

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Lägesrapport 2013

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

Artikelnr 2013-2-2

Omslagsfoto Frederic Cirou, ALTO
Tryck Edita Västra Aros, Västerås, februari 2013



Förord

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

Rapporten har utarbetats av Johanna Jupiter (huvudredaktör), Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Övriga medverkande i rapporten är Gert Alaby, Emma Bergmark, Karin Flyckt, Thomas Malm, Annika Remaeus och Kristina Stig.

Taina Bäckström

Ställföreträdande myndighetschef

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	11
Hälsan fortsatt god men vården fortfarande ojämlik	11
Kommunikation om stöd och rättigheter måste förbättras	11
Många nöjda med personalens bemötande – men allvarliga brister kvarstår	12
Vård- och omsorgssektorns kostnader fortsätter att öka	12
Inledning	14
Syfte och mål	14
Rapportens upplägg	14
Datakällor	16
Kompetens och kompetensförsörjning	17
Tillgång och efterfrågan på kompetens	17
Omördelningar av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier	19
Flertalet satsningar pågår – men leder de till långsiktigt hållbara förändringar?	19
Översyn av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen	21
Framtida utmaningar för en hållbar kompetensförsörjning	22
Vikten av specialistkompetens och yrkesutbildad personal	22
Effekterna av personalförändringar inom tandvården behöver analyseras närmare	22
Ökad kompetens om likabehandling viktigt för att främja en jämlik vård och omsorg	23
Regionala skillnader behöver jämnas ut	23
Utmaning att följa tillgången på omsorgspersonal utan högskoleutbildning	24
Heltäckande uppgifter om personalen inom vård och omsorg saknas	24
Hälso- och sjukvård	26
Aktuell utveckling	27
Medellivslängden fortsätter att öka	27
Hälso- och sjukvårdens verksamhet	29
Mer läkemedel säljs utanför apoteken	32
Stor efterfrågan på specialistläkare och specialistsjuksköterskor	34
Sjukdomsförebyggande riktlinjer införs i sjukvården	35
Cancervården	38
Sekundärprevention efter hjärt- och kärlsjukdom kan förbättras	39
Personer som får stroke får vård snabbare	39
Stor utmaning för diabetesvården att motverka riskfaktorer	40
Vård av personer med psykisk sjukdom	41
Internationell jämförelse	47
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	48

Få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt	48
Patientnämndernas ärenden ökar	49
Patienterna bedömer vården	52
Tillgänglig hälso- och sjukvård	57
Kömiljarden fortsätter	57
Internationella jämförelser av väntetider är svårtolkade	57
Väntetider, vårdgarantin och kömiljarden	57
Långa väntetider inom cancervården	60
Väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri	62
Säker hälso- och sjukvård	62
Nationella satsningar	63
Skador i vården är vanligt	63
Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar	64
Överbeläggningar börjar mätas	66
Antibiotikaresistens fortsätter att vara ett stort problem	67
Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner	68
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	71
Myndigheterna har tagit fram en nationell modell för kunskapsstyrning	71
Nationellt samarbete kring kunskapsstyrning	72
Kunskapsguiden utvidgas	73
Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och nationella utvärderingar	73
Nationella medicinska indikationer	74
En ny nationell funktion för sällsynta diagnoser har inrättats	74
Jämlik hälso- och sjukvård	75
Sociala skillnader i hälsa och vård	75
SKL:s satsning fortsätter	78
Diskriminering	79
<i>Tandvård och tandhälsa</i>	81
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	81
Aktuell utveckling	81
Majoriteten har god tandhälsa	81
Vanligt med besvär av smärta	82
Besöksfrekvensen varierar mellan olika grupper	82
Vanligt att äldre har problem med munhälsan	82
Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård måste nå fler	83
Stor efterfrågan på tandvårdspersonal	84
Det utökade stödet till vissa personer med sjukdom eller funktionsnedsättning	85
Patientfokuserad tandvård	85
De allra flesta patienter är nöjda med tandvården	85
Kännedomen om tandvårdsstödet har förbättrats men behöver öka	86
Tandvård i rimlig tid	87
Stora skillnader i tandläkartäthet	87
Svag koppling mellan tandläkartäthet och besöksfrekvens	88
Säker tandvård	88
Behov av förbättrad journalföring inom tandvården	88
Skillnaderna i antibiotikaföreskrivning över landet fortsatt stora	89
Kunskapsbaserad tandvård	90
Socialstyrelsen utvärderar tandvårdens kvalitet	91
Det vetenskapliga underlaget till de nationella riktlinjerna ska uppdateras	91
Det regionala arbetet med att implementera riktlinjerna fortgår	91
Hälsodata och kvalitetsregister	91

Bisfenol A inom tandvården	92
Jämlik tandvård	93
Fortsatt stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper	93
Relativt vanligt att avstå från tandvård trots behov	94
En betydande andel av befolkningen har inte regelbunden kontakt med tandvården	95
<i>Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning</i>	97
Om gruppen personer med funktionsnedsättning	98
Omfattning och utveckling av stöd och insatser	98
Vanligt med stöd i det egna hemmet	99
Daglig verksamhet är fortfarande den vanligaste LSS-insatsen	100
Insatser enligt SoL ökar mer än insatser enligt LSS	101
Ökningen av personlig assistans och assistansersättning har avstannat	101
Tillgänglig socialtjänst	104
Kommunernas webbplatser blir alltmer tillgängliga	104
Jämlik vård	105
Personer som får insatser enligt LSS dör oftare av cancer	106
Svårigheter att föra sin egen talan kan göra vården ojämlik	107
Likvärdig socialtjänst	108
Stora kommunala skillnader i antal ärenden per handläggare	108
Få kommuner följer regelbundet upp samtliga beslut	109
Ju fler ärenden desto färre uppföljningar av beslut	110
Självbestämmande och integritet i socialtjänsten	111
Förutsättningarna för inflytande är relativt goda	111
Kommunernas arbete med anhörigstöd behöver få tydligare mål	113
Helhetssyn, samordning och kontinuitet	114
Inom kommunerna är överenskommelser om samverkan vanligast	114
Förutsättningarna att övergå till lönearbete är begränsade	115
Endast varannan kommun har rutiner för att erbjuda en individuell plan	116
Rättssäker socialtjänst inom LSS	117
Antalet ej verkställda beslut är fortfarande högt	117
Bristande bemötande är en vanlig orsak till anmälning av allvarliga missförhållanden	118
<i>Missbruks- och beroendevården</i>	121
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	121
Regeringens strategi	122
Aktuell utveckling	122
Ojämna villkor – socialt betingade skillnader i missbruksrelaterad dödlighet	122
Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiat-beroende	123
Modell för att skatta förekomsten av intravenöst narkotikamissbruk	124
Vård av personer med missbruks- och beroendediagnos i slutna vård för psykisk sjukdom ökar i de flesta åldersgrupperna	124
Vad socialtjänststatistiken visar	125
Tvångsvård av personer med missbruks- och beroendeproblem på stabil nivå under åren 2007 till 2011	127
Patientfokuserad vård och självbestämmande och integritet i socialtjänstens missbruks- och beroendevård	129
Rutiner för klienters delaktighet har förbättrats något	129

