirurgi	0,76	0,75	0,77	0,80	0,82	0,80	0,81	0,80	0,81	0,79
Barn- och ungdomsmedicin	9,47	9,66	9,70	10,11	10,03	10,20	10,37	10,37	10,70	10,34
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering	0,87	0,95	1,06	1,15	1,17	1,17	1,20	1,26	1,23	1,32
Barn- och ungdomspsykiatri	3,30	3,34	3,45	3,46	3,42	3,46	3,49	3,37	3,57	3,51
Barn- och ungdomsradiologi	0,62	0,67	0,66	0,69	0,73	0,68	0,68	0,66	0,66	0,69
Barnonkologi	..	..	..	..	0,36	0,44	0,46	0,45	0,45	0,48

Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen.

Inom de delar av hälso- och sjukvården som rör barn kommer många specialister att gå i pension under de närmaste åren.

Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

Under 2007–2014 fick landstingen drygt 1,6 miljarder kronor i statsbidrag med syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen baserades på årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL. Från 2009 var satsningen prestationsbaserad och kopplad till överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti för målgruppen.²⁹

Väntetiderna till BUP var relativt konstanta under 2011–2014, mätt i antalet landsting som klarade den förstärkta vårdgarantin. År 2011 klarade 14 av 21 landsting detta och 2014 klarade 15 landsting detta. Av resultatet för 2014 framgår att Dalarna, Värmland och Västerbotten har fortsatt stora svårigheter att uppfylla målen.

Vårdval har lett till ökad telefontillgänglighet

Alla invånare har rätt till en fast läkarkontakt inom primärvården enligt 5 § andra stycket HSL. Trots det har vårdvalet inte ökat förutsättningarna för att få en fast läkarkontakt, enligt Riksrevisionen. En positiv aspekt är att tillgängligheten till både telefon- och besökskontakt har ökat.

²⁹ Den förstärkta vårdgarantin innebär att barnet ska få komma på ett första besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien inom 30 dagar, och därefter till fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. I de årliga överenskommelserna för 2011–2014 användes samma målnivåer för det prestationsbaserade bidraget. För att uppfylla det första målet ska 90 procent av patienterna ha fått ett första besök inom 30 dagar, och för att uppfylla det andra ska 80 procent av patienterna ha fått påbörja en beslutad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Effektiv hälso- och sjukvård

Innovationer för ökad effektivitet och kvalitet

Dagens hälso- och sjukvård handlar mycket om det demografiska åldrandet, kroniska sjukdomar, ökande förväntningar och krav från medborgarna och det samhällsekonomiska läget, och dessa faktorer är starka incitament för att finna nya innovativa lösningar för vård och omsorg. Innovation är en viktig del i Europa 2020-strategin och ses inom EU som det främsta sättet att lösa samhällsutmaningar för att bidra till bättre hälsa, högre livskvalitet och en anpassning till demografiska förändringar [116]. Ramprogrammet Horizon 2020 avsätter för åren 2014–2020 cirka 7,5 miljarder euro för delprogrammet Hälsa, demografiska förändringar och välbefinnande.

En stor utmaning ligger bland annat i att förändra organisationskulturer och att skapa förutsättningar att föra vidare kunskap från utvecklingsprojekt till ordinarie strukturer. Att tänka nytt kring hur vårdens och omsorgens utförare ska ersättas är en annan utmaning. Det nuvarande finansieringssystemet inom vården motverkar en helhetssyn och samverkan över specialitets- och professionsgränserna samt mellan olika huvudmän och organisationer [117].

Det pågår utvecklingsarbeten på flera håll i landet runt värdebaserad vård. Grundtanken är att komma bort från en styrning som ensidigt fokuserar på produktion och prislister och i stället mäta och utgå från sådant som skapar värde för patienten. Alla inblandade i en vårdprocess behöver ta ansvar för det samlade resultatet för patienten snarare än att fokusera på enskilda aktiviteter. Som exempel prövar Stockholms läns landsting ett vårdepisodersättningssystem för knä- och höftprotesoperationer på Karolinska Universitetssjukhuset, och genom det har kostnaden per operation sänkts med cirka 17 procent [118].

Ett annat centralt innovationsområde är att utveckla och utnyttja digitaliseringsens möjligheter för att utifrån den enskilda patientens behov få bästa möjliga vård och omsorg samt mer integrerade vård- och omsorgstjänster. Det finns ett stort intresse för detta bland många kommuner, men utvecklingen tycks gå onödigt långsamt, exempelvis när det gäller att införa digitala trygghetslarm. Utvecklingen beskrivs även i kapitlet *Vård och omsorg om äldre*.

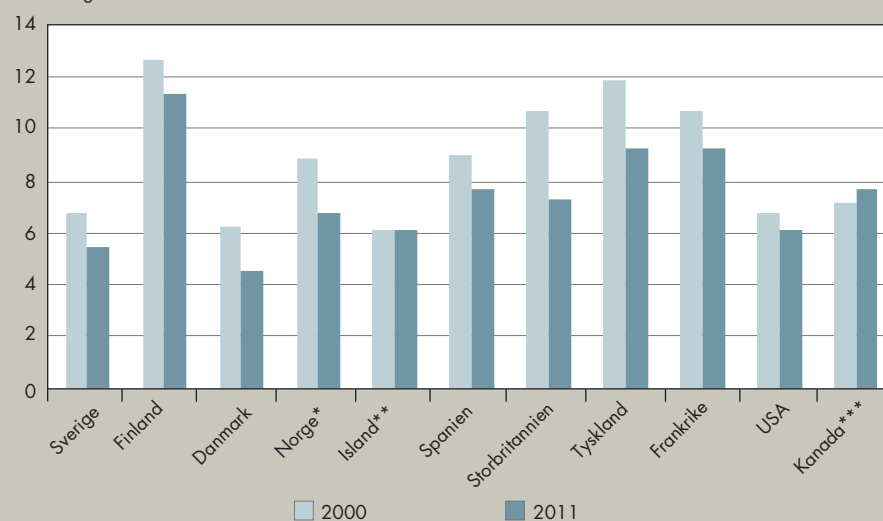
Genomsnittliga vårdtider minskar

Vårdtider vid sjukhus används ofta som indikator för effektivitet. Som figur 2:23 visar var vårdtiderna för OECD-länderna under 2011 ungefär 8 dagar, jämfört med 9 dagar år 2000.

Figur 2:23. Genomsnittliga vårdtider i OECD-länder

Genomsnittlig längd på sjukhusvistelse i ett urval länder, år 2000 och 2011.

Antal dagar



* Data från 2010.

** Data från 2009.

*** Enbart akutsjukvård.

Källa: OECD Health Statistics 2014.

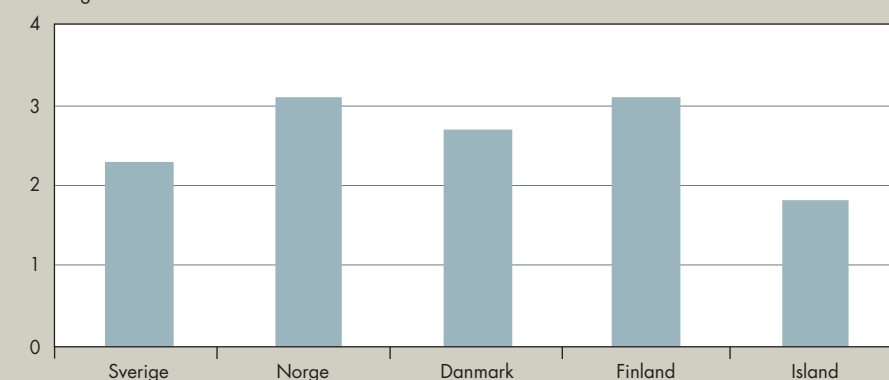
Patienter med hjärtinfarkter hade en genomsnittlig vårdtid på 7 dagar under 2011, och kortast vårdtider hade de nordiska länderna [8]. Skillnaderna mellan länderna kan förklaras av att antalet sjukhusbäddar har minskat i vissa länder under de senaste åren, kombinerat med en utveckling som går mot att allt mer av vården sker utanför sjukhusen. En sådan utveckling ses exempelvis i Danmark.

Dessutom, vilket kan ses i figur 2:24, sjunker de genomsnittliga vårdtiderna efter en okomplicerad förlossning, något som även beskrivs i avsnittet *Aktuell utveckling*.

Figur 2:24. Genomsnittliga vårdtider vid förlossning i nordiska länder

Genomsnittligt antal vård dagar, förlossningar 2011.

Antal dagar

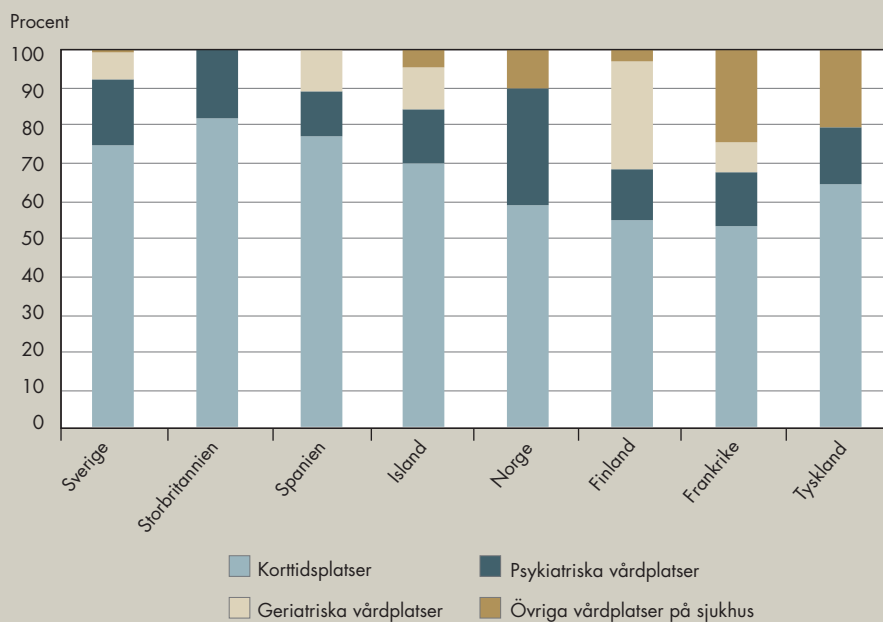


Källa: OECD Health Statistics, 2013.

Det går att korta de generella vårdtiderna ytterligare, genom att minska antalet komplicerade kirurgiska ingrepp, införa tidig hemgång där patienterna får uppföljande vård utanför sjukhuset och förbättra samordningen av vård över diagnostik- och behandlingsgränserna. Med en utlokaliserad vård ökar dock kraven på samordning mellan vårdgivare.

Figur 2:25. Sjukhusplatsernas fördelning på vårdområde

Sjukhusplatsernas fördelning på vårdområde i ett urval länder 2012.



Källa: OECD Health Statistics 2014.

Figur 2:25 visar hur vårdplatserna fördelas på vårdgrenar. I Sverige är 75 procent av vårdplatserna korttidsplatser, och 18 procent är psykiatriska platser, vilket också är genomsnittet för de utvalda länderna i denna figur. De geriatriska platserna utgör 7 procent av Sveriges vårdplatser. Finland har däremot 29 procent av sina vårdplatser som geriatriska vårdplatser. Endast 55 procent av Finlands vårdplatser är att betrakta som korttidsplatser. En förklaring till de många geriatriska platserna är att det i Finland finns många små institutioner som benämns sjukhus, men som fungerar som äldreboenden.

Möjliga kostnadsbesparingar

Ett sätt att mäta effektivitet är att mäta resursutnyttjandet. Man kan identifiera och beräkna värdet av onödig resursanvändning, det vill säga resurser som kan användas till andra insatser och därmed öka samhällets, verksamheternas eller individernas nytta, och på så sätt går det att se vad som kan göra verksamheten mer kostnadseffektiv. En rad olika faktorer påverkar effektiviteten i landstinget, bland annat strukturella förutsättningar som landstingen har svårt att förändra på kort sikt. Socialstyrelsen publicerade 2014 en handbok för effektivitetsanalyser i hälso- och sjukvård, *Effektivitet i*

praktiken, med exempel på sätt att beräkna ineffektivt resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården [119]. Nedan följer ett praktiskt exempel på hur resursutnyttjandet kan beräknas.

Kostnader för ljumskbräckoperationer kan minskas

Operationer av ljumskbräck är den vanligaste allmänkirurgiska åtgärden i Sverige och varje år utförs drygt 18 000 ingrepp. En generell förbättring över tid är att närmare 98 av 100 patienter inte behöver omopereras inom fem år.

I genomsnitt kostar en ljumskbräcksoperation i öppenvård 19 000 kronor, medan den i slutenvård kostar 31 000 kronor.³⁰ Majoriteten av landstingen utför sina ljumskbräcksoperationer i dagkirurgi men det finns fortfarande en viss förbättringspotential. Genom att ändra praxis och öka andelen operationer som utförs i dagkirurgi kan landstingen minska sina kostnader.

Västmanland är det landsting som opererar störst andel patienter i öppenvården, och 88,6 procent av deras kostnader för ljumskbräckoperationer går till öppenvården. Stockholms läns landsting skulle enligt effektivitetsberäkningar som gjorts kunna nå 3,5 miljoner kronor i besparingar om de hade samma praxis för operationer i dagkirurgi som Västmanland.³¹

Patientcentrerad vård kan leda till ökad effektivitet

Forskning visar att en patientcentrerad vård leder till bättre vårdutfall och minskade samhällskostnader. Genom att främja en mer patientcentrerad vård främjas också en mer effektiv vård. Under de senaste åren har ett flertal insatser och ändringar i lagstiftning och reformer genomförts i syfte att stärka patientens ställning. De nationella riktlinjerna ses som en viktig metod för att främja en patientcentrerad vård, men de kan användas mer effektivt, menar Riksrevisionen i en utredning [120].

Personalanvändningen måste bli mer effektiv

Prognoser visar att vården och omsorgen kommer att behöva 225 000 nya medarbetare fram till 2023 [121]. Störst är behovet av undersköterskor i omsorgen, och ungefär 60 procent av behovet beror på stora pensionsavgångar. Förutom undersköterskor behövs specialistsjuksköterskor. Det finns olika sätt att möta dessa utmaningar; utbildning är ett alternativ, och att höja pensionsåldern är ett annat.

Socialstyrelsen bedömer att rörligheten för hälso- och sjukvårdspersonal kommer att fortsätta öka inom EU och EES-området. För flera personalgrupper, exempelvis specialiserade läkare och sjuksköterskor, är efterfrågan i dag större än arbetskraftsutbudet. Kompetensförsörjningsfrågorna är därför en fortsatt stor utmaning för landsting. Det innebär till exempel krav på ökade insatser som styr mot en effektivare personalanvändning.

Uppdragsväxling mellan läkare och sjuksköterskor

Ett exempel på en effektiviserad personalanvändning är ”task shifting”, eller så kallad uppdragsväxling mellan läkare och sjuksköterskor. Detta har införts

³⁰ Kostnaderna har beräknats fram med hjälp av patientregistret och databasen för kostnad per patient (KPP-databasen).

³¹ Det kommer alltid vara en viss andel ljumskbräcksoperationerna som måste utföras i slutenvården, beroende på patientens tillstånd.

vid vidareutbildningar för specialistsjuksköterskor och innebär att avancerade specialistsjuksköterskor ska kunna ta över vissa traditionella läkaruppgifter. Det kan till exempel handla om att gå rond eller förskriva läkemedel. Samtidigt ska läkaren fortfarande ha det medicinska ansvaret.

Tandhälsa och tandvård

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen utvecklingen inom tandvården och den vård som ges enligt tandvårdslagen (1985:125), TL. Myndigheten diskuterar även befolkningens tandhälsa. I 2 § TL slås det fast att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. I hela landet råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården, antingen folktandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården råder fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri till och med det år de fyller 19 år (7 § 1 och 15 a § TL). Det är landstingen som har ansvaret för att alla barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Karies bland barn och unga fortsätter att minska i samtliga undersökta åldersgrupper, med undantag för gruppen 6-åringar där förekomsten ökar något. År 2013 hade 66 procent av Sveriges 19-åringar inga kariesskador på tändernas sidoytor. Detta är en förbättring med 2 procent jämfört med år 2011.
- Tandhälsan i den vuxna befolkningen visar en positiv utveckling. Samtidigt kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper. De grupper som rapporterar att de har dålig tandhälsa avstår i högre utsträckning från att söka tandvård av ekonomiska skäl.
- Antibiotikaanvändningen i tandvården minskar, och en bidragande orsak till detta är sannolikt de senaste årens ökade fokus på redovisning av statistik och behandlingsrekommendationer. Under år 2013 hämtades i snitt 25 antibiotikarecept utskrivna av tandläkare ut per 1 000 invånare i Sverige. Resultatet är en minskning med cirka 14 procent jämfört med föregående år. Skillnaderna mellan landstingen är dock fortsatt stora beroende på olika praxis.

Aktuell utveckling

Tandhälsan i befolkningen utvecklas positivt

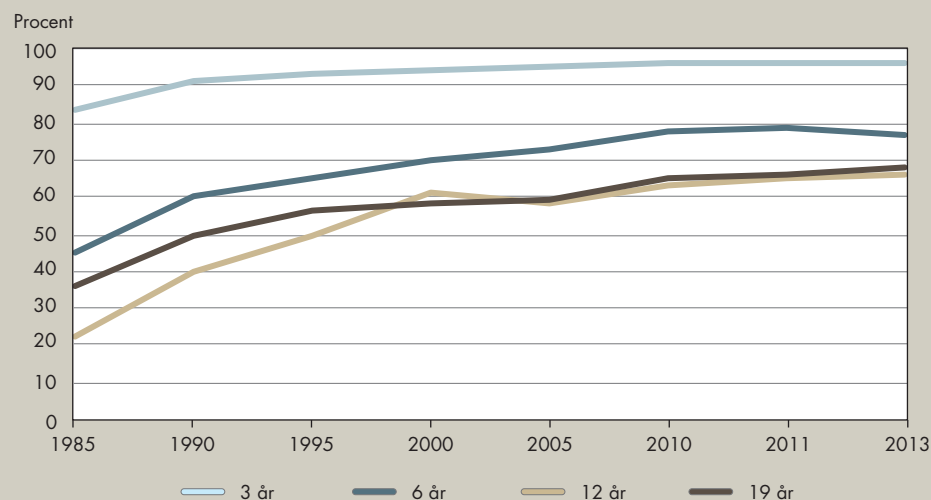
Socialstyrelsen samlar regelbundet in och redovisar uppgifter om karies bland barn och ungdomar. Förekomsten av karies hos barn beskriver tandhälsan i populationen väl. Kunskap om förekomst och utveckling är därför ett viktigt underlag för planering och jämförelser av tandhälsans utveckling regionalt, nationellt och internationellt. År 2013 var 96 procent av 3-åringarna och 77 procent av 6-åringarna i riket kariesfria (figur 3:1).

Jämfört med den senaste undersökningen (år 2011) är andelen kariesfria 3-åringar oförändrad, medan andelen kariesfria 6-åringar minskat något, till 2 procent från 79 procent. Orsaken till detta är inte känd, men har delvis att göra med att Stockholms läns landsting redovisar en något minskande andel kariesfria i åldersgruppen (Stockholms läns landsting redovisar också uppgifter för 7-åringar i stället för 6-åringar). WHO har som mål för medlemsstaterna i Europa att andelen kariesfria 6-åringar ska uppgå till 80 procent till år 2020. Sverige har under flera år varit nära att uppnå detta mål, men fortfarande har drygt var femte 6-åring kariesskadade eller lagade tänder. Eftersom goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar kariesförekomst i mjölktaandsbettet en sämre prognos för munhälsa senare i barndoms- och ungdomsåren.

Kariessituationen hos 12-åringar är ett tandhälsomått som WHO använder för att göra internationella jämförelser. WHO har satt som mål att medelvärdet för antalet kariesskadade eller lagade tänder hos 12-åringar inte ska överstiga 1,5 år 2020. Medelvärdet för 12-åringar i Sverige år 2013 var 0,73 tänder, vilket är en förbättring jämfört med år 2011 då motsvarande värde var 0,80. Andelen 12-åringar som var helt kariesfria år 2013 var 66 procent, vilket var en liten ökning jämfört med år 2011.

Förekomsten av karies och tidigare kariesskador hos 19-åringarna är speciellt intressant eftersom denna åldersgrupp representerar slutet på den organiserade och avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Socialstyrelsen har tidigare visat att cirka 75 procent av de fyllningar som utförs i vuxentandvården görs på tidigare lagade tänder. Andelen kariesfria 19-åringar är därför en viktig indikator på framtida vårdbehov. Detta gäller speciellt kariesskador på tändernas sidoytor (approximala skador), det vill säga de skador som framför allt ger upphov till framtida vårdbehov genom att många fyllningar behöver göras om på grund av fyllningar som går sönder eller karies som uppstår i anslutning till tidigare fyllningar. År 2013 hade 66 procent av Sveriges 19-åringar inga kariesskador på tändernas sidoytor. Detta är en förbättring med 2 procent jämfört med år 2011.

Figur 3:1. Andel kariesfria barn och ungdomar i olika åldrar i Sverige, år 1985–2013

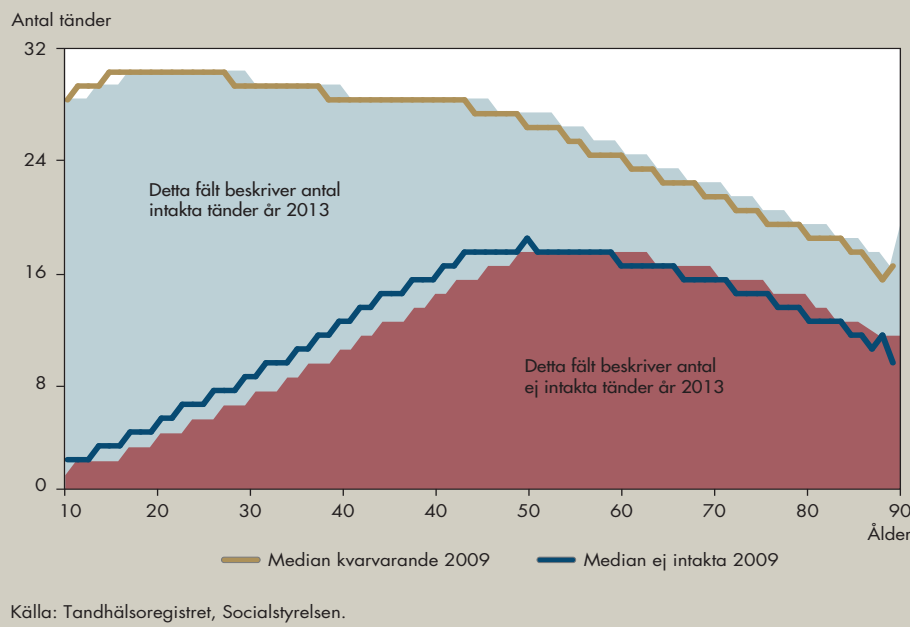


* För 19-åringar redovisas andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS- α = 0).

Källa: Socialstyrelsen.

Antal kvarvarande och antal intakta tänder är två hälsovariabler som Socialstyrelsen registrerar i tandhälsoregistret. Statistiken rapporteras in av vårdgivarna. Uppgifterna från tandhälsoregistret som redovisas i TLV:s rapport från 2014 om det statliga tandvårdsstödet visar att både antalet kvarvarande tänder och antalet intakta tänder ökade i den vuxna befolkningen mellan år 2009 och 2013 (figur 3:2) [1]. Antalet kvarvarande tänder ökade med cirka 1 procent och antalet intakta tänder ökade med 9 procent. Resultaten visar att stigande ålder inte förefaller ha någon negativ inverkan på tandhälsan. I stället sker en parallellförflyttning åt höger i diagrammet av antalet kvarvarande och antalet intakta tänder. Det är positivt att tandhälsan förbättras på detta sätt i befolkningen. Om utvecklingen fortsätter i samma riktning indikerar det därmed att antalet äldre framöver kommer att ha många egna tänder, men att dessa i hög grad kommer att ha reparationer och vara en riskfaktor för behov av tandvård, och kräva ett ökat fokus på förebyggande åtgärder för att äldre ska kunna behålla en god tandhälsa. Kunskapen om befolkningens, och speciellt de äldres, behov av tandvård i framtiden är dock begränsad och behöver utvecklas för att på ett bra sätt kunna ligga till grund för planering av tandvården.

Figur 3:2 Median av antalet kvarvarande tänder och antalet ej intakta tänder i den vuxna befolkningen fördelat på ålder, år 2009 och 2013



Karies och parodontit utgör stora folksjukdomar

Trots att tandhälsan utvecklas positivt är karies och parodontit (tandlossningssjukdomar) fortfarande en stor belastning i befolkningen.

De flesta personer drabbas någon gång i livet av karies, men risken varierar från person till person. Under 2011–2012 behandlades drygt 26 procent av den vuxna befolkningen för karies. Att sjukdomen är så vanlig och drabbar alla åldersgrupper gör att den ofta anses som ett normaltillstånd snarare än en sjukdom som kan förebyggas och behandlas. År 2011 besökte 4,2 miljoner personer i den vuxna befolkningen (20 år eller äldre) tandvården. Av dessa behandlades 2,3 miljoner personer på grund av tandskador, varav de flesta var orsakade av karies eller gällde tidigare fyllningar som behövde göras om. Reparationer av de skador som karies i tänderna orsakar utgör därmed en stor del av tandvården. Omfattande kariesskador riskerar att leda till infektion, smärta och obehag samt till att tanden kan förloras. Under 2011–2012 fick 2,6 procent av den vuxna befolkningen någon tand uttagen på grund av karies.

Sjukdomar i tändernas stödjevävnader (parodontit) kan, om sjukdomen inte behandlas, leda till tandlossning och förlust av tänder. Andelen i befolkningen som 2011–2012 behandlades för parodontit var drygt 15 procent (tabell 3:1). Sjukdomen har ett tydligt samband med ålder, och ökar från 20 års ålder upp till 75 års ålder för att sedan minska något. En anledning till minskningen är att antalet kvarvarande tänder i de äldsta åldersgrupperna är

mindre. Andelen i befolkningen som förlorade någon tand på grund av parodontit var 2,8 procent.

En tandförlust som är orsakad av parodontit är ett mått på en uttalad sjukdom i tändernas stödjevävnad som inte har blivit behandlad, eller inte har reagerat på en behandling på avsett eller önskat sätt. Som ett stöd för tandvården att effektivt kunna förebygga och behandla orala sjukdomar hos patienterna publicerade Socialstyrelsen år 2011 nationella riktlinjer för vuxentandvård.

Tabell 3:1. Andel i den i den vuxna befolkningen som behandlades för tandlossningssjukdomar (parodontit) och karies samt andelen som fick en eller flera tänder uttagna på grund av sådana sjukdomar, 2011–2012

Ålder	Behandlats för parodontit (%)	Förlorat en eller flera tänder pga. parodontit (%)	Behandlats för karies (%)	Förlorat en eller flera tänder pga. karies (%)
Män				
20–24	2,6	0,2	15,5	1,5
25–34	5,5	0,6	19,9	2,6
35–44	10,0	1,2	24,8	2,7
45–54	15,5	2,4	26,6	2,6
55–64	24,5	4,4	33,9	2,9
65–74	28,2	5,6	34,7	3,1
75–84	23,8	5,2	32,7	3,4
85+	15,5	4,2	24,6	3
Totalt	15,4	2,7	26,7	2,7
Kvinnor				
20–24	2,5	0,3	16,7	1,4
25–34	5,3	0,8	23,3	2,8
35–44	9,1	1,3	27,1	2,9
45–54	15,1	2,7	27,2	2,4
55–64	24,8	4,8	30,9	2,3
65–74	27,4	5,5	30,8	2,5
75–84	22,3	4,9	29,0	2,9
85+	12,3	3,6	18,8	2,2
Totalt	15,2	2,9	26,5	2,5
Totalt män och kvinnor	15,3	2,8	26,6	2,6

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen följer upp statsbidrag till kompetenscentrum för tandvård

Socialstyrelsen har under en följd av år fördelat statsbidrag till tre kompetenscentrum på tandvårdsområdet [2]. Statsbidraget har de senaste åren uppgått till sammanlagt 8 miljoner kronor per år och fördelats till följande kompetenscentrum:

- Mun-H-Center, Göteborg

- Kompetenscentrum för sällsynta odontologiska tillstånd i Jönköping
- Odontologiskt kunskapscentrum i norr i Umeå.

Under 2014 hade Socialstyrelsen dessutom regeringens uppdrag att följa upp den verksamhet som kompetenscentrumen har bedrivit för att göra en analys av hur väl syftet med statsbidraget har uppnåtts. Socialstyrelsen skulle dessutom ge förslag på kriterier för hur statsbidraget ska fördelas, och föreslå hur verksamheten bör följas upp i framtiden. I sin rapport bedömer Socialstyrelsen att verksamheten ligger i linje med statsbidragets syfte, mot bakgrund av den kunskapsinsamling och kunskapsspridning som de tre kompetenscentrumen bedrivit genom åren. Rapporten innehåller också förslag på vilka kriterier som kompetenscentrumen för tandvård bör uppfylla för att få statsbidrag. Bland annat föreslås att kompetenscentrumen ska samla kunskap om sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd respektive dentala material, samverka och komplettera varandra, och vara en nationell resurs för vårdgivare och patienter.

Förlängt undantag från förbud mot användning av dentalt amalgam

Kemikalieinspektionen har beslutat att förlänga undantaget från förbudet mot att använda dentalt amalgam i ytterligare två år, fram till och med 2016. Undantaget från förbudet att använda dentalt amalgam sträckte sig tidigare fram till och med 2014.

Det generella förbudet mot användning av kvicksilver gäller sedan år 2009, och innefattar användningen av dentalt amalgam. I Kemikalieinspektionens föreskrifter (KIFS 2008:2) om kemiska produkter och biotekniska organismer finns ett undantag från förbudet mot dentalt amalgam, vilket innebär att detta material får användas på vuxna inom sjukhustandvården eller motsvarande funktion om det finns särskilda medicinska skäl och om andra behandlingsmetoder inte ger ett tillräckligt bra resultat i ett enskilt fall. Den som planerar att använda dentalt amalgam måste först anmäla detta till Socialstyrelsen. I december 2014 hade 6 landsting anmält undantag från förbudet mot att använda dentalt amalgam för 14 kliniker.

Kunskapsbaserad tandvård

Ökad kunskap om effekt av förebyggande åtgärder mot karies hos barn

Tandhälsan förbättras bland barn och unga, men samtidigt är det fortfarande stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper. Dålig tandhälsa är mer vanligt förekommande i socioekonomiskt utsatta grupper och det finns ett tydligt samband mellan föräldrars och barns tandhälsa [3]. I Stockholms län skiljer sig tandhälsan markant mellan olika geografiska områden, och man arbetar därför för att hitta metoder som kan minska ojämlikheten i tandhälsa. Stockholms läns landsting bedriver en omfattande studie med målet att skapa underlag för att förbättra tandhälsan hos barn i utsatta områden i länet. I studien görs en jämförelse mellan två kariesförebyggande vårdprogram i

socioekonomiskt utsatta områden, som börjar när barnen är 1 år. Den utvärdering som har genomförts när barnen har blivit 3 år visar att fluorlackning två gånger per år inte minskar kariesförekomsten signifikant hos barn som borstar tänderna med fluortandkräm [4]. De uteblivna effekterna gör också att programmet med fluorlackning inte heller är kostnadseffektivt. Studien visar dock att det är viktigt att komma igång med kliniska undersökningar tidigt eftersom många barn redan hade utvecklat karies vid 1 års ålder.

I Västra Götaland införde folktandvården år 2009 ett populationsinriktat preventionsprogram för alla barn och ungdomar, FRAMM [5], som bland annat innefattar information och skolbaserad fluorlackning av tänderna två till fyra gånger per termin i årkurserna 0–9. Preliminära resultat visar att barn och ungdomar är positiva till att delta i ett fluorlackningsprogram i skolan, och tandvårdspersonalen som arbetar ute i skolorna har en viktig roll när det gäller hur programmet uppfattas. Data visar också att programmet har mycket god täckningsgrad, och genom en registerstudie med longitudinell design har man mätt kariesutvecklingen i den grupp ungdomar som deltagit i programmet och jämfört med en kontrollgrupp. Preliminära resultat visar en minskning av kariesutvecklingen med 31 procent efter införandet av detta preventionsprogram.

Äldres munhälsa viktig för både vård och omsorg

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Enligt dessa bör personalen ha grundläggande kunskaper om personlig hygien där munvård ingår. För att sköta denna uppgift krävs både teoretisk och praktisk kunskap.

Socialstyrelsen arbetar sedan år 2010 med att ta fram kunskapsunderlag om äldreomsorg och hälso- och sjukvård för de mest sjuka äldre. Inom ramen för detta arbete studeras vilket vetenskapligt stöd som olika insatser har. Utvärderingen av den arbetsplatsanknutna fortbildningen visar att effekterna av fortbildningen för undersköterskor och vårdbiträden är små [6]. Dessutom är det vetenskapliga stödet för effekterna otillräckligt och begränsat. Socialstyrelsens rapport visar dock att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att fortbildning, färdighetsträning och interaktiv inläring för personalen kan minska förekomsten av inflammation i tandkött och munslemhinna samt minska beläggningen på tänder eller proteser hos de mest sjuka och äldre. Åtgärderna leder också till att personalens kunskap om munhälsa förbättras och deras attityd till munhälsoarbete blir mer positiv.

Dessutom har Socialstyrelsen genomfört en systematisk översikt av interventioner för äldres munhygien som äldreomsorgspersonal utför. Översikten visar att det är möjligt för äldreomsorgspersonalen att påverka äldres munhälsa och allmäntillstånd i en positiv riktning med hjälp av olika interventioner. Precis som i studien ovan är dock det vetenskapliga underlaget otillräckligt [7].

Utbildningens roll tas också upp i Västra Götalandsregionens rapport *Skör och äldre – vad händer med tänder?* från 2013 [8]. Den beskriver munhälsan hos nyinflyttade på äldreboenden och deras tandvårdskontakter. Ett tydligt resultat är att många äldre förlorat kontakten med tandvården innan de

flyttade till boendet, och att det finns ett tydligt samband mellan bristande tandvårdskontakt och dålig munhälsa. Tandvården bör enligt rapporten arbeta mer aktivt för att hjälpa de äldre att bibehålla kontakten med tandvården. Mun- och tandhälsa borde också vara ett självklart inslag i biståndsbedömningen, och äldres mun- och tandvård borde finnas på agendan på ett mer självklart sätt både i tandvården och i kommunerna. Rapporten poängterar också vikten av utbildning i munvård för omsorgspersonalen och vikten av att kommunen har en ansvarig tandhygienist. Hemtjänsten behöver engageras och vid behov få hjälp och stöd för att kunna ge munvård. Dessutom behöver samverkan mellan tandvården och kommunerna utvecklas [8].

Regionala kompetenscentrum för äldretandvården

I Sverige finns det i dagsläget flera regionala kunskapscentrum för äldretandvård. Under 2014 tillkom tre nya i Uppsala, Örebro och Västernorrland.

Med det nya kunskapscentrumet i Uppsala län vill Folktandvården samla och sprida kunskap om äldres tänder och munhälsa. Centrumet ska sammanställa kunskap om äldretandvård och se till att den blir tillgänglig för tandvårds- och vårdpersonal. Kunskapscentrumet ska särskilt fokusera på förebyggande tandvård. Prioriterat är också att hitta ett sätt att nå de hemmaboende äldre som har svårt att sköta sina tänder.

Under 2014 invigdes också kunskapscentrum för äldres munhälsa i Örebro och Västernorrlands län. I Örebro är avsikten att vård- och omsorgspersonal som möter sköra äldre ska kunna hitta rutiner och samarbetsmodeller som fungerar tillsammans med tandvården. Målet är att bättre kunna fånga upp och hjälpa patienter som riskerar att förlorat kontakten med tandvården när de blir äldre. Avsikten är att kunskapscentrumet ska kunna nå ut med information till berörda aktörer, allt från primärvården till äldreboenden och hemtjänst.

Kunskapscentrumet i Västernorrland har som syfte att bygga upp kunskap och kompetens runt den äldre människans munvård och tandhälsa. I uppdraget ligger att sprida denna kunskap inom tandvården och till olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och omsorgen samt till anhöriga och patienter, föreningar och organisationer som arbetar runt den äldre människan. Kunskapscentrum för äldretandvård i Västernorrland har ett nätverk av tandvårdspersonal i hela länet som utbildar i munvård och erbjuder föreläsningar om äldres munhälsa.

En god munhälsa har stor betydelse för självkänsla, social tillfredsställelse, livskvalitet och allmän hälsa. Äldres munhälsa är viktig för att kunna tugga och äta och för att kunna vara fri från infektion och smärta. Att flera landsting på senare tid ökat sina insatser för att samla in och sprida kunskap om munhälsa och tandvård för äldre är positivt och Socialstyrelsen bedömer att dessa insatser kommer att kunna bidra till bättre munhälsa bland äldre.

Brist på kunskap om dentala material

Dentala material utgör en central del inom tandvården. Under 2013 utfördes i Sverige cirka 3,25 miljoner fyllningar och 467 000 laboratorieframställda kronor på vuxna personer inom det statliga tandvårdsstödet. Till detta kommer fyllningar utförda på barn samt de material som används för rotfyll-

ningar, implantat, proteser med mera. Socialstyrelsens kunskapscentrum för dentala material (KDM) publicerar systematiska översikter av vetenskapliga studier med syftet att förse tandvården med kunskapsstöd om dentala materials egenskaper och eventuella biverkningar. Under 2014 publicerades tre översikter om dentala material [9-11]. Resultaten visar att det råder brist på vetenskapliga studier om huruvida risken för biverkningar skiljer sig mellan tandimplantat tillverkade i titan eller det på senare tid introducerade materialet zirkoniumdioxid. Tandläkarnas val av material måste då i stället ofta baseras på andra dokumenterade egenskaper hos dessa material och på tandläkarnas beprövade erfarenhet [9].

Barntandvård är en stor och viktig del av tandvården, och dentala material används i hög utsträckning också inom barntandvården. Trots detta visar Socialstyrelsens systematiska översikter *Material för fyllningar och fissurförseglingar inom barn- och ungdomstandvården* [10] och *Behandling av mineralisationsstörningar i emalj och dentin* [11] att det saknas vetenskapliga studier av god kvalitet som kan ge kunskap och stöd i valet av metod och dentala material för fyllningar och fissurförseglingar, samt vid behandling av mineralisationsstörningar. Det blir därför ofta upp till den enskilda tandläkaren att bedöma vilket material som fungerar bäst i det enskilda fallet.

Kvalitetsregister i tandvården fortsätter att utvecklas

I Sverige finns det i dag två kvalitetsregister för tandvård, Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) och National Quality Register for Dental Implants (NQRDI). Kvalitetsregister är ett viktigt verktyg för kvalitets- och förbättringsarbetet och för regionala och nationella uppföljningar. För dessa ändamål är det viktigt att många vårdgivare väljer att ansluta sig till kvalitetsregistren. De flesta som är anslutna till registren är offentliga vårdgivare.

SKaPa har i dag 16 anslutna organisationer och innehåller uppgifter om 3,1 miljoner patienter, och hämtar sina uppgifter automatiskt från de elektroniska patientjournalerna i tandvården. Det är en stor fördel eftersom ingen ytterligare registrering krävs från tandvårdspersonalen utöver det som registreras och dokumenteras i den ordinarie kliniska verksamheten. För att få en helhetsbild av resultaten av tandvårdens insatser krävs emellertid också information om patientens upplevelse av vården. SKaPa har därför arbetat med att ta fram patientrelaterade utfallsmått och har utvärderat dessa mått i ett pilotprojekt [12]. Resultaten ger en bild av att patienter i tandvården och vårdgivarna ofta har olika syn på sjukdomsförekomst och vårdbehov. Att ge patienten insikt om sin sjukdom är en viktig del när man bedömer att det finns ett behov av att ändra patientens beteende. En klar majoritet av tandvårdspatienterna i alla åldersgrupper ansåg att de i samband med behandlingen fått kunskap om vad de själva kunde göra för att hålla sig friska i munnen.

NQRDI är ett kvalitetsregister inriktat mot behandling med dentala implantat. Behandling med implantat är vanlig och i dag opereras cirka 50 000–60 000 implantat in på cirka 20 000 patienter per år. Antalet fabrikat och implantattyper är många. Bland de patienter som fått implantatbehandling och som finns registrerade i NQRDI finns 42 olika fabrikat och 215 olika implantattyper registrerade [13]. Uppgifter från NQRDI visar en hög fre-

kvens av lyckade implantatbehandlingar (92 procent), och andelen implantat som förloras är knappt 1 procent. En stor andel av implantatbehandlingarna utförs i allmäntandvården. Eftersom få allmäntandvårdskliniker är anslutna till NQRDI måste dessa data tolkas ur det perspektivet.

För en god utveckling är det avgörande att fler vårdgivare ansluter sig till kvalitetsregistren. I dag är det i huvudsak offentliga vårdgivare som är anslutna. Eftersom en klar majoritet av vuxentandvården sker i den privat-tandvården är det av stor vikt att även privata vårdgivare ansluter sig till kvalitetsregistren.

Förskrivningen av antibiotika minskar – men de regionala skillnaderna består

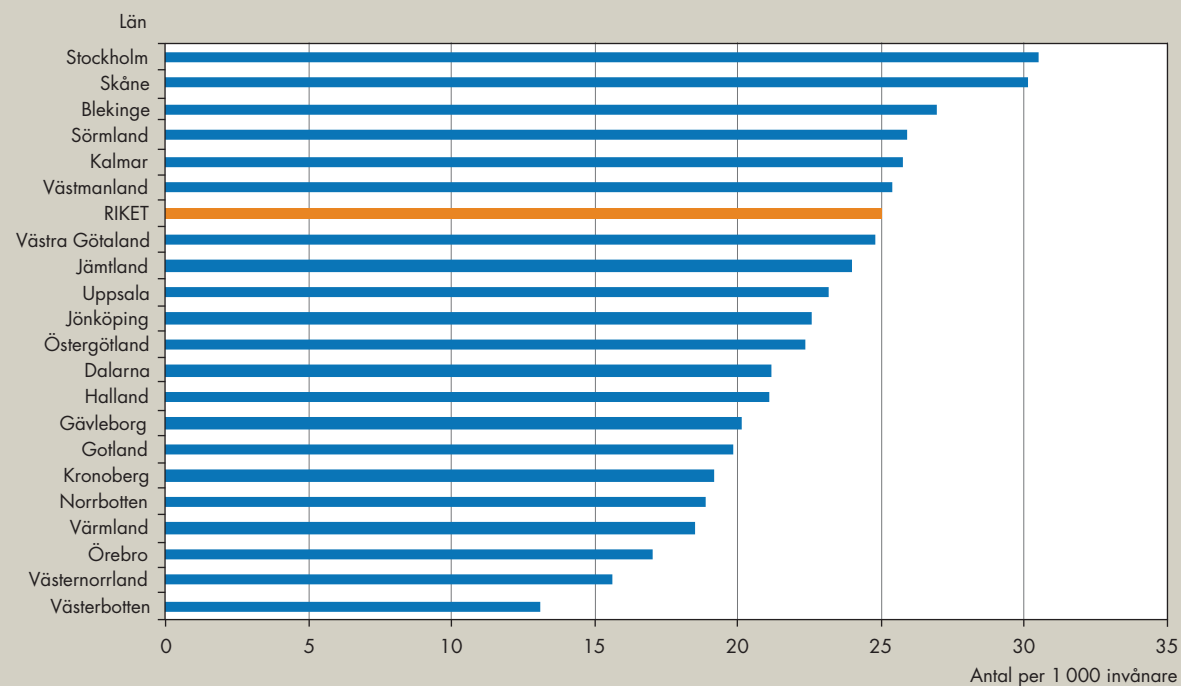
Tandvården står för cirka 7 procent av antibiotikaförskrivningen i Sverige. Socialstyrelsen uppmärksamade i rapporten *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård* att det fanns stora skillnader mellan landstingens förskrivning av antibiotika [14]. Orsakerna till skillnaderna är inte kända och kan endast delvis förklaras med åldersstrukturer, skillnader i socioekonomi och geografisk tillgänglighet. Data indikerar snarare att de stora skillnaderna beror på skillnader i praxis. Denna slutsats stöds av att den antibiotika som förskrivs vid behandling av akut tandvärk och antibiotika, och den som förskrivs profylaktiskt vid installation av implantat, skiljer sig åt på samma sätt. Socialstyrelsens rekommendation är därför att vårdgivarna följer upp sin förskrivning av antibiotika och anpassar den till Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vuxentandvård [15] och Läke-medelsverkets rekommendationer för antibiotikabehandling i tandvården [16]. Under 2013 och 2014 var det flera landsting som utbildade personalen i rationell antibiotikaförskrivning.

Socialstyrelsen har i rapporten *Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar 2014* [17] redovisat antibiotika som förskrivits av tandläkare. Av figur 3:3 framgår att 25 antibiotikarecept utskrivna av tandläkare per 1 000 invånare hämtades ut under 2013 i Sverige. Det är en minskning med cirka 14 procent jämfört med föregående år. Skillnaderna mellan landstingen är dock fortsatt stora. Tandläkare förskriver till största delen fenylmetoxypenicillin (PcV) följt av amoxicillin, klindamycin och metronidazol. Kvinnor förskrivs mer antibiotika än män (figur 3:4). Orsaken till detta är inte känd men att kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning än män kan vara en bidragande orsak. Socialstyrelsen visade år 2013 att skillnaden mellan män och kvinnor är störst vid behandling av infektioner, men att det inte finns någon skillnad mellan könen vid profylaktisk förskrivning av antibiotika, till exempel vid implantatbehandling.

Under senare år har fokus riktats mot antibiotikaanvändningen i tandvården, bland annat genom redovisning av statistik och genom behandlingsrekommendationer. Detta är sannolikt en bidragande orsak till att förskrivningen har minskat sedan mätningarna startade 2006 (figur 3:4). Det är positivt att antibiotikaanvändningen i tandvården fortsätter att minska i nästan samtliga landsting. De regionala skillnaderna är dock fortsatt omotiverat stora. Vårdgivarna behöver även i fortsättningen följa upp och anpassa sin förskrivning av antibiotika till rekommendationerna, med sikte på en rationell antibiotikaanvändning i tandvården.

Figur 3:3. Antibiotikaförskrivning av tandläkare

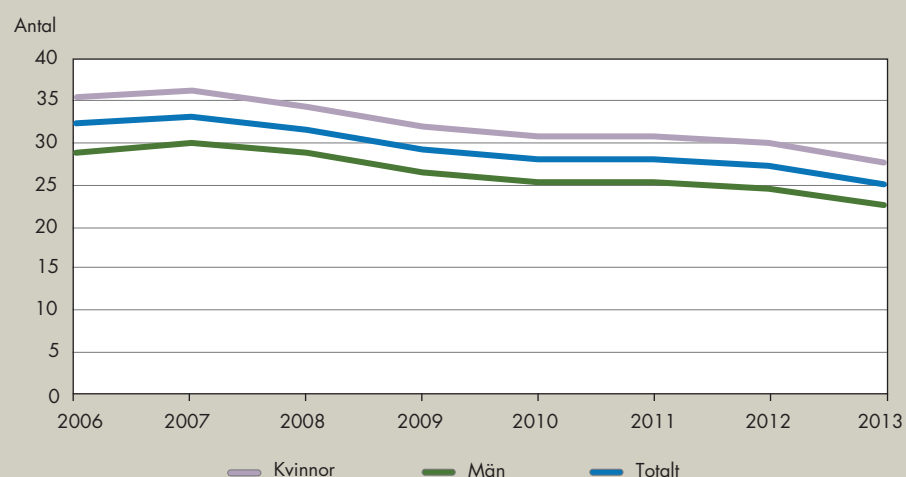
Antal förpackningar per 1 000 invånare, år 2013.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 3:4. Uthämtade recept på antibiotika förskrivna av tandläkare

Antal per 1 000 invånare, efter kön, år 2006–2013.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Säker tandvård

Fortsatt få anmälningar enligt lex Maria

Socialstyrelsen redovisade antalet lex Maria-anmälningar från tandvården år 2010–2011 i rapporten *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård* [14]. Myn-dighetens bedömning var att det finns en underrapportering av allvarliga händelser från tandvården och att en stor andel av rapporterna kom från den offentliga tandvården. I en rapport över tillsynen över tandvården presente-rade IVO statistik och iakttagelser i tillsynen för 2013 [18]. IVO:s samlade bedömning var att antalet anmälningar enligt lex Maria från tandvården är fortsatt lågt, men att de vårdgivare som gjort anmälningar ofta har fullgjort sina skyldigheter när det gäller att utreda händelsen och vidta åtgärder för att öka patientsäkerheten.

En stor del av de fall där tillsynsmyndigheten riktade kritik mot vårdgivare handlade om brister i journalföringen. Den rapport om journalföring inom tandvården som Socialstyrelsen, Försäkringskassan och TLV publicerade 2012 visade att journalföringen hade brister, vilket ledde till att det ofta är svårt att följa vilka diagnoser och bedömningar som har utförts och hur behandlingarna har genomförts [19].

Av IVO:s rapport från 2014 framgår att dessa brister i journalföringen inom tandvården kvarstår, och att de förutom att göra det svårt att bedöma vilken diagnostik och behandling som utförts, också utgör en patientsäker-hetsrisk eftersom till exempel koncentration och doser av förskrivna läkeme-del och preparat som använts vid behandlingen inte finns angivna i journalen.

Individanpassad tandvård

Tandvården får högt betyg av patienterna

Socialstyrelsen rapporterade 2013 att en hög andel (92 procent) av de personer som besöker tandvården känner sig respektfullt bemötta som individer och att tandvården generellt är patientfokuserad [14]. Av Svenskt kvalitetsindex mätning av befolkningens nöjdhet med olika verksamheter inom samhällsservice år 2014 framgår att tandvårdspatienter fortfarande är mycket nöjda med sina upplevelser av tandvården [20]. Detta gäller såväl i jämförelse med andra verksamheter inom samhällsservice som i jämförelse med andra branscher. Privata tandvårdskliniker har något högre andel nöjda kunder jämfört med Folktandvården.

Jämlik tandvård

Andelen som avstår från tandvård trots behov är oförändrad

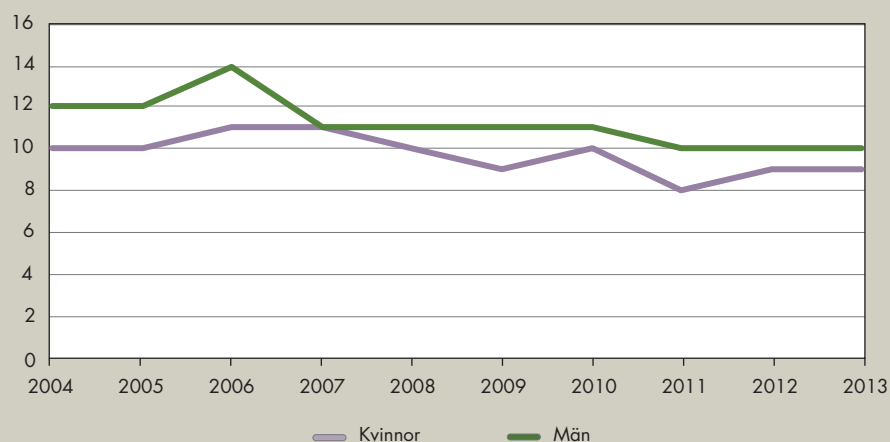
Nio av tio av dem som besvarade Folkhälsomyndighetens nationella folkhäl-soenkät *Hälsa på lika villkor* uppger sig ha en god tandhälsa (figur 3:5) [21]. Dessa uppgifter avser 2013. Sedan 2004 har utvecklingen av andelen perso-ner som rapporterar att de har en god tandhälsa haft en svagt positiv trend.

Men trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. För de grupper som rapporterar sämst tandhälsa – arbetslösa, personer med sjukpenning och utlandsfödda – är hälsotillståndet oförändrat eller försämrat jämfört med 2004.

Figur 3:5. Andel personer i befolkningen som anser sig ha dålig tandhälsa

Andel personer fördelat efter kön 16–84 år. År 2013.

Procent

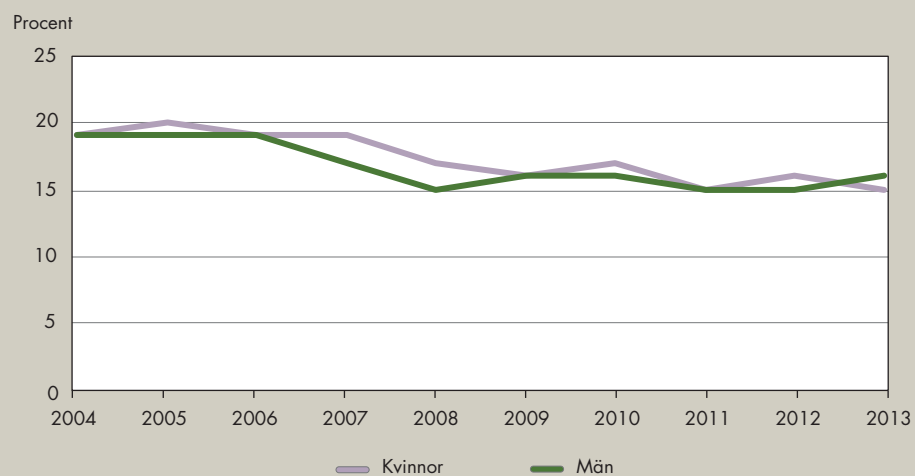


Källa: Folkhälsomyndigheten.

Andelen i befolkningen, 16–84 år, som har avstått från att söka tandvård trots att de har behov, var 15 procent år 2013. Andelen har minskat sedan år 2004 men har varit relativt oförändrad jämfört med år 2008 (figur 3:6). Det kan finnas olika skäl till att avstå från tandvård. I Folkhälsomyndighetens enkät uppgav 60 procent av de svarande att de avstått av ekonomiska skäl (figur 3:7). I Sverige är dock tandvården kostnadsfri för barn och ungdomar fram till det år man fyller 20 år, vilket gör att andelen som avstått från tandvård sannolikt i realiteten är något högre än så i befolkningen 20 år och äldre. Det finns även regionala skillnader i tandhälsa och vårdbeteende. Storstadsbor (boende i Stockholms-, Göteborgs- och Malmöregionerna) avstår oftare från tandvård. Det står i kontrast till att tillgången till tandvård generellt är bäst i dessa regioner. En förklaring kan delvis vara att det bor många utlandsfödda i dessa regioner, och det är en befolkningsgrupp som söker tandvård mindre ofta än andra (figur 3:8).

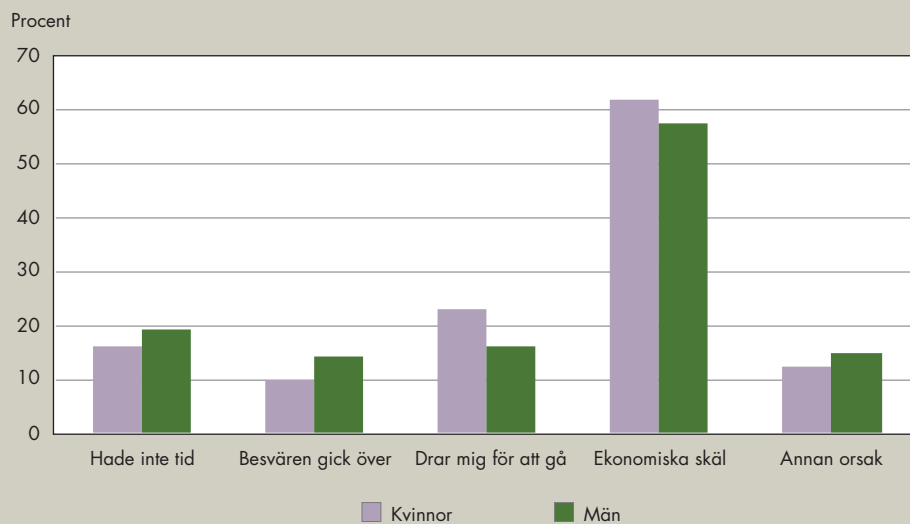
Figur 3:6. Andel personer som avstått tandvård

Andel personer som avstått tandvård trots behov, efter kön, 16–84 år. år 2004–2013.



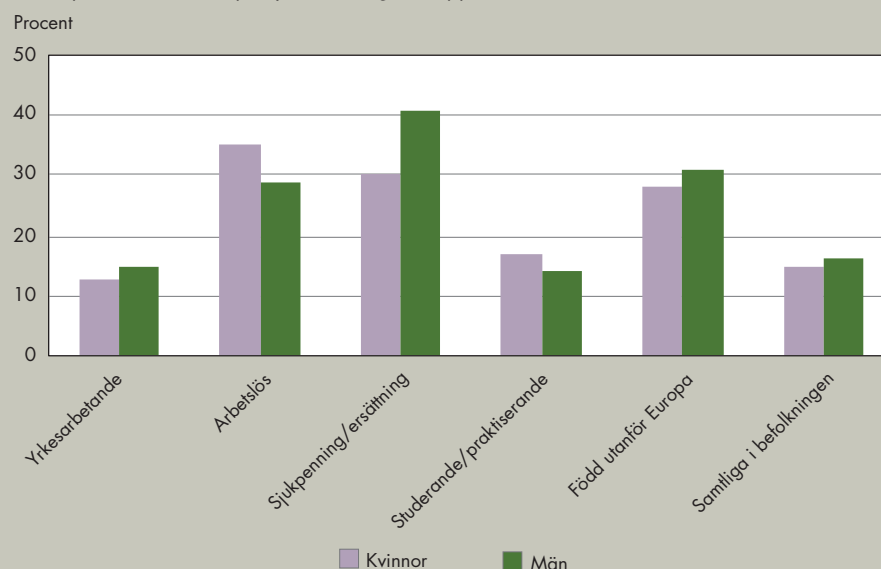
Figur 3:7. Orsak till att inte ha besökt tandvård trots behov

Andel personer efter orsak och kön, 16–84 år. År 2013.



Figur 3:8. Andel personer som avstått tandvård trots behov

Andel personer fördelat på sysselsättning och uppdelat efter kön, 16–84 år. År 2013.



Det finns fortsatt stora skillnader i tandvårdskonsumtion mellan olika grupper i befolkningen, visar resultaten i folkhälsoenkäten. Socioekonomiskt svaga grupper avstår i högre utsträckning än andra från att besöka tandvården trots behov, och personer födda utanför Europa avstår oftare än personer födda i Sverige. Att de grupper som uppger att de avstår från tandvård trots behov också oftare rapporterar att de har en dålig tandhälsa är en indikation på att det här finns ett jämlikhetsproblem. Folkhälsomyndighetens enkät vänder sig till vuxna, men svaren om besök i tandvården kan trots detta ha betydelse för barn och ungdomar. Socialstyrelsens rapport *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga* visade att barn och unga till föräldrar som själva inte besöker tandvården löper mer än fyra gånger högre risk att utebli från tandvårdsbesök än barn till föräldrar som besöker tandvården [3].

Små skillnader i hur mycket tandvårdsstöd olika inkomstgrupper får

Det statliga tandvårdsstödet för vuxna infördes 2008. Studier har visat att personer med låg inkomst besöker tandvården i lägre utsträckning än personer i samma ålder med högre inkomst. TLV har på regeringens uppdrag bland annat studerat om det finns skillnader i hur mycket tandvårdsstöd olika inkomstgrupper får. I rapporten *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet* redovisar TLV att det inte finns några större skillnader mellan olika inkomstgrupper när det gäller hur mycket tandvårdsstöd de får [1]. I de flesta åldersgrupper fick individer med högre inkomst inte mer stöd än individer med lägre inkomst med undantag för personer i åldrarna 20–40 år och personer över 80 år. I dessa åldersgrupper konsumerar de med lägst inkomst mindre tandvård och får därför mindre stöd än personer i samma ålder med högre inkomst. Vidare visar undersökningen att låginkomsttagare

tenderar att besöka tandvården i lägre utsträckning, men att de i gengäld konsumerar mer tandvård när de väl besöker tandvården.

Det skiljer sig också i vilka åtgärder låg- och höginkomsttagare väljer, på så sätt att låginkomsttagare generellt behandlas med billigare åtgärder. TLV:s rapport tog upp exemplet besök i tandvården på grund av tandvärk. Vid detta tillstånd kan man välja att dra ut eller rotfylla tanden. Att dra ut tanden är en billigare åtgärd än en rotfyllning, och studien visade att ju lägre inkomst patienten har, desto högre andel av behandlingarna utgörs av tanduttagningar.

Tillgänglig tandvård

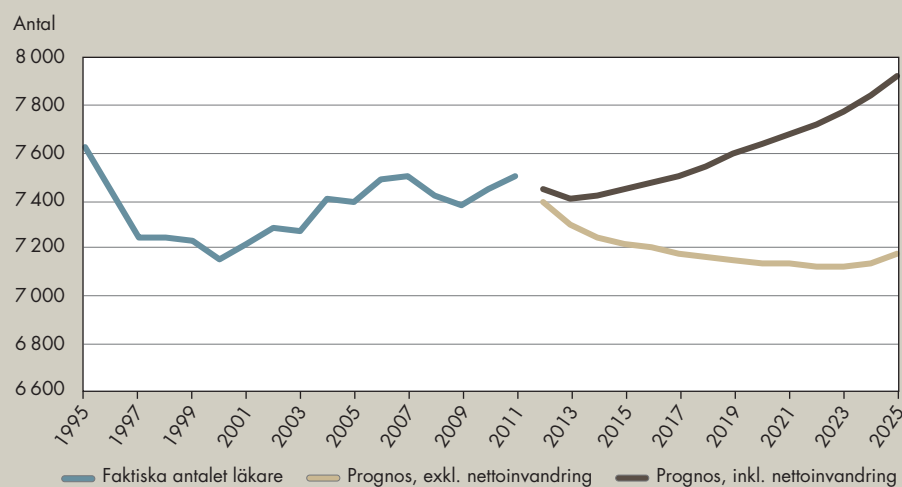
Osäker prognos om framtida tillgång på tandläkare

Socialstyrelsen presenterade 2014 en långsiktig prognos över den framtida tillgången på tandhygienister och tandläkare [22]. Prognosen visade att antalet tandhygienister sysselsatta inom tandvården kommer att öka med 24 procent fram till år 2025. Det innebär att omkring 4 700 tandhygienister förväntas vara sysselsatta inom svensk tandvård år 2025, mot dagens cirka 3 800 (uppgiften gäller 2011).

När det gäller tandläkare var prognosen osäker när det gäller tillgången på tandläkare till år 2025. Osäkerheten i prognosen hängde till stor del ihop med nettoinvandringen av tandläkare till Sverige. Vid ett scenario med en positiv nettoinvandring med 56 tandläkare årligen förväntas antalet tandläkare vara cirka 750 fler än vid en nollinvandring till år 2025. Det motsvarar en ökning av antalet tandläkare med 7 procent jämfört med 2011 (antalet tandläkare sysselsatta i tandvården 2011 var 7 500) (figur 3:9). Utan denna nettoinvandring visar prognosen i stället en minskning av antalet tandläkare med 4 procent fram till 2025.

Figur 3:9. Antal sysselsatta tandläkare inom tandvården

Antalet tandläkare sysselsatta inom tandvården år 1995–2011, samt prognos över antalet tandläkare sysselsatta inom tandvården år 2012–2025.



Källa: NPS-registret, Socialstyrelsen.

Oavsett hur tillgången på tandläkare utvecklas kommer fördelningen mellan antal tandläkare och antal tandhygienister att ändras. I dag finns det stora skillnader mellan olika landsting när det gäller antalet tandhygienister i förhållande till tandläkare, delvis beroende på olika strategier för personalsammansättningen mellan olika landsting. Strategierna för personalsammansättningen och arbetsfördelningen inom tandvården kommer tillsammans med en växande befolkning och utvecklingen av befolkningens tandhälsa att ha betydelse för tillgången på tandvårdspersonal i framtiden.

Val av betalningsmodell påverkar tandvården

För tandvård i Sverige finns det i dag två huvudalternativ när det gäller offentlig ersättning från staten och landstingen till vårdgivarna: styckepriser-sättning eller en fast summa per patient (capitation). Capitation används ofta inom barntandvården. Incitamenten för såväl patienter som vårdgivare påverkas av hur ersättningssystemet ser ut.

Möjligheten för vuxna att teckna avtal med vårdgivaren för tandvård till fast pris, så kallad abonnemangstandvård, har funnits i olika former under en längre tid. I och med att det statliga tandvårdsstödet trädde i kraft 2008 kom möjligheten att använda det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) som delbetalning för den som tecknade avtal om abonnemangstandvård som sträckte sig över tre år. År 2009 infördes en valmöjlighet i alla landsting och regioner för patienterna inom Folktandvården att betala sin tandvård med ett fast belopp under en treårsperiod. Utgångspunkten är att patienten betalar en premie utifrån en gruppering efter risken för tandvårdsbehov. Därmed skapas ett incitament både för patienten och vårdgivaren att öka de förebyggande åtgärderna och minska de reparativa (fyllningar och tandkronor). År 2013 utnyttjade 524 000 personer i Sverige sitt ATB som delbetalning för abonnemangstandvård. Av dessa var 55 procent kvinnor. Det totala antalet personer som 2013 använde sitt ATB var 3,85 miljoner. Således dominerar fortfarande systemet med styckeprisbaserad ersättning, men antalet patienter inom abonnemangstandvården ökar.

En viktig fråga om denna ersättningsform är om den bidrar till en förbättrad tandhälsa hos de personer som tecknat avtal jämfört med dem som använder det styckeprisbaserade ersättningssystemet. En studie publicerad 2014 visar att det fanns skillnader både i antalet utförda åtgärder och i typen av åtgärder mellan de två betalningssystemen [23]. Abonnemangspatienterna undersöktes i högre grad av tandhygienister, hade fler registrerade åtgärder av förebyggande typ och färre registrerade åtgärder av restaurerande typ jämfört med styckeprisbetande patienter. Resultaten indikerar att valet av betalningsmodell har inflytande på den vård som patienten får, men att även kliniskspecifika arbetssätt kan ha betydelse.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av det stöd som ges till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Analyserna av insatsen personlig assistans omfattar endast stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS.³²

I kapitlet utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden, till exempel kunskapsbaserad vård och omsorg, självbestämmande, tillgänglighet och säker vård och omsorg. I den mån det är möjligt redogör myndigheten för utvecklingen över tid. Kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning diskuteras i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Med funktionsnedsättning menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.³³ Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Vi använder begreppet funktionshinder när vi vill beskriva begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när politikområdet avses. Alla personer med funktionsnedsättning får inte insatser. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, och andra har av olika skäl inte ansökt trots att de skulle behöva stöd. Det här avsnittet är avgränsat till de personer med funktionsnedsättning som får insatser.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Kompetensen hos LSS-handläggare är hög; 95 procent av alla handläggningstimmar utförs av personer med socionomexamen. Under 2014 upphandlade Socialstyrelsen en nationell utbildning för handläggare av LSS-ärenden. Det ser annorlunda ut för baspersonal i verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.
- Anmälningar om allvarliga missförhållanden har ökat något sedan föregående år, men kunskapsnivån om lex Sarah är fortfarande låg i verksamheterna. Ansvariga, i både enskilda och offentliga verksamheter, behöver på ett mer strukturerat och tydligt sätt arbeta med att sprida kunskap om hur bestämmelserna i lex Sarah ska tillämpas.
- Det är fortfarande få beslut enligt LSS som följs upp inom ett år, och uppföljningen av besluten ökar inte i tillräckligt hög takt. För att enskildas

³² Analyser av assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken ingår inte i detta kapitel.

³³ Ytterligare information finns på Socialstyrelsens webbplats:

<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>

behov ska tillgodoses i så hög utsträckning som möjligt är det viktigt att fler kommuner förbättrar sin uppföljning.

- Anhörigstödet behöver bli bättre, särskilt när det gäller stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning. Bestämmelserna i SoL om anhörigstöd behöver få större genomslag. Det handlar bland annat om att kommunerna behöver bli bättre på att informera om vilket stöd de kan erbjuda, och om hur anhöriga kan gå tillväga för att ansöka om det. Kommunerna behöver dessutom utveckla dialogen med anhörig-, intresse- och patientorganisationer och ta vara på deras kunskaper och erfarenheter inom området.
- Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser med stöd av 6 § LSS, men andelen är fortfarande låg när det gäller överenskommelser med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Samverkan med dessa aktörer är viktigt för att skapa meningsfull sysselsättning och möjliggöra övergång till den reguljära arbetsmarknaden.
- Psykofarmakaanvändningen bland unga med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd är högre än bland övriga i åldersgruppen. Exempelvis använder 8,4 procent av pojkarna med ovanstående funktionsnedsättningar i åldern 13 – 17 år antipsykotika jämfört med mindre än 1 procent av de jämnåriga pojkarna. En del av användningen beror troligen på psykisk ohälsa men den kan också bero på att läkemedlen i vissa fall används för sina effekter på utåtagerande beteende.
- Tillgången till anpassad information om insatser enligt LSS har ökat, men är fortfarande begränsad. Till exempel har endast 9 procent av kommunerna översatt information till teckenspråk.

Aktuell utveckling

Personer med funktionsnedsättning kan få olika former av stöd från socialtjänsten om de inte själva kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt (4 kap. 1 § SoL). Även personer med funktionsnedsättning kan alltså få insatser enligt SoL, men vissa har dessutom rätt till insatser enligt LSS. För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de så kallade personkretsar som definieras i 1 § 1–3 LSS:

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

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa två lagar.

Enskilda aktörer ökar inom SoL

Personer med funktionsnedsättning kan beviljas till exempel hemtjänst eller särskilt boende, med stöd av 4 kap. 1 § SoL. I oktober månad 2013 var drygt 21 300 personer i åldern 0–64 år beviljade hemtjänst i ordinärt boende (tabell 4:1). Det sammanlagda antalet hemtjänsttimmar uppgick till 540 000.

Genomsnittsvärdet var 24,8 timmar per person, vilket är något högre än för personer över 65 år. Antalet personer med hemtjänst har sedan 2010 ökat med 40 procent [1].

Under samma period bodde drygt 3 900 personer i åldern 0–64 år i särskilda boendeformer, vilket var drygt 300 personer färre jämfört med föregående år [1].

Tabell 4:1. Antal insatser enligt SoL år 2010–2013, avrundade värden*.

	2010	2011	2012	2013
Hemtjänst	15 130	17 500	18 300	21 300
Särskilt boende	4 280	4 340	4 100	3 900

*Insatser enligt SoL är till och med 64 år.

Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 november 2010. Socialstyrelsen; 2011.

Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2011. Socialstyrelsen; 2012.

Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2012. Socialstyrelsen; 2013.

Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2013. Socialstyrelsen; 2014.

Andelen hemtjänsttimmar som utförs av enskilda aktörer (det vill säga i enskild regi) ökar, och i oktober 2013 utfördes omkring 32 procent i enskild regi. Motsvarande andel 2009 var 18 procent. Samtidigt minskar andelen personer i särskilt boende som drivs i enskild regi, från 27 procent till 25 procent [1].

LSS fortsätter att öka

År 2013 fick drygt 65 300 personer en eller flera insatser enligt LSS [2]. Det totala antalet insatser uppgick till 112 100, och den i särklass vanligaste är fortfarande daglig verksamhet som drygt 32 400 personer var beviljade (tabell 4:2). Män har totalt sett fler insatser än kvinnor, och deras andel utgör knappt 60 procent. Skillnaden återfinns i samtliga insatser.

Korttidstillsyn och korttidsvistelse är de vanligaste insatserna bland barn och unga upp till 22 år. Hos personer 23–64 år är i stället daglig verksamhet och boende de vanligaste insatserna.

Omkring 25 procent av dem med personlig assistans enligt LSS hade beviljats 20 timmar eller färre per vecka och 76 procent hade över 20 timmar per vecka.

Tabell 4:2. Antal personer 2013 med insatser enligt LSS uppdelat på kön och ålder, avrundade värden.

Insatser	Kvinnor			Män		
	0-22 år	23-64 år	>64 år	0-22 år	23-64 år	>64 år
Personlig assistans	420	1 140	300	560	1 170	290
Ledsagarservice	1 300	1 950	550	2 230	2 230	440
Kontaktperson	1 620	6 420	945	2 270	7 430	890
Avlösarservice	1 030	80	20	2 150	95	30
Korttidsvistelse	3 080	460	15	5 400	670	35
Korttidstillsyn	1 770	1	0	2 980	1	0
Boende, barn	440	4	0	770	9	0
Boende, vuxna	510	8 450	1 470	790	11 490	1 660
Daglig verksamhet	1 260	11 980	520	1 860	15 760	590

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2013.

Antalet insatser enligt LSS ökar (tabell 4:3). Sedan 2012 har andelen ökat med 1 procent och sedan 2009 med 7 procent. Alla insatser ökar dock inte, och ledsagarservice har exempelvis minskat med 10 procent sedan 2009. Ökningen inom personlig assistans har avstannat och antalet personer med denna insats är detsamma för 2012 och 2013.

Tabell 4:3. Antal insatser enligt LSS år 2009–2013, avrundade värden.

Insatser enligt LSS	2009	2010	2011	2012	2013
Personlig assistans	3 360	3 560	3 760	3 900	3 900
Ledsagarservice	9 640	9 290	9 160	8 700	8 700
Kontaktperson	19 150	19 500	19 460	19 600	19 600
Avlösarservice	3 380	3 390	3 390	3 400	3 400
Korttidsvistelse	9 980	10 010	9 880	9 700	9 700
Korttidstillsyn	5 140	5 160	5 010	4 800	4 800
Boende, barn	1 430	1 440	1 330	1 200	1 200
Boende, vuxna	22 870	23 430	23 920	24 400	24 400
Daglig verksamhet	28 970	30 250	31 150	32 200	32 200

Källa: Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2008. Socialstyrelsen; 2009.

Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2009. Socialstyrelsen; 2010.

Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2010. Socialstyrelsen; 2011.

Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011. Socialstyrelsen; 2012.

Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2012. Socialstyrelsen; 2013.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Mer kompetensutveckling av baspersonal behövs

En viktig del i arbetet för en kunskapsbaserad vård och omsorg är att arbetet utförs av personal med tillräcklig kompetens. Under 2014 verkade Socialstyrelsen för att öka kompetensen hos personal som kommer i kontakt med

personer med funktionsnedsättning. Myndigheten gav till exempel ut *Allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper för personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning*. Det är ännu svårt att överblicka vilka effekter de allmänna råden fått, men det finns exempel från verksamheter som rör hur många anställda som har den rekommenderade kunskapsnivån (se tabell 4:4) [3].

Tabell 4:4. Andel anställda inom respektive insats som uppfyller kunskapskraven i Allmänna råd (SOSFS 2014:2)

	Andel kommuner där samtliga uppfyller kraven	Andel kommuner där hälften eller mer än hälften uppfyller kraven	Andel kommuner där mindre än hälften eller inga uppfyller kraven	Andel kommuner som inte vet hur många som uppfyller kraven
Bostad med särskild service för vuxna	17	58	7	18
Avlösarservice	9	28	29	34
Ledsagarservice	5	34	31	30
Korttidshem	18	50	6	26

Källa: Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS (prel. data).

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar i sin tur att långt ifrån alla anställda inom LSS-verksamheter har en aktuell kompetensutvecklingsplan. I endast 60 procent av kommunerna har samtliga anställda inom bostad med särskild service en individuell kompetensutvecklingsplan. Motsvarande andel inom daglig verksamhet var något högre, 62 procent [4].

Några aktörer har till exempel inom ramen för Socialstyrelsens behovsinventering inom socialtjänsten påtalat att det behövs ytterligare utbildningsinsatser för den personal som ger stöd och service till personer med funktionsnedsättning [5]. Där framhåller exempelvis både FOU Västerbotten och Föreningen Social Omsorg behovet av kompetensutveckling för baspersonal. Nationella kompetensrådet inom funktionshindersområdet har i sin tur framhållit att Omvårdnadslyftet³⁴, eller en motsvarande satsning, även bör omfatta personal som arbetar med att ge stöd och insatser enligt LSS [5].

Högskoleutbildning för handläggare ökar kunskapen om funktionshindersfrågor

Kompetensen inom socialtjänstens handläggning av LSS är fortsatt hög, och 2013 utfördes 95 procent av samtliga handläggningstimmar av handläggare med socionomexamen. Motsvarande andel 2011 var 92 procent. Totalt 80 procent av handläggarna hade arbetat längre än ett år [4].

För att kunna handlägga frågor som rör personer med funktionsnedsättning behöver handläggare även kunskap om rättigheter för personer med funkt-

³⁴ Omvårdnadslyftet är en statlig satsning som syftar till att stärka både den grundläggande kompetensen bland äldreomsorgens personal och den kompetens som behövs för specialiserade uppgifter. Satsningen pågick under perioden 2011–2014. År 2013 började omvårdnadslyftet även gälla personal som med stöd av socialtjänstlagen arbetar med personer med funktionsnedsättning.

ionsnedsättning, olika funktionsnedsättnings konsekvenser för den enskilde i vardagen och olika typer av kommunikation som gör att den enskilde kan vara delaktig i utredningen. Under 2014 hade Socialstyrelsen därför i uppdrag att upphandla en nationell högskoleutbildning för handläggare av LSS-ärenden [7]. Utbildningen ger deltagarna ökad kunskap om rättssäker handläggning och om lagens möjligheter att ge den enskilde goda och jämlika levnadsvillkor. Första utbildningsomgången startade hösten 2014 och den sista planeras att genomföras 2016.

Säker vård och omsorg

Kunskapen om lex Sarah behöver öka

Enligt lex Sarah ska nämnden eller den som driver yrkesmässig enskild verksamhet snarast anmäla ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gäller även när det finns en påtaglig risk för att ett allvarligt missförhållande ska uppstå. Det är viktigt att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Arbetet sker på flera sätt, till exempel via IVO, genom verksamheternas eget kvalitetsarbete och genom anmälningar enligt lex Sarah i 7 kap. 6 § första stycket och 14 kap. 3–7 §§ SoL samt 23 e § första stycket och 24 b–24 f §§ LSS [6].

Under perioden januari–oktober 2014 fick IVO in 228 lex Sarah-anmälningar som rör insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning i åldrarna 0–64 år [8]. De flesta avser insatser enligt LSS, 198 stycken. Anmälningarna är något fler än föregående år [9]. Kunskapsnivån om lex Sarah är fortfarande låg i verksamheterna, enligt den senaste tillsynsrapporten från IVO. Ansvariga i både enskilda och offentliga verksamheter måste på ett mer strukturerat och tydligt sätt sprida kunskap om hur bestämmelserna i lex Sarah ska tillämpas. [10]

De beslutade ärendena är något fler än de inkomna, 291 stycken. Även här gäller majoriteten insatser enligt LSS, 258 stycken, och de flesta anmälningar rör bemötande och beviljade insatser som är felaktigt utförda (tabell 4:5). Men även fysiskt våld och övergrepp från personal eller medboende förekommer, liksom psykiska övergrepp och kränkningar.

Tabell 4:5. Andel Lex Sarah-anmälningar, inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning

Beslutade anmälningar, under perioden januari–oktober 2013.

Ärendet avser	SoL-insatser	LSS-insatser
Bemötande	6	4
Beviljad insats som är felaktigt utförd	7	96
Beviljad insats som inte är utförd	7	37
Ekonomiskt övergrepp	3	9
Fysisk miljö	1	3
Fysiskt våld/övergrepp medboende	4	23
Fysiskt vård/övergrepp personal	4	31
Insats mot enskilds vilja/inlåsnings	0	5
Psykiskt enskilds övergrepp/kränkning	2	21
Rättsäkerhet	3	11
Sexuellt övergrepp medboende	0	6
Sexuellt övergrepp personal	1	4
Övrig	6	30

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, oktober 2014.

IVO konstaterar också att allvarliga missförhållanden som anmäls enligt lex Sarah oftast beror på brister i rutiner och riktlinjer, något som även Socialstyrelsen framhöll i förra årets lägesrapport [9].

Fortfarande följer få kommuner upp beslut

Socialtjänstens beslut om insatser bör följas upp regelbundet. På så sätt blir det lättare för ansvariga handläggare att säkerställa att den enskilde får sitt behov tillgodosett och försäkras goda levnadsvillkor.

Det är dock fortfarande för få kommuner som följer upp samtliga beslut om insatserna bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS. År 2014 var andelen 12 respektive 14 procent (tabell 4:6). Andelen har ökat något under de senaste tre åren, men många kommuner behöver förbättra sin uppföljning eftersom detta är avgörande för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda på bästa sättet.

Omkring 70 kommuner följer inte upp något beslut om bostad med särskild service och daglig verksamhet inom ett år. Andelen uppföljda beslut minskar i takt med ett ökat antal ärenden per LSS-handläggare, vilket kan vara en förklaring [9].

Tabell 4:6. Andel kommuner som följer upp samtliga beslut om bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS 2012-2014

Insats	2012	2013	2014
Bostad med särskild service	11	15	12
Daglig verksamhet	13	17	14

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2014.

Individanpassad vård och omsorg

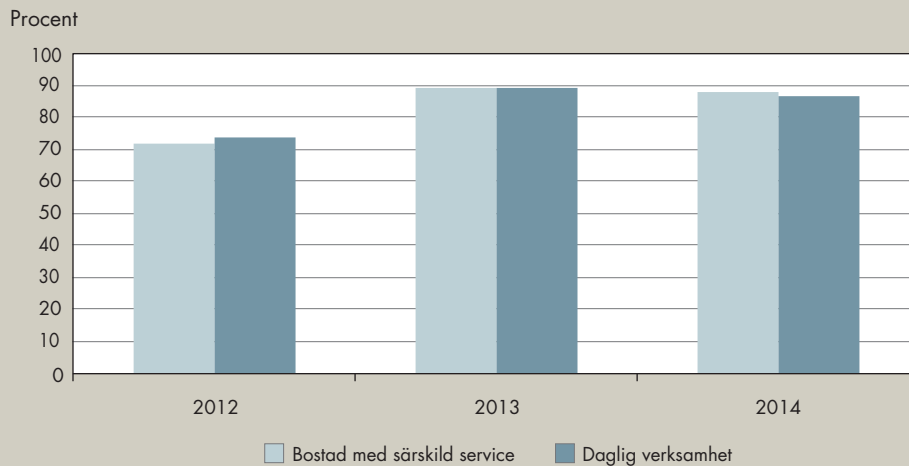
Ökningen av andelen genomförandeplaner har avstannat

Ett exempel på individuellt inflytande över stöd, service och omsorg är genomförandeplanen, det vill säga den vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för en enskild. Genom planen tydliggörs för både den enskilde och personalen vad som ska göras och vem som ska göra vad, när och hur. Enligt 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5 bör genomförandeplanen utformas tillsammans med den enskilde och eller med hans eller hennes anhöriga, och den används både i samband med pågående insatser och åtgärder samt för uppföljningar och utvärderingar.

Många enskilda är delaktiga vid utformningen av sina egna genomförandeplaner; andelen är cirka 90 procent av landets dagliga verksamheter samt bostäder med särskild service (figur 4:1). Andelen har ökat över tid, för 2012 låg motsvarande andel på omkring 70 procent. Utvecklingen är alltså positiv men bör dock tolkas med försiktighet då indikatorerna inte är helt jämförbara över tid [4].

Figur 4:1. Andel enskilda som är delaktiga i utformningen av sin genomförandeplan, 2012–2014

Andel enheter där samtliga enskilda med en genomförandeplan också är delaktiga i utformningen av den.



Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2014.

Kunskapen om enskildas delaktighet kompletteras av IVO, som under 2014 publicerade en rapport om barn som bor i hem för vård och boende (HVB) eller bostad med särskild service enligt LSS [11]. En majoritet av barnen i LSS-boende uppger att de oftast eller alltid får vara med och bestämma (68 procent). Samtidigt upplever 8 procent att de sällan eller aldrig får påverka och bestämma. I rapporten framkommer också att omkring 70 procent av barnen tycker att personalen lyssnar på deras synpunkter och klagomål, medan en mindre andel (11 procent) tycker att personalen sällan eller aldrig lyssnar [11].

Socialstyrelsen kan konstatera att allt fler enskilda är delaktiga i utformningen av sin genomförandeplan. För att ytterligare främja utvecklingen har myndigheten tagit fram ett kunskapsstöd [12]. Det publicerades i november 2014 och under 2015 fortsätter arbetet med att sprida detta stöd.

Enligt kunskapsstödet är det önskvärt att handläggaren är med vid uppföljningen av genomförandeplanen, åtminstone någon gång då och då [12]. För handläggaren kan det vara ett smidigt sätt att samtidigt följa upp nämndens beslut, och förutsättningarna för uppföljning av beslut ökar (se avsnittet om uppföljning av beslut).

Anhörigas situation behöver uppmärksammas mer

Anhöriga ger ett omfattande stöd till sina närstående och det får många gånger konsekvenser för den anhörige, enligt Socialstyrelsens *Anhöriga som ger omsorg till närstående*. Myndigheten konstaterar bland annat följande:

- Anhörigstöd ersätter i vissa fall samhällets insatser, antingen för att de anhöriga vill ha det så eller för att insatserna inte upplevs vara tillräckliga.
- Föräldrar som vårdar sina barn påverkas i högre grad negativt inom områden såsom förvärvsarbete och ekonomi, jämfört med dem som till exempel vårdar sin make eller maka.

För de flesta anhöriga får omsorgen inga större konsekvenser för livskvaliteten, men studien visar att de som ger mycket omfattande omsorg löper en stor risk för att ha en sämre livskvalitet. Anhöriga till barn med funktionsnedsättning tillhör många gånger den gruppen. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten även att hälso- och sjukvården och socialtjänsten därför måste uppmärksamma de anhörigas situation i ett tidigt skede och aktivt erbjuda stöd och hjälp [13].

Sedan 2009 finns en bestämmelse i 5 kap. 10 § SoL, som anger att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”. Socialstyrelsen har i uppdrag att vägleda kommunerna i hur de ska tillämpa denna bestämmelse och gav därför ut en vägledning 2013 [14]. Myndigheten följer också årligen upp de konsekvenser lagändringen får för enskilda personer. I uppföljningarna under 2010–2013 samt i Riksrevisionens granskning av stöd till anhöriga omsorgsgivare konstateras att kommunernas stöd till anhöriga inte är tillräckligt flexibelt samt att det brister i kvalitet [15–18]. Riksrevisionen pekar även på vikten av att utveckla stödet så att det bättre tillgodoser enskilda individers behov.