Tillgänglig vård och omsorg	130
Korta väntetider för ett första personligt besök	130
Kunskapsbaserad vård och omsorg	130
Kunskap till praktik inspirerar	130
Kunskapsläget gällande insatser för vissa specifika målgrupper är fortfarande begränsat	131
Säker vård och rättssäker omsorg	131
Andel kommuner som använder synpunkter och klagomål för att utveckla verksamheten ökar något	131
Socialstyrelsens iakttagelser vid tillsynen	131
<i>Vård och omsorg om äldre</i>	<i>132</i>
Resurser för vård och omsorg	133
Oförändrad andel mest sjuka äldre	133
Fortsatt omstrukturering inom vård och omsorg	134
Fler äldre får omfattande insatser från hemtjänsten	135
Anhörigvård begränsar utbudet av arbetskraft	137
Otillräcklig information om stöd till anhöriga	138
Slutenvården ökar för de allra äldsta	140
Stora skillnader i äldres vistelsetid på akuten	141
Omfattande hjälp i hemmet – räcker den?	142
Fler äldre bör få avancerad hemsjukvård	143
Antalet anställda minskar	144
Oförändrad andel personal med högre utbildning	145
Alltför lite gerontologi och geriatrik i utbildningarna	146
Många har fått värdegrundsbildning	147
Var fjärde anställd i hemtjänst saknar yrkesförberedande utbildning	147
Sommarvikarier får som regel introduktion	149
Betydande personalbrist på 2020-talet	149
Självbestämmande och delaktighet	150
Var tredje med hemtjänst vet inte hur man ska klaga	150
Evidensbaserad vård och omsorg om äldre	152
Äldre får inte del av evidensbaserad psykiatrisk vård	152
Mest sjuka äldre är mer utsatta i ordinärt än i särskilt boende	152
Omfattande läkemedelsförskrivning – men vissa förbättringar sker	153
Tillgänglighet	155
Bristande tillgång till läkare	155
Likvärdig socialtjänst om äldre	157
Hbt-frågor i kommunernas vård och omsorg om äldre	157
Rättssäker och patientsäker vård och omsorg om äldre	157
Lex Sarah-anmälningar	158
Allt fler kommuner har lokala värdighetsgarantier	160
Nämndens uppföljning av beslut om hemtjänst och särskilt boende	160
<i>Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer</i>	<i>161</i>
Ekonomiskt bistånd	161
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	161
Liten formaliserad samverkan	162
Färre biståndsmottagare men långvarigheten ökar	162
Något färre ensamstående mödrar får ekonomiskt bistånd	162
Tillgänglig och stödjande arbetsledning	163
Socialstyrelsens handbok om ekonomiskt bistånd	164

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	165
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	165
Bostadsmarknadens utmaningar	165
Hemlösheten ser olika ut i de tre storstäderna	166
Socialtjänsten tar allt större ansvar för personer utanför bostadsmarknaden	166
Avhysningarna minskar något	167
Kommunernas insatser till hemlösa	167
Statistiken om hemlöshet ger inte en heltäckande bild	167
Hemlösa personers ökade delaktighet i sina liv	168
Samverkan inom de kommunala verksamhetsgrenarna	168
Kunskapen om effektiva metoder mot hemlöshet har ökat	169
Våld	170
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	170
Kommunernas uppföljning av insatser till våldsutsatta kvinnor är i många fall bristfällig	170
Vissa brister i stödet och hjälpen till våldsutsatta kvinnor	171
Utvecklingsmedel har bidragit till förbättringar	171
Kompetensstöd – arbete mot våld i nära relationer	172
<i>Ekonomiska analyser</i>	<i>173</i>
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	173
Olika kostnadsmått för olika syften	174
Vården och omsorgens andel av bnp	174
Vård- och omsorgssektorns utgifter fortsätter att öka	175
Alltmer resurser till den samlade hälso- och sjukvården	177
Landstingens kostnader för tandvård och läkemedelsförmånen minskar	178
Socialtjänstens kostnadsutveckling 2007–2011	181
Kommunernas kostnader för personlig assistans ökar mest	183
Vård och omsorg om äldre utgör en allt mindre andel av socialtjänsten	186
Externa köp av verksamhet fortsätter att öka	188
Kostnadsjämförelser mellan olika verksamheter	189
Socialtjänsten är mer personalintensiv än hälso- och sjukvården	189
Kostnad per plats i olika boenden varierar stort	191
<i>Referenser</i>	<i>193</i>

Sammanfattning

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

Hälsan fortsatt god men vården fortfarande ojämlik

Hälsan hos befolkningen i Sverige är fortsatt god. Socialstyrelsen konstaterar att befolkningens medellivslängd fortsätter att öka och att dödligheten i de flesta sjukdomar sjunker. Däremot kan vi fortfarande se sociala skillnader i dödlighet och att vården ibland är ojämlik.

Socialstyrelsens analyser i årets lägesrapport visar att om personer som får insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, drabbas av cancer, så dör de i högre utsträckning av sin cancer jämfört med andra cancerpatienter. Till exempel får kvinnor med insatser enligt LSS som insjuknar i bröstcancer oftare sin diagnos i ett senare skede än andra bröstcancerpatienter. Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att sambandet är likartat för kvinnor med psykisk sjukdom, eftersom det har visat sig att även kvinnor med psykisk sjukdom får sin bröstcancerdiagnos i ett senare skede än andra patienter.

Kommunikation om stöd och rättigheter måste förbättras

Socialstyrelsen noterar ett fortsatt behov av insatser som syftar till att informera medborgarna om deras rättigheter och möjligheter till stöd. Få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt och kunskaperna om denna rättighet är ännu låg bland såväl befolkningen som personalen inom hälso- och sjukvården. Kännedomen om det statliga tandvårdsstödet har visserligen ökat hos befolkningen, men en betydande andel känner fortfarande inte till stödet. Socialstyrelsen ser därför att det finns ett behov av att fortsätta utveckla former för att sprida information om medborgarnas rättigheter och möjligheter till stöd. Det här är en uppgift för exempelvis huvudmännen inom hälso- och sjukvård och omsorg, professionen och i vissa fall relevanta myndigheter. Socialstyrelsen har en roll att stödja i första hand huvudmännen i detta arbete.

Många nöjda med personalens bemötande – men allvarliga brister kvarstår

Ett gott bemötande har avgörande betydelse för vårdens och omsorgens kvalitet. Befolkningen ger fortsatt höga omdömen på bemötandet inom flera områden inom vård och omsorg. Bäst omdöme får den specialiserade öppenvården där 89 procent anser att de har fått ett bra bemötande. Årets lägesrapport visar även att mer än 90 procent av de äldre personer som får omsorg tycker att personalens bemötande är bra.

Samtidigt visar den nationella patientenkäten riktad till patienter inom den psykiatriska vården att patienterna där genomgående ger lägre omdömen på övergripande frågor än vad patienter i primärvård och somatisk vård gör. Brister i personalens bemötande är även en av de vanligaste anmälningsorsakerna enligt lex Sarah under 2012 inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.

En god kommunikation och patientens delaktighet är en förutsättning för ett gott bemötande. Patientnämnderna tar emot allt fler klagomål från patienterna. Många klagomål handlar om att personer inte blivit tagna på allvar, långa väntetider för besked om undersökningsresultat med mera.

En positiv utveckling kopplat till brukarnas delaktighet är att för verksamheter inom missbruks- och beroendevården har andelen kommuner och stadsdelar som uppger att de har gjort en brukarundersökning ökat från cirka 40 procent till 50 procent.

Bemötande är en kompetens- och kunskapsfråga, vilket diskuteras ytterligare i kapitel 2 där vi fördjupar oss i ämnet kompetens och kompetensförsörjning. Socialstyrelsen har tagit fram patienthandboken *Min guide till säker vård*. Syftet med guiden är bland annat att underlätta kommunikationen mellan den enskilde patienten och vårdpersonalen på exempelvis vårdcentraler, sjukhuset och tandvårdsmottagningen.

Vård- och omsorgssektorns kostnader fortsätter att öka

År 2011 uppgick hälso- och sjukvårdens kostnader till 483 miljarder kronor. I jämförelse med 2002 är det en ökning på 20,1 procent. Socialtjänstens kostnader uppgick till 158,7 miljarder kronor 2011. I jämförelse med 2002 är det en ökning på 22,6 procent. Inom vissa områden har kostnaderna ökat marginellt eller till och med minskat. Liksom förra året ser ökningen olika ut inom olika vårdområden. Här följer några exempel:

- I landstingen är kostnadsökningen störst inom primärvården som ökat med nästan 10 procent sedan 2007.
- Kostnaderna för den landstingsdrivna tandvården minskar medan tandvården totalt ökar.
- Kostnaderna för insatser till barn och unga ökar och mest ökar kostnaderna för barn placerade i familjehem.
- Allt mindre resurser i absoluta tal går till missbruks- och beroendevård.

- Vård och omsorg om äldre (äldreomsorgen) är fortfarande en av de största verksamhetsgrenarna inom vård- och omsorgssektorn men utgör en allt mindre andel av kommunernas verksamhet jämfört med tidigare år. Kostnaderna för särskilt boende ökade ytterst lite, medan insatser i ordinärt boende har ökat med 8 procent. Kostnaderna för hemtjänst och boendestöd har ökat med nästan 18 procent jämfört med 2007.

Inledning

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

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

På grund av att Socialstyrelsen i år lämnar två tematiska rapporter om barn och unga i mars 2013 utgår en rapportering, med vissa undantag, avseende den målgruppen i årets lägesrapport.

Syfte och mål

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

Rapportens upplägg

Rapporten inleds med ett övergripande kapitel om kompetensförsörjning. Därefter redovisas fördjupningskapitel, ett för varje verksamhetsområde. Tandvården och missbruksvården redovisas i separata fördjupningskapitel.

Rapporten består framför allt av tidigare publicerat material, som vägs samman i övergripande analyser. Enstaka analyser har gjorts särskilt för denna rapport. Det finns här skäl att peka på att lägesrapporten inte ger någon heltäckande bild av de olika verksamheterna, utan urvalet av vad som rapporteras har ibland begränsats till tillgängliga datakällor.

Sedan den 1 januari 2012 gäller Socialstyrelsens reviderade föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Där ställs krav på att vårdgivare, den som bedriver socialtjänst och den som bedriver verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ha ett ledningssystem för att uppnå kvalitet. Med kvalitet menas i de föreskrifterna att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitet i dessa föreskrifter omfattar alltså alla ovan angivna krav och mål som rör verksamheten. Socialstyrelsen har publicerat en handbok som stöd för tillämpningen [1]. Även om den som bedriver verksamheten ska använda ledningssystemet för att uppnå alla kraven och målen kan

det finnas värden i att mäta och särskilt belysa vissa utvalda krav. I den här rapporten utgår vi från målen för god hälsa, vård och omsorg. Målen för god vård utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och tandvårdslagen (1985:215), TL, och är formulerade i rapporten *Nationella indikatorer för God vård* [2]. Vi utgår även från vissa utvalda mål för god kvalitet, inom omsorg och socialtjänst utgår från socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och LSS. Dessa har sitt ursprung i Socialstyrelsens förslag till modell för att utveckla allt fler kvalitetsindikatorer i socialtjänsten [3] och var även formulerade i den numera inaktuella handboken för *God kvalitet i socialtjänsten* [4]. Målen används i rapporten som en struktur för att rapportera tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målen för god vård är följande:

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

God kvalitet i socialtjänsten innebär följande:

- *Insatserna bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet.* Det är viktigt att genomförda insatser utgår från och bidrar till att den enskilde både kan och vill styra sitt eget liv. Detta gäller inte minst i de fall då insatserna innebär ett mått av tvång. I och med att socialtjänstens insatser många gånger på ett genomgripande sätt påverkar den enskildes livsvillkor är det också väsentligt att insatserna utformas med respekt för den enskildes integritet.
- *Insatserna utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet.* Den enskildes samlade livssituation utgör utgångspunkten. I detta ligger också att se till hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I den mån den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter och av olika utförare är det viktigt att dessa olika tjänster är samordnade på ett bra sätt och präglade av kontinuitet.
- *Insatserna är evidensbaserade och effektivt utförda.* Insatserna ska baseras på bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntade resultat. Detta innebär att de, så långt det är möjligt, bör bygga på

vetenskap och beprövad erfarenhet. De sociala tjänsterna bör också vara effektiva.

- *Insatserna är tillgängliga och fördelade efter behov.* Det ska vara lätt att få information om vilka tjänster socialtjänsten kan bistå den enskilde med och det ska även vara lätt att, vid behov, ta kontakt med socialtjänsten och få del av dessa tjänster.
- *Myndighetsutövningen präglas av rättssäkerhet.* Rättstillämpningen ska grunda sig på lagstiftningen samt vara tydlig och förutsägbar.
- *Evidensbaserad praktik.* En medveten och systematisk användning av den bästa tillgängliga kunskapen ska ligga bakom beslut om insatser till enskilda personer. Detta ska ske tillsammans med den professionelles expertis samt den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

Datakällor

Analysen och slutsatserna bygger på flera källor:

- Socialstyrelsens verksamhetstillsyn
- Aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Pågående uppföljningar, till exempel av den nationella vårdgarantin och psykiatrin samt öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Specialbearbetningar och analyser av nationella kvalitetsregister samt Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister.
- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper.
- Specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel *Hälsa på lika villkor* (Folkhälsoenkäten), *Väntetidsdatabasen*, *Vårdbarometern* och *Nationella patientenkäten*.

Kompetens och kompetensförsörjning

För att kunna bedriva vård och omsorg som motsvarar målen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och socialtjänstlagen (2001:453), SoL, krävs en gedigen yrkeskompetens hos all personal. Kompetensförsörjning och kunskapsutveckling är därför av central betydelse för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I årets lägesrapport behandlar Socialstyrelsen detta ämne mer utförligt, eftersom rätt kompetens och att vidareutveckla den befintliga kompetensen i verksamheterna är en förutsättning för att kunna ge en god och säker vård och omsorg [1]. I det här kapitlet tar vi upp

- övergripande tillgång och efterfrågan på personal inom vård och omsorg, särskilt vissa personalgrupper och områden där tillgången är sämre, samt regionala skillnader i möjligheter att rekrytera kompetent personal
- pågående kompetenssatsningar för personal inom vård och omsorg och diskuterar hållbarheten i satsningarna
- framtida utmaningar för en hållbar kompetensförsörjning, exempelvis bristen på yrkesutbildad personal inom äldre- och funktionshindersområdet.

Vi gör även fördjupningar kring kompetensförsörjning i några av rapportens övriga kapitel.

I kapitlet utgår vi från begreppen kompetens och kompetensförsörjning. Kompetens brukar beskrivas som en individs förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter. Kompetens är personbunden, men den är också beroende av det sammanhang som individen befinner sig i. Med kompetensförsörjning avser vi en process som utförs i en organisation för att fortlöpande säkerställa rätt kompetens för att nå verksamhetens mål och tillgodose dess behov.¹

Tillgång och efterfrågan på kompetens

Kompetensförsörjningen har blivit en allt viktigare och uppmärksammas fråga för vården och omsorgen. Det är angeläget att ha tillgång till kompetent personal. Men det finns en eventuell risk för obalans mellan tillgång och efterfrågan på dessa. Att ha rätt antal medarbetare med rätt kompetens blir allt viktigare i takt med ett allt större fokus på ekonomiska förutsättningar och kommande pensionsavgångar.

Tillgången på läkare och sjuksköterskor i förhållande till befolkningen fortsätter att öka. Stigande ålder och pensionsavgångar är ett hot mot till-

¹ Det finns flera olika definitioner av kompetens och kompetensförsörjning. Denna definition utgår ifrån Swedish Standards Institute (SIS) definition.

gången på flera yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst de specialiserade yrkesgrupperna. Exempelvis så rekryterar nästan alla landsting aktivt specialistläkare i andra länder [2]. Socialstyrelsen har i sin senaste prognos visat på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas [3]. Utvecklingen skiljer sig delvis åt mellan olika specialiteter. Två grupper av specialister där tillgången bedöms minska fram till 2025 är specialister i allmänmedicin och psykiatri.

Det finns skillnader i tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal mellan de sex sjukvårdsregionerna. Läkartätheten är högre i Stockholms sjukvårdsregion jämfört med de övriga regionerna. Övriga regioner har däremot en betydligt högre förekomst av exempelvis distriktssköterskor.

Statistiska centralbyrån (SCB) bedömer årligen rekryteringsläget för hälso- och sjukvårdspersonal i arbetskraftsbarometern baserat på uppgifter från arbetsgivare [4]. Det råder brist på grund- och specialistutbildade sjuksköterskor, barnmorskor och erfarna läkare enligt den senaste bedömningen.

Ny statistik från Socialstyrelsen visar att antalet specialistsjuksköterskor inom vård och omsorg fortsätter att minska. Den största minskningen syns för sjuksköterskor specialiserade i internmedicin eller kirurgi. Även grupperna av sjuksköterskor som är specialiserade i psykiatrisk vård och operationssjukvård minskar. Orsaken till minskningarna är framför allt stora pensionsavgångar i den grupp av sköterskor som utbildade sig på 1960-talet, då påbyggnadsutbildning till specialiserad sjuksköterska i medicinsk och kirurgisk sjukvård var ett block i direkt anslutning till grundutbildningen [2].