Kommunerna behöver vidare bli bättre på att informera om vilket stöd de kan erbjuda, och om hur anhöriga kan gå tillväga för att ansöka om det. Detta konstaterar Socialstyrelsen i den senaste uppföljningen [19]. För att ytterligare öka kännedomen om bestämmelsen ger Socialstyrelsen ut mer informationsmaterial under vintern 2014/2015.

Parallellt med Socialstyrelsens arbete pågår även annat utvecklingsarbete. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) fick 2014 ett utvidgat grunduppdrag där personer med funktionsnedsättning numera ingår.³⁵ I början av 2015 kommer Nka att publicera en webbutbildning som bland annat vänder sig till personal i funktionshindrersomsorgen.

Samverkan mellan olika aktörer ökar

Många personer med funktionsnedsättning behöver insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Därför finns ett stort behov av rutiner för samverkan mellan LSS-området och andra kommunala verksamheter.

Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser³⁶ med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och andra aktörer (tabell 4:7). Ökningen är särskilt stor när det gäller överenskommelser med barnhabiliteringen och barnpsykiatri, där andelen fördubblats under de senaste tre åren. Utvecklingen ska dock tolkas med försiktighet då uppgifterna inte är helt jämförbara över tid [4].

Trots ökningen har långt ifrån alla kommuner samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och andra aktörer. Andelen är fortfarande anmärkningsvärt låg när det gäller enskilda ärenden med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, och 2014 var andelen 16 respektive 17 procent.

³⁵ Mer information finns på www.nka.se

³⁶ Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

Tabell 4:7. Andel kommuner som har aktuella överenskommelser mellan LSS-verksamheter och externa aktörer om samverkan i enskilda ärenden 2012–2014

Aktuell överenskommelse med	2012	2013	2014
Arbetsförmedlingen	8	12	16
Försäkringskassan	11	12	17
Landstingets vuxenhabilitering	25	27	38
Landstingets barnhabilitering	24	22	30
Landstingets vuxenpsykiatri	28	40	50
Landstingets barnpsykiatri	39	49	56

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2014.

Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med landstingens habiliteringsverksamhet är lägre, 22 procent för vuxenhabiliteringen och 27 procent för barn- och ungdomshabiliteringen. Andelen har inte ökat nämnvärt sedan året innan [2,5].

Överenskommelser på detta område mellan kommunen och landstinget är ett sätt att stärka stabiliteten, förutsägbarheten och kontinuiteten mellan huvudmännen. De regionala skillnaderna är dock stora, och andelen kommuner med samverkansöverenskommelser varierar mellan länen. Det finns också stora regionala skillnader i förekomsten av aktuella överenskommelserna med landstingets habiliteringsverksamheter. I Norrbottens och Hallands län har exempelvis inga kommuner någon överenskommelse när det gäller vuxenhabilitering. I förra årets lägesrapport konstaterade Socialstyrelsen att det även finns stora regionala skillnader inom habiliteringens verksamhet, och att habiliteringens omfattning är olika i olika delar av landet [9]. Resultaten från årets öppna jämförelser stärker de resultaten.

Jämlik vård och omsorg

Hög psykofarmakaförskrivning hos unga med funktionsnedsättning

Unga personer som tillhör personkrets 1³⁷ i LSS har en högre användning av psykofarmaka jämfört med andra i samma åldersgrupp (tabell 4:8). I gruppen ingår personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Den höga användningen gäller antipsykotika, lugnande, antidepressiva, sömnmedel och adhd-läkemedel. I personkrets 1 är det till exempel omkring 10 procent av pojkarna som använder antipsykotika. Andelen bland flickor i personkrets 1 är något lägre, 5–10 procent. Motsvarande andel bland övriga i åldersgruppen är knappt 0,5 procent, både för pojkar och för flickor.

³⁷ I personkrets 1 ingår personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Tabell 4:8. Förekomst av psykofarmaka, minst 3 uttag

Andel bland personer 13–21 år, uppdelat på kön, ålder samt personkretstillhörighet LSS, år 2013.

Kön/Ålder	Grupp	Neuro-leptika	Lugnande	Sömn-medel	Anti-depressivt	ADHD-läkemedel
Pojkar 13–17 år	Personkrets 1	8,4	3	11,5	8,4	25,6
	Övriga i åldersgruppen	0,2	0,2	0,1	0,7	3,6
Män 18–21 år	Personkrets 1	11,5	5	6,9	12,5	10,4
	Övriga i åldersgruppen	0,4	0,4	0,07	1,8	1,15
Flickor 13–17 år	Personkrets 1	5,4	4,5	11,2	9,5	16,9
	Övriga i åldersgruppen	0,2	0,4	0,6	1,4	1,6
Kvinnor 18–21 år	Personkrets 1	9,1	6,7	7,9	15,8	7,8
	Övriga i åldersgruppen	4,6	8,9	1,1	4	1,1

Källa: Registret över insatser enligt LSS och Läkemedelsregistret.

Behandling med kombinationer av psykofarmaka är vanligare bland unga i personkrets 1 än övriga i åldersgruppen, både mellan läkemedelsgrupper och inom samma läkemedelsgrupp (tabell 4:9 och 4:10). Kombinationer är särskilt vanligt i personkrets 1 i åldern 18–24 år, där 1 procent av pojkarna och 3 procent av flickorna åter flera preparat inom samma läkemedelsgrupp. Motsvarande andel hos övriga i samma åldersgrupp är mindre än 0,5 procent. Sådan kombinationsbehandling ställer krav på förskrivarens kompetens och möjlighet till uppföljning eftersom effekterna av läkemedlen kan bli svåra att utvärdera.

Tabell 4:9. Andel med kombination av flera psykofarmaka inom samma läkemedelsgrupp*

Andel bland personer 13–21 år uppdelat på kön, ålder samt personkretstillhörighet LSS, år 2013.

Kön Ålder	Pojkar		Flickor	
	13–17 år	18–21 år	13–17 år	18–21 år
Personkrets 1	1	0,3	0,8	3,3
Övriga i åldersgruppen	0,02	0,18	0,07	0,32

*minst tre uttag.

Källa: Registret över insatser enligt LSS och Läkemedelsregistret.

Tabell 4:10. Andel med kombination av 1–4 läkemedelsgrupper*

Andel bland personer 13–21 år, med psykofarmaka, uppdelat på kön, ålder samt personkretstillhörighet LSS, år 2013.

Kön/Ålder	Antal	1	2	3	4
Pojkar 13–17 år	Personkrets 1	71,1	24,4	4,1	0,4
	Övriga i åldersgruppen	81	16,6	2,1	0,4
Män 18–21 år	Personkrets 1	64,3	26,1	7,5	2,1
	Övriga i åldersgruppen	75,1	18,2	5,4	1,3
Flickor 13–17 år	Personkrets 1	67,8	28,1	3,4	0,6
	Övriga i åldersgruppen	74,6	20,7	4,3	0,4
Kvinnor 18–21 år	Personkrets 1	63	25	9	3
	Övriga i åldersgruppen	75	17,5	6,5	1

*minst tre uttag.

Källa: Registret över insatser enligt LSS och Läkemedelsregistret.

Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel är vanligen endast indicerat vid schizofreni och liknande tillstånd. Socialstyrelsen har därför svårt att se den höga och långvariga användningen hos unga i personkrets 1 som motiverad eftersom gruppen inte hade någon uttalad psykosproblematik. Att långvarigt behandlas med antipsykotiska läkemedel kan vara förenat med olika risker, bland annat metabola biverkningar, och det gäller särskilt vissa av preparaten och behandling av barn och ungdomar som är känsligare än vuxna [20].

Antipsykotiska läkemedel har förutom antipsykotiska egenskaper även en sederande och stämningsstabiliserande effekt. Läkemedlen kan därför även vara tillämpliga på beteendestörningar, till exempel utagerande beteende, aggressivitet och bristande impulskontroll. Personer med utvecklingsstörning, autism eller ett autismsliknande tillstånd har ofta olika former av beteendeproblematik, och troligen är det många gånger effekter på dessa som eftersträvas vid behandling med psykofarmaka, trots att det finns flera pedagogiska och kognitiva metoder för att hantera problemen.

Under de närmsta åren avser Socialstyrelsen att fördjupa analyserna inom detta område, bland annat genom att studera de förskrivande vårdenheter samt se i vilken utsträckning psykofarmaka används utan en psykiatrisk diagnos. I rapporten om förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och unga framför Socialstyrelsen en del förbättringsförslag, bland annat att IVO bör göra riktad tillsyn [20]. Socialstyrelsen bedömer att förbättringsarbetet inom området även bör vara positivt för personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.³⁸

I början av 2015 publicerade Socialstyrelsen ett utbildningsmaterial om jämlik vård som vänder sig till personal i hälso- och sjukvården. Utbildningsmaterialet omfattar bland annat bemötande och diskriminering av olika patientgrupper, exempelvis personer med funktionsnedsättning [21].

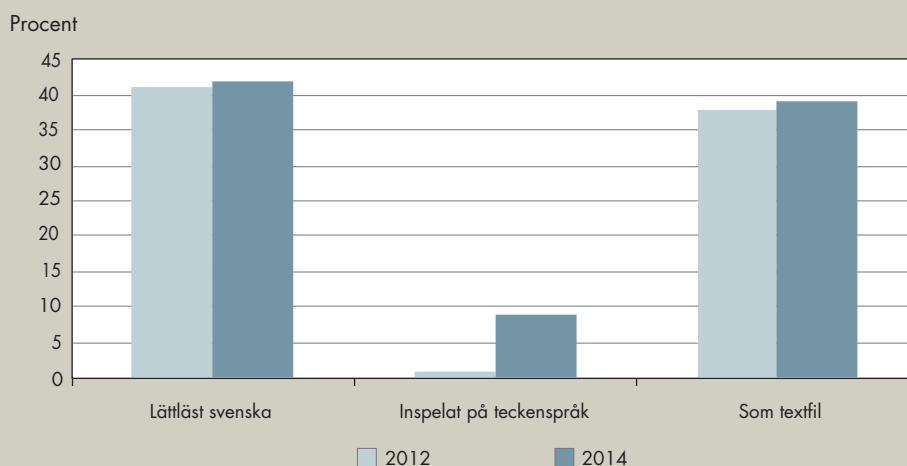
³⁸ Det vill säga personkrets 1, LSS.

Tillgänglig vård och omsorg

Information om LSS behöver målgruppsanpassas

Tillgången till anpassad information om insatser enligt LSS har ökat lite, men är fortfarande begränsad (figur 4:2). Omkring 40 procent av kommunerna har information på lättläst svenska och som textfil, men endast 9 procent har information översatt till teckenspråk.

Figur 4:2. Andel kommuner med tillgänglig information 2012 och 2014, uppdelat på alternativa format



Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2014.

Ett systematiskt tillgänglighetsarbete ökar förutsättningarna för att verksamheten ska vara tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. Ett exempel på sådant systematiskt arbete är att kontinuerligt inventera verksamheten ur ett tillgänglighetsperspektiv. På så sätt kan verksamheterna lättare identifiera tillgänglighetsbrister och förbättringsområden.

Knappt 50 procent av landets dagliga verksamheter har genomfört en tillgänglighetsinventering, och motsvarande andel inom bostad med särskild service är drygt 30 procent [4]. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens öppna jämförelser och bör tolkas med försiktighet då de flesta verksamheter svarade ”vet inte”.

Utan tillgänglig information blir det svårt för många personer med funktionsnedsättning att veta vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor. Den bristande tillgängligheten för personer med hörselnedsättning är särskilt anmärkningsvärd.

Tillgänglig information handlar inte bara om anpassade format. År 2010 hade omkring 10 procent av personer med insatser enligt SoL och LSS ett annat födelseland än Sverige [22]. Information om insatser enligt LSS bör därför finnas översatt till flera språk, men på kommunernas webbplatser saknas många gånger sådana översättningar. Under 2015 kommer Socialstyrelsen att kartlägga tillgängligheten på socialkontor och vårdcentralen, som en uppföljning av 2010 års kartläggning [23]. Myndigheten kommer att

inkludera detta perspektiv i den kartläggningen, för att ta fram mer kunskap och tydligare identifiera utvecklingsbehov.

Missbruks- och beroendevård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Omkring 40–80 procent av dem som försöker att förbli nyktra har ökad risk att återfalla inom tolv månader efter avslutad behandling. En tredjedel av kommunerna har följt upp resultaten av insatserna på individnivå, och endast 15 procent av kommunerna uppger att de sammanställt resultaten på grupp-nivå. En sammanställning på grupp-nivå bidrar till att synliggöra olika gruppers behov och därmed blir det lättare att planera verksamheten.
- Äldre personer med missbruks- och beroendeproblem riskerar att hamna utanför missbruksvården. En anledning är att omsorg inom äldreomsorgen sällan kombineras med insatser från socialtjänstens beroendevård i ett tvärprofessionellt samarbete. Det saknas ofta rutiner för intern samordning mellan äldreomsorgen och missbruks- och beroendeverksamheterna. Det är cirka en tredjedel av kommunerna som uppger sig ha sådana rutiner.
- Barn till föräldrar inom missbruks- och beroendevården är en risk-grupp som bör få stöd oavsett hur gamla de är och om de har synliga problem eller inte.
- Behovet av ett barn- och familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården är stort. Det förebyggande arbetet med tidiga insatser när barnen är små behöver stärkas.
- I endast 25 procent av kommunerna har alla genomförandeplaner under-tecknats av brukaren ifråga.
- Omkring hälften av kommunernas webbplatser saknar information om hur man kan överklaga ett beslut. Lika många kommuner saknar länkar till frivillig- och brukarorganisationer på webbsidan om in-formation om missbruk.

Aktuell utveckling

Behov av ett familje- och relationsperspektiv

Det finns ett behov av att utveckla ett barn- och familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården. Detta är även ett viktigt område i den nationella strategin för frågor som rör alkohol, narkotika, doping och tobak (ANDT) [1]. Under perioden 2011–2014 avsatte regeringen 12 miljoner kronor per år för att SKL, inom projektet Kunskap till praktik, skulle stödja missbruks- och beroendevården till att utveckla barn- och föräldraperspektivet. Arbetet inriktades på insatser som stärker föräldraskapet.

Ett mer kunskapsbaserat arbete inom socialtjänst och hälso- och sjukvård ökar insikten om att missbruk inte enbart är ett individuellt problem för den

som missbrukar utan att det påverkar hela familjen, inte minst barnen. Det finns flera studier som visar att om hela familjen involveras och får stöd förbättras kommunikationen i familjen och barnen mår bättre. Risken för återfall minskar också med ett familjeorienterat arbete [2].

I praktiken får ett familje- och relationsperspektiv också konsekvenser för arbetets organisering. Insatserna är i dagsläget vanligtvis specialiserade på antingen vuxna eller barn, och därför krävs ökad intern samordning mellan beroendemottagningar för vuxna och mottagningar för barn- och familjeenheter.

År 2012 initierade Socialstyrelsen ett utvecklingsarbete i fem kommuner för att samordna socialtjänstens utredningar och insatser för familjer med missbruksproblematik. Kommunerna har utarbetat rutiner och samordnade arbetssätt för att barn som lever i sådana familjer ska identifieras så tidigt som möjligt. Utredningar ska genomföras med tvärprofessionell kompetens, och kommunerna ska erbjuda lämpligt stöd till såväl barn och föräldrar som hela familjen. Vidare ska verksamheterna systematiskt följa upp det nya arbetssättet. Utvecklingsarbetet genomfördes i nära samarbete med Statens folkhälsoinstitut (numera Folkhälsomyndigheten) och SKL innan det avslutades i juni 2014.

Erfarenheter från utvecklingsarbetet i de fem kommunerna visar att det finns hinder för att införa ett samordnat arbetssätt, och framgångsfaktorer som skapar förutsättningar för att införa ett sådant arbetssätt.

Viktiga framgångsfaktorer har till exempel varit en aktiv och tydlig ledningsgrupp i utvecklingsarbetet, en fast struktur för samordning och konsultation, SKL:s fördjupningsutbildning och gemensam kompetensutveckling, positiv respons från brukare samt samarbete med organisationen Maskrosbarn³⁹. Bland hindren för ett samordnat arbete i familjer med missbruksproblematik finns till exempel otillräckligt stöd från chefer, hög personalomsättning, problem att få tid till gemensamma möten, professionskonkurrens och förändringströtthet.

Efter avslutat utvecklingsarbete arbetar kommunerna enligt sina samordnade arbetssätt i varierande grad och de planerar sin egen fortsatta utveckling.

Antal barn i familjer med missbruksproblematik

Samtidigt med förändringsarbetet i de fem kommunerna har SKL stöttat och stimulerat kommunerna att tillämpa ett barn- och familjeperspektiv i missbruks- och beroendevården.

Under 2012 gjorde SKL en nationell kartläggning för att få kunskap om föräldrar som får vård för missbruk och beroende samt om deras barn. Materialet från kartläggningen har analyserats vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) [3]. Enligt utredarna på CAN bor 4–5 procent av alla barn under 18 år i Sverige med en förälder som har missbruks- eller beroendeproblem, vilket innebär cirka 100 000 barn. Utre-

³⁹Maskrosbarn är en ideell organisation som stödjer ungdomar med föräldrar som missbrukar eller är psykiskt sjuka
www.maskrosbarn.org

darna menar att deras skattning bör ses som en minimiskattning av problemets omfattning, och att det kan vara ännu fler barn som lever med en förälder som har missbruks- eller beroendeproblem. Det finns även andra studier med liknande resultat [4]. Dessutom har hälso- och sjukvården sedan 2010 ett ansvar för att ge information, råd och stöd till bland annat barn vars föräldrar har missbruks- och beroendeproblem [5].

Underdiagnostik av alkoholrelaterade fosterskador

Enligt en uppskattning föds varje år 100 barn med alkoholrelaterade fosterskador i Sverige, och antalet är lågt räknat [6]. Under perioden 2006–2012 rapporterade hälso- och sjukvården in cirka 30 individer per år med diagnosen fetalt alkoholsyndrom (FAS) till Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister eller fosterskaderegister. Detta tyder på en underdiagnostik av ett tillstånd som innebär ett livslångt handikapp och där tidiga interventioner är av största vikt för att förhindra negativa långtidseffekter av de alkoholrelaterade skadorna.

Konsekvenserna av alkoholens skadliga effekter på foster, FAS, beskrivs för över 40 år sedan [7]. Skadorna manifesterar sig som tillväxthämning före och efter födseln, psykomotorisk utvecklingshämning, olika symtom som rör centrala nervsystemet och ett karakteristiskt ansiktsutseende. Detta är kriterierna för diagnosen FAS, tillsammans med ett dokumenterat alkoholmissbruk under graviditeten. Utöver de cirka 100 barn som beräknas födas med FAS varje år finns lågt räknat åtminstone 400 barn som har påverkats skadligt av alkohol under graviditeten, och fått fetala alkoholspektrumstörningar (FASD).⁴⁰ Socialstyrelsen anser att det är angeläget att säkerställa att barn som föds med alkoholrelaterade skador får en korrekt diagnos och därmed medicinskt korrekt behandling. En tidig diagnos möjliggör dessutom tidiga insatser som kan utgöra en skyddsfaktor för barnet under dess uppväxt [8].

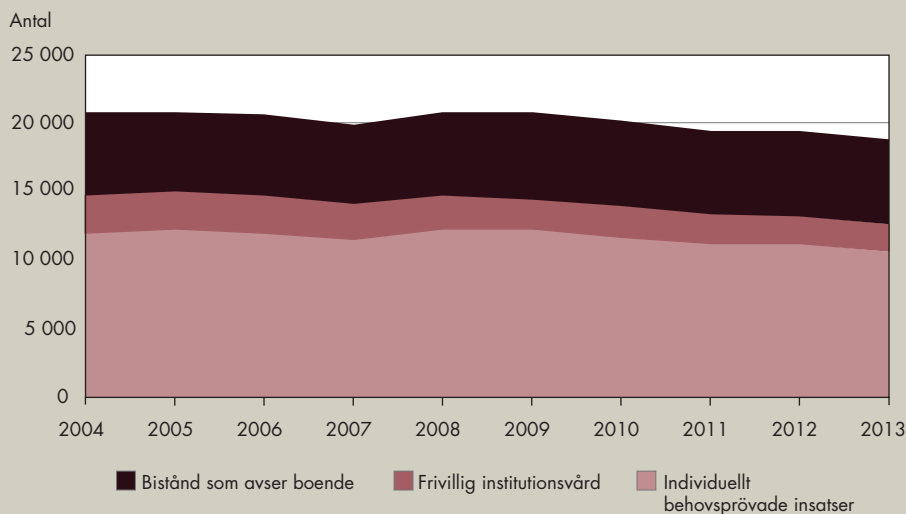
Socialtjänstens insatser till vuxna med missbruksproblem

Med Sveriges officiella statistik för 2013 som utgångspunkt redovisar Socialstyrelsen här vad som hänt inom socialtjänsten sedan föregående år och hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv.

Figur 5:1 visar översiktligt hur de tre vanligaste insatserna för socialtjänstens biståndsbeslut inom missbruks- och beroendevård har utvecklats under de senaste tio åren. Det framgår att antalet personer med bistånd minskade inom alla tre områden under perioden 2004–2013. Resurserna för vuxna med missbruks- och beroendeproblem fortsätter att minska, vilket diskuteras i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

⁴⁰ Den medicinska diagnosen FAS ingår i paraplybeteckningen FASD, fetala alkoholspektrumstörningar (Fetal Alcohol Spectrum Disorders). FASD omfattar alla typer av fosterskador orsakade av alkoholexponering under fostertiden.

Figur 5:1. Antal personer med bistånd som avser boende, vård/behandling eller omvårdnad enligt SoL 2004–2013



Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2004–2013.

Tabell 5:1 visar hur socialtjänstens olika insatser fördelar sig samt förändringar under de senaste fem åren. Under perioden har det skett en viss förskjutning mot ökad tvångsvård. Antalet personer som skrivs in på institution enligt lagen (1990:52) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, har ökat med 22 procent – 31 procent för män och 4 procent för kvinnor – medan samtliga frivilliga insatser enligt SoL har minskat sedan 2009.

Tabell 5:1. Antal kvinnor och män som den 1 november 2009 och 2013 har fått behovsprövade insatser, frivillig institutionsvård, bistånd som avser boende samt tvångsvård på institution

Procentuell förändring mellan 2009 och 2013. Avrundade värden.

Insatser	2009		2013		Förändring 2009-2013 (%)
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Individuellt behovsprövade insatser	3 800	8 500	3 400	7 300	-13
Frivillig institutionsvård	550	1 700	500	1 400	-11
Bistånd som avser boende	1 400	4 900	1 400	4 700	-2
Tvångsvård på institution	81	160	84	210	22

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem samt övriga vuxna år 2009 och 2013, Socialstyrelsen.

Institutionsvården i ett längre tidsperspektiv

Trenden med färre personer i frivillig institutionsvård och ett ökat antal personer i LVM-vård kan avläsas i den officiella statistiken även i ett längre perspektiv.⁴¹ Under perioden 2004–2013 minskade antalet personer som får

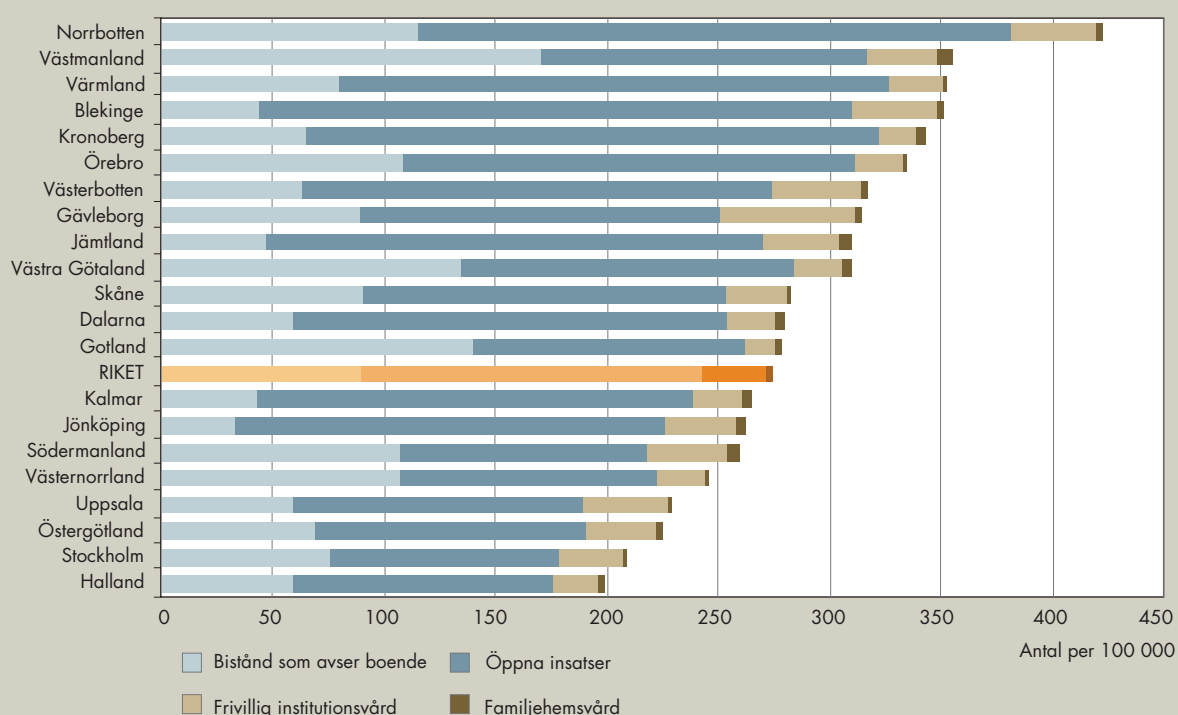
⁴¹ Tvångsvård enligt LVM sker efter beslut från förvaltningsrätten efter en ansökan från socialnämnden. Tvångsvården ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader.

frivillig institutionsvård med 31 procent bland män och 25 procent bland kvinnor. Samtidigt ökade antalet män som skrivs ut från LVM-vård med drygt 15 procent och antalet kvinnor med cirka 1 procent.

Regionala skillnader

Som framgår av figur 5:2 är det stora skillnader på länsnivå. Där har Norrbotten flest insatser per 100 000 invånare, med drygt 420 insatser, medan Region Halland har lägst antal insatser med knappt 200. Sammansättningen av de olika typerna av bistånd inom respektive län varierar också stort.

Figur 5:2. Socialtjänstens insatser till personer med missbruk den 1 november 2013, länsvis, antal per 100 000 invånare, 21-79 år

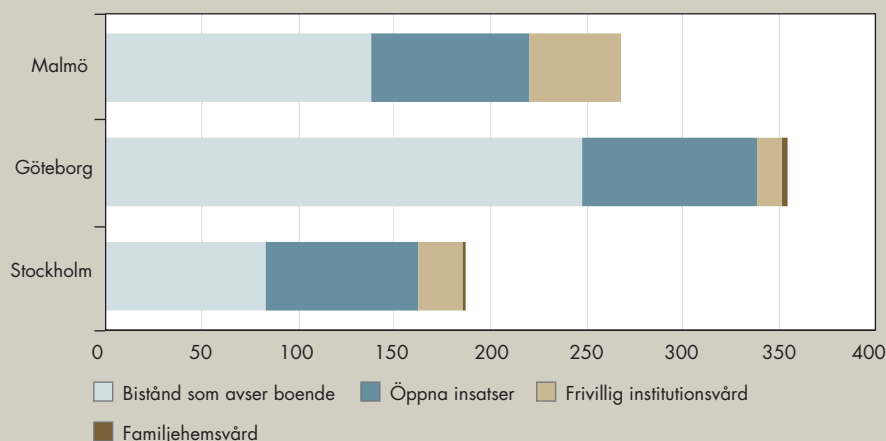


Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna, Socialstyrelsen.

Motsvarande uppgifter för de tre storstäderna visar också stora skillnader på kommunnivå (figur 5:3). Av Stockholm, Göteborg och Malmö har Göteborg flest insatser till vuxna per 100 000 invånare. Det är framför allt bistånd till boende som står för skillnaden.

Figur 5:3. Socialtjänstens insatser enligt SoL till personer med missbruk 1 nov 2013

Avser antal personer per 100 000 invånare, i storstäder, i åldrarna 21–79 år.



Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Nationella riktlinjer – andra upplagan

I slutet av mars 2014 publicerade Socialstyrelsen en preliminär version av de reviderade nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Under våren och hösten diskuterades denna version vid ett antal regionala seminarier arrangerade av landsting och kommuner runt om i landet. I samband med dessa seminarier genomförde landsting och kommuner en analys av hur dagens missbruks- och beroendevård ser ut i jämförelse med det som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Analysen bekräftar i stort det som tidigare konstaterats i utredningen *Bättre insatser vid missbruk och beroende* [9]: Tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende varierar, och användningen av läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är begränsad. Inom delar av missbruks- och beroendevården tillämpas redan flera av de metoder som rekommenderas i riktlinjerna vad gäller bedömningsinstrument och psykosocial och psykologisk behandling. Användningen varierar dock stort över landet och mellan olika verksamheter. Metoder i enlighet med riktlinjerna behöver införas på ett mer systematiskt sätt och i högre grad. Personal i de olika verksamheterna behöver därför fortbildning i hur riktlinjerna ska tillämpas och i utförandet av metoderna.

Ett problem inom området är att beroendekunskap endast är en liten del i många av utbildningarna för de berörda yrkesgrupperna. Utbildningsprogrammen för läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer innehåller vanligen inga eller mycket begränsade inslag om vård och behandling av missbruk och beroende. För att följa rekommendationerna i riktlinjerna behövs dessutom fler beteendevetare och legitimerade psykotrapeuter inom missbruks- och beroendevården.

Socialstyrelsen anser att rekommendationerna i de reviderade riktlinjerna kommer att kräva utökad samverkan, både mellan kommuner och landsting, och mellan olika kommuner. För att tillämpa riktlinjerna i verksamheterna behövs även samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och landstingens psykiatri, beroendevård och primärvård. Små kommuner måste samarbeta över kommungränserna för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling.

Systematisk uppföljning – ett eftersatt område

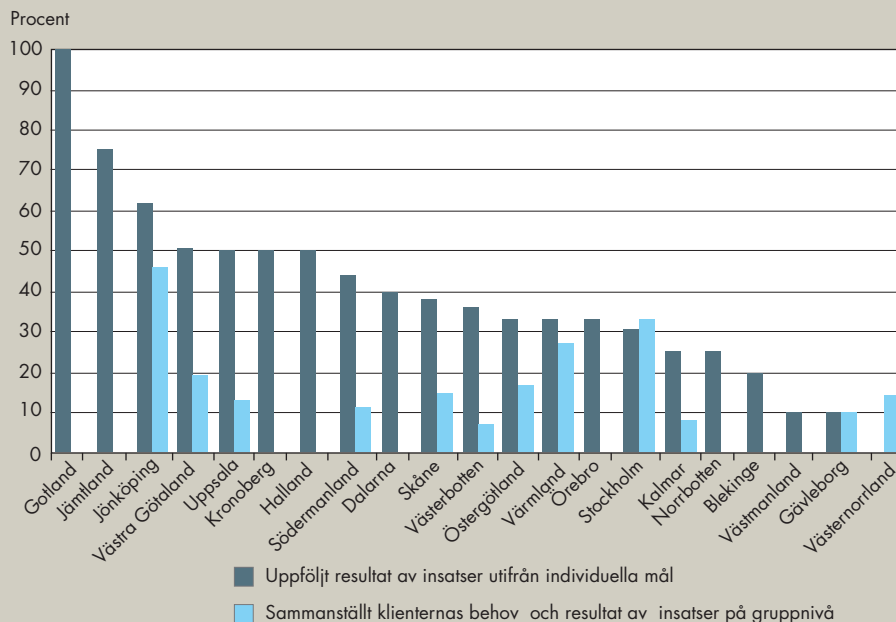
I Socialstyrelsens öppna jämförelser uppger 89 procent av kommunerna att de använder standardiserade bedömningsmetoder som underlag när de bedömer behovet av insatser till vuxna klienter med missbruks- och beroendeproblem [10]. Drygt två tredjedelar av kommunerna uppger att de kan erbjuda strukturerade öppenvårdsprogram som omfattar flera dagar i veckan.

Mer än hälften (54 procent) av kommunerna uppger att socialtjänstens personal under en tvåårsperiod fått kompetensutveckling för att stärka föräldrarollen i familjer med missbruk och beroende. Arbetet med detta barn- och föräldraperspektiv har också stått i fokus för många av SKL:s och Socialstyrelsens aktiviteter under de senaste åren. För att utvecklingen inte ska avstanna har SKL tecknat en överenskommelse med CAN som träder i kraft när Kunskap till praktik läggs ner vid årsskiftet 2014/15. Överenskommelsen innebär bland annat att CAN ska utbilda utbildare i fördjupningskursen "Att stärka barn- och föräldrastöd i missbruks- och beroendevården".

På frågorna i öppna jämförelser om systematisk uppföljning i verksamheterna uppger en tredjedel av kommunerna att de följt upp resultaten av insatserna på individnivå, men endast 15 procent av kommunerna uppger att de sammanställt resultaten på gruppnivå. En sammanställning på gruppnivå bidrar till att synliggöra olika gruppers behov och därmed blir det lättare att planera verksamheten. Det är framför allt storstäderna som genomfört ett sådant uppföljningsarbete och analyserat resultaten på gruppnivå. På länsnivå finns stora variationer och i hälften av alla län saknas helt kommuner som analyserat på gruppnivå, se figur 5:4. Uppgifterna i öppna jämförelser tyder således på ett stort förbättringsutrymme när det gäller systematisk uppföljning.

Figur 5:4. Uppföljning av resultat av insatser

Andel kommuner per län som följt upp resultat av insatser utifrån mål på individnivå och sammanställt klienternas behov och resultat av insatser.



Källa: Enkät, öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård 2013, Socialstyrelsen.

Återfallsprevention

I öppna jämförelser noteras ett stort utvecklingsutrymme för systematisk uppföljning inom kommunernas och landstingens verksamheter. Hela 90 procent av dem som försöker att förbli nyktra har minst ett återfall innan de uppnår nykterhet, och 40–80 procent har ökad risk att återfalla inom tolv månader efter avslutad behandling [10,11, 12].

Säker vård och omsorg

Personer med behov av olika insatser inom socialtjänsten ska få sina insatser samordnade. Med en formaliserad och strukturerad samordning i form av gemensamma skriftliga rutiner för handläggningen i enskilda ärenden ökar möjligheten att alla i familjen blir sedda och hörda och får det stöd och den vård de behöver. Rutiner kan också minska risken för godtyckliga bedömningar.

Rutiner för intern samordning mellan missbruks- och beroendeverksamheten inom socialtjänsten och andra verksamhetsområden har efterfrågats inom öppna jämförelser sedan 2011. En större andel kommuner uppger att de har sådana rutiner för intern samordning 2014 jämfört med 2011. Framför allt är det en större andel kommuner som har rutiner för samordning mellan missbruks- och beroendeenheten och enheten för ekonomiskt bistånd, och andelen har ökat från 52 till 77 procent.

Personer med beroendeproblem har en ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa och vice versa. De flesta landsting och gemensamt drivna beroendemottagningar har skriftliga rutiner för arbetet med personer med samsjuklighet, det vill säga psykisk ohälsa och missbruk eller beroende. Nästan hälften av kommunerna saknar dock aktuella rutiner för intern samordning med verksamheten som ger stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. I storstäderna har 80 procent av stadsdelarna formaliserat denna samordning i aktuella rutiner. I mellanstora kommuner med 30 000–70 000 invånare är andelen 38 procent, det vill säga knappt hälften så stor.

Lex Sarah

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för statistik över antalet lex Sarah-ärenden. Under 2014 fattades beslut om 28 ärenden inom missbruks- och beroendområdet. Detta kan till exempel jämföras med 136 beslutade ärenden inom barn- och familjeområdet.

Individanpassad vård

Den enskildes inflytande kan förbättras

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att kommunerna kan förbättra sitt arbete med att ta tillvara brukarnas synpunkter på olika sätt. Nya indikatorer som belyser brukarinflytande visar exempelvis brister när det gäller att brukaren ska underteckna sin genomförandeplan: i endast 25 procent av kommunerna har alla genomförandeplaner undertecknats av personen ifråga.

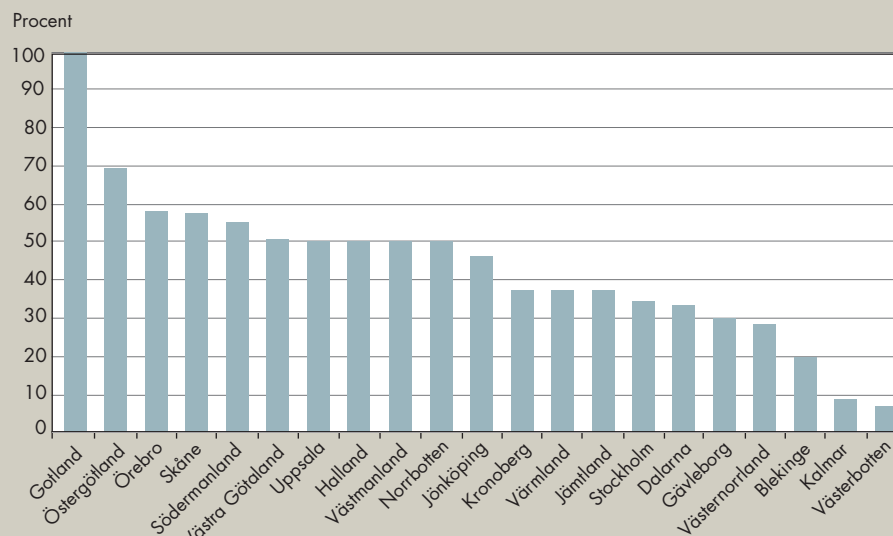
Stöd till anhöriga

I de öppna jämförelserna ställer Socialstyrelsen frågor om anhörigstöd. Resultaten visar att 70 procent av kommunerna rutinmässigt erbjuder stöd till vuxna närstående till de personer som har ett missbruks- och beroendeproblem. Vidare är det 67 procent av kommunerna som erbjuder stödinsatser till barn i familjen, och 18 av 21 landsting har skriftliga rutiner för att uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd när deras förälder har missbruks- och beroendeproblem.

Socialtjänstens serviceinsatser (insatser som ges utan prövning) ingår inte i Sveriges officiella statistik. År 2013 frågade Socialstyrelsen därför alla kommuner huruvida de ger stödinsatser som service eller som bistånd till anhöriga till personer med missbruksproblem. Figur 5:5 visar andelen kommuner per län som ger serviceinsatser.

Figur 5:5. Andel kommuner som ger anhörigstöd som service

Andel av kommuner som har insatsen anhörigstöd som service, år 2013.



Källa: Datainsamling av socialtjänstens insatser till övriga vuxna för år 2013, Socialstyrelsen 2014.

I öppna jämförelser 2014 uppger drygt 70 procent av kommunerna att de har ett uppföljningssystem för de insatser som inte kräver biståndsbeslut.

Stöd till barn med missbrukande föräldrar

Barn till föräldrar inom missbruks- och beroendevården är en riskgrupp som bör få stöd oavsett ålder och oavsett om det finns synliga problem i familjen eller inte. Det finns inga hållbara skäl, varken etiska eller ekonomiska, att vänta med stödinsatser tills de yngre barnen blir äldre [13]. Man förlorar i stället tid och agerar först när problemen blivit större, allvarigare och mer manifesterade. De barn som har särskilt stora problem är en riskgrupp inom riskgruppen och behöver mer stöd och mer riktade insatser än övriga.

Hur mår barnen?

SKL har kartlagt föräldrar i missbruks- och beroendevården och deras barn. I denna undersökning är föräldrarna informanter rörande barnets eventuella problem. Totalt ingår 3 749 barn under 18 år och 2 394 föräldrar [14].

Resultaten visar att könsskillnaderna är små när det gäller de olika problemen men pojkarna har genomgående en något mer omfattande problematik än flickorna. Mellan de olika åldersgrupperna är skillnaderna däremot stora. Ju äldre barnen är, desto vanligare är det att de enligt föräldrarna har olika problem. Exempelvis ska drygt 9 procent av barnen i åldersgruppen 13–17 år vara deprimerade, medan genomsnittet för hela gruppen är drygt 5 procent. Barn i åldrarna 7–17 år har dubbelt så hög risk att uppvisa problem som barn i åldersgruppen 2–6 år.

Vilka barn får hjälp?

CAN:s rapport visar att barn till missbrukande föräldrar inte får några stödinsatser förrän de själva får problem, och det lyfts fram som studiens mest centrala resultat [14]. Detta tyder på att man i dag inom missbruks- och

beroendevården inte arbetar förebyggande genom tidiga insatser när barnen är små. Av tabell 5:2 framgår att bara 14 procent av de barn som inte har egna problem får stödinsatser, medan 70 procent av de barn som har flest egna problem, och som utgör 5 procent av hela gruppen barn till missbrukande föräldrar, får stödinsatser.

Genom åren har Socialstyrelsen anordnat seminarier på temat gravida kvinnor med missbruksproblem, och i dem påtalar också representanter för mödrahälsovården svårigheterna att få till stånd ett samarbete med socialtjänsten kring dessa kvinnor. Socialtjänsten tackar ofta nej till samarbete med hänvisning till att det ännu inte finns något barn enligt representanterna. Förutsättningarna för tidiga insatser skulle förbättras om beroendevården konsekvent tillämpar barn- och familjeperspektivet och om det finns ett organiserat samarbete mellan socialtjänsten och mödra- och barnhälsovården.

Tabell 5:2. Andel barn som får stödinsatser fördelat på dem som inte har problem, har problem respektive har flest problem

	Andel som får stöd (%)
Inga problem	14
Har problem	47
Flest problem	70

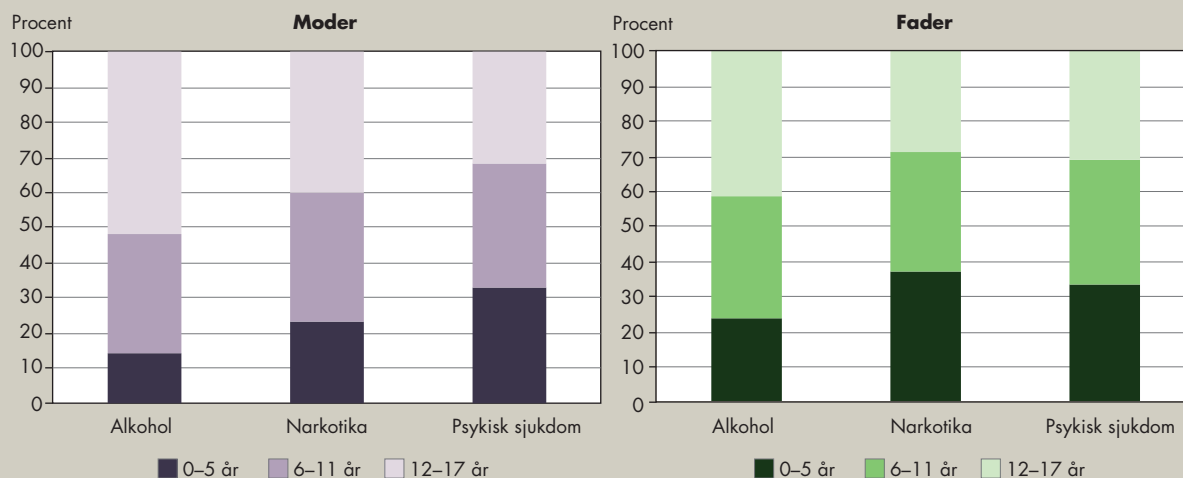
Källa: Leifman H, Raninen J. Barn till föräldrar i missbruks- och beroende-vård – en kartläggning av hur de mår och vilka som får stöd. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2014.