Vård av äldre är en relativt ny specialitet och antalet geriatriksjuksköterskor har därför ökat varje år sedan 1996. Mellan åren 2008 och 2010 minskade antalet geriatriksjuksköterskor inom vård och omsorg med 2 procent. De är även ojämnt fördelade över landet. Över 100 av dessa sjuksköterskor arbetade 2010 i Västra Götaland medan exempelvis Kalmar län inte hade en enda [2].

SCB bedömer att det är råder balans mellan tillgång och efterfrågan för nyutexaminerade läkare. Antalet tandhygienister kommer att öka på tre års sikt och rekryteringsbehovet för tandläkare är oförändrat för samma tidsperspektiv [4]. Socialstyrelsen rapporterar att tillgången på tandläkare har minskat i förhållande till befolkningen, men tillgången på specialisttandläkare har varit stabil. Arbetsmarknaden för tandhygienister är i balans [2].

I SCB:s arbetskraftsbarometer bedömer arbetsgivarna att det råder brist på yrkeserfarna socionomutbildade. De vanligaste yrkena i den gruppen är socialsekreterare och kuratorer följt av behandlingsassistenter och verksamhetschefer inom vård och omsorg.

För närvarande råder det balans mellan tillgång och efterfrågan på undersköterskor och vårdbiträden. På längre sikt finns det dock betydande utmaningar i kompetensförsörjningen [5]. Med utgångspunkt i den ökande andelen äldre har även Socialdepartementet prognostiserat behovet av vård och omsorg fram till 2025 inom ramen för det så kallade LEV-projektet.

Socialdepartementet bedömer att personalbehovet kommer att öka med 50 procent mellan åren 2010 och 2050, och då mest inom äldreomsorgen, med utgångspunkt i de ökade behoven av hälso- och sjukvård och socialtjänst till följd av demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga förändringar.

Ökningen av personalbehovet är särskilt stark inom äldreomsorgen [6]. Även SCB:s beräkningar visar kraftigt ökad efterfrågan på personal inom äldreomsorgen fram till 2030.

Omfördelningar av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier

I dagsläget är det relativt få arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården som är reserverade för en specifik yrkeskategori. Exempelvis är inte rätten att ställa diagnos reglerad i någon författning, utan det är snarare rätten att vidta åtgärder utifrån diagnosen som skiljer olika yrkesutövare åt. En sjuksköterska har exempelvis inte samma rätt att ordinera behandlingar som en läkare. Motsvarande relation gäller tandhygienister i förhållande till tandläkare [7].

Eftersom få arbetsuppgifter är bundna författningsmässigt till specifika yrkeskategorier, har verksamhetsansvariga stora möjligheter att använda den befintliga personalen på ett mer flexibelt och effektivt sätt. De kan organisera verksamheten mer optimalt och därmed underlätta för att verksamheten ska uppnå en tillgänglig och säker vård. Vid en situation där efterfrågan är större än tillgången på en viss yrkesgrupp, kan man anpassa verksamheten genom att förändra personalsammansättningen. Detta kan vara ett sätt att arbeta på för att uppnå den egna verksamhetens mål. Ny statistik från Socialstyrelsen visar exempelvis att läkartätheten i den norra sjukvårdsregionen är mindre än i riket. Däremot är förekomsten av distriktsjuksköterskor (203 per 100 000 invånare) i den regionen betydligt högre jämfört med exempelvis Stockholms sjukvårdsregion (107 per 100 000 invånare) [2].

På många håll i landet har man arbetat medvetet för att förändra personalsammansättningen i tandvården och hälso- och sjukvården. Ett exempel på breddning av en yrkesroll är att sjuksköterskor, genom att fördjupa sina kunskaper, har kunnat överta vissa läkaruppgifter. Det har de gjort på exempelvis sjuksköterskeledda mottagningar för specifika vårdområden som till exempel kroniska sjukdomar som astma och diabetes. Vilken kompetens en verksamhet behöver, och hur den ska användas, måste dock bestämmas utifrån verksamhetens egen kontext. En omfördelning av arbetsuppgifter får heller aldrig ske på bekostnad av patientsäkerheten [7].

Flertalet satsningar pågår – men leder de till långsiktigt hållbara förändringar?

För att personalen ska kunna utvecklas i arbetet är tillgången till olika typer av kompetensutvecklingsinsatser, som till exempel kurser, föreläsningar, studiebesök och handledning av betydelse. Det pågår ett flertal nationella satsningar, bland annat via statsbidrag, för att stärka kompetensutvecklingen inom vården och omsorgen. De exempel som vi beskriver här åskådliggör enbart ett begränsat antal av alla satsningar på kompetensutveckling som pågår. Socialstyrelsen har valt att särskilt uppmärksamma kompetenssatsningarna på äldre- och psykiatriområdet eftersom det är områden där det har gjorts stora nationella satsningar.

Den 1 januari 2010 infördes den nationella värdegrunden i socialtjänstlagen, vilket medfört att det pågår omfattande aktiviteter inom äldreomsorgen.

Läs mer om detta arbete i kapitlet *Vård och omsorg av äldre*. Socialstyrelsen har bland annat fått i uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning för enhetschefer och ledare samt att administrera, informera om och följa upp resultatet av denna satsning [8]. Utbildningen startar under hösten 2013 och är på 30 högskolepoäng. Utbildningen kommer bland annat att innefatta värdegrund, lagstiftning och ledarskap.

Regeringen genomför sedan tidigare kompetenssatsningen Omvårdnadslyftet inom äldreomsorgen. Den riktar sig till baspersonal inom äldreomsorgen och syftar till att stärka personalens grundläggande kunskaper genom kurser på gymnasienivå. Regeringen genomför även en värdegrundsutbildning för kommunernas biståndshandläggare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering och för enhetschefer inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att förbereda utvidgningen av en ny målgrupp för Omvårdnadslyftet [9]. Den nya målgruppen är personal som arbetar med personer med funktionsnedsättning [10]. Eftersom det ännu inte har genomförts någon utvärdering av satsningen kan vi inte uttala oss om några resultat.

Under åren 2008–2011 har Socialstyrelsen delat ut statsbidrag för utbildningsinsatser för att höja baspersonalens kompetens inom psykiatri och socialtjänsten. Kommuner och landsting har kunnat ansöka om projektbidrag från Socialstyrelsen för olika utbildningsinsatser. Denna kompetensutveckling avsåg yrkeskategorierna skötare, vårdare, undersköterskor, boendestöd-jare, personal inom rehabilitering och sysselsättning och behandlingsassistenter. Satsningen avsåg även läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer. Uppskattningsvis har 10 000–20 000 personer deltagit i fortbildningen under 2011. Resultaten visar att projekten når ut förhållandevis väl till så kallad baspersonal [11].

Viktig att nämna är även överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att stödja en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. SKL bedriver flera satsningar som ingår i eller relaterar till överenskommelsen, bland annat gällande de mest sjuka äldre och missbruks- och beroendevården. Utvecklingen mot en evidensbaserad praktik kräver en hög professionell kompetens bland personalen. Socialstyrelsen har därför sedan flera år haft i uppdrag att driva på utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Den 31 oktober 2012 lanserade Socialstyrelsen evidensbaserad praktik som ett nytt område på webbplatsen kunskapsguiden.se. Sedan tidigare finns även områdena vård och omsorg om äldre och psykisk ohälsa i kunskapsguiden.

Samtidigt som Socialstyrelsen kan konstatera att det pågår ett omfattande arbete som syftar till att stärka kompetensen hos personalen inom vården och omsorgen, vet vi att kortsiktiga satsningar kan medföra att det är svårt för huvudmännen att skapa förutsättningar för ett långsiktigt strategiskt arbete. Det finns en risk för att insatser, för att höja personalens kompetens, som bedrivs som projekt endast blir kortvariga punktinsatser. Kompetenssatsningen inom psykiatri är ett sådant exempel där projekt med korta tidsperspektiv har försvärat möjligheten att planera och genomföra långsiktiga satsningar [11].

Statskontoret har utvärderat resultat och effekter av olika typer av stimulanlsbidrag. Utvärderingarna visar på svårigheterna med att göra en rigorös

utvärdering av bidragen, eftersom satsningarna ofta innebär förhållandevis små resurstillskott till verksamheten och dessutom ges under en begränsad tid.

För att det ska gå att visa att satsningarna uppfyller målen krävs att det går att mäta att personalens kunskapsnivå har ökat till följd av utbildningar samt att kunskapen omsätts i praktiken [12]. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att utbildad personal inte automatiskt innebär en positiv förändring för verksamheten. För att ett förändringsarbete ska lyckas behöver nämligen kompetenshöjande insatser inkludera både övningar och fortlöpande återkoppling [13]. Kompetensutvecklingen behöver alltså integreras i arbetet och inte enbart förläggas till särskilda utbildningstillfällen. Här har även Socialstyrelsen en viktig roll i att stödja verksamheterna i tillämpningen av ny kunskap och i att bidra med kunskapsstyrande produkter.

Regeringen har lämnat statsbidrag till ett försök med fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare, inom de norra och sydöstra sjukvårdsregionerna. Satsningen syftar till att avhjälpa den akuta bristen på läkare inom psykiatrin, väcka intresse för psykiatri och på sikt öka rekryteringen av specialister i psykiatri.

Samtliga läkare som söker allmäntjänstgöring i psykiatri inom någon av de två sjukvårdsregionerna, får ett erbjudande om fördjupad psykiatriutbildning under två till tre månader. Detta gäller under försöksperioden den 1 september 2008 till den 31 augusti 2014. De läkare som accepterar erbjudandet får utökade teoretiska kurser och klinisk handledning som fördjupar deras kunskaper i psykiatri. Dessutom erbjuds de en högre lön som motsvarar ingångslönen under en specialisttjänstgöring plus bonus.

Till och med den 31 december 2011, har 121 av 916 AT-läkare accepterat erbjudandet. Det är för tidigt att bedöma om de AT-läkare som ingått i projektet i högre utsträckning kommer att skaffa sig en specialiseringsutbildning inom någon psykiatrisk specialitet jämfört med dem som valt ordinarie allmäntjänstgöring i psykiatri [14].

Översyn av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen

Svensk läkarutbildning håller en god kvalitet, men under senare år har en rad frågor väckts. Riksrevisionen har påtalat att ansvaret för läkarutbildningen är oklart. Högskoleverket menar att det finns problem med kvalitets-säkringen av allmäntjänstgöringen – som är en del av utbildningen, trots att läkarkandidaterna inte längre är studenter.

Mot bakgrund av detta har regeringen tillsatt en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av den svenska läkarutbildningen och allmäntjänstgöringen som sammantaget är det som leder fram till läkarlegitimation. Utredaren ska analysera behovet av förändringar, bland annat när det gäller längd och ansvarsfördelning och lämna förslag till förbättringar.

Utredaren ska också analysera det framtida kompetensbehovet för läkare och föreslå vilka krav som ska ställas för att få läkarlegitimation. Syftet med översynen är att utbildningen av läkare fram till legitimation ska få en tydlig, samlad uppläggning och bättre stämma överens med vårdens behov. Uppdraget ska redovisas senast den 15 mars 2013 [15].

Framtida utmaningar för en hållbar kompetensförsörjning

Socialstyrelsen kan konstatera att det finns ett antal utmaningar för att säkra den framtida kompetensförsörjningen inom vård och omsorg. Socialstyrelsen ser även att det finns utvecklingsbehov kopplat till kompetens- och personalområdet som kan handla om att vissa perspektiv såsom jämlikhetsperspektiv särskilt måste uppmärksammas. Samtidigt kan Socialstyrelsen konstatera att uppgifter kring personalkostnader saknas för att kunna genomföra fullgoda analyser.

Vikten av specialistkompetens och yrkesutbildad personal

Färre specialistsjuksköterskor innebär att det kan uppstå brist på kompetens inom olika delar av hälso- och sjukvården. När det gäller äldreomsorgen kan Socialstyrelsen konstatera att antalet specialiserade sjuksköterskor behöver bli fler för att möta behoven hos den växande gruppen av personer över 80 år. Socialstyrelsen anser att staten och huvudmännen bör genomföra strategiska satsningar för att klara den långsiktiga kompetensförsörjningen. Bland annat bör gerontologisk och geriatrisk utbildning utökas inom alla eftergymnasiala vård- och omsorgsutbildningar, och specialistutbildningen för sjuksköterskor i äldreomsorg bör främjas. Detsamma gäller för socionomutbildningen som i dag är alltför generell [2].