Resultaten i tabell 5:2 grundar sig på 13 frågor om olika typer av problem som föräldrarna besvarade för varje enskilt barn. Flest problem har de barn som har 4 eller flera av dessa problem. Rapporten visar vidare att det finns regionala skillnader. Knappt vart fjärde barn (24 procent) fick stöd. Dessa barn fördelar sig ojämnt mellan de olika länen. Det är dubbelt så vanligt att barn i vissa län får stöd än barn i andra län. Detta beror inte på att problem-bilden skulle vara tyngre i länen med störst andel stöd, utan det beror sannolikt till stor del på vårdstrukturella faktorer. Vissa län erbjuder helt enkelt i mindre utsträckning stöd till barn med förälder inom missbruks- och beroendevården. Det kan delvis bero på att bortfallet i undersökningen varierar mellan länen men skillnaderna är för stora för att detta skulle vara den huvudsakliga förklaringen. En angelägen uppgift är att undersöka varför det ser ut som det gör.

Barnets ålder vid förälderns första vårdtillfälle

I en registerstudie har forskare undersökt åldersfördelningen för barn vars föräldrar för första gången vårdas på sjukhus för alkoholmissbruk [4]. Det första vårdtillfället kommer ofta när barnen är tonåringar (se figur 5:6), och det innebär sannolikt att många av dessa tonåringar har haft en svår barndom.

Figur 5:6. Barnets ålder vid första ineliggande vårdtillfället



Källa: Hjern A, Manhica H A. Nationellt kompetenscentrum anhöriga Chess; 2013.

Som framgår av figuren ovan kommer föräldrar med psykisk ohälsa eller narkotikamissbruk in för vård betydligt tidigare i barnens liv än om de har alkoholproblem.

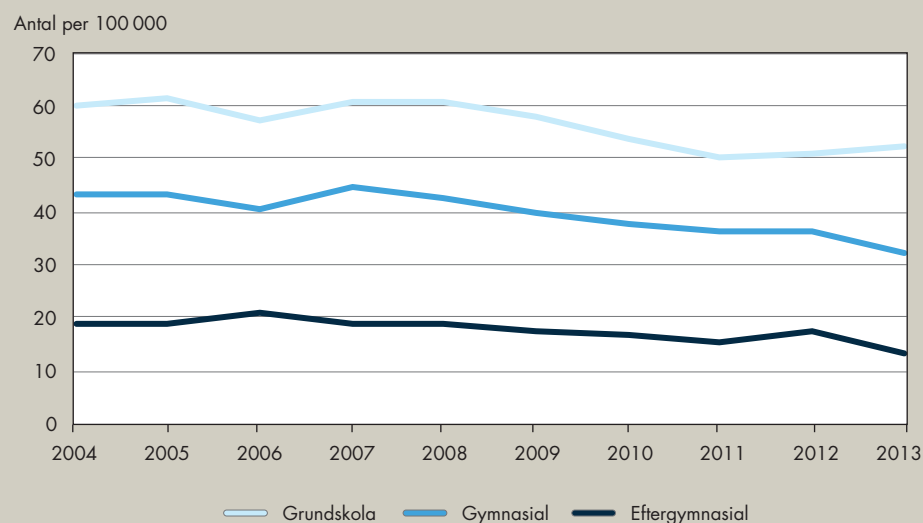
Jämlig vård och omsorg

Alkoholrelaterad dödlighet och sjuklighet

Den totala dödligheten minskade för samtliga utbildningsgrupper under perioden 1992–2013, men är högre för dem med låg utbildning jämfört med dem med hög utbildning [15].

Figur 5:7. Alkoholrelaterad dödlighet i olika utbildningsgrupper

Åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 invånare i åldrarna 35–79, år 2004–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

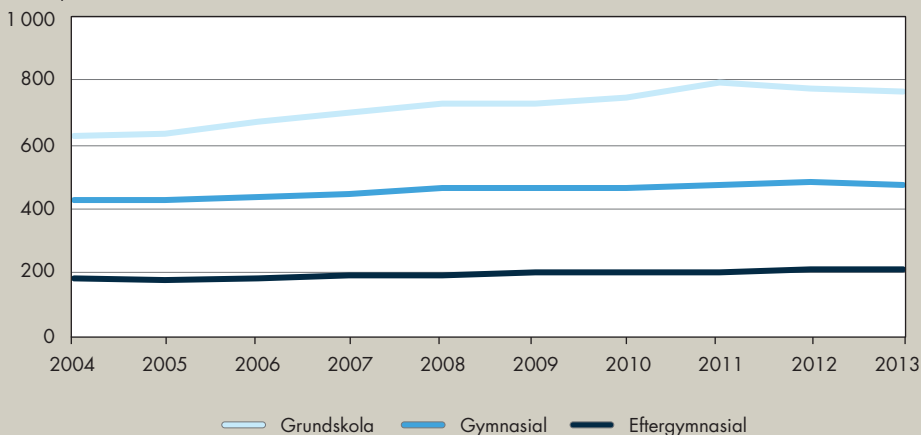
Den alkoholrelaterade dödligheten visar ett likartat mönster under den senaste tioårsperioden. Antalet dödsfall var strax under 2 000 i början av perioden, och minskade mot slutet till omkring 1 600–1 700 per år.

Nedgången i alkoholrelaterad dödlighet gäller alla utbildningsgrupper, men gruppen med lägst utbildning har drygt tre gånger så hög dödlighet som gruppen med högst utbildning (fig.5:7). Skillnaden mellan grupperna har varit tämligen konstant under perioden. Det är också stora skillnader mellan könen och dödligheten var flera gånger högre bland männen under perioden. Minskningen i dödlighet var samtidigt tydligare hos männen. Den generella nedgången syns inte hos äldre (65–79 år) där data i stället visar en ökad dödlighet. Det kan vara ett resultat av så kallade kohorteffekter som visar olika alkoholvanor vid olika tidpunkter bakåt i tiden.

Figur 5:8. Alkoholrelaterad sjuklighet fördelat på utbildningsnivå

Åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 invånare i åldrarna 35–79, år 2004–2013.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Den alkoholrelaterade sjukligheten har utvecklats annorlunda än dödligheten, och den har ökat under perioden (fig. 5:8). Utbildningskategorierna fördelar sig dock på ett sätt som liknar dödligheten (fig. 5:7, 5:8) och det finns en tendens till att skillnaden mellan utbildningsgrupperna ökar. År 2004 var sjukligheten 3,5 gånger högre bland dem med lägst utbildning jämfört med dem med högst utbildning, och 2013 var den 3,7 gånger högre bland dem med lägst utbildning. Könsskillnader finns även här i form av en högre alkoholrelaterad sjuklighet bland män. Skillnaden är dock inte lika uttalad som när det gäller dödligheten. Ökningen i alkoholrelaterad sjuklighet är något mer uttalad bland kvinnor jämfört med män, men från en betydligt lägre nivå.

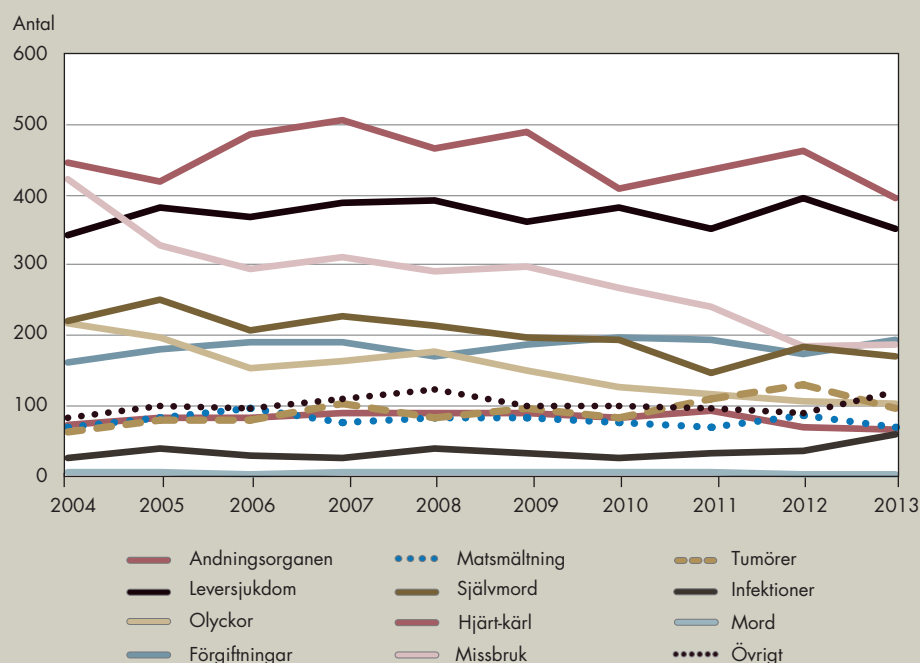
Underliggande och bidragande dödsorsaker för alkoholrelaterade dödsfall

Det totala antalet dödsfall sjönk under perioden, från drygt 2 100 till cirka 1 800 per år. Under samma period ökade även befolkningen, vilket tillsammans förklarar den sjunkande alkoholrelaterade dödligheten.

Den vanligaste underliggande dödsorsaken var under hela perioden hjärt- och kärl diagnoser visar figur 5:9. En annan vanlig dödsorsak är självmord (inklusive skadehändelser med oklar avsikt). Denna kategori minskar dock, vilket är en utveckling i motsatt riktning från den ökning som konstaterades bland de narkotikarelaterade dödsfallen som rapporterades i föregående års lägesrapport [16]. En ännu tydligare minskning kan noteras för olyckor som underliggande dödsorsak.

Figur 5:9. Alkohorelaterade dödsfall och underliggande dödsorsak

Antal alkoholrelaterade dödsfall per år och underliggande dödsorsak, alla åldrar, år 2004–2013.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Äldre personer riskerar att ställas utanför

Äldre personer med missbruks- och beroendeproblem riskerar att hamna utanför missbruksvården. En anledning är att omsorg inom äldreomsorgen sällan kombineras med insatser från socialtjänstens beroendevård i ett tvärprofessionellt samarbete. Dessutom saknas oftast rutiner för intern samordning mellan äldreomsorgen och missbruks- och beroendeverksamheterna. Det är bara cirka en tredjedel av kommunerna som uppger sig ha sådana rutiner [10].

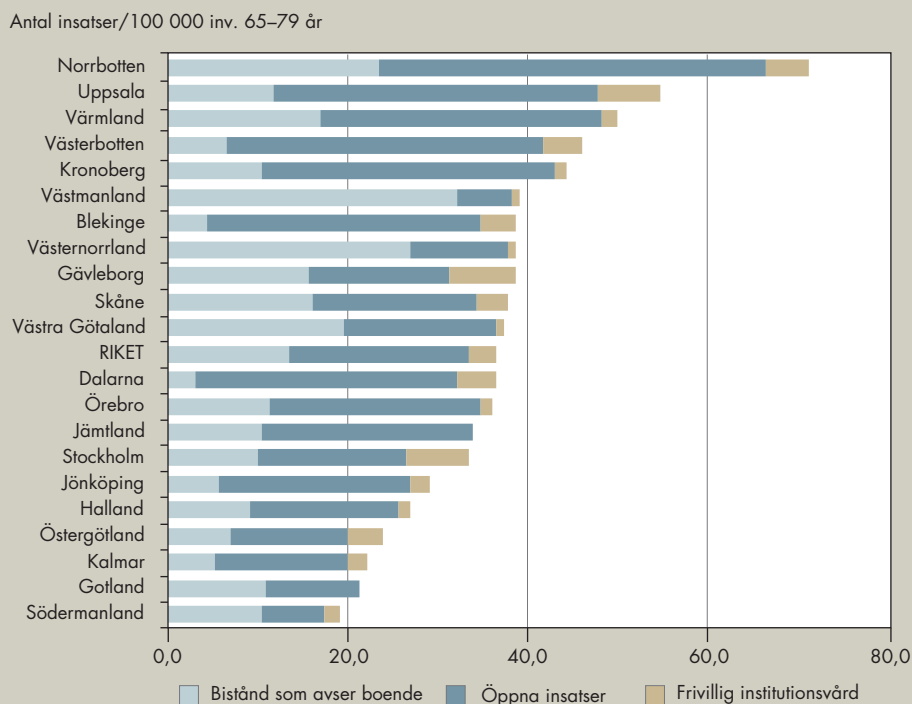
För att få en bild av läget i landet har Socialstyrelsen bearbetat uppgifter om insatser från socialtjänstens beroendevård till personer i åldern 65–79 år, både på länsnivå och per 100 000 invånare i åldersgruppen.

Resultatet visar att biståndsinsatser till personer i åldern 65–79 år varierar över landet, både i omfattning och i typ av insats. Den 1 november 2013 hade Norrbotten flest insatser per 100 000 invånare i åldersgruppen medan Södermanland hade minst antal, se figur 5:10.

Bistånd till boende var vanligast i Västmanland och minst vanligt i Dalarna. De öppna insatserna var vanligast i Norrbotten, där kommunerna i genomsnitt hade 43 pågående öppna insatser per 100 000 invånare, och minst förekommande i Västmanland med endast 6 öppna insatser per 100 000 invånare.

Frivillig institutionsvård var vanligast i Gävleborg med 7,4 pågående vårdtillfällen per 100 000 invånare den 1 november 2013, tätt följd av Stockholm och Uppsala som har 6,9 vårdtillfällen per 100 000 invånare.

Figur 5:10. Missbruksvård äldre. Antal insatser/100 000 invånare 1 november 2013 för personer i åldern 65–79 år inom socialtjänstens missbruksvård. Län och typ av insats.



Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem samt övriga vuxna, Socialstyrelsen.

Tillgänglig vård och omsorg

För personer med missbruks- och beroendeproblem är vårdens tillgänglighet mycket viktig. Motivation är en avgörande faktor för att vården ska ge resultat, och bristande tillgänglighet kan leda till att den enskildes motivation att ta itu med problemet minskar eller att missbruket trappas upp. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att nästan 80 procent av kommunerna kan erbjuda ett första personligt besök hos socialtjänsten inom en vecka. Endast 16 procent av kommunerna uppger dock att de kan erbjuda detta första möte inom tre dagar. Jämförelserna visar också att det är lättare att snabbt få en besökstid hos socialtjänsten i små kommuner [10].

Informationen på webben kan bli bättre

Omkring hälften av kommunernas webbplatser saknar information om hur man kan överklaga ett beslut. Lika många kommuner saknar länkar till frivillig- och brukarorganisationer på webbsidan för missbruk. Andelen kommuner som har sådan information på webben har dock ökat något sedan 2011. Vidare har 45 procent av kommunerna på webbsidan för missbruk- och beroende inom socialtjänsten en länk till anhörigorganisationer [10].

Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Antalet förväntade levnadsår med god hälsa har ökat och Sverige har bland de högsta förväntade levnadsåren i världen, om än med stora variationer på kommunnivå.
- Vården och omsorgen om äldre står inför en demografiskt betingad ökning av vård- och omsorgsbehoven samt stora pensionsavgångar bland befintlig personal.
- Möjligheterna för äldre att bo i särskilt boende har begränsats under de senaste fem åren. Behoven av boende ser olika ut inom äldregruppen. Vissa vill bo hemma så länge som möjligt med stöd av hemtjänst och annan service, medan en grupp behöver och önskar särskilt boende. Ett 80-tal kommuner anger att de har brist på särskilda boenden i förhållande till de äldres behov och ännu fler räknar med att ha det om fem år.
- Sverige har enligt internationella jämförande studier bland de sämsta resultaten när det gäller respekt för patientens individuella behov, preferenser och värderingar samt patienten som medaktör i vården. Sverige har därför stor förbättringspotential ifråga om hur hälso- och sjukvårdens personal bemöter och behandlar äldre personer.
- Kvaliteten i läkemedelsbehandlingen till äldre har förbättrats på flera sätt. Förskrivningen av läkemedel som är olämpliga för äldre minskade under perioden 2005–2013 med 41 procent. Samtidigt minskade även användningen av antikolinerga läkemedel som kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre, med 18 procent.
- Det finns stora skillnader mellan kommunerna i förekomst av fallolyckor bland den äldre befolkningen, vilket visar att dessa olyckor kan minska genom ett aktivt förebyggande arbete.

Aktuell utveckling

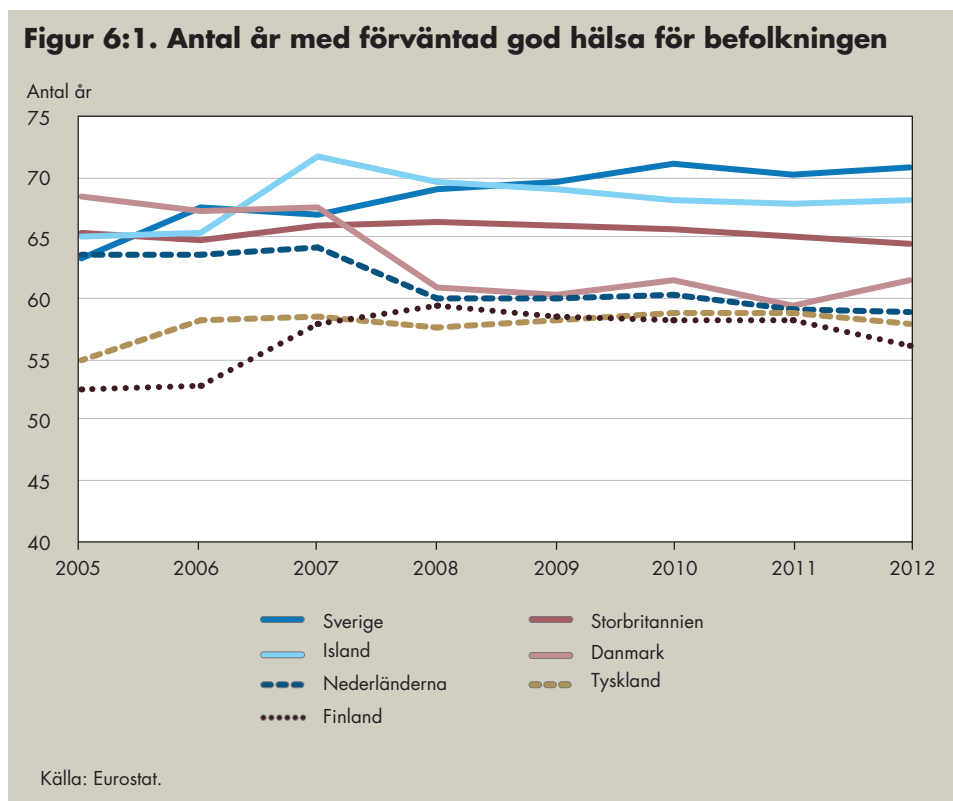
I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen den äldre befolkningens hälsoutveckling.

Flest år med god hälsa i Sverige

Personer 65 år och äldre utgjorde 19,4 procent av Sveriges totala befolkning 2013, varav 54,4 procent var kvinnor och 45,6 procent var män. Medellivslängden ökar fortlöpande och andelen 65 år och äldre förväntas bli cirka 23 procent 2030. Andelen personer 80 år och äldre förväntas öka från 5,3 procent 2013 till 7,5 procent 2030.

År 2012 förväntades att Sveriges befolkning i genomsnitt skulle leva 70,7 år med god hälsa. Antalet förväntade år med god hälsa har kontinuerligt ökat sedan början av 2000-talet och Sverige ligger i topp i en jämförelse med

andra länder. I till exempel Nederländerna och Finland är motsvarande antal 58,9 respektive 56,2 år (figur 6:1).



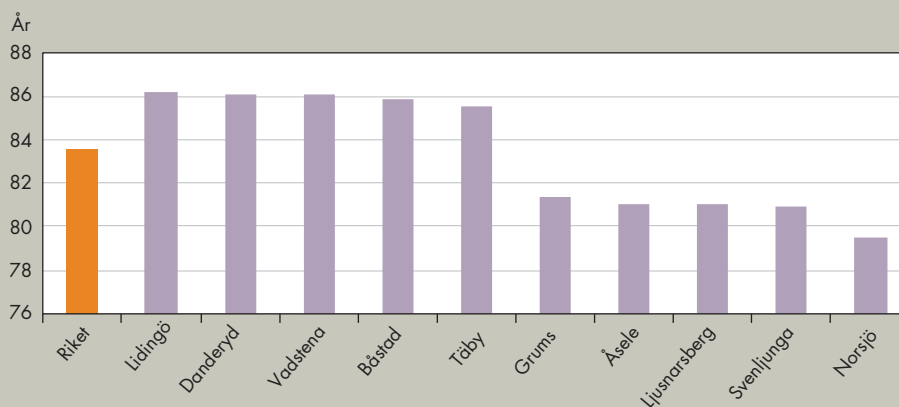
Sedan 2005 har antalet förväntade år med god hälsa ökat med omkring 12 procent för Sveriges befolkning. Ökningen är större i Sverige än i jämförbara OECD-länder.

Stora sociala och geografiska skillnader i medellivslängd

Antalet förväntade år med god hälsa är högt för Sveriges befolkning, i ett internationellt och historiskt perspektiv, men det finns stora variationer på kommunnivå i förväntad medellivslängd. År 2013 var den förväntade medellivslängden i riket 83,7 år för kvinnor. Högst var den i Lidingö med 86,2 år och lägst i Norsjö med 79,5 år. Skillnaden mellan högsta och lägsta kommunvärdet är 6,7 år.

Figur 6:2. Kommuner med högst respektive lägst förväntad medellivslängd för kvinnor

Förväntad medellivslängd i antal år, för kvinnor, efter kommun, år 2009–2013.

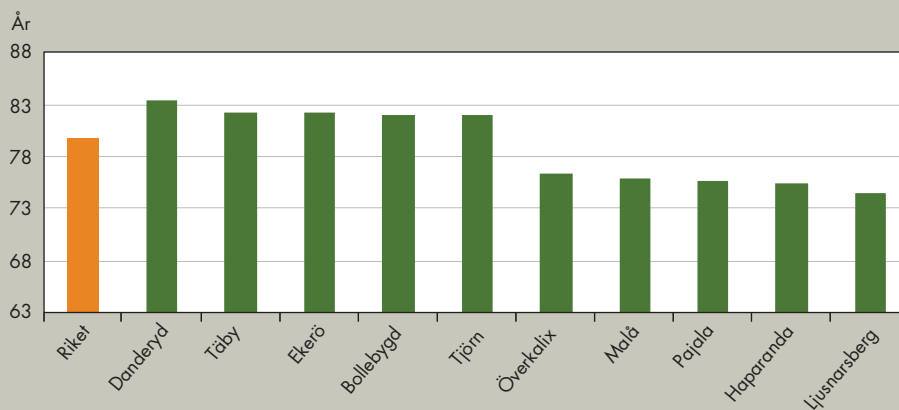


Källa: SCB, 2014.

I genomsnitt förväntas män i Sverige leva i 80,1 år, men skillnaderna på kommunnivå är större för män än för kvinnor, nästan 9 år. I Danderyd förväntas männen i genomsnitt bli 83,3 år och i Ljusnarsberg 74,4 år.

Figur 6:3. Kommuner med högst respektive lägst förväntad medellivslängd för män

Förväntad medellivslängd i antal år, för män, efter kommun, år 2009–2013.



Källa: SCB, 2014.

För riket totalt förväntas att personer 65 år och äldre, som är födda i Sverige och har förgymnasial utbildning, i genomsnitt lever 19,2 år efter 65-årsdagen, jämfört med 21,5 år för personer med eftergymnasial utbildning [1].

Resurser för vård och omsorg

Allt mindre andel äldre får offentlig omsorg

Andelen personer i åldrarna 80 år och äldre som får offentligt finansierad omsorg fortsätter att minska. Under de senaste fem åren har andelen som får hemtjänst i stort sett varit oförändrad, medan andelen i permanent särskilt boende har minskat från 15,6 procent till 12,9 procent (tabell 6:1). Även andelen personer 80 år och äldre som fått korttidsboende och dagverksamhet har minskat.

Tabell 6:1. Personer 80 år och äldre som har vissa insatser den 1 oktober respektive år, 2008–2013

Antal och andel i befolkningen, avrundade värden.

Årtal*	Befolkning 80 år och äldre	Därav:							
		med hemtjänst i ordinärt boende*		bor permanent i särskilt boende		korttidsboende		dagverksamhet	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2008	493 113	113 571	23	76 971	15,6	8 086	1,6	7 704	1,6
2010	496 904	116 000	23,3	73 740	14,8	8 063	1,6	7 562	1,5
2011	498 218	118 852	23,9	72 941	14,6	7 800	1,5	7 537	1,5
2012	498 148	118 823	23,9	70 410	14,1	7 171	1,4	7 234	1,5
2013**	497 717	115 235	23,2	64 301	12,9	5 932	1,2	6 481	1,3

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.

**Uppgifterna för 2013 avser genomgående verkställda beslut om insats. För åren 2008 – 2012 avser uppgifterna beviljad insats för hemtjänst i ordinärt boende, korttidsboende och dagverksamhet. Permanent särskilt boende har definierats på samma sätt under samtliga år. Socialstyrelsen har inte klarlagt vilken betydelse denna förändring har för uppgifternas jämförbarhet över tid. För år 2013 har Socialstyrelsen gjort en bortfallskomplettering, dvs. skattat värden för kommuner som inte lämnat uppgifter.

Källa: Sol-registret, Socialstyrelsen och befolkningsstatistik, SCB.

Tabellen visar att andelen personer 80 år och äldre i permanent särskilt boende minskade under 2008–2013. Minskningen var större för kvinnor än för män: 2,9 respektive 2,1 procentenheter. Denna utveckling sker samtidigt som andelen kvinnor i dessa åldrar som har hemtjänst ökade med 0,5 procentenhet och andelen bland män minskade med 0,3 procentenhet. För korttidsboende och dagverksamhet är minskningarna något större bland kvinnor än bland män.

Personer över 65 års ålder får även insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Under de senaste fem åren har drygt 200 fler personer som är 65 år och äldre fått personlig assistans och mer än 700 fler har fått assistansersättning från Försäkringskassan. Drygt 280 fler har fått en kontaktperson och nästan 890 fler en bostad med särskild service. Färre äldre har däremot fått råd och stöd. För övriga insatser är det små skillnader mellan åren 2008 och 2013 (tabell 6:2).

Tabell 6:2. Personer 65 år och äldre som har vissa insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) den 1 oktober åren 2008 och 2013

Insats	Antal personer*		
	År 2008	År 2013	Förändring
Råd och stöd	316	189	-127
Personlig assistans	390	606	216
Assistansersättning	1 912	2 629	717
Ledsagarservice	1 024	988	-36
Kontaktperson	1 560	1 842	282
Avlösarservice	58	51	-7
Korttidsvistelse	60	49	-11
Bostad med särskild service	2 491	3 377	886
Daglig verksamhet	1 003	1 025	22

*Flera insatser kan lämnas samtidigt till en viss person varför antal personer inte kan summeras.

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2008 respektive 2013, Sveriges Officiella Statistik, Socialstyrelsen samt Försäkringskassans statistik på deras hemsida.

Under de senaste sex åren har skillnaderna minskat när det gäller andelen som får insatser i åldrarna 60–64 respektive 65–69 års ålder. Detta gäller dock inte för daglig verksamhet, där andelen som fick insatsen år 2008 var 63 procent lägre i gruppen 65–69 år jämfört med personer i åldrarna 60–64 år. Motsvarande skillnad 2013 var 54 procent. Uppgifterna tyder på att många förlorar sin dagliga verksamhet i samband med att de uppnår 65 års ålder.

Olika utveckling av hemtjänst och särskilt boende mellan kommuner

För att få en mer sammansatt bild av resursutvecklingen är det nödvändigt att analysera förändringen på kommunnivå när det gäller andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst eller särskilt boende, mellan 2008 och 2013. Tabell 6:3 visar förändringarna av andelen äldre personer som får socialtjänstinsatser, och beskriver utvecklingen på nationell nivå för samtliga kommuner

Tabell 6:3. Förändring av andelen och antal personer 80 år och äldre som får hemtjänst och bor i permanent särskilt boende mellan åren 2008 och 2013

Antal och andel. (n = 254 kommuner).

Andel och antal som får särskilt boende	Andel och antal som får hemtjänst	
	Ökat	Minskat
Ökat*	33 (13 %)	16 (6 %)
Minskat	152 (60 %)	53 (21 %)

*Med ökat avses här oförändrad eller högre procentuell andel.

Källa: Officiell statistik, Socialstyrelsen, individstatistik och Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik.

Det finns mycket stora skillnader mellan kommunerna både ifråga om andelen som fick de aktuella insatserna 2008, och förändringarnas storlek och riktning fram till 2013. Analysen bygger på officiell statistik från 254 kommuner⁴² som lämnade uppgifter för båda åren, för både hemtjänst och särskilt boende. I 152 kommuner (60 procent) minskade andelen som fick särskilt boende samtidigt som en större andel fick hemtjänst. Näst vanligaste förändringen är en minskning av andelen som fick såväl särskilt boende som hemtjänst. En sådan förändring har skett i 53 kommuner (21 procent). I 33 kommuner (13 procent) ökade tvärtom andelen äldre som får hemtjänst och som får särskilt boende. I 16 kommuner (6 procent) ökade andelen äldre i särskilt boende medan andelen med hemtjänst minskade (tabell 6:3).

Brist på särskilt boende i många kommuner

Boverket genomför årligen en enkätundersökning riktad till kommunerna om särskilda boendeformer för äldre.

Enligt enkätsvaren för 2008 bedömer mindre än hälften av kommunerna att de täckt behovet av särskilt boende för äldre. Ett 40-tal kommuner bedömde 2008 att bristen på sådana bostäder skulle bestå även efter planerad utbyggnad [2]. Enligt enkätsvaren för 2014 bedömer 79 kommuner att de har underskott på särskilda boendeformer för äldre medan 21 kommuner bedömer att de har överskott. Drygt 90 kommuner gör bedömningen att deras behov av särskilt boende för äldre inte kommer att vara tillgodosett om fem år [3]. Antalet kommuner som gör bedömningen att det fortsatt kommer att vara brist på särskilda boendeformer ökade således mellan 2008 och 2014.

Ett halvt år efter inflyttningen till permanent särskilt boende har 22 procent av de flyttande avlidit efter ett år är andelen 33 procent och efter 18 månader har 41 procent avlidit. Andelen som avlider inom ett år är något högre för män än för kvinnor samt för dem som är över 80 år eller äldre vid inflyttningen, jämfört med dem som är 65–79 år. Det är alltså en betydande andel som avlider relativt kort tid efter inflyttningen, men 59 procent bor i särskilt boende under längre tid än 1,5 år.

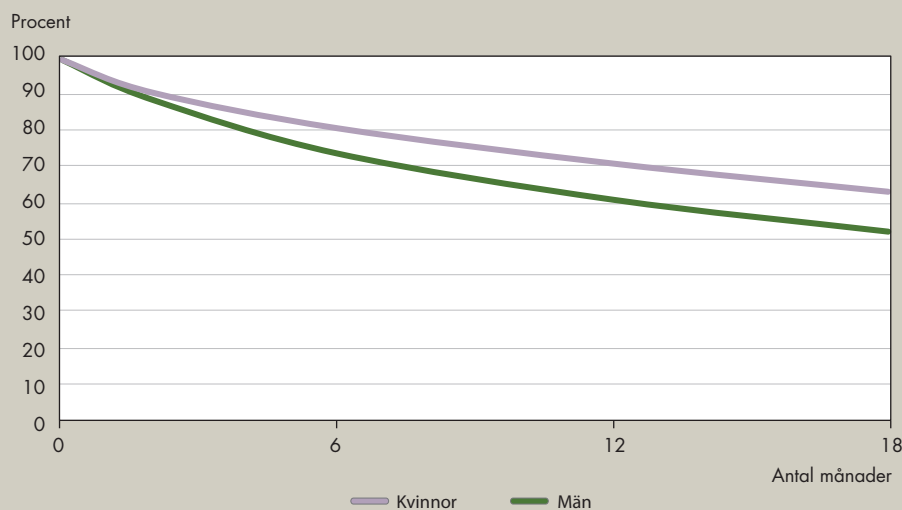
Socialstyrelsen har sambearbetat individuppgifter från socialtjänstregistret med dödsorsaksregistret för äldre personer som under andra halvåret 2012 flyttade till permanent särskilt boende i 180 kommuner.⁴³ Överlevnaden för dessa personer har följts upp till utgången av 2013, och resultatet framgår av nedanstående diagram (figur 6:4).

⁴² För resterande 36 kommuner saknas i Socialstyrelsens individstatistik uppgift för något av åren för någon av verksamhetsformerna.

⁴³ Dessa analyser är möjliga att genomföra med de månadsvisa uppgifter som nu samlas in. Än så länge begränsas dock uppföljningstiden av datatillgången.

Figur 6:4. Kvarlevande bland nyinflyttade på särskilt boende

Andel kvarlevande* bland personer 65 år eller äldre som flyttade in permanent på särskilt boende under 2012, fördelat efter kön och antalet månader sedan inflyttning.



* Överlevnad 18 månader efter inflyttning till permanent särskilt boende för personer som flyttade in under andra halvåret 2012 för 180 kommuner.

Källa: Socialtjänstregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Även enskilda kommuner har följt upp boendetidernas förändring över tid. I Stockholms stad minskade medelboendetiden åren 2009–2013, från 27,1 till 25,7 månader. Medelboendetiden 2013 var 2,8 månader kortare för personer i särskilt boende med somatisk inriktning än för dem i boende med demensinriktning. Under perioden minskade medelboendetiden mer för personer i äldreboenden med demensinriktning (3,9 månader) än för personer i enheter med somatisk inriktning (0,7 månader) [4].

Det krävs ytterligare studier för att kunna avgöra konsekvenser av senare års förändring av boendetider, sett i ett samhällsperspektiv och utifrån den enskilda individens behov.

Var tredje äldre som flyttar till särskilt boende har inga hemtjänstinsatser

Av de äldre som flyttade⁴⁴ till permanent särskilt boende under andra halvåret 2013 hade två tredjedelar hemtjänst innan de flyttade, med i median 46 timmar per månad. Halvåret före inflyttningen var de inlagda på sjukhus under tio dagar och gjorde ett öppenvårdsbesök inom specialiserad öppenvård.

Socialstyrelsen har analyserat de nästan 9 700 äldre som flyttade till särskilt boende under andra halvåret 2013. Drygt hälften av gruppen var kvinnor 80 år och äldre (tabell 6:4).

⁴⁴ Med flyttat avses att beslut om bistånd i form av särskilt boende verkställts.

Tabell 6:4. Äldre personer som flyttade till permanent särskilt boende under andra halvåret 2013

Fördelat efter ålder och kön samt antal och andel.

Kön/Ålder	Antal	Andel
Män	3 538	37
Kvinnor	6 151	63
Totalt	9 689	100
65–79	2 071	21
80 år och äldre	7 618	79
Totalt	9 689	100
Män		
65–79	968	10
80 år och äldre	2 570	27
Kvinnor		
65–79	1 103	11
80 år och äldre	5 048	52
Totalt	9 689	100

Källa: Officiell statistik, socialtjänstregistret, Socialstyrelsen, egen bearbetning.

Socialstyrelsen har undersökt hur många som beviljats hemtjänst och med hur många timmar per månad vid något månadsslut inom tre månader före inflyttningen. Resultaten visar att 64 procent hade hemtjänst. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, och högre bland dem som var 80 år och äldre jämfört med gruppen 65–79 år (tabell 6:5). Totalt 36 procent av dem som flyttade permanent till särskilt boende hade inte någon hemtjänstinsats. Däremot kan de ha haft korttidsboende, dagverksamhet, hemsjukvård eller icke-bistandsprövat anhörigstöd.

Tabell 6:5. Äldre med hemtjänst vid inflyttning till permanent särskilt boende

Andel som beviljats hemtjänst och antal hemtjänsttimmar per månad (median).

Kön/Ålder	Hemtjänst, flyttare (andel)	Hemtjänst, icke flyttare (andel)	Antal timmar hemtjänst/mån, flyttare (median)
65–79 år	55	3	47
80 år och äldre	66	27	46
Män	59	14	43
Kvinnor	67	26	48
Män:			
65–79 år	51	2	48
80 år och äldre	62	18	40
Kvinnor:			
65–79 år	59	4	47
80 år och äldre	69	31	48
Totalt	64	22	48

Källa: Officiell statistik, socialtjänstregistret och patientregistret, Socialstyrelsen, egen bearbetning.

Andelen med hemtjänst är som väntat betydligt högre bland dem som flyttade till permanent särskilt boende jämfört med en grupp med hemtjänst i motsvarande ålder och kön som inte flyttade till särskilt boende under den aktuella perioden, 64 respektive 22 procent.

De kvinnor som flyttade till särskilt boende och som beviljats hemtjänst hade 48 timmar (medianvärde) per månad och männen 43 timmar, vilket motsvarar 1,6 respektive 1,4 timmar per dag, vilket är en relativt begränsad hemtjänstinsats. Män över 80 års ålder får färre timmar hemtjänst än kvinnor och män i åldrarna 65–79 år, vilket sannolikt kan förklaras av att fler äldre män sammanbor med sin maka och därför beviljas färre timmar hemtjänst. Variationerna mellan kommunerna är mycket stora. Bland kommuner med minst 20 brukare var antalet hemtjänsttimmar i median 8–90 timmar per månad.

Socialstyrelsen har även undersökt antalet dagar i slutenvård och antalet besök i öppen specialistvård ett halvår före inflyttning, för de personer som under andra halvåret 2013 flyttade till permanent särskilt boende. Analyserna visar att de hade betydligt mer sjukhusvård än övriga äldre. De som flyttade till särskilt boende hade 10 slutenvårdsdagar i median, vilket kan jämföras med 0 dagar, vilket är medianen för äldre personer i motsvarande ålder och vid samma tid som inte flyttade till särskilt boende. Mycket talar för att belastningen på anhöriga är hög i dessa situationer. Variationen mellan kommuner som hade minst 20 inflyttare under perioden är stor, 0–19 dagar i slutenvård. När det gäller antalet besök i öppen specialistvård var ett besök medianvärdet för dem som flyttade in i särskilt boende, vilket kan jämföras

med medianen 0 för äldre personer i motsvarande ålder som inte flyttade till särskilt boende. Den betydligt högre förekomsten av sjukhusvård bland inflyttare till särskilt boende, jämfört med dem som inte flyttar dit, visar att akuta sjukdomstillstånd bidrar till behov av särskilt boende. Detta förhållande kan också vara en bidragande förklaring till att var tredje inflyttad inte hade någon hemtjänst.

Allt fler bland de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende

En allt större andel äldre personer som får omfattande vård- och/eller omsorgsinsatser (mest sjuka äldre⁴⁵) bor i ordinärt boende. De senaste åren är det cirka 17 procent av samtliga personer 65 år och äldre som fått sådan vård och omsorg. Antalet personer har ökat med drygt 15 000 personer.

Tabell 6:6. Mest sjuka äldre (65+ år), fördelade efter boendeform, 2008–2013

Antal och andel.

Årtal*	Alla äldre 65+ år	Därav:			Alla mest sjuka äldre 65+ år	Därav:	
		mest sjuka	mest sjuka i särskilt boende	mest sjuka i ordinärt boende		i särskilt boende	i ordinärt boende
	Antal	%	%	%	Antal	%	%
2008	1 645 081	17,5	31,2	68,8	288 249	33,0	67,0
2010	1 737 246	17,1	29,5	70,5	297 594	30,9	69,1
2011	1 784 668	17,5	28,8	71,2	312 583	29,1	70,9
2012	1 828 283	17,2	28,0	72,0	315 334	28,1	71,9
2013	1 872 207	17,2	27,0	73,0	322 033	26,4	73,6

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.

Källa: Patientregistret, SoL-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Som framgår av tabell 6:6 har det under de senaste sex åren skett en påtaglig förändring av boendeformen för äldre med stora vård- och omsorgsinsatser. År 2008 bodde 67 procent av de mest sjuka äldre i ordinärt boende och motsvarande andel år 2013 var 74 procent.

Fler vårdtillfällen men färre vårdplatser inom geriatrisk vård

Antalet vårdplatser inom geriatrisk hälso- och sjukvård fortsätter att minska. År 2009–2013 minskade de från 2 635 platser till 2 167 platser, även om antalet vårdtillfällen under perioden ökade från drygt 59 000 till drygt 62 000. Det innebär att medelvårdtiden inom geriatrisk slutenvård kortats med nästan fyra dagar under den senaste femårsperioden, från 16,2 dygn till

⁴⁵ De mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Operationellt avgränsas gruppen genom följande kriterier: fler än 19 dagar i slutenvård per år, fler än 3 inskrivningar i slutenvård per år, fler än 7 besök till specialistläkare i öppen vård per år, bor permanent i särskilt boende, har beslut om 25 timmar eller mer hemtjänst i ordinärt boende, beslut om insats enligt LSS eller beslut om korttidsboende.

12,3 dygn. Trots minskat antal vårdplatser i geriatrisk slutenvård har alltså antalet vårdtillfällen ökat, genom att medelvårdtiden minskat påtagligt [5].

Oförändrat antal seniorbostäder och trygghetsbostäder

Senior- och trygghetsbostäder är bostäder för äldre som fördelas på bostadsmarknaden och inte efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (2001:453). Vård och omsorg lämnas till personer i dessa bostäder på samma sätt som i andra ordinarie bostäder. Antalet senior- och trygghetsbostäder var ganska oförändrat åren 2008–2013, cirka 34 500 bostäder⁴⁶ [6, 7]. Under den föregående perioden 2000–2008 tillkom dock cirka 23 000 sådana bostäder. Av de senior- och trygghetsbostäder som fanns 2011 var cirka 8 500 tidigare lägenheter i särskilda boendeformer [7].

I Boverkets undersökning 2014 [6] uppger 115 kommuner (63 procent) att de har underskott på senior- och trygghetsbostäder. Nästan lika stor andel räknar med att ha underskott på sådana bostäder om fem år.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Antalet anställda ökar

Från äldre personers synpunkt är det främst intressant att studera hur mycket arbetstid som verksamheterna har till sitt förfogande, snarare än att se till antalet anställda personer. Ett bra mått på tillgänglig arbetstid är antalet årsanställningar⁴⁷. I dessa beräkningar har Socialstyrelsen räknat bort personal som är frånvarande i mer än 30 dagar men lagt till timanställda och även inkluderat enskilt utförd vård och omsorg. Som framgår av tabell 6:7 har antalet årsanställningar ökat med cirka 9 000 under de senaste fem åren eller med närmare 6 procent, vilket är en positiv utveckling. Denna ökning är i nivå med den demografiskt betingade ökningen av resursbehoven under perioden. I redovisningen har vi utgått från att personal i enskilt driven verksamhet har samma sysselsättningsgrad som i kommunalt driven.⁴⁸ Däremot har vi utgått från att bemanningen är 10 procent lägre i enskilt driven verksamhet [8].

Antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre har minskat med närmare 6 000 personer under de senaste fem åren. Under perioden 2009–2013 fortsatte ökningen av andelen kommunalt finansierad vård och omsorg som utförs av enskilda utförare. Under perioden 2009–2013 ökade antalet månadsanställda inom enskilt driven vård och omsorg om äldre med nästan 9 000 personer, vilket gör att det totala antalet månadsanställda inom området ökade med cirka 3 000 personer. År 2013 utförde de 24

⁴⁶ SKL gjorde en kartläggning 2008 och en uppföljning av denna år 2011. I den senare kartläggningen ingår uppgifter från 272 kommuner, vilket motsvarar 92 procent av rikets befolkning. I Boverkets studie från 2014 svarade 200 kommuner. Bortfallet består till stor del av små kommuner. Det större bortfallet i Boverkets studie jämfört med SKL:s gör jämförelsen över tid osäker.

⁴⁷ Årsanställning innebär att den arbetsvolym som anställda med deltidstjänstgöring har räknats om till det gällande heltidsmättet, dvs. att den samlade tiden som alla anställda arbetar uttryckt som heltid.

⁴⁸ I dessa beräkningar har vi förutsatt samma fördelning mellan månadsanställd och timanställd personal i kommunalt utförd och enskilt utförd vård och omsorg. Det finns dock uppgifter som tyder på att andelen timanställda är högre i enskild verksamhet, varför våra beräkningar underskattar antalet timanställda och något överskattar förändringen av antalet årsanställningar.

procent av hemtjänsten i ordinärt boende, och 21 procent av de äldre i särskilt boende fick sin vård och omsorg från enskilda utförare. Det är dock stor spridning mellan kommunerna i andelen enskilda utförare. I Stockholms län svarar de för nästan 60 procent av de utförda hemtjänsttimmarna, medan de i Västra Götalands län motsvarar 4 procent

Tabell 6:7. Antal anställda samt antal årsanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre*, 2009–2013

Anställda av	Anställningsform	Antal anställda respektive år					Förändring i procent
		2009	2010	2011	2012	2013	
Kommuner*	Månadsanställda	146 132	142 730	140 644	140 147	140 337	-4
	Timanställda	33 300	34 501	34 401	34 906	35 276	6
Enskilda utförare**	Månadsanställda	26 938	30 132	31 645	35 576	35 624	32
	Timanställda	6 138	7 284	7 740	8 861	8 955	46
Totalt antal anställda		212 508	214 647	214 430	219 490	220 192	4
Totalt antal årsanställningar exkl. långtidsfrånvaro ***		149 621	152 819	154 332	158 451	158 926	6

*Antal anställda inom vård och omsorg om äldre respektive funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna har fördelats enligt räkenskapssammandraget för respektive år. Gruppen timanställda har reducerats vad gäller s.k. PAN-anställningar (anställd som personlig assistent, ledsagare eller avlösare av enskild funktionsnedsatt brukare) vilket innebär en viss justering jämfört med tidigare lägesrapporter.

**Antalet anställda hos enskilda utförare har skattats med stöd av den andel av verksamheten som bedrivits i enskild regi, enligt Socialstyrelsens verksamhetsstatistik för respektive år. 2011 års siffror har omräknats efter felskrivning i 2013 års lägesrapport.

***Med långtidsfrånvaro avses frånvaro 30 dagar eller längre för föräldraledighet, sjukdom, studier m.m.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Viss ökning av personal med högre utbildning

Kommunernas vård och omsorg karaktäriseras av att merparten av personalen har en gymnasial vård- och omsorgsutbildning och att en mindre del har en eftergymnasial utbildning inom vård och omsorg.

Socialstyrelsens jämförelse mellan åren 2009 och 2013 visar en förändring i sammansättningen av personal när det gäller befattningar som vanligtvis kräver eftergymnasial utbildning och de befattningar där sådan utbildning vanligtvis inte krävs, se tabell 6:8. Antalet sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal ökade med nästan 13 procent under perioden vilket är en positiv utveckling. Antalet månadsanställda undersköterskor ökade med 11 procent, medan antalet månadsanställda vårdbiträden minskade med 7 procent. Totalt ökade antalet månadsanställda vårdbiträden och undersköterskor med drygt 3 procent. Personal i befattningar som kräver en högre utbildning ökade under samma period med drygt 11 procent [9].

Tabell 6:8. Antal månadsanställda fördelade på vissa yrkeskategorier i den kommunalt finansierade vården och omsorgen

Både kommunala och enskilda utförare, år 2009 och 2013.

Yrkesgrupp	2009	2013	Förändring	Förändring
	Antal	Antal	Antal	%
Ledningsarbete*	5 817	6 181	364	6
Handläggare*	588	781	192	33
Administratörer*	1 612	1 815	203	13
Sjuksköterskor**	12 477	13 881	1 403	11
Arbeterapeuter**	2 382	2 756	374	16
Sjukgymnaster**	1 817	2 158	340	19
Vårdbiträden*	59 294	55 258	-4 036	-7
Undersköterskor*	78 053	86 451	8 398	11
Övrigt vård- och omsorgsarbete	18 311	15 527	-2 784	-15
Totalt	180 353	184 808	4 455	2

* Antal månadsanställda inom vård och omsorg om äldre respektive funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna har fördelats enligt räkenskapssammandraget för respektive år. Anställda hos enskilda företag har skattats utifrån enskilda företags andel av producerad äldreomsorg enligt Socialstyrelsens statistik. Fördelningen av personal har förutsatts vara den samma för kommunala som enskilda utförare, med undantag för gruppen handläggare som enbart är kommunalanställda.

** Antalet sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har justerats jämfört med tidigare lägesrapport. Alla övriga yrkesgrupper svarar äldreomsorgen för 62,9 procent av vård- och omsorgspersonalen fördelat efter räkenskapssammandraget av kostnader mellan funktionshinder och äldreomsorg. En kartläggning i några större kommuner visar att minst 90 procent av sjuksköterskorna och sjukgymnasterna samt minst 70 procent av arbetsterapeuterna inom vård- och omsorg om personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg arbetar mot äldreomsorgen. Fördelningen har justerats utifrån dessa uppgifter. Däremot har inte antalet vårdbiträden/undersköterskor eller personliga assistenter reducerats motsvarande det ökande antalet sjuksköterskor i årets lägesrapport i och med att vi saknar kunskap för att göra en sådan neddragning.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Efterfrågan på vård- och omsorgspersonal

Arbetsförmedlingen visade 2014 att efterfrågan på undersköterskor kommer att öka kraftigt under de kommande tio åren. Orsaken är ett ökande vård- och omsorgsbehov på grund av fler äldre i befolkningen, samtidigt som många undersköterskor kommer att gå i pension. Arbetsförmedlingen påpekar att även om arbetslösheten är relativt låg och efterfrågan hög är det fortfarande många som är deltidsarbetslösa eller timanställda [10].

Statistiska centralbyråns (SCB:s) arbetskraftsbarometer för 2013 bygger på intervjuer med arbetsgivare, och av den framgår att arbetsgivarna upplever en viss brist på yrkesutbildad personal med yrkeserfarenhet, och räknar med att behovet kommer att öka under de kommande tre åren. SCB:s *Trender och prognoser för 2014* visar att efterfrågan på personal med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå kommer att ha ökat med 130 000 personer år 2035. Orsaken till detta är främst ökande vård- och omsorgsbehov samt att många vårdbiträden och undersköterskor kommer att gå i pension inom det närmaste decenniet. Med nuvarande utbildningsdimensionering beräknas tillgången till sådan personal bli alldeles för begränsad, vilket kan leda till en brist på närmare 160 000 utbildade undersköterskor år 2035 [11,12].

Otrygga anställningsförhållanden och höga ohälsotal

Drygt 25 procent av de anställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre är timanställda eller visstidsanställda. Motsvarande andel för enskilt driven verksamhet är 32 procent, och den har ökat från 29 procent under de senaste fem åren. År 2012 hade en större andel män än kvinnor timanställning eller visstidsanställning (38 procent jämfört med 28 procent).

Av de som är timanställda saknade 45 procent vård- och omsorgsutbildning, jämfört med 20 procent av de tillsvidareanställda, enligt Kommunal-arbetareförbundets medlemsundersökning 2012.

Hälften av de visstidsanställda har fått en tillsvidareanställning efter tre år och efter sex år är motsvarande siffra 90 procent. Det tar alltså tid att få en tillsvidareanställning, och det kan delvis bero på att den anställda väljer att vara visstidsanställd, till exempel i samband med studier. Med tanke på ökningen av andelen med otrygga anställningar är det dock troligt att många inte själva valt denna anställningsform [13, 14].

Att vara undersköterska eller vårdbiträde är ett krävande arbete som ofta innebär tunga lyft och mycket kroppskontakt under stress samt hög psykisk belastning, vilket ökar risken för ohälsa. Kvinnliga vårdbiträden och undersköterskor har ett ohälsotal⁴⁹ på 17,2 dagar, vilket kan jämföras med genomsnittet för yrkesverksamma kvinnor som är 12,9 dagar. Motsvarande tal för manliga vårdbiträden och undersköterskor är 8,3 jämfört med 6,5 för alla yrkesverksamma män [15].⁵⁰

Geriatrisk kompetens

Antalet sjuksköterskor med specialistutbildning inom geriatrik i kommuner och landsting ökade åren 2007–2012, från 372 till 552 stycken. Under 2012 arbetade 331 av dem inom den kommunala vården och omsorgen. Av de specialistutbildade sjuksköterskorna är 34 procent 55 år eller äldre, vilken kan jämföras med läget 2007 då 21 procent var i den åldern. Hälften av landets specialistsjuksköterskor arbetar i Stockholms län eller i Västra Götalands län, och i 14 län fanns det år 2012 tre eller färre som arbetade som sådana i kommun och landsting.

År 2012 fanns det 514 läkare under 65 års ålder med specialistutbildning i geriatrik som arbetade som geriatriker, vilket var en ökning med 22 personer jämfört med 2007. Under 2013 var det endast 35 läkare som fick specialistbevis i geriatrik, vilket täcker pensionsavgångarna inom gruppen men inte ökande behov på grund av att de äldre blir fler. Geriatrikerna är också ojämnt fördelade i landet och de är främst koncentrerade till städer med lärosäten. År 2012 arbetade mer än hälften av landets geriatriker i Stockholms och Uppsala län, medan drygt 8 procent arbetade i något av Norrlandslänen [16].

Enligt Arbetsförmedlingen kommer sjuksköterskor med vidareutbildning att vara en av arbetsmarknadens mest efterfrågade yrkesgrupper under

⁴⁹ Ohälsotalet beräknas genom att summan av dagar med sjukpenning, dagar med sjuk- och aktivitetsersättning, dagar med rehabiliteringsersättning och dagar med arbetsskadepening divideras med anställda 16–64 år. Ohälsotalet gäller enbart personer med en anställning.

⁵⁰ Olika medianålder kan påverka ohälsotalet i och med att det finns ett tydligt samband mellan ålder och ohälsa. Medianåldern för yrkesverksamma kvinnor är ca 43 år och ca 44 år för vårdbiträden och undersköterskor. Motsvarande för män är ca 43 år respektive ca 39 år.

kommande år. Även grundutbildade sjuksköterskor kommer det att vara en stor efterfrågan på, men inte lika stor som på till exempel undersköterskor [17].

Olämplig läkemedelsförskrivning till äldre minskar

Sjukdom i kombination med åldersrelaterade fysiologiska förändringar gör att äldre är mer känsliga för många läkemedel än andra [18]. Symtom som beror på läkemedelsbiverkningar kan också missuppfattas som ett nytt medicinskt problem och leda till att den äldre personen får ytterligare läkemedel. Det finns därför ett stort behov av att fördjupa kunskapen om hur en omfattande behandling med läkemedel påverkar äldre människor.

Personer som är 75 år och äldre använder i dag i genomsnitt knappt fem olika läkemedel per person [19]. Äldre som är multisjuka och äldre som bor i särskilt boende är mest känsliga för läkemedel, på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar. Personer i denna grupp får i genomsnitt närmare tio läkemedel per person [20].

Figur 6:5 visar att förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 75 år och äldre minskade under perioden 2005–2013. Förändringen har mätts med hjälp av fem olika indikatorer. Samtidigt ökade dock andelen personer, 75 år eller äldre, med tio eller fler läkemedel (14 procent). Den påtagliga ökning som sågs mellan 2009 och 2010 vände till en minskning 2011–2012 och därefter har andelen ökat marginellt från 9,8 till 10,0 procent.

Under 2005–2013 skedde ett flertal förbättringar i kvaliteten i läkemedelsbehandlingen. Läkemedel som är olämpliga för äldre är en indikator i Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [21],⁵¹ och förskrivningen av dem har minskat med 41 procent. Under samma period minskade användningen av antikolinerga läkemedel⁵² med 18 procent. De kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre och ingår i denna indikator. En annan indikator för god läkemedelsterapi hos äldre är samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka, och den minskade under denna period med 13 procent.

Mellan 2007 och 2013⁵³ minskade också förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner, det vill säga kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt.⁵⁴ Minskningen var 38 procent.

⁵¹ Socialstyrelsens indikator preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. Indikatorn anger andelen (procent) personer som använder följande läkemedel: långverkande bensodiazepiner (N05BA01, N05CD02, N05CD03), läkemedel med antikolinerga effekter, tramadol (N02AX02) och propiomazin (N05CM06). Andelen ska vara så låg som möjligt.

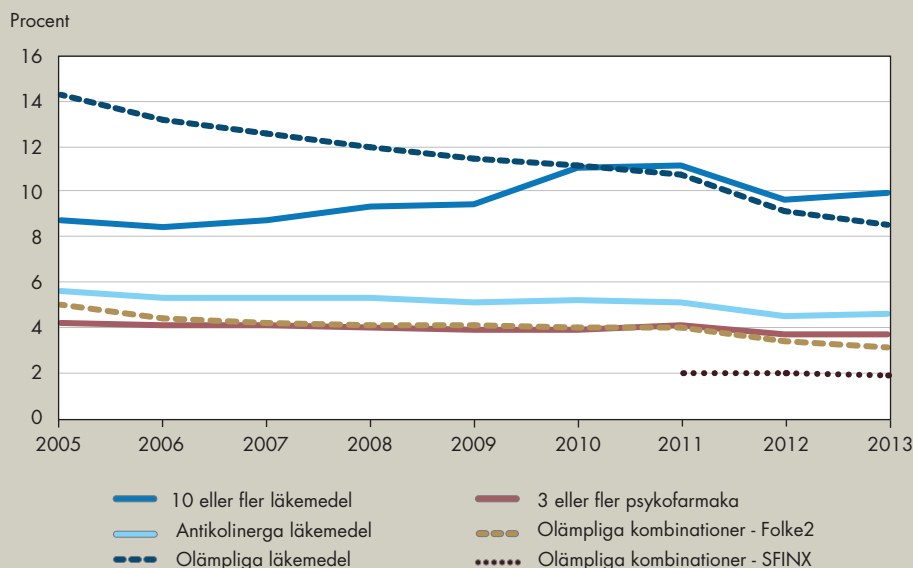
⁵² Antikolinerga läkemedel blockerar signalsubstansen acetylcholin i hjärnan. De omfattar bland annat medel mot urinläckage (inkontinens), de lugnade medlen hydroxizin (Atarax) och alimemazin (Alimemazin, Theralen) och den äldre typen av antidepressiva medel (tricykliska antidepressiva).

⁵³ Sedan 2011 baseras analysen av interaktioner på en annan källa än tidigare (se förklaringar i figur 6:5). Den nya källan ger upphov till lägre värden på indikatorn, men eftersom den bara har genererat tre mätpunkter (för år 2011–2013) är det för tidigt att uttala sig om den långvariga utvecklingen.

⁵⁴ De vanligaste olämpliga kombinationerna i D-klassen är magsärsmedlet omeprazol tillsammans med det blodförtunnande medlet klopidogrel (minskad effekt av klopidogrel) samt ett kaliumsparande diuretikum tillsammans med kalium (risk för hyperkalemi, dvs. ökad halt av kalium i blodet).

Figur 6:5. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta

Andel personer 75 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer, den 31 december år, 2005–2012.



* Analysen av interaktioner baserades t.o.m. 2011 på den källa som användes i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige) som är en sammanställning av läkemedelsfakta från läkemedelsindustrin till olika förskrivare av läkemedel, främst läkare och apotekspersonal. FASS utges årligen av Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF).

** Fr.o.m. 2011 baserades analysen på en annan källa, SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), numera tillgänglig i flertalet patientjournalssystem.

Källa: Socialtjänstregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar och av dessa bedöms cirka 60 procent vara möjliga att förebygga. De läkemedel som oftast orsakar biverkningar som leder till inläggningar är hjärt-och kärl läkemedel, antikoagulantia (blodförtunnande medel), läkemedel som påverkar centrala nervsystemet (psykofarmaka, morfinbesläktade smärtstillande medel och antiepileptika), antibiotika, cytostatika, antiinflammatoriska medel (NSAID) och diabetesmedel. Detta framkommer av en analys som Socialstyrelsen gjort på regeringens uppdrag. Myndigheten avser att i samverkan med läkemedelskommittéerna utveckla ett kliniskt användbart instrument för att minska förekomsten av tillstånd som kan leda till akuta inläggningar [22].

Vårdanalys har gjort en jämförelse mellan tio länders hälso- och sjukvård där patienter 55 år och äldre tillfrågades om sin läkemedelsbehandling. Enligt resultaten finns Sverige i tre av fyra avseenden bland de sämsta länderna. År 2014 uppgav totalt 58 procent av de svarande att någon i personalen förklarade varför de skulle ta mediciner de fått med sig, innan de lämnade sjukhuset. Sedan 2010 har denna andel minskat från 72 procent. Motsvarande andel i USA är 78 procent. I Sverige uppger 36 procent att någon läkare eller farmaceut under de senaste tolv månaderna har förklarat tänkbara biverkningar av någon av medicinerna som ordinerats, medan andelen i Kanada är

74 procent. Även ifråga om läkemedelsgenomgångar ligger Sverige sist med 49 procent som uppger att de fått en sådan under de senaste tolv månaderna, jämfört med 86 procent i USA. Sverige ligger däremot i topp när det gäller förekomst av läkemedelslista, med 77 procent av de svarande [23].

Säker vård och omsorg

Betydande förbättring av förebyggande arbete

Arbetet med att förebygga fall, undernäring och trycksår samt ohälsa i munnen har utvecklats påtagligt som en effekt av att allt fler kommuner använder det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. De statliga prestationsersättningarna inom satsningen på de mest sjuka äldre har påtagligt bidragit till denna utveckling. Antalet riskbedömningar i registret ökade från 11 000 stycken år 2011 till drygt 1 miljon 2014. I de verksamheter som registrerar data i Senior Alert minskade fallolyckorna med 30 procent från 2011 till 2014. Förekomsten av trycksår minskade från 14,3 procent till 8,9 procent i kommunerna under samma tidsperiod [24].

Sår och urinkateter riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner

Folkhälsomyndigheten har genomfört en kartläggning i 53 kommuner och 210 särskilda boenden, och den visar att 3,4 procent av äldre personer i särskilt boende hade vårdrelaterade infektioner. De vanligaste var urinvägsinfektion samt hud- och mjukdelsinfektioner som utgjorde 31 procent vardera av alla vårdrelaterade infektioner. De främsta riskfaktorerna för vårdrelaterade infektioner var att ha sår eller urinkateter. Dessa riskfaktorer var vanligast förekommande bland äldre personer i korttidsboenden [25].

Digitalisering av trygghetslarm går för långsamt

Under 2014 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av hur kommunerna arbetar med trygghetslarm. Av de svarande kommunerna hade endast cirka 31 procent enbart analoga larm och 69 procent hade både analoga och digitala larm, varav 8 procent hade enbart digitala larm. Kommunerna kontrollerar i varierande omfattning att trygghetslarmen fungerar. När det gäller de analoga trygghetslarmen gör 66 procent av kommunerna dagliga tester, medan övriga testar med glesare intervall eller inte alls. Av de kommuner som har digitala trygghetslarm testar 66 procent larmen dagligen.

Totalt 30 procent av kommunerna har beslutat att byta ut de analoga larmen mot digitala senast 2016. Övriga 41 procent av kommunerna utreder frågan eller har inte sådana planer. Socialstyrelsen konstaterar att den långsamma utbyggnaden av digitala trygghetslarm innebär risker för de personer som är beroende av att kunna nå sina vårdgivare genom larmen då de analoga tonbaserade signalerna inte alltid når fram till larmcentralen [26].

Flera kommuner saknar strategi för att motverka våld mot äldre

Våld mot äldre förekommer bland annat i samband med anhörigvård och i vård och omsorg om äldre med demenssjukdom i särskilda boenden. Risken för vanvård och övergrepp ökar om den anhörige är psykiskt sjuk, missbrukar eller är ekonomiskt beroende av den äldre. Anhörigvård under en längre tid ökar också risken, liksom om den anhörige upplever vårdrelaterad stress. Risken för övergrepp ökar när personalen har hög arbetsbelastning, stressande arbetssituationer och negativ attityd till omsorgstagaren, liksom om de saknar adekvat utbildning.

Av de få svenska studier som finns om utredning av våld mot äldre kvinnor och män framgår att cirka 15 procent av personer över 65 år och äldre utsatts för någon form av våld. Våld som riktas mot kvinnor är ofta grövre, upprepas oftare och får allvarigare konsekvenser [27].

Individanpassad vård och omsorg

Patientfokuserad vård – stor förbättringspotential

Jämförelser med länder som är ekonomiskt likvärdiga med Sverige visar att Sverige har stor förbättringspotential ifråga om hur hälso- och sjukvårdens personal bemöter och behandlar äldre personer. I jämförelsen har Sverige bland de sämsta eller allra sämst värden på de flesta frågor som rör respekt för patientens individuella behov, preferenser och värderingar samt patienten som medaktör i vården (se tabell 6:9) [23].

Tabell 6:9. Patientfokuserad hälso- och sjukvård, jämförelse mellan 11 länder personer 55 år och äldre, procent, år 2014*

Fråga	Sämsta värde	Bästa värde	Sverige
Blir alltid/ofta vid vård eller behandling hos specialistläkare involverad enligt önskan	65 (Norge)	86 (Nya Zeeland)	69
Blir alltid/ofta vid vård eller behandling hos specialistläkare informerad om olika behandlingsmöjligheter	47 (Norge)	85 (Storbritannien)	59
Fick vid utskrivning från sjukhus skriftlig information om vad som bör iakttas	53 (Sverige)	89 (USA)	53
Ordinarie läkare eller medicinsk personal känner alltid/ofta till viktig information om individens medicinska historia	64 (Sverige)	95 (Tyskland)	64
Ordinarie läkare eller medicinsk personal uppmuntrar alltid/ofta individen att ställa frågor	36 (Norge)	99 (Frankrike)	37
Ordinarie läkare eller medicinsk personal förklarar alltid/ofta saker på ett sätt som är lätt att förstå	79 (Sverige)	97 (Frankrike)	79
Ordinarie läkare eller medicinsk personal har alltid/ofta tillräckligt med tid	72 (Sverige)	94 (Frankrike)	72
Under det senaste året fått vård för kronisk sjukdom och vårdpersonal diskuterat med individen om målsättningar eller prioriteringar	33 (Sverige)	70 (USA)	33
Har en behandlingsplan för kronisk sjukdom som du kan använda i vardagen	41 (Sverige)	81 (USA)	41

* Undersökningen genomfördes genom telefonintervjuer med 7200 svenskar 55 år och äldre mellan mars och maj 2014. Motsvarande undersökning med olika storlek på undersökningsgruppen genomfördes samtidigt i Australien, Kanada, Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Nya Zeeland, Norge, Schweiz, Storbritannien samt USA.

Källa: Värden ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund 2014, International Health Policy Survey. Myndigheten för Vårdanalys. Stockholm 2014.

Några av frågorna i tabellen ställdes även i jämförbara undersökningar åren 2010 och 2013. För Sveriges del finns inga påtagliga förändringar i svaren mellan dessa år. Det är en lägre andel bland personer 75 år och äldre i Sverige, jämfört med dem i åldern 55–64 år, som anser att personalen uppmuntrar dem att ställa frågor. Andelarna är lika ifråga om personalen har tillräckligt med tid och förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.

Ett gott utfall när det gäller delaktighet och inflytande är särskilt viktigt för äldre personer med nedsatt funktionstillstånd och tilltagande skörhet.

Respektfullt bemötande i primärvården

Enligt 2013 års patientenkät⁵⁵ upplevde 71 procent av personer 65 år och äldre att vården som de fick var mycket bra eller utmärkt. Endast drygt 1 procent upplevde den som dålig. I samma åldersgrupp hade 78 procent

⁵⁵ Årligen sedan 2009 genomför SKL för att inhämta patienternas erfarenheter av kvaliteten och bemötandet inom vården. Totalt besvarade drygt 60 000 personer, som besökt primärvården under det senaste året, enkäten som avser 2013. Av dessa var närmare 30 000 personer 65 år eller äldre.

förtroende för den läkare de mötte vid besöket, och motsvarande andel för patienter 16–64 år var 70 procent.

Äldre personer upplever även att de är mer delaktiga i vården och att de bemöts mer respektfullt jämfört med yngre personer. Av de svarande som är 75 år och äldre är det 66 procent som helt och håller anser att de känner sig delaktiga i beslut om sin egen vård och behandling. I denna åldersgrupp anser 90 procent att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt i primärvården. Bland personer i åldrarna 16–44 år är det 73 procent som anser det. Könsskillnaderna i uppfattningar om primärvården är små [28].

Individualisering för äldre i särskilt boende behöver utvecklas

Den 1 oktober 2013 var det 79 900 personer 65 år och äldre som bodde i permanent särskilt boende, och av dem bedöms cirka 70 procent ha en kognitiv funktionsnedsättning [29]. Socialstyrelsen konstaterar i uppföljningen av demensriktlinjerna att personcentrerad omvårdnad har fått stort genomslag inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom under de senaste åren [30]. Men vården och omsorgen om äldre i särskilt boende är ännu inte tillräckligt individualiserad.

Socialstyrelsen har för åren 2011–2013 följt upp andelen äldre i särskilt boende som har en aktuell genomförandeplan,⁵⁶ och andelen som varit delaktiga i genomförandeplaneringen. Under denna period var andelen med en plan i stort sett oförändrad, 87–88 procent, medan andelen som var delaktiga i den ökade från 81 procent till 83 procent [31]. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i en granskning av 63 kommuner⁵⁷ och särskilda boenden funnit brister i hur genomförandeplaner utformas och används. De brister som framkommer är att psykiska och sociala behov inte uppmärksammas, att nattinsatser inte tas med, att äldres delaktighet inte dokumenteras och att planen inte fullt ut styr det faktiska utförandet av insatserna [32].

En del äldre i särskilt boende anser också att planen inte i tillräcklig utsträckning svarar mot deras behov, enligt Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattningar om vården och omsorgen. Av de boende 2014 svarade 27 procent ”varken eller, eller negativt” på frågan om personalen har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dem. Totalt 40 procent svarade att de inte kunnat påverka vid vilka tider de får hjälp och 50 procent att personalen inte meddelar i förväg om tillfälliga förändringar av hjälpen. Över hälften är osäkra på eller vet inte vart de ska vända sig för att framföra synpunkter och klagomål. Svarsfrekvensen i undersökningen var dock låg, 55 procent, vilket påverkar tolkningen av dessa uppgifter. Dessutom var det endast 6 procent som själva lämnade sitt svar medan 11 procent svarade med hjälp av någon annan person [33].

Socialstyrelsen har undersökt vilka faktorer som har störst samband med de äldres eller deras anhörigas syn på om personalen har tillräckligt med tid

⁵⁶ Regler om genomförandeplan finns 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. Där framgår att en genomförandeplan bör ange hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras, såvida det inte framgår av någon annan plan eller uppenbart inte behövs.

⁵⁷ Kommunerna har valts ut av respektive regional avdelning inom IVO utifrån kriterierna: kännedom om att brister kan förekomma samt att kommunen inte granskats under de senaste sex månaderna.

för arbetet. Störst betydelse har om man kan påverka vid vilka tider hjälpen ges, hur lätt det är att få kontakt med personalen, om måltiderna är en trevlig stund på dagen och om de känner förtroende för personalen. Socialstyrelsen har även gjort en motsvarande analys för frågan om den äldre personen brukar kunna påverka vid vilka tider de får hjälp, och sambandet med andra faktorer gäller främst om personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, om personalen meddelar tillfälliga förändringar och om personalen har tillräckligt med tid att utföra sitt arbete.

Jämlik vård och omsorg

Stora variationer mellan kommuner i avgiftsuttag för mat i särskilt boende

Rätt kost och en god måltidsmiljö är viktigt för att förebygga sjukdom och främja livskvalitet. Äldre personer som behöver stöd och hjälp kan enligt 4 kap. 1 § SoL vid behov ha rätt att få matdistribution, inköp av mat eller matlagning tillgodosett av kommunerna. De äldre får betala en avgift för dessa insatser. Eftersom kostnaderna för råvaror och färdiglagad mat inte ryms inom högkostnadsskyddet kan äldre få betala olika mycket beroende på var de bor, vilket innebär att de ekonomiska villkoren är ojämlika beroende på i vilken kommun de äldre bor.

Medianavgiften för mat till personer i särskilt boende var 3 090 kronor år 2014 [34]. Den kartläggning som Socialstyrelsen genomfört visar att skillnaden mellan högsta avgiften, 4 410 kronor per månad, och den lägsta, 1 625 kronor per månad, var 2 785 kronor.

Skillnaderna i matavgifter mellan kommunerna svarar för en stor del av de skillnader i ekonomiska villkor som äldre i särskilt boende har. Flertalet kommuner reducerar avgifterna på olika sätt, men 10 procent av kommunerna gör inte det. Dessa förhållanden leder till både svårigheter att förutse vilka avgifter som kommer att tas ut och till bristande ekonomisk jämlikhet för personer som bor i olika kommuner.

Fallskador drabbar kvinnor i större utsträckning

Fallskador är den största orsaken till dödsfall som beror på olyckor bland äldre [35]. Drygt 48 600 personer, 65 år och äldre, fick under 2013 slutet specialiserad vård på grund av fallskador, och varje år dör närmare 1 600 äldre personer till följd av en fallolycka. Fallskador är nästan dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män. De senaste tio åren har antalet dessutom ökat kraftigt, för män med 35,5 procent och för kvinnor med 8,5 procent. Därför bedriver Myndigheten för samhällsskydd (MSB) och beredskap ett förebyggande arbete för att minska fallolyckorna tillsammans med flera olika samhällsaktörer däribland kommunerna.

Antalet fallskador varierar stort mellan kommunerna, med 30–84 fallskador per 1 000 personer som är 80 år och äldre. Bland männen drabbades i genomsnitt 48 av 1 000 av en fallskada under åren 2011–2013. För kvinnorna

var det 69 per 1 000 som drabbades [35]. Skillnaderna i förekomst av fallolyckor visar att ett aktivt förebyggande arbete kan begränsa dessa olyckor.

Tydliga könsskillnader i diabetesvården

För personer som har diabetes är dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar högre bland män än bland kvinnor. Mönstret är detsamma för de äldre med diabetes som tillhör gruppen mest sjuka äldre, och skillnaden har inte minskat under de senaste åren. I tabell 6:10 presenteras andelen döda i hjärt- och kärlsjukdomar, för personer med diabetes 65 år och äldre samt för gruppen mest sjuka äldre med diabetes.

Tabell 6:10. Andel personer 65 år och äldre med diabetes som avlidit i hjärt- och kärlsjukdom, totalt, samt de mest sjuka äldre 65 år och äldre

Andel fördelat på män och kvinnor, år 2010-2013.

	2010	2011	2012	2013
Samtliga 65 år och äldre:				
Män	3,7	3,4	3,3	3,1
Kvinnor	2,8	2,8	2,7	2,5
Mest sjuka äldre:				
Män	5,4	6,3	5,2	4,7
Kvinnor	3,7	5	3,8	3,4

Källa: Patientregistret och registret över socialtjänstinsatser för äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

I gruppen diabetiker är det även skillnader mellan män och kvinnor när det gäller andel som amputerats ovan fotleden. För kvinnor var andelen konstant 0,3 procent under 2010–2013. För männen var andelen som blivit amputerade ovan fotleden 0,5 procent år 2010 och 0,4 procent för åren 2011–2013. I gruppen mest sjuka äldre är en större andel amputerade och skillnaden mellan män och kvinnor är större. Men andelen amputerade har minskat för både män och kvinnor i gruppen mest sjuka äldre sedan 2010: från 1,1 procent år 2010 till 0,9 procent år 2013 för kvinnor, och för män från 1,8 procent till 1,4 procent.

Sammantaget har resultaten vid vård av diabetes för personer 65 år och äldre förbättrats något sedan 2010. Men skillnaderna mellan män och kvinnor har inte minskat nämnvärt sedan dess.

Tillgänglighet till vård och omsorg

Något kortare väntetid till särskilt boende

Den genomsnittliga väntetiden till en plats i särskilt boende var 48 dagar år 2014 för de 182 kommuner som lämnade uppgifter. Mätningen gäller tiden från det att en ansökan beviljas till det att den äldre flyttar in. År 2009 och 2010 var väntetiden 51 dagar för de 131 kommuner som redovisade uppgifter, vilket innebär att väntetiden minskat något under de senaste åren. Variationen mellan kommunerna 2014 var mycket stor, 5–208 dagar⁵⁸ [36]. Även

⁵⁸ De redovisade uppgifterna är inte representativa för riket.

uppgifter från IVO visar en viss minskning av antalet äldre som väntar på särskilt boende: 15 procent färre från 2011 till 2013. Tre fjärdedelar väntar i upp till sex månader. Orsaken till dessa väntetider kan vara bristande tillgång till särskilda bostäder, men också att den enskilde tackat nej till erbjudet boende trots att behovet finns kvar [37]. Av gällande lag och praxis framgår att beviljat bistånd ska verkställas skyndsamt.

Vistelsetiden på sjukhusbundna akutmottagningar ökar

Åren 2010–2014 följde Socialstyrelsen upp väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Av de två senaste årens undersökningar framgår att personer 80 år och äldre vistas längre tid på akutmottagning än genomsnittet för alla besökare, 3 timmar och 25 minuter jämfört med 2 timmar och 50 minuter. Mellan 2013 och 2014 ökade dessutom vistelsetiden⁵⁹ för personer 80 år och äldre med 6 minuter. Det är dock stora skillnader mellan olika akutmottagningar. I årets undersökning är skillnaden hela 2 timmar och 43 minuter: från drygt 2 timmar och upp till 5 timmars vistelsetid. Det är främst vid akutmottagningar i storstadsregionerna som vistelsetiden är lång.

Den totala vistelsetiden är alltså längre för äldre personer, men tiden från ankomst till läkarbedömning är något kortare jämfört med samtliga besökare. Medianväntetiden för samtliga är en knapp timma. För personer 80 år och äldre var denna tid 17 minuter på mottagningen med bäst resultat (Capio St. Göran), och 103 minuter på den med sämst resultat (Södersjukhuset) [38]. En kartläggning bland personer 65 år och äldre i 11 länder visar att 35 procent av de tillfrågade äldre i Sverige har besökt en akutmottagning under de senaste två åren, vilket är en mer än dubbelt så stor andel som i Frankrike och Storbritannien, med 15 respektive 19 procent. Dessa svar bör ses i relation till att Sverige också har lägst andel som uppger att det är lätt att få kontakt med sjukvården efter kontorstid, utan att uppsöka en akutmottagning. Av svenska äldre svarar 37 procent att det är lätt, jämfört med 77 procent i Nederländerna [39].

Primärvården bör anpassas bättre till de mest sjuka äldres behov

Socialstyrelsen har i flera rapporter redovisat kartläggningar av primärvårdens möjligheter att tillgodose de mest sjuka äldres behov av vård [40, 41, 42]. Socialstyrelsen har identifierat brister som gäller

- otydligt samordningsansvar och ansvarsövertagande
- bristande informationsöverföring inom och mellan huvudmännen och privata vårdgivare
- begränsad information och kontroll över vilka patienter som är de mest sjuka äldre
- begränsat utbud av särskilda insatser såsom längre mottagningstid, hembesök och fast vårdkontakt
- begränsat deltagande vid samordnad individuell vårdplanering

⁵⁹ Med vistelsetid avses tid från ankomst till akutmottagning till avslut av besök på mottagningen.

- bristfällig tillgänglighet utanför dagtid vardagar, för de äldre som inte har hemsjukvård
- låg grad av fortbildning och kunskaper i geriatrik
- varierande tillgång till allmänläkare och geriatriker [43].

Bristande tillgänglighet till primärvård var ett motiv till att införa vårdvalet⁶⁰ och vårdgarantin⁶¹. Det finns några studier som belyser dessa reformers effekter för primärvårdens förmåga att ge god vård till de mest sjuka äldre. Riksrevisionen [44] redovisar bland annat en nettoförändring av antalet vårdcentraler efter vårdvalets införande. Av de nya vårdcentralerna har 88 procent etablerats i storstäderna, varför den största ökningen skett i Västra Götalands län, Stockholms län och i Skåne. Däremot har antalet vårdcentraler minskat i Kalmar län, varit oförändrat på Gotland och ökat med någon enstaka i Blekinge, Norrbotten, Örebro och Östergötlands län.

Riksrevisionens analys visar också att antalet listade individer per läkare är mindre om det förväntade vårdbehovet är mindre. Detta samband förstärks när tätorter tas med i analysen. I de områden som har lägst förväntat vårdbehov är läkartätheten 12 procent högre än i de områden som har mycket högt förväntat vårdbehov. Detta innebär att ett större förväntat vårdbehov i svagare områden inte vägs upp med fler läkare. Denna utveckling beror troligen på att flertalet nyetablerade vårdcentraler i storstäderna finns i stadsdelar med relativt hög medelinkomst, och de vänder sig därmed till individer som har ett mindre vårdbehov än genomsnittet.

Vårdanalys jämförande undersökning mellan 11 länder visar att tillgängligheten till läkare och sjuksköterska, särskilt på kvällar och helger, är dålig i Sverige jämfört med andra länder när det gäller personer 55 år och äldre. Mindre än hälften svarade att de kunde få medicinsk vård samma dag eller nästa dag, senaste gången behovet uppstod, jämfört med 82 procent i Frankrike. Endast 28 procent uppgav att det är ganska eller mycket lätt att få vård på kvällen eller helgen, utan att besöka sjukhusets akutmottagning. Motsvarande andel i Nederländerna är 74 procent. Av dem som besökt sjukhusets akutmottagning tror 29 procent att de kunnat få sin behandling hos den läkare de vanligen går till, medan motsvarande andel i Nederländerna var 19 procent. Bristande tillgänglighet till primärvården ökar belastningen på sjukhusens akutmottagningar [23].

Motstridigt om undanträngning av de mest sjuka äldre

I dag saknas entydiga studier som visar om vårdvalsreformen tränger undan grupper med stora vårdbehov eller inte. Karolinska Institutet har i en studie visat att alla grupper har ökat sina besök inom primärvården i Stockholms län efter vårdvalsreformen, men framför allt gäller detta de äldre. Äldre personer

⁶⁰ Vårdval: Riksdagen beslutade om det fria vårdvalet 2010. Vårdvalet innebär att patienten kan välja vårdcentral och att det råder etableringsfrihet för vårdcentraler.

⁶¹ Vårdgarantin innebär att man ska få vård inom en viss tid enligt hälso- och sjukvårdslagen. För primärvården gäller att man ska kunna få kontakt med primärvården samma dag, t.ex. genom telefon, samt att man ska kunna få ett läkarbesök inom 7 dagar.

och de som har flera läkarbesök är mest nöjda. Däremot är personer med högt vårdbehov enligt CNI-skalan⁶² minst nöjda [45].

Vårdanalys har gjort en undersökning inom tre regioner och landsting för fyra vårdkrävande diagnoser: KOL, diabetes, astma och demens. De har inte funnit någon minskning av antalet läkarbesök för dessa grupper, förutom för äldre demenssjuka [46].

Riksrevisionen har gjort en studie med besöksdata från Region Skåne och Västra Götalandsregionen under 2007–2008 och 2010–2011, och delat in patienterna i sex olika RUB-grupper⁶³ som mäter individers vårdbehov. Resultatet visar att de som tillhör RUB grupp 0, vilka bedöms som friska, har ökat antalet läkarbesök med 88 procent i de två regionerna, medan individer med de största vårdbehoven har minskat antalet läkarbesök med 10 procent. Enligt en enkät- och intervjuundersökning anser 70 procent av verksamhetscheferna inom primärvården att ersättningssystemen till primärvården riskerar att tränga undan vårdbehövande patientgrupper [44].

Tillgången till läkare för dem som får hemtjänst och särskilt boende behöver förbättras

Socialstyrelsen undersöker regelbundet äldres uppfattningar om den vård och omsorg de får, och resultatet innehåller några bedömningar av hemtjänst och särskilt boende. Däremot saknas aktuella studier på befolkningsnivå som visar äldres uppfattningar om tillgången till äldreomsorg.

Av de äldre som fick hemtjänst vid årsskiftet 2013/2014 ansåg 8 procent att personalen sällan eller aldrig hade tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dem. En relativt stor andel tycker att det är svårt att få träffa läkare vid behov – drygt 20 procent tycker det är ganska eller mycket svårt. Motsvarande andelar för hemtjänstpersonal och sjuksköterska är 7 procent respektive 13 procent. Undersökningen har en svarsfrekvens om 67 procent och 49 procent av de tillfrågade besvarade enkäten själva.

En fråga är om tillgängligheten till personal ökar när äldre flyttar till särskilt boende. Enligt Socialstyrelsens undersökning anser 10 procent av de svarande i särskilt boende att personalen sällan eller aldrig har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dem, vilket är en något högre andel än bland äldre med hemtjänst. Däremot anser de som bor i särskilt boende att personalen är något mer tillgänglig. Totalt 17 procent tycker att det är ganska eller mycket svårt att få träffa en läkare, medan motsvarande andelar för omvårdnadspersonalen respektive sjuksköterska är 4 procent respektive 7 procent. Resultaten i denna del bör tolkas med stor försiktighet då svarsfrekvensen bara var 55 procent och endast 6 procent av de som

⁶² En modell för resursfördelning till primärvården. De variabler som ingår i modellen är: 1) ålder över 65 år och ensamboende, 2) utlandsfödd (Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika), 3) arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, 4) ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, 5) person 1 år eller äldre som flyttat in i området, 6) lågutbildad 25–64 år, och 7) yngre än 5 år (SCB 2010 Befolkning och välfärd Inför vårdvalet 2010 Care Need Index, CNI – ett socioekonomiskt behovsindex).

⁶³ I Riksrevisionen studie mäts graden av sjuklighet i huvudsak utifrån patienternas diagnoser. Diagnoserna hämtas från primärvård, organspecialister och slutenvård i både offentlig och privat regi. Patientens sjuklighet beräknas enligt s.k. Resource Utilization Bands (RUB) som omfattar sex klasser (0–5) där den högsta klassen anger (förväntat) maximalt resursutnyttjande och allvarlig sjuklighet. RUB klass 0 är definitionsmässigt ekvivalent med avsaknad av sjukdom. Förutom diagnos har också individens ålder och kön betydelse för den klass som patienten placeras i.

tillfrågades själva lämnade sina svar. Ytterligare 11 procent svarade med hjälp av någon annan person [33].

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet, stöd till våldsoffer och social barn- och ungdomsvård

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom några av socialtjänstens verksamheter:

- ekonomiskt bistånd
- insatser mot hemlöshet
- stöd till våldsoffer
- social barn- och ungdomsvård.

Insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer är inte enbart socialtjänstens ansvar, utan ansvaret delas många gånger med andra myndigheter och samhällssektorer. Kapitlet innefattar fler verksamheter än socialtjänstens.

Ekonomiskt bistånd

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Det långvariga biståndsmottagandet fortsätter att öka, från 31,7 procent av de vuxna biståndsmottagarna 2010 till 36,7 procent 2013.
- Andelen barn i landet som lever i familjer med försörjningsstöd har ökat från 7,1 procent 2010 till 7,4 procent 2013. Av landets barn levde 2,8 procent i familjer som fick långvarigt bistånd, det vill säga i minst 10 månader under året.
- Det är stora socioekonomiska skillnader mellan landets kommuner. Andelen biståndsmottagare i befolkningen är exempelvis 0,5–18,8 procent på kommunnivå (inklusive stadsdelarna i storstäderna). De stora skillnaderna avspeglar sig även när det gäller andelen barn och andelen unga vuxna med ekonomiskt bistånd.
- Socialtjänstens formaliserade samverkan i enskilda ärenden med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har ökat under de senaste åren.
- Omkring 90 procent av landets kommuner har satsat på att erbjuda kommunalt finansierade arbetsmarknadsinsatser i någon form till personer med försörjningsstöd.
- För att stärka barnperspektivet inom ekonomiskt bistånd använde 73 procent av landets kommuner systematiskt en strukturerad utredningsmall som innefattar barnens situation. Det är en ökning med cirka 10 procentenheter sedan 2012. Dessutom har andelen kommuner som har en aktuell skriftlig rutin för hanteringen inom ekonomiskt bistånd vid misstanke om att enskilda barn far illa ökat.

Sammanfattad statistik

Under 2013 fick 228 000 hushåll i landet ekonomiskt bistånd någon gång under året. Dessa utgör uppskattningsvis 5,7 procent av alla hushåll i landet. Av biståndshushållen utgörs nära 70 procent av hushåll utan barn. Liksom tidigare år är ensamstående män utan barn den vanligaste hushållstypen och uppgår till 40 procent av biståndshushållen. Den hushållstyp där behov av ekonomiskt bistånd är vanligast är bland ensamstående kvinnor med barn och 2013 fick 22 procent av dessa hushåll bistånd. Fördelningen av det totala antalet biståndshushåll mellan inrikes respektive utrikes födda hushåll är i stort sett jämn [1].

Andelen biståndsmottagare i befolkningen var 4,4 procent med barnen inräknade. Det innebar totalt 411 000 personer. Av dessa var 132 000 kvinnor, 139 000 män och 140 000 barn.

När det gäller vuxna biståndsmottagare var behovet av bistånd störst i åldersgruppen unga vuxna (18–24 år) där andelen i befolkningen var 8 procent. Under perioden 2010–2013 kom dock en klar minskning från 8,8 procent när det gäller andelen unga vuxna med ekonomiskt bistånd. Andelsmässigt avtar biståndsmottagandet generellt med stigande ålder [2].

Biståndsmottagandet 2013 ökade något jämfört med 2012. Antalet biståndshushåll ökade med 2 950 stycken (1,3 procent) men andelen av hushållen i befolkningen är oförändrad, vilket tyder på en ökning av det totala antalet hushåll i landet. Antalet vuxna biståndsmottagare ökade med 3 600 personer (1,3 procent). Den största ökningen utgörs dock av antalet barn i hushåll med ekonomiskt bistånd, med 8 500 barn (6,4 procent) [1].

Stora skillnader mellan landets kommuner

Skälen till att människor behöver ekonomiskt bistånd är både strukturella och individuella. Befolkningens samlade behov av ekonomiskt bistånd påverkas av en mängd samverkande faktorer såsom konjunkturläget och tillgången på arbete, utformningen av trygghetssystemen och inkomst- och kostnadsutvecklingen. De vanligaste individuella orsakerna till behov av ekonomiskt bistånd är att människor saknar arbete, är sjuka eller är ensamstående föräldrar och inte klarar familjens försörjning på egen hand. I vissa fall förekommer andra sociala problem som man behöver komma tillrätta med.

Andelen biståndsmottagare i befolkningen ger en indikation på hur välbärgade respektive ekonomiskt utsatta invånarna i stort är och de socioekonomiska förutsättningarna skiljer sig mycket mellan landets kommuner. Andelen biståndsmottagare i befolkningen var exempelvis 0,5–18,8 procent på kommunnivå (inklusive stadsdelarna i storstäderna) [2,3].

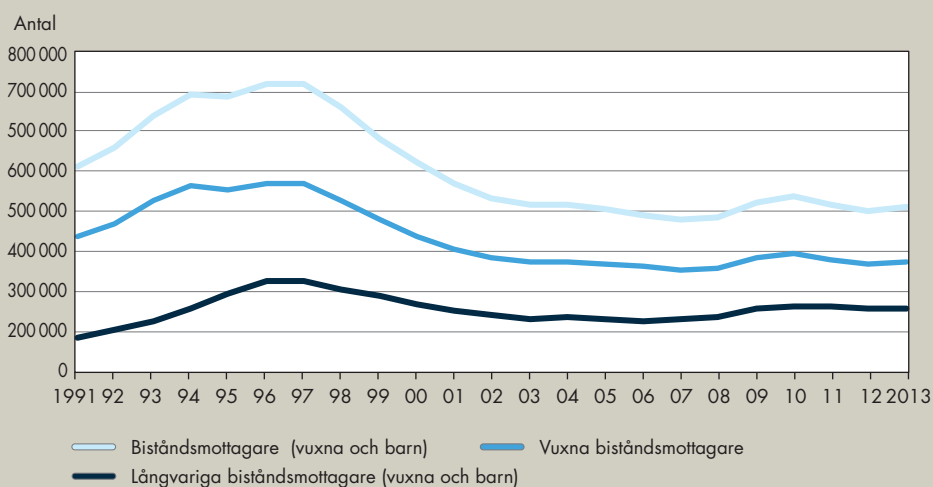
De stora skillnaderna avspeglar sig även när det gäller andelen barn och andelen unga vuxna med ekonomiskt bistånd.

Det långvariga biståndet ökar

Antalet biståndsmottagare var högst under mitten av 1990-talet, vilket framgår av figur 7:1. Andelen biståndsmottagare i befolkningen har varit relativt oförändrad under de senaste åren, med cirka 4,4 procent [2].

Figur 7:1. Antal biståndsmottagare under åren 1990–2013

Åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 invånare i åldrarna 35–79, år 2004–2013.



* 1993–2011 inkluderas hushåll som fått introduktionsersättning, från och med 2012 ingår inte denna grupp längre i statistiken.

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt bistånd (10–12 månader under året) ökade dock stadigt 2010–2013, från 31,7 procent 2010 till 36,7 procent. Variationerna i kommunerna är stora, från 7,5 till 56,7 procent 2013.

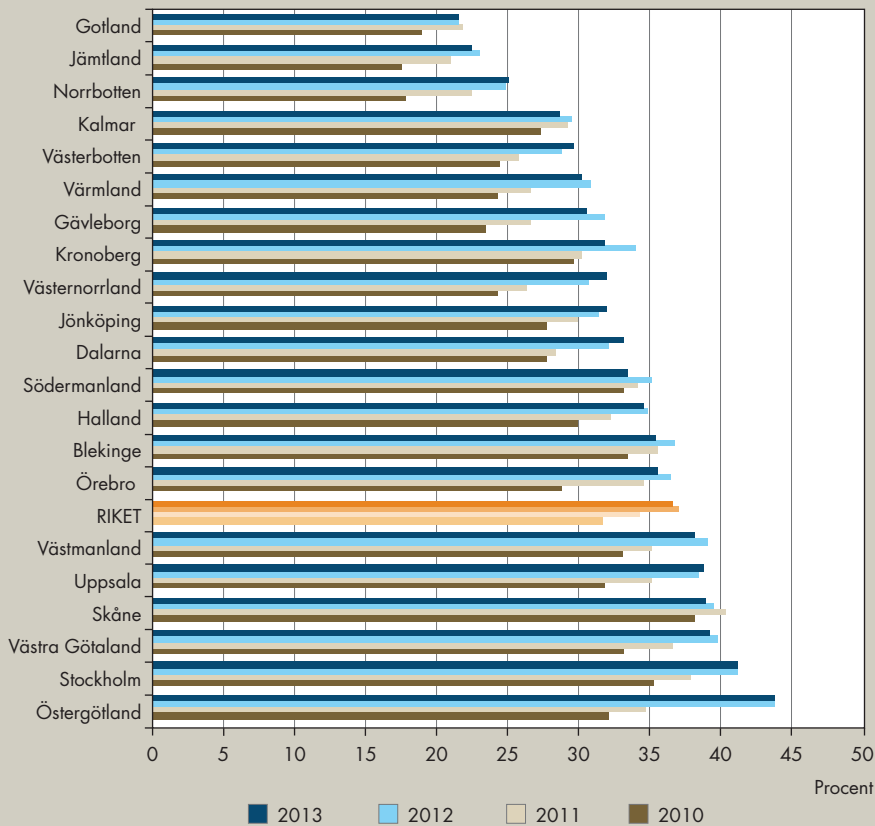
Andelen vuxna biståndsmottagare med mycket långvarigt bistånd (i tre år eller mer) ökade också under perioden, från 18,6 till 23,7 procent. På kommunnivå var spridningen 1,1–42,3 procent 2013.

Långvarigt bistånd är vanligast i storstadslänen och i de större städerna men har även börjat öka i mindre kommuner. I storstadsområdena har även mer välbärgade kommuner och stadsdelar höga andelar med långvariga biståndstider. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män [2].

Ekonomiskt bistånd ska fungera som ett tillfälligt stöd vid kortare perioder av försörjningsproblem. På senare år har dock försörjningsstöd blivit en mer permanent försörjning för många människor. Ett långvarigt biståndsmottagande är problematiskt både ur individens och ur samhällets synvinkel eftersom risken för utanförskap ökar samtidigt som möjligheten till fast förankring på arbetsmarknaden minskar. Försörjningsstödet tillgodoser en skälig levnadsnivå men ger inget utrymme för utgifter utöver det nödvändiga. I längden riskerar därför behovet av försörjningsstöd även medföra en ekonomisk utsatthet både vad gäller social välfärd som hälsa.

Figur 7:2. Långvarigt ekonomiskt bistånd

Andel vuxna biståndsmottagare av samtliga vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, 10–12 månader under året – per län och riket.



Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd 2010–2013.

Barn i familjer med försörjningsstöd ökar

Andelen barn som lever i familjer där föräldrarna inte klarar familjens försörjning på egen hand har ökat från 7,1 procent 2010 till 7,4 procent 2013. Spridningen på kommunnivå är 0,5–28,5 procent av barnen i befolkningen.

Av landets barn lever 2,8 procent i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd (10–12 månader under året). På kommunnivå är spridningen 0–14,5 procent av barnen [2].

Att som barn växa upp i en familj som behöver försörjningsstöd en längre tid innebär att leva under knappa ekonomiska förhållanden vilket medför en ekonomisk utsatthet som kan vara svår för barnet. Att inte ha samma ekonomiska förutsättningar som andra barn kan innebära att barnet måste avstå från materiella ting och aktiviteter som kamraterna tar för givna. Familjens ekonomiska utsatthet kan även påverka annat som har betydelse för barns möjligheter att utvecklas och styra över sina egna liv, såsom skolresultat, hälsa och trygghet [4].

Föräldrars etablering på arbetsmarknaden kan både förbättra familjens ekonomiska situation och vara en förutsättning för möjlighet till etablering inom andra områden exempelvis ett stabilt boende [4].

Den formaliserade samverkan har ökat

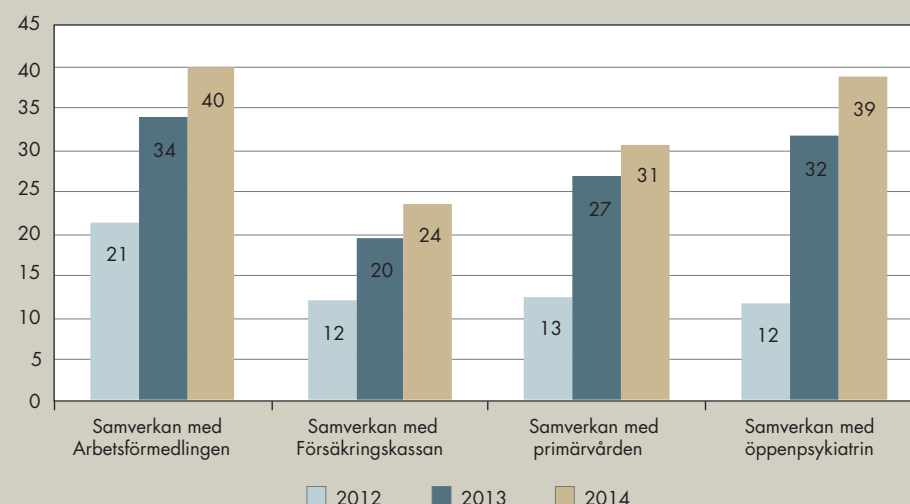
I arbetet med ekonomiskt bistånd har socialtjänsten enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, både i uppdrag att ge stöd för självförsörjning och att tillgodose en skälig levnadsnivå till dess att detta uppnås.

Nära hälften av biståndsmottagarna har försörjningsstöd på grund av arbetslöshet och omkring 15 procent på grund av ohälsa [2]. Därför är det viktigt med en helhetssyn där socialtjänsten samverkar med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården för att enskilda biståndsmottagare ska få all den hjälp de behöver för att uppnå självförsörjning. Socialtjänstens formaliserade samverkan med dessa aktörer har ökat under de senaste åren [2].

Figur 7:3. Socialtjänstens samverkan med andra aktörer

Andel kommuner som har en överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden.

Procent



Källa: Enkäter för öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen 2012–2014.

För att öka förutsättningarna för arbete har omkring 90 procent av landets kommuner satsat på att erbjuda kommunalt finansierade arbetsmarknadsinsatser i någon form till personer med försörjningsstöd. Av landets kommuner kan 63 procent ge unga vuxna (18–24 år) arbetsmarknadsinsatser inom en månad och 64 procent av kommunerna kan erbjuda arbetsmarknadsinsatser till alla arbetslösa personer som är äldre än 24 år.

Vid långvarigt försörjningsstöd måste hushållen klara sig på relativt lite pengar och det kan vara svårt att få vardagsekonomin att gå ihop. I 70 procent av landets kommuner kan biståndshushåll vid behov erbjudas enklare hushållsekonomisk rådgivning.

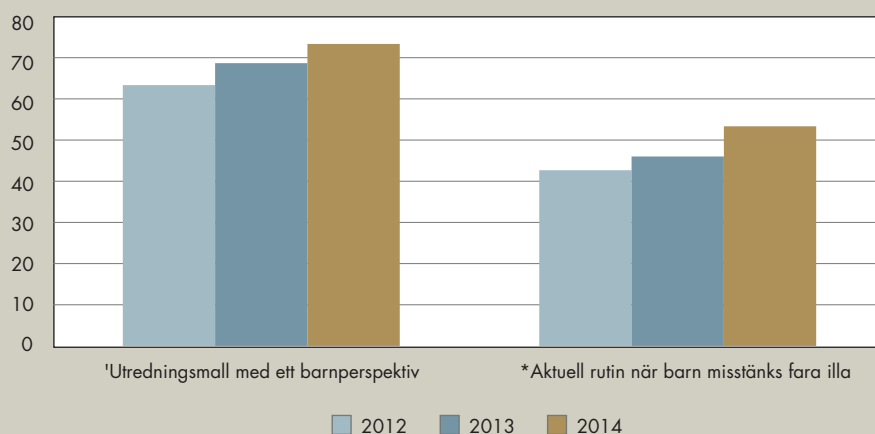
Barnperspektiv i familjer med försörjningsproblem

I socialtjänstens uppdrag ingår att synliggöra och ta hänsyn till barns situation. Utredningar om ekonomiskt bistånd har traditionellt ett vuxenperspektiv; det är föräldrarnas situation, ekonomiska eller i övriga situation, som utreds. Utgångspunkten är att föräldrarna inom ramen för sin förmåga och sina ekonomiska resurser har huvudansvaret för att säkerställa de levnadsvillkor som är nödvändiga för barnet. Hänsynen till barns bästa, det så kallade barnperspektivet, innebär att även barnens situation ska uppmärksammas när föräldrar vänder sig till socialtjänsten med en ansökan om ekonomiskt bistånd. Barnet ska göras synligt i utredningen. Det kan handla om att ta reda på barnets boendeförhållanden, om det går i förskola eller skola, om barnet har en god relation till eventuell umgängesförälder eller om barnet har några särskilda behov. Det kan även handla om att uppmärksamma och agera vid misstanke om att barn far illa.

Andelen kommuner i landet som systematiskt använder en strukturerad utredningsmall som omfattar området ”Barns situation och sysselsättning” inom ekonomiskt bistånd är 73 procent. Andelen kommuner som har en aktuell rutin för hanteringen när enskilda barn misstänks fara illa är 54 procent. Andelarna har i båda fallen ökat med cirka 10 procentenheter sedan 2012. Allt fler av landets kommuner använder en utredningsmall och skriftliga rutiner för att beakta barnperspektivet.

Figur 7:4. Beaktande av barnperspektivet

Andel kommuner där ekonomiskt bistånd uppfyller kriterierna för indikatorerna.



Källa: Enkäter för öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen 2012–2014.

Insatser mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Hemlöshet bland EU-medborgare som befinner sig tillfälligt i Sverige, är en aktuellt och angelägen fråga för kommunerna i dag. EU-medborgares hemlöshet har även en stark koppling till arbetsmarknadspolitik, migrationspolitik- och utrikespolitik.
- Socialtjänsten har under en längre tid fått ta ett allt större ansvar för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Cirka 79 procent av kommunerna hade 2011 en så kallad sekundär bostadsmarknad⁶⁴. Under 2014 ökade siffran ytterligare till 90 procent.
- Kommunerna har olika förutsättningar utifrån invånarantal och skilda behov. De stora problemen finns i storstäderna, och de arbetar aktivt med frågan genom exempelvis handlingsplaner och strategier.
- Socialstyrelsens ser en positiv utveckling med färre barn som berörs av vräkning, samtidigt som det fortfarande finns barn som lever under osäkra förhållanden – trots satsningar på området.

Flera orsaker bakom hemlöshet

Orsaken till hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden kan finnas på flera nivåer; den kan vara strukturell, institutionell och individuell. Hemlöshet omfattar såväl det bostadspolitiska som det socialpolitiska området, och det är alltså en komplex fråga som berör flera politikområden. Det finns en nära koppling mellan arbetslöshet och bostadslöshet [1]. Den som saknar inkomst från arbete har i många fall svårt att få ett förstahandskontrakt på den ordinarie bostadsmarknaden. Dessutom råder bostadsbrist på ett antal orter, och framför allt behövs hyresrätter för ekonomiskt svagare grupper [2].

Hemlöshet bland EU-medborgare

Hemlösheten och fattigdomen har blivit märkbart synligt i Sverige under de senaste åren, och över hela Sverige finns nu personer som tigger från främst östra Europa. Socialstyrelsen gjorde 2012 en kartläggning av de personer som lever i hemlöshet och som vistas i Sverige med stöd av EU:s fria rörlighet, och den visade att många har sökt sig hit för att hitta arbete och försörjning [3]. De utrikesfödda hemlösa är dock inte en homogen grupp, och de har olika förutsättningar och behov. Här fanns både arbetsföra unga män med utbildning och familjer som flyr fattigdom och diskriminering.

Många i kartläggningen hade tagit emot stöd och hjälp i form av mat, kläder och rådgivning, främst genom kyrkors och ideella organisationers försorg. Kommunernas socialtjänst möter inte denna grupp i någon större

⁶⁴ Kommunernas utbud av boendelösningar för personer som inte själva kan skaffa sig en bostad, eftersom de av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn och/eller särskilda villkor eller regler.

utsträckning och ger vanligtvis endast akuta insatser. I de större städerna finns dock uppsökande verksamhet som riktar sig direkt till gruppen och några har också byggt upp en verksamhet som tar hänsyn till deras speciella behov. Ett sådant exempel är Crossroads som finns i Stockholm, Göteborg och Linköping och är ett samarbete mellan Stadsmissionen och viktiga lokala aktörer.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gjorde 2014 en kartläggning av kommunernas kännedom om målgruppen [4]. Totalt 70 kommuner svarade att de har haft kontakt med målgruppen och 18 av dessa har haft kontakt med fler än 11 personer.

För att ge stöd till kommunerna har Socialstyrelsen reviderat den vägledning som finns om rätten till socialt bistånd för medborgare inom EU/EES-området [5]. Socialstyrelsen iakttagelse är att detta är en aktuell och angelägen fråga för kommunerna, och att EU-medborgares hemlöshet ställer nya krav på dem.

Bostadsmarknadens tendenser

Boverket sammanställer varje år länsstyrelsernas regionala analyser av bostadsmarknaden [6]. Med hjälp av underlag från alla landets 290 kommuner kan Boverket presentera en sammanhållen bild av bostadsmarknaden i Sverige 2014–2015:

- Över hälften av kommunerna gör bedömningen att de har underskott på bostäder i kommunen som helhet. Det finns framför allt ett behov av billiga och små bostäder.
- Fler kommuner genomför insatser för att underlätta för ungdomar att få en egen bostad.
- Byggandet av studentbostäder förväntas öka kraftigt redan under 2014.
- Påbörjandet av bostäder i särskilda boendeformer för äldre förväntas öka betydligt under 2015.
- Drygt 10 000 allmännyttiga bostäder såldes under 2013. Trots det minskade inte det allmännyttiga beståndet nämnvärt då bolagen byggde och köpte över 9 950 bostäder under samma period.
- Fler kommuner än tidigare år anger att de har riktlinjer för bostadsförsörjningen som är antagna under innevarande mandatperiod (31 procent). Att riktlinjer saknas beror i många fall på resursbrist i kommunerna.

Enligt 1 § lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (2000:1383) ska varje kommun ta fram riktlinjer för bostadsförsörjningen. Planeringen ska skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder. [2].

I storstadsregionerna är det svårt med bostäder för alla grupper och bostadsmarknadens utveckling påverkar socialtjänstens arbete mot hemlöshet [6].

Stora skillnader mellan stad och land

I förra årets lägesrapport nämndes Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär från 2011, som visade på skillnader mellan de

tre storstäderna [1]. Många kommuner gör också regelbundet egna hemlöshetskartläggningar eller belyser problemet på olika sätt. Dessa undersökningar visar att det finns stora skillnader mellan stad och landsbygd i hemlöshetens omfattning och därigenom också i vilken utsträckning man arbetar aktivt med frågan. Det visade även 2014 års öppna jämförelser som för andra gången publicerades på hemlöshetsområdet [7].

Arbetet för att motverka hemlöshet är mer utvecklat i kommuner som har många invånare, bostadsbrist och problem med hemlöshet. I Stockholm, Göteborg och Malmö har nästan alla stadsdelar rutiner och överenskommelser för att förebygga och arbeta mot hemlöshet. Nästan alla storstadskommuner har också en övergripande plan för arbetet mot hemlöshet medan väldigt få mindre kommuner har en sådan.

Kommuner med färre än 10 000 invånare har sällan beslutade planer, rutiner eller överenskommelser som berör hemlöshetsområdet. Enligt öppna jämförelser 2014 anger också ett antal små kommuner att de inte har problem med hemlöshet och att de löser enskilda situationer när de uppkommer. De ser det som överflödigt att ha en kommunal plan för att motverka hemlöshet eller skriftliga rutiner och överenskommelser för det arbetet [7].

En positiv utveckling är att de stora städerna, där de stora problemen finns, arbetar aktivt med frågan genom exempelvis handlingsplaner och strategier.

Socialtjänsten tar allt större ansvar för personer utanför bostadsmarknaden

Socialtjänsten har under en längre tid fått ta ett allt större ansvar för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Cirka 79 procent av kommunerna hade 2011 en sekundär bostadsmarknad⁶⁵ [1]. Under 2014 ökade siffran ytterligare till 90 procent. Under året gjorde Socialstyrelsen i samverkan med Boverket en kvalitativ intervjuundersökning om utvecklingen på den sekundära bostadsmarknaden [8]. Den visar tydligt att omfattningen inte avtar, och att det är breda grupper i samhället som inte blir godkända på den ordinarie bostadsmarknaden och därmed behöver socialtjänstens hjälp.

Inom socialtjänsten finns fortfarande många olika boendelösningar som har vitt skilda beteckningar. Kontraktsformerna ser också olika ut med uppsägningstider från 24 timmar till 3 månader. Barnen som bor tillsammans med sina föräldrar i kommunens boendelösningar kommer relativt sällan till tals och det är få kommuner som har rutiner eller planer för hur barnens rättigheter ska tas till vara. Det finns kommunrepresentanter som fortfarande ser hemlöshet som ett individuellt problem och kopplar problematiken till de mest utsatta människorna, det vill säga uteliggare eller personer som bor på härbärgen och inte till de mer strukturella orsakerna [8].

Forskning har visat att en viktig framgångsfaktor för att motverka hemlöshet är att lyfta problematiken och se behovet av samverkan med alla berörda aktörer i kommunen.

⁶⁵ Kommunernas utbud av boendelösningar för personer som inte själva kan skaffa sig en bostad, eftersom de av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn och/eller särskilda villkor eller regler.

Organisationer som verkar inom hemlöshetsområdet har uttryckt farhågor om att det sker dolda vräkningar inom den sekundära bostadsmarknaden, vilket har varit svårt att belägga. Vissa kommuner avhyser personer på grund av störningar men det är ingen lösning som någon eftersträvar. Socialtjänsten fortsätter att ta ett allt större ansvar för bredare grupper som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. I många kommuner har man börjat organisera särskilda enheter för dessa frågor. Det finns en risk att den mest utsatta gruppen hemlösa personer med sammansatt problematik, till exempel missbruk i kombination med psykisk ohälsa, därmed riskerar att få mindre stöd när nya grupper söker hjälp med sin boendesituation [8].

Vräkningarna minskar något

Antalet vräkningar försätter att sjunka. Ett sätt att motverka hemlöshet är att låta människor behålla sin bostad, eftersom det är mycket svårt att komma tillbaka in på bostadsmarknaden efter en vräkning. År 2014 inkom 7 071 ansökningar om vräkning till Kronofogden, varav 2 225 verkställdes. Året innan (2013) var det 8 490 ansökningar om vräkning, varav 2 532 verkställdes. Det är en fortsättning på en nedgång som syns under de senaste åren [9]. I öppna jämförelser 2014 svarade 71 procent av kommunerna att de har vräkningsförebyggande arbete [7].

Barn som berörs av vräkning

När det gäller barn som berörs av vräkning har statistiken utvecklats på så sätt att flera parametrar nu registreras. Det gör att bland annat barnens bostadssituation kan redovisas i förhållande till den vräkta föräldern eller föräldrarna.

Under 2014 var det 459 barn som berördes av verkställda vräkningar. Detta är en minskning från 504 barn föregående år [9].

I Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2014 uppgav 47 procent av kommunerna att de har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att förhindra vräkning bland barnfamiljer, jämfört med 39 procent 2012. I små kommuner med mindre än 10 000 invånare var det färre som hade en sådan rutin, och i storstäderna fler. [7]. Socialstyrelsens ser en positiv utveckling med färre barn som berörs av vräkning, men trots satsningar på området finns fortfarande barn som lever under osäkra förhållanden.

Kommunernas insatser för hemlösa

Varje år publiceras officiell statistik över kommunernas insatser för personer med missbruk och andra vuxna som varken är äldre eller har en funktionsnedsättning, det vill säga ”övriga vuxna” [10].

En av kommunernas insatser för hemlösa personer är bistånd för boende med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Den 1 november 2013 fick knappt 10 100 personer i kategorin övriga vuxna bistånd för boende, vilket var en ökning med 5 procent jämfört med 2012. I genomsnitt var antalet boendedygn 207 per inskrivning, och det var en klar ökning från året innan (188 dygn) [10].

Samma datum hade drygt 6 200 personer med missbruks- och beroendeproblem bistånd för boende, vilket var samma antal som året innan. Varje

inskrivning bestod i genomsnitt av 152 boendedygn. År 2012 var genomsnittet 133 dygn per inskrivning [10].

Stöd till våldsoffer

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Fler kommuner än tidigare använder standardiserade bedömningsmetoder för att kartlägga våldsutsattheten och bedöma risker när de utreder behov hos våldsutsatta vuxna.
- Samverkan mellan olika aktörer som arbetar med våld i nära relationer ökar förutsättningarna för att ge rätt stöd och hjälp till våldsutsatta respektive våldsutövare. Flera kommuner än tidigare har aktuella överenskommelser för samverkan med andra aktörer om insatser till våldsutsatta vuxna.
- Den senaste nationella tillsynen på området uppmärksammar att många kommuner hänvisar våldsutsatta kvinnor direkt till en serviceinsats eller en kvinnojour i stället för att utreda de individuella behoven. Detta ökar också den enskildes rättssäkerhet eftersom den enskilde får ett beslut som kan överklagas.
- Flera rapporter visar att anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL inte följs i tillräcklig utsträckning och anmälningsskyldiga myndigheter behöver bli bättre på att ta reda på om det finns barn i den vuxnes närhet som far illa. Socialtjänsten inleder inte heller alltid utredning enligt bestämmelserna i 11 kap. SoL efter att anmälan kommit in, trots tecken på att barnet befunnit sig i en utsatt situation.

Våld i nära relationer berör flera områden

Våld mot kvinnor består av flera dimensioner. Det är ett rättsligt problem, eftersom det är ett brott, ett folkhälsoproblem och ett socialt problem som drabbar våldsutsatta, ett ekonomiskt problem med tanke på kostnader för vård och omsorg, ett jämställdhetsproblem samt ett brott mot de våldsutsattas mänskliga rättigheter. Våldet kan ta många uttryck och omfatta bland annat fysiskt, psykiskt, ekonomiskt och sexuellt våld samt hot och stalkning [1].

Både kvinnor och män utsätts för våld i nära relationer, såväl i heterosexuella som i samkönade relationer. Våld mot kvinnor är dock fortfarande det största problemet i både Sverige och andra länder. Kvinnor utsätts för andra former av våld än män; våldet är oftast grövre och mer systematiskt – och våldsutövarna är vanligtvis män [2].

Under 2014 presenterades betänkandet av nationella samordnaren mot våld i nära relationer, och där framhålls att våld i nära relationer är en folkhälsofråga, och att samhällets arbete mot våld i nära relationer kan förbättras, förtydligas och effektiviseras ytterligare [2]. Betänkandet innehåller förslag till regeringen om lagändringar och uppdrag, men även förslag, råd och uppmaningar riktade till andra aktörer som arbetar med våld i nära relationer. Huvudförslagen handlar om att

- ställa våldsutsattas behov i centrum

- samordna arbetet mot våld i nära relationer
- uppmärksamma barnens utsatthet vid våld i nära relationer
- vidareutveckla insatser mot hedersrelaterat våld och förtryck
- utveckla arbetet med våldsutövare
- förstärka förutsättningar för idéburet arbete
- förtydliga samordningen av arbetet mot våld i nära relationer på olika nivåer.

Våld i nära relationer är ett hälsoproblem

För att upptäcka personer som behöver stöd och hjälp menar samordnaren att alla måste börja prata mer om våld i vardagen, framför allt hälso- och sjukvården och socialtjänsten som kommer i kontakt med våldsutsatta personer.

Under 2014 presenterades två svenska omfångsundersökningar om våld i nära relationer, från Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) respektive Brottsförebyggande rådet (Brå). NCK:s undersökning *Våld och hälsa* ger en bild av våldets omfattning i Sverige och tydliggör kopplingen mellan våldsutsatthet och hälsa [3]. Exempelvis uppgav var femte vuxen kvinna och var tjugonde man att de någon gång efter sin 18-årsdag har blivit utsatta för någon form av sexuell våld. Av kvinnorna har 20 procent varit utsatta för systematiskt psykiskt våld av en aktuell eller tidigare partner. Motsvarande andel för män var 8 procent. Vidare har 13 procent av kvinnorna och 4 procent av männen utsatts för sexuell våld innan de fyllt 18 år, och 14 procent av kvinnorna och 17 procent av männen uppgav att de som barn utsattes för fysiskt våld. En dryg fjärdedel av både kvinnor och män utsattes under sin barndom för upprepat psykiskt våld, och 15 procent av kvinnorna och 13 procent av männen uppgav att de som barn bevittnade våld mellan föräldrarna. Studien konstaterar att det finns starka kopplingar mellan utsatthet för våld och fysisk och psykisk ohälsa.

Både kvinnor och män är utsatta

Enligt Brås nationella kartläggning *Brott i nära relationer* verkar andelen som uppgav att de utsattes för våld vara jämnt fördelat på kvinnor och män [4]. Sammanlagt uppgav knappt 7 procent av befolkningen (av båda könen) att de utsattes för våld i en nära relation. Även denna rapport framhäver dock att det är vanligare att kvinnor utsätts för grövre våld och är återkommande utsatta samt att de har betydligt större behov av hjälp och stöd, framför allt från sjukvården. Av dem som blev utsatta för grov misshandel uppgav exempelvis knappt 30 procent av kvinnorna och drygt 2 procent av männen att de uppsökte, eller hade behövt uppsöka, en läkare, sjuksköterska eller tandläkare.

Kommuners insatser till våldsutsatta

För tredje året i rad gav Socialstyrelsen 2014 ut öppna jämförelser om kommunernas stöd till brottsoffer, med fokus på kommunernas stöd till våldsutsatta barn och vuxna och barn som bevittnat våld [5]. De öppna jämförelserna visar att fler kommuner än tidigare, 49 procent, använder standardiserade bedömningsmetoder för att kartlägga våldsutsattheten och

bedöma risker när de utreder behov hos våldsutsatta vuxna. Det är en ökning med 12 procentenheter jämfört med 2013. Drygt 70 procent av kommunerna erbjuder skyddat boende till våldsutsatta kvinnor med missbruks- och beroendeproblem, vilket är en ökning med 19 procentenheter jämfört med 2013. Det är dock färre kommuner än tidigare, 13 procent, som använder våldsutsattas synpunkter för att utveckla sin verksamhet. Endast 6 procent av kommunerna gör systematiska uppföljningar av sina insatser gällande våld i nära relationer. Vidare uppmärksammas brist på rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende eftersom endast 14 procent av kommunerna har aktuella rutiner för detta. Dessutom lyfts fram att information om vilka insatser kommuner erbjuder sällan finns på olika språk och i olika alternativa format. Knappt 30 procent av kommunerna har aktuella rutiner om stöd till våldsutsatta äldre eller personer med funktionsnedsättning. I 67 procent av kommunerna erbjuds insatser till personer som utövat våld. Fler kommuner än tidigare har aktuella överenskommelser för samverkan med andra aktörer om insatser till våldsutsatta vuxna. Ökningen är 6–11 procentenheter. Omkring en tredjedel av kommunerna har aktuella överenskommelser för extern samverkan med andra aktörer, till exempel med polisen.

I en nyligen publicerad tillsynsrapport från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstateras att det finns stora skillnader i kvaliteten och kompetensen mellan kommunerna och att lagens krav inte alltid följs. Flera kommuner har för vana att hänvisa kvinnor och barn till serviceinsatser utan utredning och biståndsbeslut. När det gäller barn som bevittnat våld har konstaterats att många kommuner behöver bli bättre på att se och utreda barns behov. Kommunernas brister handlar om att barns behov inte utreds, att utredningarna innehåller brister i dokumentationen samt att barnen inte får adekvata stödinsatser utifrån sina specifika behov. Inom hälso- och sjukvården uppmärksammas brister när det gäller fullgörandet av anmälningsskyldigheten gällande kännedom eller misstanke om att barn far illa. Det finns stora skillnader mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården när det gäller kunskap om anmälningsskyldigheten och antalet anmälningar som har gjorts till socialtjänsten [6].

IVO har i en rapport baserad på granskning av socialnämnders hantering av barnavårdsärenden [7] uppmärksammat att många anmälningar som bland annat har handlat om våld och sexuella övergrepp inte lett till utredning, trots att det funnits skäl att utreda.

Våldsutsattas erfarenheter av bemötande

En studie som bygger på intervjuer med våldsutsatta kvinnor visar att bemötande av personalen kan uppfattas olika av de våldsutsatta, beroende på var i uppbrottsprocessen kvinnorna befinner sig [8]. Studien belyser vikten av att personalen har ett öppet förhållningssätt i mötet med kvinnor som är eller kan vara utsatta för våld. En del bemöttes av personal som enligt kvinnornas uppfattning utelämnade åtgärder, orsakade besvikelse och försvårade dialog, och de kvinnorna kände sig övergivna. Kvinnorna som kände sig stöttade uppgav å andra sidan att de mötte personal som avlastade, förmedlade kunskap, visade medkänsla, beskyddade, bidrog till att stärka självkänsla, underlättade dialog och var omsorgsfulla.

Kunskapsstöd – utbildningsmaterial om särskilda grupper

Det finns grupper som betraktas som särskilt sårbara när det gäller våld. Socialstyrelsen publicerade 2014 tre nya utbildningsmaterial: om äldre kvinnor, kvinnor med utländsk bakgrund och kvinnor som är utsatta för hedersrelaterat våld. Detta var en del av vägledningen för personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Enligt utbildningsmaterialen är det viktigt att uppmärksamma specifika svårigheter som dessa målgrupper kan utsättas för. För att kunna erbjuda rätt stöd och hjälp är det dock viktigt att ha i åtanke att dessa grupper inte är homogena [9,10,11].

Ett nationellt kunskaps- och metodstöd

Socialstyrelsen har sedan 2012 regeringens uppdrag att fördela utvecklingsmedel och skapa ett nationellt kunskaps- och metodstöd för att kvalitetsutveckla arbetet med våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare. Under 2013 anordnade Socialstyrelsen sammanlagt sex utbildningsdagar för länsstyrelsens utvecklingsledare. Under hösten 2014 anordnade Socialstyrelsen och länsstyrelserna dessutom sju regionala konferenser om våld i nära relationer. Syftet med dem var att tydliggöra socialnämnders och vårdgivares ansvar i arbetet mot våld i nära relationer, mot bakgrund av de nya föreskrifterna och allmänna råden om våld i nära relationer.

Föreskrifter, riktlinjer och vägledningar

Under 2014 tog Socialstyrelsen fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer, och de ska tillämpas i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta och barn och vuxna som har bevittnat våld [12].

WHO har också utvecklat kunskapsbaserade riktlinjer för hälso- och sjukvården, den instans som våldsutsatta kvinnor vanligen söker sig till [13]. Riktlinjerna specificeras närmare under huvudteman såsom kvinnocentrerad vård, identifikation av och vård till våldsutsatta, klinisk vård av kvinnor utsatta för sexuellt våld, uppföljning och interventioner efter våldsutsattheten, fortbildning av personalen inom hälso- och sjukvården, policybestämmelser inom hälso- och sjukvården samt rapportering av förekomsten av våldet.

År 2014 publicerade Socialstyrelsen även vägledningen *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga*. Syftet var att öka förutsättningarna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten att upptäcka våldsutsatthet, vilket är viktigt för att våldsutsatta ska erbjudas rätt vård, stöd och hjälp [14]. Vägledningen bygger på bästa tillgängliga kunskap och innehåller rekommendationer om att rutinemässigt ställa frågor om våld i mödrahälsovården, vuxenpsykiatriska mottagningar och barn- och ungdomspsykiatri. Dessutom rekommenderas att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten får fortbildning i våld i nära relationer, så att de lättare kan upptäcka våld.

Under 2014 kom den nationella samordnaren mot våld i nära relation med en vägledning om att utveckla lokalsamhällets arbete mot våld i nära relation. Den bygger på det utvecklingsarbete som samordnaren har bedrivit i Söder-

tälje tillsammans med polisen, socialtjänsten, sjukhuset, kvinnojouren och Södertörns åklagarkammare [15]. För att förebygga och bekämpa våld krävs insatser från olika professioner, organisationer och myndigheter som kommer i kontakt med våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare. Enligt vägledningen är det viktigt att dessa aktörer hittar ett fungerande sätt att samverka och utvecklar rutiner, vilket kan bidra till att effektivisera och stödja arbetet med våldsfrågor.

Det dödliga våldet

År 2014 publicerade Socialstyrelsen en rapport om barn som avlidit med anledning av brott och vuxna som avlidit med anledning av brott begångna av en närstående eller tidigare närstående person [16]. Den omfattar 31 barn och 12 vuxna. Socialtjänstlagen innehåller bestämmelser om anmälnings-skyldighet för vissa myndigheter och yrkesverksamma (14. kap. 1 §), men enligt rapporten följs de inte i tillräcklig utsträckning när det gäller barnären-den. En del brister i socialtjänstens handläggning av vissa ärenden har också uppmärksammats. Exempelvis har en utredning inte inletts efter att en anmälan kommit in trots tecken på att barnet befunnit sig i en utsatt situation. Vidare visar rapporten att myndigheter inte har samverkat i den utsträckning som hade behövts, och att inte heller den interna samverkan alltid har fungerat.

När det gäller vuxenärenden visar rapporten att samtliga brottsoffer var kvinnor och samtliga gärningsmän män. I tio av tolv ärenden var brottsoffret och förövaren makar eller sammanboende, eller hade varit det. I flera av dessa ärenden framgick det att en separation eller skilsmässa utgjorde motivet eller en del av motivet till gärningen. Rapporten visar vidare att socialtjänsten inte uppmärksammade eller utredde våldet. Socialtjänstens utredningar uppvisade vissa brister, bland annat gällande riskbedömningar och motiverande arbete.

Socialstyrelsen har tagit fram ett informationsmaterial som belyser situa-tioner och faktorer som kan vara aktuella i den typen av ärenden. Syftet med materialet är att stärka socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt försko-lans och skolans arbete med barn som får illa och vuxna som utsätts för våld av närstående [17].

Social barn- och ungdomsvård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Antalet placerade barn och unga⁶⁶ fortsätter att öka och det kan för-klaras med det ökande antal ensamkommande asylsökande barn som kommer till Sverige.
- Familjehem är överlag den vanligaste placeringsformen. För ensam-kommande barn är den vanligaste placeringsformen hem för vård el-ler boende (HVB).

⁶⁶ Omfattar i huvudsak två placeringsformer, familjehem och HVB.

- Pojkar har fler heldygnsinsatser än flickor; år 2013 var 62 procent pojkar av dem som hade heldygnsinsatser. Pojkar hade även fler öppenvårdsinsatser än flickor; år 2013 var 56 procent pojkar av dem som hade öppenvårdsinsatser.
- Allt fler kommuner använder kunskapsstödet BBIC (Barns behov i centrum). Drygt 80 procent av kommunerna har ordinarie licens – för fyra år sedan var siffran 28 procent, vilket är en positiv utveckling.
- Fortsatta svårigheter att rekrytera och behålla personal är ett hinder för kvalitetsutvecklingen i socialtjänstens arbete med barn och unga.