Funktionshindersområdet består av en mängd olika verksamheter, som utifrån lagstiftningen ger stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Inom området arbetar chefer och medarbetare inom boende, daglig verksamhet eller sysselsättning, korttidstillsyn och barnboenden, samt med personlig assistans. Dessa personer utför många gånger komplexa och kvalificerade arbetsuppgifter som kräver hög kompetens. Mot bakgrund av detta påpekar Nationella Kompetensrådet inom funktionshinderområdet, behovet av en förbättrad utbildning på gymnasial nivå samt eftergymnasial utbildning. Nationella Kompetensrådet ser att Yrkehögskolan kan vara en viktig aktör, såväl för att utbilda personer till yrken inom verksamhetsområdet, som för yrkesverksamma som behöver vidareutbilda sig [16].

Socialstyrelsen kan i denna lägesrapport konstatera att var fjärde månadsanställd i hemtjänsten saknar grundläggande yrkesförberedande utbildning. Allt fler äldre med sammansatta och omfattande behov får sin hjälp i ordinarie boende, genom hemtjänst och hemsjukvård. För att kunna ge insatser av god kvalitet i hemmen anser Socialstyrelsen att det krävs att undersköterskor och vårdbiträden åtminstone har grundläggande yrkesförberedande utbildning för sitt arbete.

Effekterna av personalförändringar inom tandvården behöver analyseras närmare

Företrädare för yrkesgrupperna inom tandvården och även andra personer inom tandvårdsbranschen påtalar att tandvården är inne i ett skifte, som in-

nebär att mindre kliniker läggs ner eller slås samman till större enheter. I grunden kan det vara positivt ur ett kvalitetsperspektiv men det kan vara negativt om man ser till patienternas behov av närhet till vården. Skälet till nedläggning är som regel att klinikerna är svåra att bemanna. Glesbygden är mest drabbad av detta. Socialstyrelsens statistik visar exempelvis att det lägsta antalet tandläkare per invånare finns i Västernorrlands län (66 per 100 000 invånare) och högst tandläkartäthet i Västra Götaland (88 tandläkare per 100 000 invånare).

Regelbundna tandvårdsbesök kommer framöver att i högre grad hanteras av tandhygienister och tandsköterskor. Det finns ingen samlad erfarenhet av vilka effekter detta på sikt får för tandhälsan. Enligt Socialstyrelsen behöver effekterna av denna förväntade utveckling med färre tandläkare och fler tandhygienister analyseras närmare [17].

Ökad kompetens om likabehandling viktigt för att främja en jämlik vård och omsorg

Socialstyrelsen bedriver i dag ett strategiskt arbete för en mer jämlik hälsa, vård och omsorg. Kunskaper om exempelvis diskriminerande strukturer kan förbättra förutsättningarna för att var och en som söker vård och omsorg får rätt behandling.

Inom området för individ- och familjeomsorg (IFO) har Socialstyrelsen identifierat olika strukturella hinder för nationella och etniska minoriteter och bland annat beskrivit hur socialtjänsten kan fungera bättre för dessa med hjälp av samordnade insatser och ett nationellt kompetensstöd [18].

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har granskat alla högstskolor som bedriver läkarutbildning och hälften av de högstskolor som anordnar utbildningar av sjuksköterskor [19]. Nästan alla granskade högstskolor arbetar för att säkerställa att blivande sjuksköterskor och läkare bemöter patienter och deras anhöriga på ett bra sätt, genom exempelvis undervisning i genuspedagogik eller normkritisk pedagogik. Det är viktigt att jämlik vård och omsorg försätter att lyftas i både grundutbildning och fortbildning, eftersom det ligger i sakens natur att vi inte ser normer och stereotypa beteenden hos oss själva.

Tillsammans med DO och SKL ska Socialstyrelsen ta fram ett utbildningspaket för fortbildning av vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande i vården. Utbildningspaketet ska bland annat ge kunskap om de grupper som omfattas av lagstiftningens skydd mot diskriminering och som typiskt sett riskerar att utsättas för diskriminering.

Regionala skillnader behöver jämnas ut

Socialstyrelsen kan konstatera att det finns regionala skillnader i fråga om tillgång och efterfrågan på arbetskraft inom ett flertal yrkesområden. Det är i län med krympande befolkning och då i synnerhet landsbygds- och glesbygdskommuner som kompetensförsörjningen ställs inför mycket stora utmaningar.

De regionala skillnaderna i förutsättningar att få kompetent arbetskraft är en utmaning för att säkerställa en säker och jämlik vård och omsorg i hela Sverige.

Utmaning att följa tillgången på omsorgspersonal utan högskoleutbildning

Socialstyrelsen har ett bra underlag för att kunna studera tillgången på legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Vi har kontinuerligt uppdaterade register över alla med en giltig legitimation i Sverige och uppgifterna kan dessutom kopplas till om personen i fråga är sysselsatt i landet. Dock saknas denna typ av systematiska uppgifter för viss omsorgspersonal det vill säga de grupper inom vård och omsorg som inte kräver högskoleutbildning. Detta gäller bland annat undersköterskor, vårdbiträden, tandsköterskor, mentalskötare och personliga assistenter. Dessa personalgrupper som tillhör omsorgspersonalen har inte på motsvarande sätt en legitimation kopplad till yrket, och uppgifter om dem finns därför inte systematiskt samlade. SKL för statistik över dessa grupper, men statistiken omfattar inte de som arbetar i privat verksamhet. Det finns idag inte någon nationell aktör som följer utvecklingen för hela gruppen av omsorgspersonal som saknar högskoleutbildning.