Antalet placerade barn och unga fortsätter att öka

Barn och unga som behöver vård utanför det egna hemmet kan efter beslut av socialnämnden tas emot i familjehem, jourhem eller HVB. Heldygnsvård kan vara frivillig enligt SoL eller ges med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

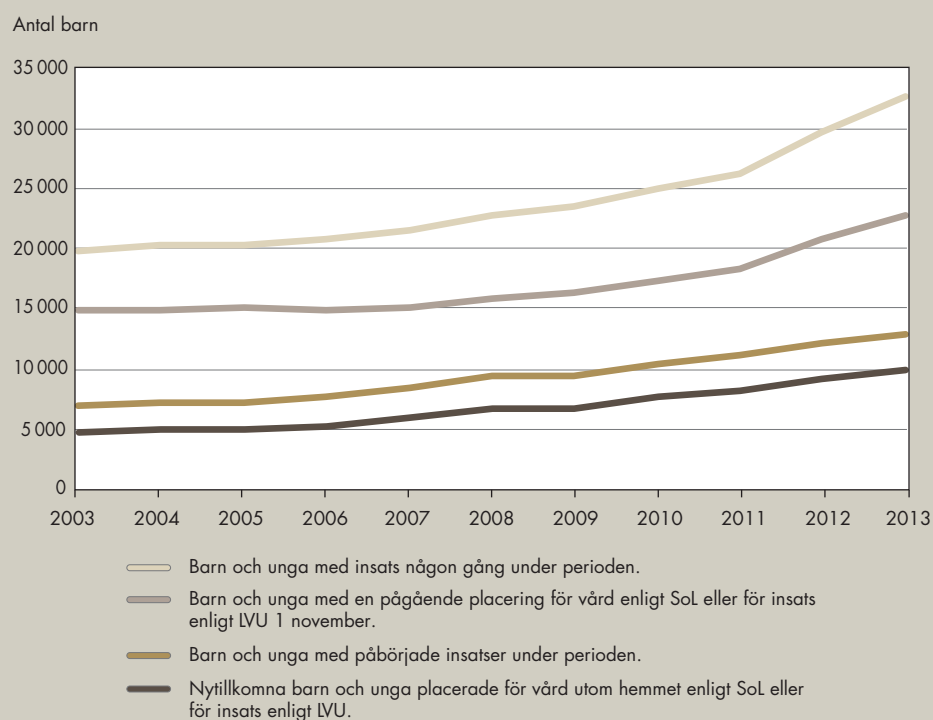
Det fanns år 2014 cirka 800 HVB för barn och unga, varav ungefär hälften drivs i enskild regi. De 25 särskilda ungdomshemmen är HVB som tar emot unga med behov av särskild tillsyn och vård, oftast på grund av ungdomens eget beteende. Behovet av särskilda ungdomshem enligt 12 § LVU tillgodoses av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats har ökat stadigt sedan 2003 (se figur 7:5). Under år 2013 var nästan 32 600 barn placerade utanför hemmet under hela året eller kortare tid. Lika som tidigare år var det fler pojkar än flickor; 62 procent var pojkar och 38 procent flickor.

Under perioden 2006 till 2013 ökade antalet barn och unga med heldygnsvård enligt SoL med 68 procent. Bland pojkar i åldern 13–17 år ökade den andel i befolkningen som placeras på HVB från 0,25 till 1,7 procent under perioden. Ökningen sammanfaller med ökningen av antalet barn som har kommit till Sverige utan sina vårdnadshavare för att söka asyl. Merparten av de ensamkommande barnen placeras på HVB med stöd av SoL.

Figur 7:5. Heldygnsinsatser inom socialtjänsten

Heldygnsinsatser barn och unga 0–20 år. Fyra mått på heldygnsvård enligt SoL och/eller LVU.



Källa: Barn och unga – insatser 2003–2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Socialstyrelsen.

Den 1 november 2013 hade cirka 22 650 barn och unga 0–20 år någon heldygnsinsats, vilket motsvarar ungefär 1 procent av alla 0–20-åringar i befolkningen [1]. I tre fjärdedelar av fallen skedde placeringen med stöd av SoL, vilket innebär att barnets vårdnadshavare samtyckt till placeringen. Samtycke kan också lämnas av den unge själv, om han eller hon fyllt 15 år. Om vårdnadshavaren eller den unge motsätter sig en placering som socialnämnden bedömer är motiverad för den unges bästa, sker heldygnsinsatsen med stöd av LVU. Av dem som hade heldygnsinsats den 1 november 2013 så vårdades drygt 17 000 med stöd av SoL, och omkring 5 650 vårdades enligt LVU varav knappt 250 var omedelbart omhändertagna.

Familjehem är den vanligaste placeringsformen för både pojkar och flickor. Bland dem som placerats med stöd av SoL var 57 procent placerade i familjehem. Motsvarande andel bland dem som vårdades enligt LVU var 70 procent. Placering i familjehem blir mindre vanligt bland pojkar i tonåren av dem som placerats med stöd av SoL, jämfört med dem som placerats enligt LVU. Det beror på att de flesta ensamkommande barn, som placeras enligt SoL, tilldelas plats på HVB [1].

De flesta placeringar varar kortare tid än ett år och det är oftast tonåringar som blir placerade. Under 2013 påbörjade ungefär 12 900 barn och unga en heldygnsinsats. Ungefär 10 000 av dem var nyttillkomna, vilket innebär att de hade inte erhållit någon av de redovisade heldygnsinsatserna under de

föregående fem åren. Av de nyttillkomna unga fick 86 procent vård enligt SoL och 13 procent var omedelbart omhändertagna med stöd av LVU.

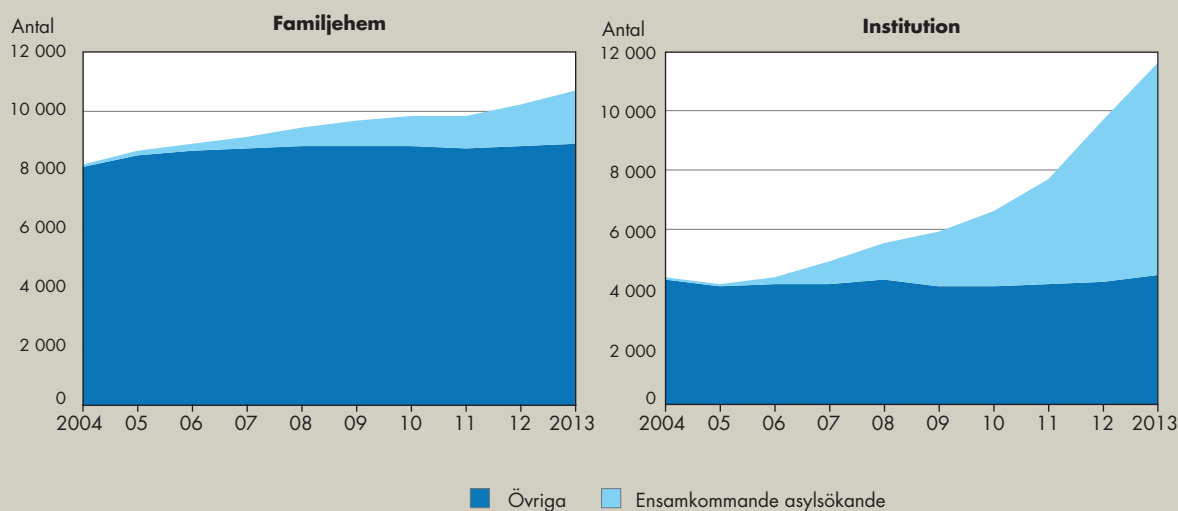
Ensamkommande barn och unga står för ökningen

Det ökande antal barn och unga i åldern 13–20 år som påbörjat en heldygnssinsats utgörs till största delen av ensamkommande asylsökande pojkar. Det framgår av figur 7:6 att ökningen av placerade barn och unga utgörs av de ensamkommande barnen. Störst är ökningen när det gäller HVB [2]. Socialstyrelsen har utgått ifrån att heldygnsplacerade barn är ensamkommande asylsökande om de är födda utanför Norden, inte var folkbokförda i Sverige året innan de placerades för första gången, inte hade några folkbokförda föräldrar i Sverige vid placeringen och saknade föräldrar vid placeringen.

Under 2006 kom 816 barn till Sverige för att söka asyl och 2010 kom 2 393 barn. År 2014 sökte 7 049 ensamkommande barn asyl i Sverige, en ökning med över 80 procent jämfört med 2013. Av dem var 1 363 flickor, cirka 20 procent. Det var 74 procent av de ensamkommande barnen som beviljades uppehållstillstånd [2]. Antalet ensamkommande asylsökande barn beräknas fortsätta att öka under år 2015 [3].

Figur 7:6. Heldygnsplacerade barn och unga

Barn och unga 13–20 år som varit heldygnsplacerade på familjehem respektive institution (HVB eller §12 LVU-hem) enligt SoL eller LVU någon gång under året fördelat efter uppskattat antal ensamkommande asylsökande och övriga. Åren 2004–2013.



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

Som en följd av att allt fler ensamkommande barn söker asyl i Sverige har antalet HVB-verksamheter som tar emot ensamkommande ökat. Det fanns år 2013 cirka 400 HVB för den målgruppen, vilket är ungefär hälften av det totala antalet verksamheter. De flesta (73 procent) av HVB för ensamkommande har en offentlig huvudman. Övriga HVB, de som tar emot barn och unga för behandling, är till största delen, 83 procent, enskilt drivna verksamheter [4].

Socialstyrelsens kartläggning av ensamkommande barns och ungas behov visade att vård, omsorg, utbildning och andra insatser för ensamkommande barn och unga behöver individanpassas i större utsträckning än vad som görs idag. Placering i familjehem kan många gånger bli stabilare för barnen [5]. Mindre och mer familjelika HVB kan rekommenderas och stöd behöver ges i större omfattning till ungdomar som är på väg att lämna heldygnsvården. Överlag behöver det emotionella stödet i vardagen bli bättre för ensamkommande barn och unga, liksom tillgängligheten till psykiatriskt stöd eller behandling för dem som lider av psykisk ohälsa [5].

Öppenvårdsinsatser

Barn och unga som har behov av stöd och hjälp från socialtjänsten erbjuds i första hand en insats i öppenvård. Behovet av insats utreds och prövas individuellt och beviljas med stöd av SoL.

Socialtjänsten kan erbjuda olika slags öppenvårdsinsatser, både individuellt anpassade och deltagande i gruppverksamhet. De vanligaste är behovsprövat personligt stöd⁶⁷, deltagande i strukturerade öppenvårdsprogram samt kontaktperson eller kontaktfamilj. Kontaktperson är en insats som kan beviljas enligt SoL, men även beslutas oberoende av den enskildes samtycke enligt 22 § LVU. Den 1 november 2013 hade omkring 29 000 barn och unga en eller flera av de redovisade öppenvårdsinsatserna. Fler pojkar än flickor hade öppenvårdsinsats; 56 procent var pojkar och 44 procent flickor.

Behovsprövat personligt stöd var den öppenvårdsinsats som flest barn och unga berördes av 2013. Omkring 27 100 barn och unga fick sådant stöd någon gång under året. Ungefär 18 800 barn och unga hade en kontaktperson eller kontaktfamilj. Cirka 10 700 fick någon gång under året insatsen strukturerat öppenvårdsprogram. Strukturerade öppenvårdsprogram är vanligast bland barn 0–12 år. Det är ofta i form av föräldrastöd. Barn 0–12 år är också den åldersgrupp som oftast får behovsprövat personligt stöd och även kontaktperson eller kontaktfamilj.

Barn och unga kan också få stöd i öppenvård utan särskilt beslut från socialnämnden. Det saknas statistik över hur många barn och unga som årligen får del av öppenvård på detta sätt, men 62 procent av landets kommuner tillhandahåller manualbaserat föräldrastöd i grupp och manualbaserad stödgruppsverksamhet för barn och unga som service [6].

Familjerätt

Av 5 kap. 3 § SoL framgår att kommunen ska sörja för att föräldrar kan erbjudas samtal under sakkunnig ledning i syfte att nå enighet i frågor som gäller vårdnad, boende och umgänge. Syftet med samtalen är att hjälpa föräldrarna att i samband med eller efter en separation göra överenskommelser kring barnet utifrån barnets behov och eventuella önskemål. Under 2013 berördes cirka 19 600 barn av samarbetssamtal. Innan domstolen avgör ett mål eller ärende om vårdnad, boende eller umgänge, eller om domstolen ska besluta interimistiskt i dessa frågor kan socialnämnden lämna upplysningar i ärendet. Under 2013 berördes cirka 10 300 barn av upplysningar från social-

⁶⁷ Med behovsprövat personligt stöd avses stöd och behandling som ges till barnet/den unge och kan utföras av t.ex. socialsekreterare, behandlingsassistent, hemmahosare el. dyl.

tjänst till domstol. Den 1 juli 2014 infördes en ny bestämmelse i 5 kap. 3 § SoL som innebär att kommunen ska sörja för att föräldrar även får hjälp och stöd för att i samarbetssamtalen diskutera frågor som rör barnets försörjning. Som stöd för socialtjänstens arbete har Socialstyrelsen i samråd med Försäkringskassan och Konsumentverket tagit fram utbildningsmaterialet *Barns försörjning vid separation*. Socialstyrelsen har även tagit fram en folder som beskriver hur kommunens samarbetssamtal kan hjälpa föräldrar att komma överens om vårdnad, boende, umgänge och barnets försörjning.

Om föräldrarna är överens kan socialnämnden hjälpa till att upprätta ett avtal om vårdnad, boende eller umgänge. Föräldrarna kan också själva upprätta ett avtal. Antalet medgivande utredningar har minskat under de senaste fem åren, från 1 900 till 1 200 stycken år 2013 [7]. En jämförelse av förhållandena under åren 2009–2013 visar att det totala antalet avtal har minskat med 12 procent under den senaste femårsperioden [7].

För att adoptera ett barn med hemvist utomlands krävs att ett medgivande från socialnämnden inhämtas innan barnet lämnar det land där det har sin hemvist. Familjerättens uppgift är att utreda sökandens förutsättningar och lämplighet som adoptivförälder. Antalet medgivande utredningar har minskat under de senaste fem åren från 1 900 till 1 200 år 2013 [7]. Det beror på att allt färre barn lämnas för internationell adoption. Antalet adoptioner från utlandet har sjunkit kraftigt under de senaste åren. Antalet adoptioner har under en femårsperiod minskat med 44 procent [8]. Många av de barn som i dag blir föremål för internationell adoption är över tre år och har i förväg kända särskilda behov såsom sjukdomar, funktionshinder och svår social bakgrund där de biologiska föräldrarna kan ha fråntagits föräldrarätten [9]. Det innebär att den som adopterar ett barn behöver vara väl förberedd för de svårigheter som kan uppkomma och ha tillräckligt med resurser för att ta hand om barn med särskilda behov. Samkönade par har möjlighet att adoptera internationellt. De auktoriserade adoptionsorganisationernas möjligheter att förmedla barn är dock ytterst begränsad eftersom endast något enstaka land accepterar samkönade par som sökande [10].

Under 2014 reviderade Socialstyrelsen socialtjänstens stöd för handläggning av adoptionsfrågor, *Adoption. Handbok för socialtjänstens handläggning av internationella och nationella adoptioner*. Även det obligatoriska föräldrautbildningsmaterialet som riktar sig till personer som ansöker om medgivande för internationell adoption, *Föräldraskap genom adoption – utbildningsmaterial till föräldrautbildningen* och *Föräldraskap genom adoption – handledning för föräldrautbildare och samtalsledare*, har reviderats.

Stabilitet för barn i familjehem behöver uppmärksammas mer

Det är en grundprincip i Sverige att barn i första hand ska växa upp med sina föräldrar. Lagens intention är att barn som behöver tas om hand i ett annat hem än det egna ska återförenas med sina föräldrar när syftet med vården uppnåtts [11]. Detta är också vad som sker för de flesta barn som placeras, men många blir kvar i familjehemsvård under lång tid.

Socialstyrelsen genomförde under 2013–2014 på uppdrag av regeringen en kartläggning av nationella adoptioner inom familjehemsvården [12]. Inom ramen för detta uppdrag undersöktes även hur socialtjänsten i andra avseenden arbetar för att skapa långsiktighet och stabilitet för de barn som inte kan växa upp med sina föräldrar. Det handlar i första hand om möjligheten att utse barnets familjehemsföräldrar till särskilt förordnad vårdnadshavare.

Det visade sig i kartläggningen att socialtjänsten väcker frågan om adoption i mycket liten utsträckning. Det finns flera förklaringar till detta, bland annat att regelverket och vägledning behöver förtydligas för socialtjänsten. Det kan vara svårt för socialtjänsten att bedöma vad som är barnets bästa i denna typ av ärenden. Ett annat hinder är att familjehem kan oroa sig för att kontakten med barnets föräldrar kommer att försvåras och att stödet från socialtjänsten ska utebli. Därför bedömer socialtjänsten oftare att överflyttning av vårdnaden till familjehemsföräldrarna är en lämpligare åtgärd.

Många barn befinner sig i familjehemsvård i åtskilliga år, ibland genom hela uppväxten. För 246 av barnen hade vårdnaden förts över till familjehemsföräldrarna och 5 barn hade adopterats. Kartläggningen visade också att drygt en fjärdedel av de totalt 9 181 barn som var placerade i familjehem vid den aktuella tidpunkten hade varit placerade fem år eller längre, och 789 barn hade varit placerade tio år eller längre.

Socialstyrelsen kom i kartläggningen fram till att särskilda åtgärder behöver vidtas för de barn som inte kan återvända till sina föräldrar och behöver en annan familj att växa upp i. I rapporten uppmärksammades särskilt barn vars föräldrar var döda, och barn som varit placerade i familjehemmet sedan de var mycket små och inte hade sin starkaste anknytning till de biologiska föräldrarna. Socialtjänsten behöver i högre utsträckning uppmärksamma när det finns skäl att göra undantag från lagens huvudprincip om återförening mellan barn och föräldrar. I kartläggningen konstaterar Socialstyrelsen att regelverket bör ses över så att barns behov av stabilitet och långsiktighet kan tillgodoses bättre [12].

Personalsituationen ett hinder för kvalitetsutveckling

Socialtjänstens kvalitet påverkas inte bara av socialsekreterarnas kunskap och engagemang för att kunna utföra sin uppgift. För att utveckla god kvalitet behöver kommunerna rekrytera och behålla befintlig personal. Detta är ett problem i många kommuner.

Akademikerförbundet SSR har i en rapport sammanfattat den kunskap som idag finns om situationen i kommunerna när det gäller möjligheten att rekrytera och behålla erfaren personal som handläggare inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård, och deras arbetsförutsättningar. Enligt rapporten är i genomsnitt minst var tredje handläggare nyanställd, men stabiliteten i personalsituationen varierar mycket mellan kommunerna. Det saknas enligt SSR en medvetenhet om vad som i grunden krävs för att upprätthålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna i form av organisatorisk stabilitet, perspektiv på personalens utsatthet och grundläggande kvalitetskriterier. I rapporten konstateras att det finns stora brister i hur dessa förutsättningar faktiskt erbjuds handläggare i deras arbetsvardag [13].

Tillsynen har visat vikten av att ledningen tar ansvar för socialtjänstens kvalitetsutveckling. Vid inspektioner i 24 kommuner åren 2013 och 2014 uppmärksammade IVO flera allvarliga brister, bland annat att det i anmärkningsvärt stor utsträckning förekom att anmälningar rörande barn i utsatta situationer inte hade utretts. IVO konstaterar att det skyddsnät som samhället anser ska finnas för barn och unga inte fungerar i praktiken. Enligt tillsynsmyndigheten behövs ett helhetsgrepp för att hitta långsiktiga och hållbara lösningar när det gäller kompetensutveckling, rekrytering och systematiskt kvalitetsarbete [14].

Brister har således uppmärksammats under lång tid och socialtjänstens arbete med barn och unga tycks ha samma svaga punkter nu som tidigare – trots tillsyn, förtydliganden i lagarna och olika kunskapshöjande insatser. På senare tid har socialsekreterarnas arbetssituation uppmärksammats, bland annat i medier, och även den övergripande ledningens ansvar för att skapa bättre förutsättningar för att de ska kunna utföra sin uppgift.

Socialstyrelsen fick 2014 i uppdrag av regeringen att fördela 57 miljoner kronor för att stärka kommunernas arbete med att utveckla kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Syftet är att säkra en trygg och säker vård. Under 2014 fördelade Socialstyrelsen sammanlagt 54,3 miljoner kronor i statsbidrag till kommunerna för att stödja dem i kompetensutvecklingsarbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården. Av landets 290 kommuner var det 245 stycken som rekvirerade medel för att genomföra kompetensutvecklingsinsatser under 2014. Av dessa var det 14 nya kommuner som aldrig tidigare rekvirerat medel för kompetensutvecklingsinsatser eller kompetensinventering. För att få rekvirera medel för kompetensutveckling måste kommunen även genomföra en kompetensinventering. Uppdraget delrapporteras juni 2015 och slutrapporteras 2016.

Bristande kunskaper om romers rättigheter vid omhändertagande av barn

Nationella minoriteters rätt till kultur och språk enligt lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724 aktualiseras särskilt i frågor som rör omhändertagande av barn). Vid långvariga placeringar utanför den egna kulturella miljön riskerar barn och ungdomar att förlora sin kulturella identitet och sitt språk. Av 4 § lagen följer att det allmänna har ansvar för att främja de nationella minoriteternas möjlighet att behålla och utveckla sin kultur och sitt språk.

Socialstyrelsen hade under 2014 i uppdrag att genomföra en kvalitativ undersökning av romers tillgång till rättigheter inom området social omsorg och trygghet. Undersökningen har genomförts genom intervjuer med romer och tjänstemän inom socialtjänsten i fem svenska kommuner. Intervjuerna tyder på att kommunerna inte lyckas säkerställa att romer får full tillgång till sina rättigheter. Både tjänstemän och romer själva, beskriver att det förekommer diskriminering av romer inom socialtjänsten. Många intervjuade romer är också rädda för att deras barn ska omhändertas, vilket kan innebära att de drar sig för att söka hjälp i svåra situationer och inte bara i frågor som rör barn och unga. Rädslan, otryggheten och den ömsesidiga förtroendeklyftan kan innebära att romer har svårt att få tillgång till hjälp och stöd när det

exempelvis gäller ekonomiskt bistånd, missbruk och våld i nära relationer, och de kan också ha svårt att överklaga fattade beslut. Det framgår vidare att flera socialförvaltningar i pilotkommunerna saknar ett utvecklat samråd med den nationella minoriteten romer [15].

Allt fler kommuner arbetar enligt BBIC

Barns behov i centrum (BBIC) är ett kunskapsstöd som är riktat till handläggare i den sociala barn- och ungdomsvården. Barnet ska vara i centrum genom hela handlägningsprocessen och socialtjänsten ska skapa goda möjligheter för barnet att vara delaktigt. BBIC bidrar till ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt, ett gemensamt språk och strukturerad dokumentation samt ett bättre underlag för planering och uppföljning. Det är frivilligt för socialnämnden att använda modellen som idag finns i 284 kommuner. Socialstyrelsen ansvarar för utbildning av lokala utbildare, utfärdandet av licenser samt innehållet och den nationella kvalitetssäkringen. Om ordinarie licens är beviljad åtar sig socialnämnden att arbeta enligt de krav som stipuleras i BBIC-konceptet. Drygt 80 procent av kommunerna har ordinarie licens, och för fyra år sedan var siffran 28 procent.

Under 2014 reviderade Socialstyrelsen BBIC i förhållande till aktuell forskning, erfarenheter från praktiken och ny lagstiftning. BBIC har också vidareutvecklats och förenklats för att kunna användas som system för systematisk uppföljning. Variabler och mått har tagits fram för uppföljning på aggregerad nivå. Detta är viktigt eftersom systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamheten utgör kärnan i ett fungerande förbättringsarbete. På sikt kan BBIC-statistiken också bli en källa för kunskap om den sociala barn- och ungdomsvården på nationell nivå.

Utvecklingsarbetet har genomförts i samråd med SKL i samarbete med externa forskare, experter, handläggare, chefer och regionala BBIC-samordnare. Också de regionala utvecklingsledarna i regeringsuppdraget ”Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område”, kallat BoU-satsningen, har varit involverade i arbetet.

Regionala utvecklingsledare driver utvecklingen framåt

Socialstyrelsen fick i februari 2011 i uppdrag av regeringen att ta fram ett program för trygg och säker vård för placerade barn och unga. Uppdraget var en del av regeringens överenskommelser med SKL om stöd till evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Överenskommelsen gav länen möjlighet att anställa regionala utvecklingsledare, den så kallade BoU-satsningen. År 2014 fanns det utvecklingsledare i alla län [16].

För att öka förutsättningarna att förbättra placerade barns hälsa och skolgång hade majoriteten av länen i landet under 2013 skrivit avtal med hälso- och sjukvården om läkarundersökningar av alla placerade barn. Avtalen och förekomsten av läkarundersökningar av placerade barn följs upp i en nationell kartläggning som SKL genomfört tillsammans med utvecklingsledarna. Länen har också med stöd av utvecklingsledarna tagit fram samverkansrutiner kring placerade barns skolgång och tandvård.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11), samt en handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter när barn och unga behöver vårdas utanför det egna hemmet. Vidare har Socialstyrelsen publicerat en vägledning om placerade barns hälsa och skolgång. Därutöver har ett grundutbildningsmaterial utarbetats för familjehem och jourhem samt ett bedömningsinstrument för rekrytering av familjehem.

Under 2013 och 2014 utbildade Socialstyrelsen 300 familjehemsutbildare i Socialstyrelsens grundutbildning "Ett hem att växa i", i samverkan med de regionala utvecklingsledarna. Som ett resultat av detta utbildades 600 familjehem under perioden oktober–december 2013. Utbildningarna har i hög uträckning genomförts i samverkan mellan kommuner.

Socialstyrelsens strukturerade bedömningsmetod för utredning av familjehem, BRA-fam, publicerades i sin slutliga version 2014. En uppföljning som Socialstyrelsen genomfört visade att 15 procent av kommunerna använde materialet under 2013.

Ekonomiska analyser

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Sedan 2004 har hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat med 0,5 procentenheter medan socialtjänstens andel ökat med 0,2 procentenheter.
- Landstingens kostnader för läkemedel inom förmånssystemet minskade under 2009–2013 med nästan 14 procent. Minskningen kan till stor del härledas till patentutgångar på kostnadsdrivande läkemedel.
- Den specialiserade psykiatriska vården har sammantaget fått mer resurser. Ökningen mellan 2012 och 2013 var drygt 7 procent. Jämfört med tidigare år är det här en större ökning.
- Socialtjänstens kostnader ökade mest för insatser till personer med funktionsnedsättning.
- Äldreomsorgen är fortfarande socialtjänstens största kostnadspost även om den inte ökar.
- Ökade resurser ges till barn och ungdomsvården. Övriga öppna insatser, det vill säga som inte är individuellt behovsprövade har ökat mest med 32 procent sedan 2009.
- Resurserna för insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem fortsätter att minska, och kommunerna använder nu lika lite till missbruks- och beroendevården som de gjorde 2009. Minskningen gäller främst övriga öppna insatser som inte är individuellt behovsprövade.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för kostnadsutvecklingen för hela den svenska vård- och omsorgssektorn under en tioårsperiod, 2004–2013, respektive en femårsperiod, 2009–2013. I begreppet vård och omsorg ingår hälso- och sjukvården tillsammans med tandvården och socialtjänstens alla verksamheter. Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2013 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns (SCB:s) konsumtionsindex 2013 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de då är i samma prisnivå.

De kostnadsbegrepp som används i denna rapport är:

- *Kostnaden för den egna produktionen*
Den egna produktionen avser den verksamhet som kommuner och landsting utför i egen regi. I den egna produktionen ingår även kostnader för den verksamhet som de säljer till andra.
- *Kostnaden för det egna åtagandet*
Kommuner och landsting har ett åtagande eller ett uppdrag enligt lagstiftning och kommunala beslut. Åtagandet kan utföras i egen regi eller köpas

eller upphandlas. Det egna åtagandet avser verksamhet och tjänster som kommunen eller landstinget erbjuder de egna invånarna. Kostnaden för åtagandet är ett mått på det totala finansieringsbehovet för att utföra det egna åtagandet.

- *Finansiering genom skatter och generella statsbidrag, nettokostnad*
Nettokostnaden är den kostnad som ska finansieras via skatter och generella statsbidrag.

I denna rapport använder Socialstyrelsen företrädesvis kostnadsmåttet *kostnad för det egna åtagandet*. För landstingens kostnader för hälso- och sjukvård använder vi även kostnadsbegreppet *nettokostnader*.

Avsnittet om ekonomiska analyser bygger till största delen på presentationer av tabeller och figurer. Den första delen av kapitlet är en beskrivning av kostnader och kostnadsutveckling. Här beskrivs övergripande hela vården och omsorgen, det vill säga hälso- och sjukvården och socialtjänstens alla verksamheter, och då räknas alla hälso- och sjukvårdskostnader inklusive kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården in under hälso- och sjukvård. Det följer den internationella klassificeringen i systemet för hälsoräkenskaperna (se avsnittet *Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling*). I de övergripande tabellerna för socialtjänsten ingår därför bara de kostnader som avser verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och socialförsäkringsbalken, SFB. Den kommunala hälso- och sjukvården räknas i stället med i texten som rör de enskilda verksamheterna inom socialtjänsten. Kapitlet avslutas med förslag på indikatorer för att mäta effektivitet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vårdens och omsorgens kostnadsutveckling

Kostnader för vården och omsorgen utgör en stor del av samhällsekonomin i Sverige och stod 2013 för 14,2 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 2004 har vården och omsorgens andel av BNP ökat med 0,7 procentenheter. Hälso- och sjukvården inklusive tandvården utgjorde 9,6 procent av BNP och dess andel har ökat med 0,5 procentenheter sedan 2004. Socialtjänstens andel var 4,6 procent exklusive den kommunala hälso- och sjukvård som definieras i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Socialtjänstens andel av BNP har under de senaste tio åren ökat med 0,2 procentenheter (tabell 8:1).

Hela vård- och omsorgssektorn omsatte cirka 518 miljarder kronor 2013.⁶⁸ I förhållande till 2004 är det en ökning med 16 procent. Hälso- och sjukvården ökade något mer än socialtjänsten, och de utgifterna beräknades 2013 uppgå till cirka 343 miljarder kronor,⁶⁹ inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar [1].

⁶⁸ De totala utgifterna för hälso- och sjukvården är skattade.

⁶⁹ Uppgifter för 2013 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB 2015-03-28.

Socialtjänstens utgifter uppgick 2013 till 175 miljarder kronor, exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL (tabell 8:1).

Tabell 8:1. Vårdens och omsorgens andel av BNP och kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för hela vården och omsorgen 2004–2013, förändring mellan åren och andel av BNP miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring	
											mnkr	%
Andel av BNP												
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,6	9,6*		0,5
Socialtjänstens andel av BNP exkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	4,4	4,3	4,2	4,1	4,3	4,6	4,4	4,4	4,5	4,6		0,2
Vården och omsorgens andel av BNP	13,5	13,4	13,1	13,0	13,5	14,5	13,9	13,9	14,1	14,2*		0,7
Hälso- och sjukvårdens utgifter totalt	293 116	299 174	308 946	317 069	326 618	335 384	336 263	342 893	343 758	343 700*	50 584	17,3
Socialtjänstens utgifter inkl. hälso- och sjukvård enl. 18 § HSL	177 187	174 702	177 347	181 644	184 374	190 288	192 841	197 059	197 149	199 670	22 483	12,7
Socialtjänstens utgifter exkl. hälso- och sjukvård enl. 18 § HSL	153 855	151 299	153 153	157 151	160 440	165 559	168 120	171 862	171 963	175 140	21 286	13,8
Vården och omsorgen totalt	446 970	450 473	462 099	474 220	487 058	500 942	504 384	514 755	515 721	518 840*	71 870	16,1

* Beräknade kostnader för 2013

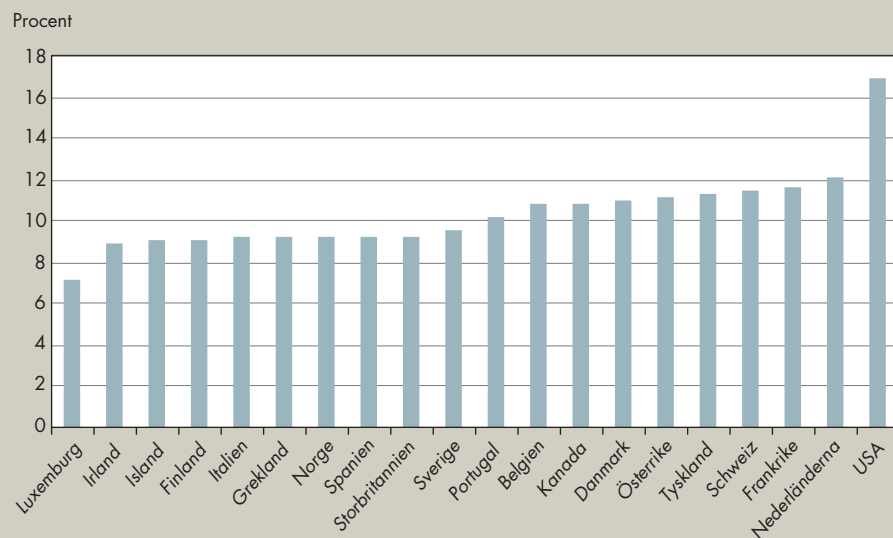
Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska centralbyrån 2004–2012, Kommunernas räkenskapsammandrag 2004–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Svensk hälso- och sjukvård ligger i mittfåran internationellt sett

I OECD: s internationella jämförelser av hur stor andel av BNP som olika länder använder för hälso- och sjukvård ligger Sverige ungefär i mitten med 9,6 procent av BNP. Det är dock stora skillnader mellan ländernas hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP (figur 8:1). USA utmärker sig särskilt eftersom där går 16,9 procent av BNP till hälso- och sjukvård, medan Luxemburg endast använder 7,1 procent. Att det skiljer så mycket mellan länderna beror bland annat på hur hälso- och sjukvården är organiserad och finansierad.

Figur 8:1. Andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP i ett urval länder 2012.



Den vanligaste finansieringsformen i de utvalda länderna är offentlig finansiering, antingen i form av finansiering från offentlig sektor genom skatteuttag eller som obligatoriska försäkringssystem. Dessa obligatoriska försäkringssystem kontrolleras och styrs av staten och i de flesta länder måste individen ansluta sig till dessa system.

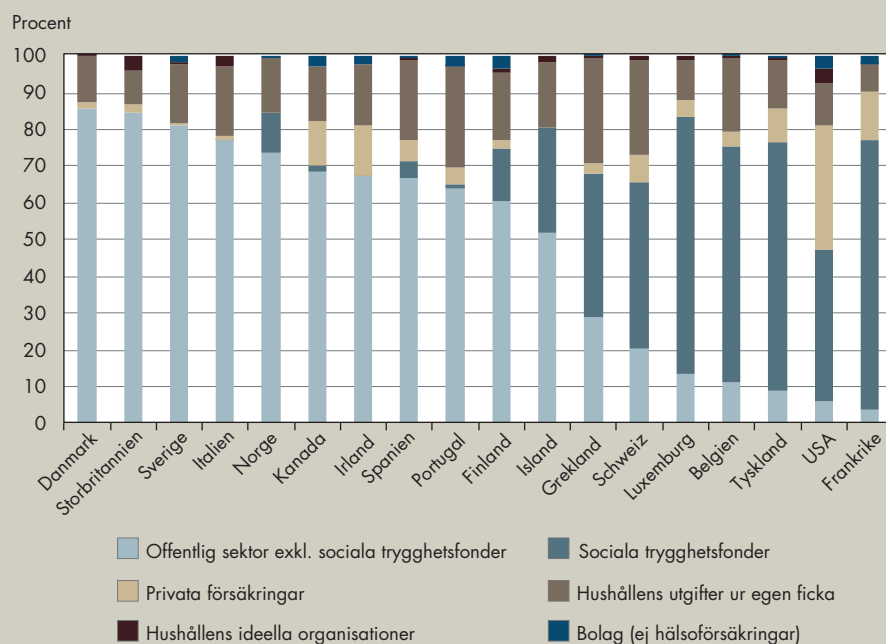
Av figur 8:2 framgår att de nordiska länderna har en stor andel hälso- och sjukvård som är finansierad av offentlig sektor genom skatteuttag, men det är en viss skillnad i vilken del av den offentliga sektorn som finansierar vad. I Sverige är det landstingen som finansierar den största delen av hälso- och sjukvården, medan det i Finland är den lokala nivån (kommunerna) som finansierar en stor andel av hälso- och sjukvården. Danmark och Island är länder där staten finansierar den största andelen av hälso- och sjukvårdens utgifter. Även i Norge är det i huvudsak staten och kommunerna som finansierar hälso- och sjukvården.

Offentlig finansiering genom obligatoriska försäkringssystem förekommer till viss del i både Finland, Island och Norge. Länder såsom Grekland, Schweiz, Luxemburg, Belgien, Tyskland, Frankrike och även USA finansierar också sin hälso- och sjukvård till största delen genom obligatoriska försäkringssystem. USA utmärker sig med att 34 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader finansieras med privata försäkringar. Detta ska jämföras med Sverige där 0,3 procent betalas med privata försäkringar.

Ett annat perspektiv är hur mycket hushållen får betala själva för hälso- och sjukvård, och då är Frankrike det billigaste landet eftersom endast 7,5 procent finansieras med hushållens egenbetalning. Det kan jämföras med Sverige där hushållen betalar 16,2 procent ur egen ficka för hälso- och sjukvård.

Figur 8:2. Finansiärer

Hälso- och sjukvårdens utgifter fördelat efter finansiärer. Procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter i ett urval av länder 2012.



Källa: OECD Health Statistics 2014.

Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling

De samlade utgifterna för all hälso- och sjukvård inklusive investeringar uppgick 2012 till 343,8 miljarder kronor, i 2013 års pris.⁷⁰ Av detta finansierade landstingen 71,6 procent och den privata sektorn 18,7 procent. Kommunerna stod för 7,7 procent och staten för 2,0 procent.

Det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA), definierar hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån den internationella klassifikationen för hälso- och sjukvårdens ändamål och funktioner samt producenter och finansiärer, ICHA.⁷¹ Största delen av hälso- och sjukvårdens kostnader gäller den del som består av botande och rehabiliterande vård enligt SHA, med 63 procent. Av den botande och rehabiliterande vården utfördes 25 procent i slutenvården och 36 procent i öppenvården. Kommunernas hälso- och sjukvård enligt § 18 HSL utgör drygt 7 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter. En annan stor utgiftspost är läkemedel till öppenvårdspatienter, med 14 procent av kostnaderna.

Kostnaderna för landstingens hemsjukvård minskar i samma takt som kommunerna övertar ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Kostnaderna för läkemedel till öppenvårdspatienter fortsätter också att minska på

⁷⁰ Uppgifter för 2013 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB 2015-03-28

⁷¹ ICHA International Classification for Health Accounts

grund av bland annat patentutgångar (se mer under nästa avsnitt). Mellan 2009 och 2012 minskade läkemedelskostnaderna med 6 procent. Investeringarna i hälso- och sjukvården har däremot ökat sedan 2009 (tabell 8:2).

Tabell 8:2. Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling (SHA)

Hälso- och sjukvårdsutgifter 2009–2012 utifrån systemet för hälsoräkenskaper (SHA), förändring mellan åren och verksamheternas andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter, miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
					mnkr	%	%
<i>Botande och rehabiliterande hälso- och sjukvård</i>	209 707	210 336	213 474	216 653	6 946	3,3	63,0
Botande och rehabiliterande slutenvård	83 734	82 608	84 164	85 380	1 646	2,0	24,8
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	7 042	6 816	7 217	7 352	310	4,4	2,1
Botande och rehabiliterande öppenvård	117 366	119 334	120 488	122 697	5 331	4,5	35,7
varav tandvård	24 922	23 910	23 820	23 672	-1 251	-5,0	6,9
Landstingens hemsjukvård	1 566	1 577	1 605	1 224	-341	-21,8	0,4
<i>Kommunernas hemsjukvård</i>	24 566	24 485	24 735	24 800	234	1,0	7,2
<i>Laboratorier, röntgen, patienttransporter m.m.</i>	14 410	13 609	14 698	14 271	-139	-1,0	4,2
<i>Medicinska varor till öppenvårdspatienter</i>	52 304	51 640	50 881	49 565	-2 739	-5,2	14,4
Läkemedel	42 750	41 969	41 236	40 030	-2 721	-6,4	11,6
varav receptföreskrivna mediciner -	30 823	30 429	29 923	28 636	-2 187	-7,1	8,3
Terapeutiska hjälpmedel	9 554	9 671	9 645	9 536	-18	-0,2	2,8
<i>Prevention och folkhälsojourer</i>	12 246	11 648	12 476	12 764	518	4,2	3,7
<i>Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar</i>	4 652	4 816	5 185	5 027	374	8,0	1,5
<i>Oidentifierade hälso- och sjukvårdsändamål</i>	1 920	1 976	2 181	2 262	342	17,8	0,7
Löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	319 805	318 510	323 630	325 342	5 536	1,7	94,6
Hälso- och sjukvårdens investeringar	15 578	17 754	19 263	18 416	2 838	18,2	5,4
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	335 384	336 263	342 893	343 758	8 375	2,5	100

Källa: Hälsoräkenskaper 2009–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Landstingens kostnader för läkemedel minskar

Landstingen stod för 71,6 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter under 2013. Deras kostnader för det egna åtagandet för hälso- och sjukvård uppgick till 239,9 miljarder kronor, medan nettokostnaden för denna verksamhet uppgick till 221 miljarder kronor (tabell 8:3). Jämfört med 2009 har landstingens kostnader för det egna åtagandet ökat med 3,8 procent i fasta priser, medan nettokostnaderna har ökat något mindre med 3,2 procent.

Nettokostnaderna har ökat olika mycket inom olika vårdområden. Den största ökningen gäller den specialiserade psykiatriska vården, följt av övrig hälso- och sjukvård. Att kostnaderna ökade för den specialiserade psykiatriska vården är ett trendbrott i förhållande till tidigare år. Kostnaden för läkemedel inom förmånssystemet har minskat mest, med nästan 14 procent i jämförelse med 2009 (tabell 8:3). Minskningen kan till stor del härledas till patentutgångar på kostnadsdrivande läkemedel. År 2012 ändrades även nivåerna för högkostnadsskyddet, vilket ledde till att patienternas egenavgifter ökade medan de offentliga kostnaderna minskade. Även Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar av befintliga läkemedels subventionsstatus hade en kostnadssänkande effekt, liksom landstingens

kostnadskontroll. Landstingens nettokostnader för tandvård minskade även något. Den utvecklingen är dock i linje med utvecklingen av tandvårdskostnaderna totalt (tabell 8:2).

Tabell 8:3. Kostnadsutveckling för landstingens hälso- och sjukvård

Landstingens utgifter för det egna åtagandet och nettoutgifter per vårdområde 2009–2013, (inkl Gotland), förändring mellan åren och andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård, miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader för det egna åtagandet	231 128	231 980	234 307	235 215	239 926	8 798	3,8	
Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård	214 146	214 666	216 665	216 779	220 968	6 822	3,2	100,0
Primärvård	36 323	36 678	36 837	37 906	38 610	2 287	6,3	17,5
Specialiserad somatisk vård	112 654	113 577	115 122	115 538	117 809	5 155	4,6	53,3
Specialiserad psykiatrisk vård	19 423	19 299	19 511	19 437	20 929	1 506	7,8	9,5
Tandvård	5 375	5 329	5 287	5 312	5 246	-129	-2,4	2,4
Läkemedel inom förmånen	22 914	22 431	22 070	20 431	19 791	-3 123	-13,6	9,0
Övrig hälso- och sjukvård	16 131	16 133	16 563	16 933	17 342	1 211	7,5	7,8
Politisk verksamhet	1 326	1 219	1 275	1 219	1 241	-85	-6,4	0,6

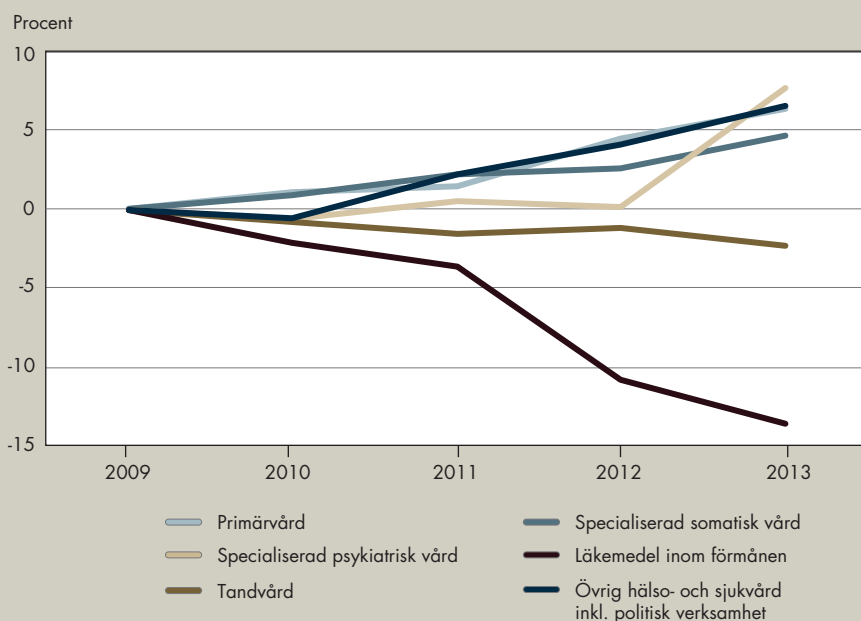
Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009-2013, Sveriges kommuner och landsting, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån

Figur 8:3 visar hur landstingens resurstilldelning till de olika vårdområdena har utvecklats sedan 2009. Mellan 2012 och 2013 fick specialiserad psykiatrisk vård en större resursförstärkning i förhållande till både primärvården och den specialiserade somatiska vården. Övrig hälso- och sjukvård har även den fått en resursförstärkning. I övrig hälso- och sjukvård ingår ambulans, sjuktransporter och sjukresor, handikappverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor, forskning och utveckling (FoU) avseende hälso- och sjukvård samt övrigt.

Landstingen behöver betala allt mindre för läkemedel inom förmånen. Relativt annan hälso- och sjukvård har läkemedelskostnaden minskat mest sedan 2009.

Figur 8:3. Resursförändring

Resursförändring mellan landstingens olika vårdområden 2009–2013.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling 2009–2013, Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialtjänstens kostnadsutveckling

Kostnaderna för socialtjänsten inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL uppgick 2013 till 200 miljarder kronor, en ökning med 5 procent sedan 2009. Mest ökade kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning, vilket är en trend som pågått i många år. Äldreomsorgen är dock fortfarande den största kostnadsposten och svarar för över hälften av socialtjänstens kostnader (tabell 8:4).

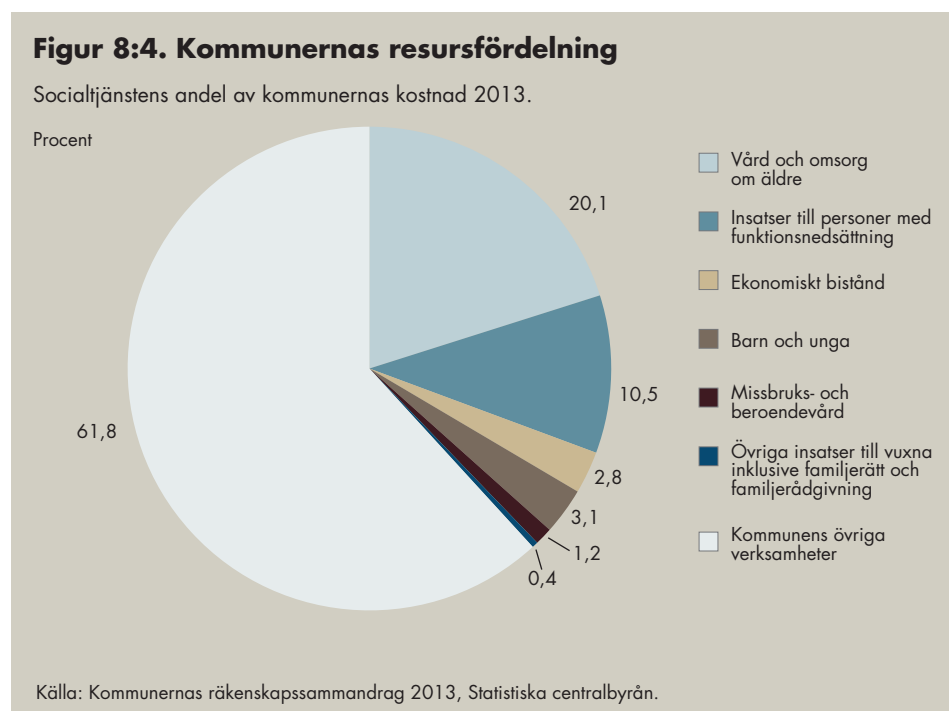
Tabell 8:4. Socialtjänstens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten 2009–2013, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader, miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel
						mnkr	%	
Individ och familjeomsorg inklusive familjerätt och familjerådgivning	40 227	40 781	41 148	40 384	39 683	-544	-1,4	20
Insatser till personer med funktionsnedsättning	48 506	49 521	51 985	52 913	55 042	6 536	13,5	28
Vård och omsorg till äldre	101 662	102 670	104 062	103 988	104 945	3 283	3,2	52
Socialtjänstens totala kostnader inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	190 396	192 972	197 194	197 285	199 670	9 275	4,9	100

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Hur kommunerna prioriterar socialtjänsten i förhållande till annan kommunal verksamhet framgår av figur 8:4. Socialtjänstens andel av kommunernas verksamhet uppgick 2013 till 38,3 procent och är nu lika stor som den var 2004. I förhållande till 2012 har socialtjänstens andel av kommunernas kostnader minskat med en procentenhet. Det är främst äldreomsorgens andel av kommunernas kostnader som minskar.



Mer resurser till barn och unga

Individ- och familjeomsorgen utgör 20 procent av socialtjänsten och 2013 kostade den 39,7 miljarder kronor.

Kostnaderna för insatser till barn och unga växer och utgjorde 2013 den största andelen av individ- och familjeomsorgens verksamhet med drygt 41 procent. Kostnaderna för barn och unga fördelas jämt mellan insatserna HVB-hem, familjehem och öppna insatser. Inom barn- och ungdomsvården har övriga öppna insatser ökat mest, med 32 procent sedan 2009. Med övriga öppna insatser avses insatser som ges utan individuellt beslut och utan krav på inskrivning, till exempel ungdomsmottagningar och öppna träfflokaler. Kostnaderna för familjehemmen har också ökat jämfört med 2009 (tabell 8:5).

Resurserna för insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem fortsätter att minska, och kommunernas resurser ligger på samma nivå som de gjorde 2009. Minskningen gäller främst övriga öppna insatser som inte är individuellt behovsprövade. Däremot ökade kostnaderna för bistånd som avser boende med 25 procent i jämförelse med 2009.

Kommunernas kostnader för ekonomiskt bistånd fortsätter att minska och uppgick 2013 till 14,8 miljarder kronor. Främst är det kostnaderna för flyktinghushåll som har minskat. Det är en effekt av att Arbetsförmedlingen sedan 2010 har ansvaret för vissa delar av introduktionen av nyanlända och

därmed även kostnaderna för olika etableringsersättningar till flyktinghushåll. Kostnaderna för ekonomiskt bistånd exklusive flyktinghushåll har sedan 2009 legat på en relativt stabil nivå. I dessa kostnader ingår här både bokförda kostnader för utbetalt bistånd och kostnader för socialtjänstens administration, det vill säga de löner, lokaler och material som krävs för att betala ut det ekonomiska biståndet (tabell 8:5).

Kostnaderna för övriga insatser till vuxna uppgick 2013 till 1,7 miljarder kronor. Här ingår insatser till vuxna med spelmissbruk eller spelberoende, vuxna med behov av stöd i föräldrarollen och vuxna med behov av stöd på grund av en anhörigs missbruk samt stöd till våldsoffer. Även individuellt behovsprövade insatser för hemlösa ingår här (tabell 8:5).

Färdtjänst ingår per definition inte i socialtjänsten, men redovisas ändå här för att den berör många personer som också har insatser inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. År 2013 kostade färdtjänsten cirka 2 miljarder kronor (tabell 8:5).

Tabell 8:5. Individ- och familjeomsorgens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen 2009–2013, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader respektive andel av individ- och familjeomsorgens kostnader, miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Insatser till barn och unga</i>	15 190	15 201	16 155	16 370	16 298	1 108	7,3	41,1
Institutionsvård/HVB	5 182	5 171	5 693	5 688	5 537	355	6,8	14,0
Familjehemsvård	4 876	5 042	5 363	5 495	5 384	508	10,4	13,6
Öppna insatser	5 132	4 988	5 099	5 186	5 377	245	4,8	13,5
Individuell behovsprövad öppen vård	3 533	3 387	3 411	3 382	3 264	-269	-7,6	8,2
Övriga öppna insatser	1 599	1 601	1 689	1 804	2 113	514	32,1	5,3
<i>Insatser till vuxna med missbruk/beroende</i>	6 145	6 348	6 320	6 298	6 163	18	0,3	15,5
Institutionsvård	2 612	2 716	2 741	2 751	2 651	39	1,5	6,7
Familjehemsvård	192	191	178	199	192	0	-0,1	0,5
Öppna insatser	3 341	3 441	3 401	3 348	3 320	-21	-0,6	8,4
Bistånd som avser boende	1 553	1 612	1 633	1 747	1 760	207	13,3	4,4
Individuellt behovsprövade insatser	975	1 030	980	942	950	-25	-2,6	2,4
Övriga öppna insatser	813	799	789	658	610	-203	-25,0	1,5
Ekonomiskt bistånd	16 367	16 734	16 377	15 368	14 792	-1 575	-9,6	37,3
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	12 903	13 736	14 058	14 239	13 822	919	7,1	34,8
Ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll	3 464	2 998	2 319	1 130	970	-2 494	-72,0	2,4
Övriga insatser till vuxna	1 848	1 808	1 591	1 632	1 715	-133	-7,2	4,3
Familjerätt och familjerådgivning	677	690	705	716	715	38	5,6	1,8
Individ- och familjeomsorg totalt	40 227	40 781	41 148	40 384	39 683	-544	-1,4	100
Individ- och familjeomsorgens andel av socialtjänsten	21,1	21,1	20,9	20,5	19,9		-1,3	
Färdtjänst/riksfärdtjänst	2 039	2 147	2 175	2 063	1 951	-88	-4,3	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2009–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån .

Kostnaderna ökar för insatser till personer med funktionsnedsättning

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökade återigen under den senaste femårsperioden med 13,5 procent i fasta priser, och uppgick 2013 till 55 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistans som kommunerna utför som anordnare). Insatser till personer med funktionsnedsättning utgjorde 27,6 procent av socialtjänstens kostnader.

Det är både insatser enligt SoL och insatser enligt LSS eller SFB som ökat. Procentuellt ökade insatser enligt SoL mest, särskilt insatser i ordinärt boende som ökade med 39 procent. Öppen generellt inriktad verksamhet utan biståndsbedömning minskade däremot med 9,7 procent i förhållande till 2009.

Inom insatser enligt LSS och/eller SFB ökade kostnader för LSS-boenden för vuxna mest, med 14,3 procent, följt av kostnader för personlig assistans som har ökat med 13,4 procent sedan 2009 (tabell 8:6).

Tabell 8:6. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2009–2013, förändring mellan åren, och andel av socialtjänstens kostnader, miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Insatser enligt SoL</i>	9 632	9 686	10 590	10 816	11 862	2 230	23,1	21,6
Särskilt boende	3 762	3 735	3 738	3 909	4 065	303	8,1	7,4
Ordinärt boende enl SoL/HSL	5 090	5 252	6 124	6 217	7 092	2 002	39,3	12,9
Hemtjänst/boendestöd	3 174	3 285	4 377	4 553	5 346	2 172	68,4	9,7
Korttidsboende	547	559	621	617	613	66	12,0	1,1
Övriga biståndsbedömda insatser	1 368	1 408	1 126	1 047	1 133	-235	-17,2	2,1
Öppen verksamhet	781	699	728	690	705	-76	-9,7	1,3
<i>Insatser enligt LSS och SFB*</i>	38 874	39 836	41 395	42 097	43 180	4 306	11,1	78,4
Boende	20 391	21 010	21 708	22 275	22 961	2 570	12,6	41,7
Boende vuxna	18 678	19 316	20 083	20 555	21 356	2 678	14,3	38,8
Boende barn	1 713	1 693	1 625	1 720	1 605	-108	-6,3	2,9
Personlig assistans**	7 856	7 953	8 346	8 652	8 909	1 053	13,4	16,2
Daglig verksamhet	6 021	6 273	6 650	6 653	6 793	772	12,8	12,3
Övriga insatser	4 606	4 601	4 691	4 517	4 517	-89	-1,9	8,2
Insatser till personer med funktionsnedsättning	48 506	49 521	51 985	52 913	55 042	6 536	13,5	100,0
Funktionsnedsättnings andel av socialtjänsten	25,5	25,7	26,4	26,8	27,6		2,1	

* Socialförsäkringsbalken ** Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Trenden att kostnaderna minskar för den del av assistansen som kommunerna utför som anordnare håller i sig. Detta visar de senaste siffrorna från 2013. I jämförelse med 2004 har den del av assistansen som kommunen utför som anordnare minskat med 8,7 procent. Minskningen började 2009 och har sedan fortsatt.

Kostnaderna för äldreomsorgen står stilla

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2013 till drygt 194,3 miljarder kronor, vilket är en ökning med 7,4 procent sedan 2009. Landstingens uppskattade kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser till äldre har ökat med 12,7 procent i förhållande till 2009, medan kommunernas kostnader för äldreomsorgen endast har ökat med 3,2 procent under motsvarande period. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre beräknas utifrån en uppskattning baserad på äldres andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL, uppgick 2013 till 104,9 miljarder kronor, varav cirka 59 procent gick till särskilt boende och drygt 40 procent till insatser i ordinärt boende. Övriga biståndsbedömda insatser minskade mest, men det är en bokföringseffekt av att SCB har ändrat anvisningarna för sättet att redovisa kostnader för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL i det kommunala räkenskapssammandraget (RS). Motsvarande ökning av kostnaderna för hemtjänst beror på att hälso- och sjukvård i ordinärt boende nu ska redovisas i den verksamhet där den utförs (tabell 8:7).

Tabell 8:7. Kostnadsutveckling för vård och omsorg om äldre

Kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre 2009–2013, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel
						mnkr	%	
<i>Kommunens verksamhet för äldre</i>								
Särskilt boende	62 222	61 976	62 449	61 772	61 348	-874	-1,4	58,5
Ordinärt boende	37 776	39 028	39 977	40 640	42 050	4 274	11,3	40,1
Hemtjänst/boendestöd	25 305	26 843	30 648	31 463	33 026	7 721	30,5	31,5
Korttidsboende	5 995	5 990	6 234	6 258	5 982	-13	-0,2	5,7
Övriga biståndsbedömda insatser	6 476	6 194	3 094	2 919	3 042	-3 434	-53,0	2,9
Öppen verksamhet	1 665	1 666	1 636	1 576	1 547	-118	-7,1	1,5
<i>Kommunernas vård och omsorg om äldre totalt</i>	<i>101 662</i>	<i>102 670</i>	<i>104 062</i>	<i>103 988</i>	<i>104 945</i>	<i>3 283</i>	<i>3,2</i>	<i>100</i>
<i>Vård och omsorgens andel av socialtjänsten</i>	<i>53,4</i>	<i>53,2</i>	<i>52,8</i>	<i>52,7</i>	<i>52,6</i>		<i>-0,8</i>	
<i>Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65 +*</i>	<i>79 303</i>	<i>79 809</i>	<i>80 469</i>	<i>80 852</i>	<i>89 366</i>	<i>10 063</i>	<i>12,7</i>	
Vård och omsorg om äldre totalt	180 965	182 479	184 531	184 840	194 311	13 346	7,4	

*Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård för äldre är skattade utifrån Region Skånes kostnadsandelar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2009–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Kommunerna och landstingens köp av andra utförare ökar något

Sammantaget köpte kommunerna och landstingen, inklusive regionerna, verksamhet inom vård och omsorg av andra utförare för 80,6 miljarder kronor under 2013. Det var en ökning med 4,1 procent i förhållande till 2012, något mer inom landstingen jämfört med inom kommunerna.

Landstingen köpte hälso- och sjukvård för 43,6 miljarder kronor, vilket är 21,3 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. En majoritet, 58,5 procent var från privata företag. Köp från andra landsting och

landstingsägda företag inom egen koncernredovisning stod för hela 38,4 procent. Landstingen köper dock allt mindre från kommuner och kommunägda företag. År 2013 gjordes endast 1,3 procent av dessa från kommuner och kommunägda företag, vilket var en väsentlig minskning i förhållande till 2012 då andelen var 19 procent.

Inom landstingen köpte den specialiserade somatiska vården mest hälso- och sjukvård, motsvarande 23,5 miljarder kronor, följt av primärvården som köpte för 13,9 miljarder kronor. Ökningen gäller främst inom primärvården, och sedan 2009 har primärvårdens köp av verksamhet ökat med 8 procent och då främst från privata företag.

Kommunerna köpte 2013 verksamhet inom socialtjänsten för 37 miljarder kronor från andra utförare, vilket motsvarar 18,5 procent av socialtjänstens totala kostnader. Även kommunerna köpte mest från privata företag, motsvarande 80 procent av alla köp inom socialtjänsten. Inom socialtjänsten gjordes också 9 procent av alla köp från föreningar, stiftelser och ideella organisationer.

Köpen gäller dock mestadels verksamhet inom vård och omsorg om äldre, motsvarande 17,3 miljarder kronor, följt av funktionshinderomsorgen med 11,4 miljarder kronor. Inom individ- och familjeomsorgen gjordes de flesta köpen inom barn- och ungdomsvården, till ett värde av 5,6 miljarder kronor.

Referenser

Inledning

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
2. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2010.
3. Nationella indikatorer För God Vård. Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2009.
4. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt 2013. Socialstyrelsen; 2013.

Hälso- och sjukvård

1. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014; Folkhälsomyndigheten; 2014.
2. www.scb.se
3. Öppna jämförelser Folkhälsa 2014. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
4. Dödsorsaker. Socialstyrelsen; 2014.
5. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
6. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2013. Socialstyrelsen; 2014.
7. Reflection process on Chronic Diseases – Final report. Directorate General Health and Consumers, European Commission; 2013.
8. Health at glance. OECD publishing; 2013.
9. Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård. Indikatorer om sjukdomar och behandling. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
10. Nationella Diabetesregistret. Årsrapport – 2013 års resultat. NDR; 2013.
11. Swediabkids. Årsrapport 2013. Registercentrum Västra Götaland; 2014.
12. www.who.int/chp/en/
13. Luftvägsregistret. Årsrapport 2013. Registercentrum Västra Götaland; 2014.
14. Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård vid astma och KOL. Socialstyrelsen; 2014.
15. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Scandinavian Journal of Public Health; 2012.
16. OECD Hälsodatabas.
17. Socialstyrelsens verksamhet inom ANDT-området. Lägesrapport oktober 2013–september 2014. Socialstyrelsen; 2014.
18. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt

- problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Rapport 55. Stockholm: STAD; 2014.
19. Regeringens åtgärdsprogram för alkohol-narkotika, dopnings och tobakspolitiken 2014.
 20. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Lands-ting; 2014.
 21. Nationella riktlinjer – utvärdering – sjukdomsförebyggande metoder 2014. Socialstyrelsen; 2015.
 22. Sjukdomsförebyggande metoder inom kommunal hälso- och sjukvård – Uppföljning av implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlin-jer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2014.
 23. SCB Befolkningsstatistik
 24. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelsere-gistret 1973–2012 – Assisterad befruktning 1991–2011. Socialstyrel-sen; 2013.
 25. Adverse Pregnancy Outcomes Related to Advanced Maternal Age Compared With Smoking and Being Overweight. Ulla Waldenström, et al. Obstetrics and Gynecology , online 9 december 2013.
 26. Vård av extremt för tidigt födda barn. En vägledning för barn födda före 28 fullgångna graviditetsveckor. Socialstyrelsen; 2014.
 27. Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård 2013. Socialstyrelsen; 2013.
 28. Amning och föräldrars rökvanor – barn födda 2012. Socialstyrelsen; 2014.
 29. www.livsmedelsverket.se
 30. Har sociodemografin betydelse för amningsfrekvensen? Socialstyrel-sen; 2014.
 31. Vägledning för barnhälsovården. Socialstyrelsen; 2014.
 32. www.rikshandboken-bhv.se/Rikshandboken för barnhälsovård
 33. De nationella vaccinationsprogrammen – lägesrapport 2014. Social-styrelsen; 2014.
 34. Barnvaccinationsprogrammet 2013 – Årsrapport. Folkhälsomyndighet-en; 2014.
 35. WHO global, measles and rubella strategic plan 2012-2020. WHO; 2012.
 36. www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/maj/kikhosta-kan-vara-livshotande-for-spadbarn/
 37. Att förebygga HIV och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet; 2011.
 38. umo.se/ungdomsmottagningar
 39. www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/
 40. Making mental health count, OECD publishing; 2014.
 41. Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen; 2013.
 42. Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

43. Barnombudsmannen.se/max18
44. Läkemedel – statistik för 2013. Socialstyrelsen; 2014.
45. Läkemedelsbehandling vid adhd – aspekter av behandling och regionala skillnader. Socialstyrelsen; 2014.
46. Öppna jämförelser läkemedelsbehandlingar – jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2014.
47. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Socialstyrelsen; 2014.
48. Patientregistret, Socialstyrelsen.
49. Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa- uppföljning av landstingens insatser 2012. Socialstyrelsen; 2013.
50. Bryt tystnaden. Barnombudsmannen; 2014.
51. Låt barn komma till tals i tillsyn över psykiatrisk tvångsvård. Regeringsuppdrag Dnr S2014/2930/FS.
52. Beskrivning av vårdutnyttjande för psykiatriska patienter. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen, Socialstyrelsen; 2012.
53. Statistik om psykiatrisk tvångsvård enligt LPT 2013. Socialstyrelsen; 2014.
54. Bättre vård mindre tvång. Utvecklingsarbete i den psykiatriska heldygnsvården. Riktade insatser inom psykisk ohälsa 2013. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
55. eHälsomyndighetens statistiksystem Concise 2015-01-09.
56. World Economic Forum
57. www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/beredskap/utbrott/ebola-vastafrika-2014/ 2014-01-09
58. www.fn.se/press/nyheter/fn-kraftsamlar-mot-ebola-men-mer-kravs/
59. www.regeringen.se/content/1/c6/24/88/32/94c6596e.pdf
60. Ebola – Uppföljning av hemvändande hjälparbetare – En vägledning. Folkhälsomyndigheten; 2014.
61. Ebola – rutiner för sanering. Rutiner för kommuner och smittskyddsläkare. Folkhälsomyndigheten; 2014.
62. Den nationella utvärderingen av riktlinjer för vård vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2014.
63. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar – Indikatorer och underlag för bedömning. Socialstyrelsen; 2014.
64. Nationella screeningprogram. Modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2014.
65. Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Remissversion 2015. Socialstyrelsen 2015.
66. Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård. Om rättigheter och tvångsåtgärder. Socialstyrelsen; 2015.
67. Minska risken för plötslig spädbarnsdöd – En vägledande skrift för hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen; 2014.
68. Patientsäkerhet lönar sig - Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
69. Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet. SKL; 2014.
70. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.

71. Sammanställning av patientnämndernas rapportering till IVO för år 2013. Dnr:45326/2013. IVO; 2013.
72. Branchrapport 2013. Sveriges Apoteksförening; 2014.
73. Apotekens vårdskador – analys av lex Maria och klagomål inom apoteksverksamhet 2010-2013. IVO; 2014.
74. Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler våren 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
75. SWEDRES rapport; 2013.
76. Patientsäkerhetssatsning 2014. Utvärdering av antibiotikaföreskrivning och landstingens arbete för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Folkhälsomyndigheten 2014.
77. December 2013 enkät, Socialstyrelsen.
78. Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner våren 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
79. Vårdrelaterade infektioner– framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
80. europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_en.htm
81. www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcareassociated_infections/Pages/index.aspx
82. Vårdbarometern. Statistikuppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting 17 december 2014.
83. www.skl.se
84. Riks-Stroke – nationella kvalitetsregistret för stroke.
85. Bra bemött? Unga hbtq-personers erfarenheter av att besöka ungdomsmottagningen, RFSL Ungdom; 2014.
86. Att mötas i hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
87. Dr Google, Dr Watson och Vårdkartan. Kairos Future; 2014.
88. Hur påverkar patientmakt utvecklingen av IT över landstingsgränserna? Seminarium vid Nationella eHälsodagen 2014. 22 oktober 2014.
89. VIP i vården – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Vårdanalys; 2014.
90. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Socialdepartementet; 2014.
91. En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Vårdanalys; 2014.
92. Health 2020. Policy framework and strategy. EUR/RC62/
93. Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård. Övergripande indikatorer. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
94. Hjärtinfarkter 1990–2013. Myocardial infarctions 1990–2013. Socialstyrelsen; 2014.
95. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
96. Nationella riktlinjer för lungcancervård. Socialstyrelsen; 2011.
97. Öppna jämförelser 2014 – Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen; 2014.
98. www.sbu.se/sv/Pagaende-projekt/Insatser-for-att-stodja-personer-med-schizofreni-att-forandra-ohalsosamma-levnadsvanor-som-otillracklig-

- fysisk-aktivitet-ohalsosamma-matvanor-tobaksbruk-samt-missbrukberoende-av-alkohol/
99. Treatment of hypertension in women and men. Charlotta Ljungman. Göteborgs universitet; 2014.
 100. Kvinnor och män i hjärt- och kärlsjukvården. Patienter i KPP-databasen 2012. SKL 2014
 101. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2014.
 102. Regeringens strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016.
 103. Vård på lika villkor – ett lärandeprojekt. Sveriges Kommuner och Landsting 2014.
 104. Closing the gap in a generation. Health equity through the social determinants of health. World Health Organisation; 2011.
 105. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014: 22.
 106. Sveriges uppföljningsrapport utifrån Pekingplattformen – Uppföljningen täcker perioden 2009– 2014. U2014/240/JÄM.
 107. Uppdrag om delmål m.m inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011– 2016. Delrapportering av regeringsuppdrag. Dnr. 599/2014. Folkhälsomyndigheten; 2014.
 108. Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Vårdanalys; 2014.
 109. Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
 110. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2013, Socialstyrelsen 2014
 111. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Socialstyrelsen 2014.
 112. Väntetider i cancervården. Socialstyrelsen; 2014.
 113. Omregleringen av apoteksmarknaden – Redovisning av ett regeringsuppdrag 2011:9 Konsumentverket; 2011.
 114. Delrapport om receptbelagda läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna. 2014
 115. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
 116. KOM(2010) 2020 slutlig, Meddelande från kommissionen, Europa 2020 En strategi för smart och hållbar tillväxt för alla.
 117. Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14). Socialdepartementet; 2014.
 118. SLL (2012), Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer – Preliminär analys, slutsatser och rekommendationer.
 119. Effektivitet i praktiken. Socialstyrelsen; 2014.
 120. Mer patientperspektiv i vården - är nationella riktlinjer en metod? (RIR 2013:14).
 121. Kompetensförsörjning SKL.

Tandvård

1. Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet. TLV, 2014.
2. Uppföljning av statsbidrag till kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Socialstyrelsen, 2014.
3. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Socialstyrelsen 2013.
4. Utökad kariesprevention för små barn i utsatta områden i Stockholms län. Stop Caries Stockholm. Stockholms läns landsting; 2014.
5. Utvärdering av ett populationsbaserat preventionsprogram i Västra Götaland. Presentation vid Riksstämman 2014.
6. Fortbildning för undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen. En systematisk översikt om vetenskapligt stöd och effekter för äldre och personal. Socialstyrelsen; 2014.
7. Intervention för äldres munhygien utförd av äldreomsorgspersonal. En systematisk översikt av interventioners effekter och vetenskapliga stöd. Socialstyrelsen; 2014.
8. Skör och äldre. Vad händer med tänder? Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort omvårdnadsbehov. Västra Götalandsregionen; 2013.
9. Biverkningar av dentala implantat i titan och zirkoniumdioxid. En systematisk översikt av vetenskapliga studier. Socialstyrelsen, 2014.
10. Behandling av mineralisationsstörningar i emalj och dentin. En systematisk kartläggning av restaureringsmaterial för barn- och ungdomstandvården. Socialstyrelsen, 2014.
11. Material för fyllningar och fissurförseglingar inom barn- och ungdomstandvården. En systematisk översikt. Socialstyrelsen, 2014.
12. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit – Årsrapport 2013. SKaPa, 2014.
13. Rapportering om innehåll i NQRDI vid Odontologisk Riksstämma november 2014.
14. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Socialstyrelsen 2013.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård, Stockholm 2011.
16. Läkemedelsverket. Rekommendationer för antibiotikabehandling i tandvården, Uppsala 2014.
17. Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar 2014. Socialstyrelsen, 2014.
18. Tillsyn av tandvården 2013. En sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen. Inspektionen för vård och omsorg, 2014.
19. Journalföring inom tandvården. Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2012.
20. Samhällsservice 2014. Svenskt kvalitetsindex, 2014.
21. Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten, 2014.
22. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården 2012–2025. Socialstyrelsen, 2014.
23. A new dental insurance scheme – effects on the treatment provided and costs. C. Andrén Andås *et al.* Swed Dent J 2014; 38: 57-66.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

1. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform 2013. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen; 2009.
2. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2013. Socialstyrelsen; 2014.
3. Kartläggning och analys av vissa LSS-insatser (preliminära data). Socialstyrelsen; publicering första kvartalet 2015.
4. Öppna jämförelser 2014. Stöd till personer med funktionsnedsättning. Nationella resultat, metod och indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
5. Internt arbetsmaterial.
6. Nationella kompetensrådet. Hämtad 2014-12-01 från www.projektcarpe.se.
7. Socialstyrelsen. Hämtad 2014-12-01 från www.socialstyrelsen.se.
8. Underlag från Inspektionen av vård och omsorg 2014-10-31.
9. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen; 2014.
10. Tillsynsrapport. Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
11. Vad tycker barnen? Barns och ungdomars uppfattning om sin trygghet och delaktighet i HVB och LSS-boenden under 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
12. Delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner. Kunskapsstöd till verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2014.
13. Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen; 2014
14. Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Socialstyrelsen; 2013.
15. Stöd till personer som vårdar eller stödjer anhöriga. Lägesrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
16. Stöd till personer som vårdar eller stödjer anhöriga. Lägesbeskrivning 2012. Socialstyrelsen; 2012.
17. Stöd till personer som vårdar eller stödjer anhöriga. Lägesbeskrivning 2013. Socialstyrelsen; 2013.
18. Stödet till anhöriga omsorgsgivare (RiR 2014:9). Riksrevisionen; 2014.
19. Stöd till personer som vårdar eller stödjer anhöriga. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2014.
20. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och unga. Socialstyrelsen; 2014.
21. Att mötas i hälso- och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlik vård. Socialstyrelsen; 2015.
22. Alltjämt ojämlikt. Levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.

23. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv – en kartläggning av vårdcentraler och socialtjänstkontor. Socialstyrelsen; 2010.

Missbruk och beroendevården

1. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Prop. 2010/11:47
2. Lindgaard H. Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen; 2006.
3. Leifman H, Raninen J, Sundelin M. Föräldrar i missbruks- och beroendevård och deras barn – en genomgång av SKL:s kartläggning hösten 2012 och en skattning av antal berörda barn. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2014. Rapport 141.
4. Hjern A, Manhica HA. Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Nationellt kompetenscenter anhöriga; 2013. Nka Barn som anhöriga 2013:1.
5. Hälso- och sjukvårdslagen, 2g § HSL.
6. Rangmar J, Fahlke C. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Psykosociala konsekvenser av och preventiva aspekter på alkoholrelaterade foster-skador. Kunskapsöversikt. Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2013. Nka Barn som anhöriga 2013:4.
7. Jones KL, Smith DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet 1973;2:999-1001.
8. Att upptäcka och stödja alkoholskadade barn, PM Socialstyrelsen 2014-06-24. Dnr 3741/2012.
9. Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret. Volym 2. Missbruksutredningens analys (SOU 2011:35).
10. Öppna jämförelser 2014. Missbruks- och beroendevården. Resultat, metod och indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
11. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. The course of alcoholism: Four years after treatment. New York: John Wiley and Sons; 1981.
12. McLellan T, Lewis D C, O'Brien C P, Kleber H D. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. JAMA. 2000;284(13):1689-1695. doi:10.1001/jama.284.13.1689
13. Tänk långsiktigt! – En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Socialstyrelsen; 2014.
14. Leifman H, Raninen J. Barn till föräldrar i missbruks- och beroendevård – en kartläggning av hur de mår och vilka som får stöd. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2014. Rapport 143.
15. Dödsorsaker 2013. Socialstyrelsen; 2014.
16. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen; 2014.

Vård och omsorg om äldre

1. Statistiska centralbyrån. Demografisk analys, livslängd. Hämtad 2015-01-15 från: www.scb.se.
2. Bostadsmarknaden 2008–2009 – med slutsatser av Bostadsmarknadsenkäten 2008. Boverket; 2008.
3. Boverket. Öppna data – Boverkets bostadsenkät 2014. Hämtad 2015-01-15 från <http://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/oppna-data/bostadsmarknadsenkaten-2014/>
4. Boendetider vård- och omsorgsboenden i Stockholms stad. Rapport Äldreförvaltningen i Stockholms stad. Sweco; 2014.
5. www.skl.se. Verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvård.
6. Rydqvist A. Birgersson I. Enkät om seniorbostäder och trygghetsbostäder. Boverket; 2014. Hämtad 2015-01-14 från: <http://www.boverket.se/globalassets/boverket.pdf>
7. Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder. Kommunkartläggning 2011. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012. Hämtad 2015-01-14 från: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/seniorbostader-55-65-bostader-kommunkartlaggning-2011.html#>
8. Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2013.
9. Personalstatistik. Sveriges Kommuner och Landsting, specialbearbetning; 2014.
10. Var finns jobben? Arbetsförmedlingen; 2013.
11. Trender och prognoser 2014. Statistiska centralbyrån; 2014.
12. Sambandet mellan arbetsmiljö och beslut att lämna arbetskraften. Arbetsmiljöverket; 2014.
13. Visstid på livstid. En rapport om de otrygga anställningarna. Kommunal; 2013.
14. Stranding G. Prekariatet: den nya farliga klassen. Stockholm; 2013.
15. Bearbetning av statistik över ohälsa och personalstatistik. Statistiska centralbyrån; 2014.
16. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2012[databas] Socialstyrelsen bearbetning oktober 2014.
17. Yrke och framtid 200 yrkesprognoser 2014. Arbetsförmedlingen; 2014.
18. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol*. 2004 57 (1): 6-14
19. Läkemedelsbehandlingar – jämförelser mellan landsting. Öppna jämförelser 2014. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Läkemedelsverket; 2014.
20. Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör. Socialstyrelsen; 2012.
21. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
22. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen; 2014

23. Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey. Vårdanalys; 2014.
24. Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre. Regeringskansliet; 2014.
25. Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilt boende. Folkhälsomyndigheten; 2014
26. Trygghetslarm i kommunerna. En kartläggning. Socialstyrelsen; 2014.
27. Blånader och silverhår – utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor. Socialstyrelsen; 2014.
28. www.skil.se. Bearbetade data från Patientenkäten; 2014
29. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
30. Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
31. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2014. Nationella resultat, metod och indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
32. Får jag gå på promenad idag? Vem vet i vilken utsträckning äldres behov av hjälp och stöd tillgodoses på särskilda boenden? Rapport från tillsynsinsats med anledning av uppdrag från regeringen 2014. Stockholm: Inspektionen för Vård och Omsorg; 2014.
33. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014. Socialstyrelsen; 2014.
34. Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
35. Fallolyckor orsakar flest dödsfall bland äldre. MSB; 2014.
36. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Öppna jämförelser 2014. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
37. www.skil.se. Statistikdatabasen KOLADA; 2014.
38. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2014. Socialstyrelsen; 2014.
39. Osborn R, Moulds D. The Commonwealth Fund 2014 International Health Policy Survey of Older Adults in Eleven Countries. Presentation. The Commonwealth Fund; 2014.
40. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Socialstyrelsen; 2011.
41. Samordnad vård och omsorg om äldre. En redovisning av arbetsläget, september 2012. Socialstyrelsen; 2012.
42. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2013.
43. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Primärvård och korttidsboende – vad behöver förändras? Socialstyrelsen; 2014.
44. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen; 2014.

45. Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting; 2013.
46. Vem har vårdvalet gynnat? Vårdanalys; 2014.

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet, stöd till våldsoffer och social barn- och ungdomsvård

Ekonomiskt bistånd

1. Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2013–Belopp samt antal biståndsmottagare och antal biståndshushåll. Socialstyrelsen; 2014.
2. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2014, Del 2. Omfattningen av ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen; 2014.
3. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2014, Del 1. God kvalitet i verksamheten–resultat, metod och indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
4. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.

Hemlöshet

1. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011, omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
2. Sammanställning av länsstyrelsernas regionala analyser av bostadsmarknaden 2013. Boverket; 2013
3. Hemlöshet bland utrikesfödda personer utan permanent uppehållstillstånd i Sverige. Socialstyrelsen; 2013.
4. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Enkät svar från kommunerna om EU/EES medborgare i akut hemlöshet. Hämtad 2015-01-13. <http://skl.se/download/18.32ed962b14a4d52a261aca3/1418825455827/skl-enkat-utsattaEUmedborgare.pdf>
5. Rätten till socialt bistånd för medborgare inom EU/EES-området En vägledning. Socialstyrelsen; 2014.
6. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2014. Hämtad 2015-01-13 <http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-2014/>
7. Öppna jämförelser 2014. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Resultat, metod och indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
8. Uppföljning av den sekundära bostadsmarknaden – samverkan med Boverket. Socialstyrelsen; 2015.
9. Kronofogden. Statistik om vräkning 2014. Hämtad 2015-01-15 www.kronofogden.se/statistik/
10. Insatser år 2013 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna. Socialstyrelsen; 2014.

Våld

1. Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys. Socialstyrelsen; 2006.
2. Våld i nära relationer – en folkhälsofråga. Betänkande av Nationella samordnaren mot våld i nära relationer (SOU 2014:49).
3. Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Nationellt centrum för kvinnofrid; 2014. NCK-rapport 2014:1.
4. Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2014. Rapport 2014:8.
5. Öppna jämförelser 2014. Stöd till brottsoffer. Nationella resultat, metoder och indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
6. Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
7. Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn och unga? Hantering av anmälningar och genomförande av utredningar, Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
8. Wendt E, Enander V. Övergiven eller stöttad? Våldsutsatta kvinnors erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården. Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV); 2013.
9. Blånader och silverhår. Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor. Socialstyrelsen; 2014.
10. Ensam och utsatt. Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med utländsk bakgrund. Socialstyrelsen; 2014.
11. Vänd dem inte ryggen. Utbildningsmaterial om hedersrelaterat våld och förtryck. Socialstyrelsen; 2014.
12. Våld i nära relationer. Socialstyrelsen; 2014. SOSFS 2014:4.
13. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization (WHO); 2013.
14. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Socialstyrelsen; 2014.
15. Utveckla lokalsamhällets arbete mot våld i nära relationer. En vägledning för kommuner, landsting, statliga myndigheter och idéburna organisationer. Bilaga till betänkande av Nationella samordnaren mot våld i nära relationer (SOU 2014:49).
16. Dödsfallsutredningar 2012–2013. Socialstyrelsens utredningar av vuxna och barn som avlidit med anledning av brott. Socialstyrelsen; 2014.
17. Att stärka och förbättra arbetet för barn som far illa och vuxna som utsätts för våld av närstående. Informationsmaterial till personal inom områdena socialtjänst, hälso- och sjukvård, förskola och skola. Socialstyrelsen; 2014.

Social barn- och ungdomsvård

1. Barn och unga – insatser år 2013. Socialstyrelsen; 2014.
2. Aktuellt om ensamkommande barn & ungdomar, januari 2015. Migrationsverket; 2015.
3. Aktuellt om ensamkommande barn & ungdomar, februari 2015. Migrationsverket; 2015.
4. Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010-2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
5. Ensamkommande barns och ungas behov – en kartläggning. Socialstyrelsen, 2013
6. Öppna jämförelser 2014. Sociala barn och ungdomsvård. Socialstyrelsen; 2014.
7. Familjerätt år 2013. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen; 2014.
8. Statistik från Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, MIA (www.mia.eu).
9. Årsredovisning 2013. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor; 2014.
10. Minnesanteckningar från MIA:s organisationsträff den 21 maj 2014.
11. Prop. 2002/03:53, Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.
12. Nationella adoptioner av barn i familjehem. En kartläggning av hur socialtjänsten uppmärksammar frågan. Socialstyrelsen; 2014.
13. Lindqvist, Anna-Lena. Personalomsättning, arbetsvillkor och kompetens i socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Akademikerförbundet SSR; 2014.
14. Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn och unga? Hantering av anmälningar och genomförande av utredningar, Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
15. Dnr. 62429/2012-5. Socialstyrelsen; 2014.
16. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. BOU-satsningen. Redovisning av 2013 års arbete. SKL; 2013.

Ekonomiska analyser

1. A System of Health Accounts (SHA) 2011 Edition, OECD, Eurostat, WHO, OECD Publishing 2011.

Databaser

Kommunernas räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån
http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/

Landstingens räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/

De svenska hälsoräkenskaperna (SHA) 2001-2012, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/

Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting,
<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/statistik-om-halso-och-sjukvard-och-regional-utveckling-2013.html>

Health Statistics 2014, OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx>

I den här lägesrapporten gör Socialstyrelsen en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rapporten riktar sig till beslutsfattare på nationell nivå men kan vara av intresse även för andra målgrupper.

Rapporten omfattar följande områden:

- hälso- och sjukvård
- tandvård och tandhälsa
- insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
- missbruks- och beroendevård
- vård och omsorg om äldre
- ekonomiskt bistånd
- hemlöshet
- insatser och stöd för personer som utsätts för våld
- social barn- och ungdomsvård.

Ett särskilt kapitel ägnas åt kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015

(artikelnr 2015-2-51) kan beställas från

Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från

www.socialstyrelsen.se