Heltäckande uppgifter om personalen inom vård och omsorg saknas

I den här rapporten tar Socialstyrelsen ett samlat grepp om kostnadsutvecklingen inom hela vården och omsorgen. Den ekonomiska analysen visar att personalen är en viktig och betydande resurs i den verksamhet som kommuner och landsting ansvarar för och finansierar. Cirka 55 procent av kommunernas socialtjänstkostnader består av personalkostnader. Inom landstingen står personalkostnaderna för 41 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvård. Med personalkostnader avses här endast kostnader för den personal som är anställd av kommuner och landsting. Hur mycket personalen kostar och hur många de är i den verksamhet som kommuner och landsting köper finns det endast begränsad information om och då främst inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Även personalens antal och sammansättning är av stor betydelse för att kunna utvärdera och analysera av effektiviteten i vården och omsorgen, dels över tid, dels mellan olika typer av utförare. Därför behövs det både en mer detaljerad redovisning av personalkostnader i de så kallade räkenskaps-sammandragen och även en heltäckande personalstatistik. I det kommunala räkenskapssammandraget finns personalkostnader specificerade endast på en övergripande nivå, men Socialstyrelsen anser att det finns ett behov av att få personalkostnader specificerade på verksamhetsnivå. Detta för att kunna analysera och följa verksamheternas effektivitet på både central och lokal nivå.

I det landstingskommunala räkenskapssammandraget redovisas personalkostnader på en något mer detaljerad nivå jämfört med räkenskapssammandraget för kommunerna. Men för både kommuner och landsting redovisas

personalkostnader endast för landstingens egen personal. För den verksamhet som köps från alternativa utförare finns inga uppgifter om personalkostnader.

I personalstatistiken finns i dag endast vissa uppgifter om den personal som arbetar inom vård- och omsorgssektorn. Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal och SKL:s register över kommunal- och landstingskommunal personal är inte samordnade med varandra och täcker inte hela vård- och omsorgssektorn. Exempelvis så innehåller Socialstyrelsens register inte uppgifter om vårdpersonal utan legitimation och SKL:s register innehåller inte anställda i andra regiformer än offentliga. I SKL:s register över anställda i kommuner och landsting framgår yrkesgruppen, men inte i vilken verksamhet som olika yrkesgrupper arbetar. Det saknas därmed en officiell, enhetlig registerbaserad personalstatistik med gemensamma indelningar och avgränsningar för all verksamhet inom den offentligt finansierade vården och omsorgen.

I betänkandet *Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning* (SOU 2009:25) föreslog utredaren att SCB ges i uppdrag att löpande publicera personalstatistik som omfattar all personal som är sysselsatt i offentligt finansierad verksamhet. Denna statistik ska vara uppdelad på egen regi och alternativa utförare. Något förslag i denna riktning har ännu inte kommit från regeringen [20].

Hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Medellivslängden fortsätter att öka och dödligheten i de flesta sjukdomar sjunker. De sociala skillnaderna i hälsa och dödlighet är dock fortfarande stora. Tobaksrökningen minskar i befolkningen, men tobaksrelaterade sjukdomar som KOL ökar fortfarande hos kvinnor. Lungcancer hos kvinnor har ökat under en lång tid men ökningen tycks ha avstannat.
- Ohälsosamma levnadsvanor hos patienter med exempelvis hjärt-och kärlsjukdom eller diabetes är fortsatt vanliga. Detta talar för att patienterna behöver mer rådgivning och stöd när det gäller levnadsvanor. Det är positivt att hälso- och sjukvårdens intresse och arbete med sjukdomsförebyggande metoder fortsätter att öka, men arbetet är ännu inte tillräckligt.
- Patienterna ger fortsatt gott omdöme om bemötandet i vården, men vården är sämre på att ge patienten tillräcklig information och att göra patienten delaktig. Få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt och kunskaperna om vårdens skyldighet att vid behov utse en fast vårdkontakt är ännu låg bland personalen inom hälso- och sjukvården.
- Patientnämnderna tar emot allt fler klagomål från patienterna. Många klagomål handlar till exempel om att man inte har blivit tagen på allvar, att det är långa väntetider för besked om undersökningsresultat, bristande samordning mellan olika insatser och vårdnivåer och att informationen är bristfällig.
- Utvecklingsarbeten pågår inom den psykiatriska heldygnsvården och på många ställen har tvångsåtgärderna kunnat minskas.
- Tillgängligheten i primärvården är fortsatt god. Fler läkarbesök görs och det blir fler vårdcentraler. Väntelistor till besök och behandling i specialistvården var oförändrade 2011 jämfört med 2010. Men under 2012 har tillgängligheten till behandling blivit bättre. Väntetiderna inom cancervården är fortfarande mycket långa.
- Vårdplatserna har minskat under många år och överbeläggningar har blivit vanligare. Andelen av befolkningen som läggs in på sjukhus har varit lika stor under de senaste åren, men för personer över 65 ses en förskjutning mot att vården ges vid allt högre ålder. Vårdtiderna blir allt kortare och vårdtyngden ökar.
- Tillgången på läkare och sjuksköterskor fortsätter att öka. Tillgången på specialiserade sjuksköterskor har däremot minskat, och efterfrågan överstiger tillgången framförallt inom psykiatri-, anestesi- och intensivvård. Efterfrågan överstiger också tillgången på läkare, framför allt specialistläkare. Nästan alla landsting rekryterar aktivt specialistläkare i andra länder. Socialstyrelsens prognos pekar på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas.

- Skador i vården är vanligt och de vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner. Många satsningar för en bättre patientsäkerhet pågår och rapporteringen av skador ökar. Antibiotikaförskrivningen tycks inte minska längre och de antibiotikaresistenta bakterierna fortsätter att öka.
- Samverkan för att ta fram kunskapsunderlag till hälso- och sjukvården ökar. Myndigheter samverkar när det gäller val av kunskapsområden medan sjukvårdsregionerna samverkar för att ta fram nationella vårdprogram för att främja en utjämning av praxisskillnader i landet.

I detta kapitel belyser Socialstyrelsen inledningsvis den aktuella utvecklingen inom några vårdområden. Därefter beskriver vi den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för god vård. Beskrivningarna fokuserar framför allt på nationella resultat och endast i mindre utsträckning på regionala skillnader. De regionala skillnaderna redovisas i stället i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* [1]. Där redovisas också ett stort antal indikatorer för flera sjukdoms- och vårdområden som vi endast berör kort här.

Hälso- och sjukvård för äldre, personer med funktionsnedsättning och personer med missbruk beskrivs i särskilda kapitel. Hälso- och sjukvård för barn och unga tas i stället upp i Socialstyrelsens tematiska rapport som publiceras i slutet av mars 2013.

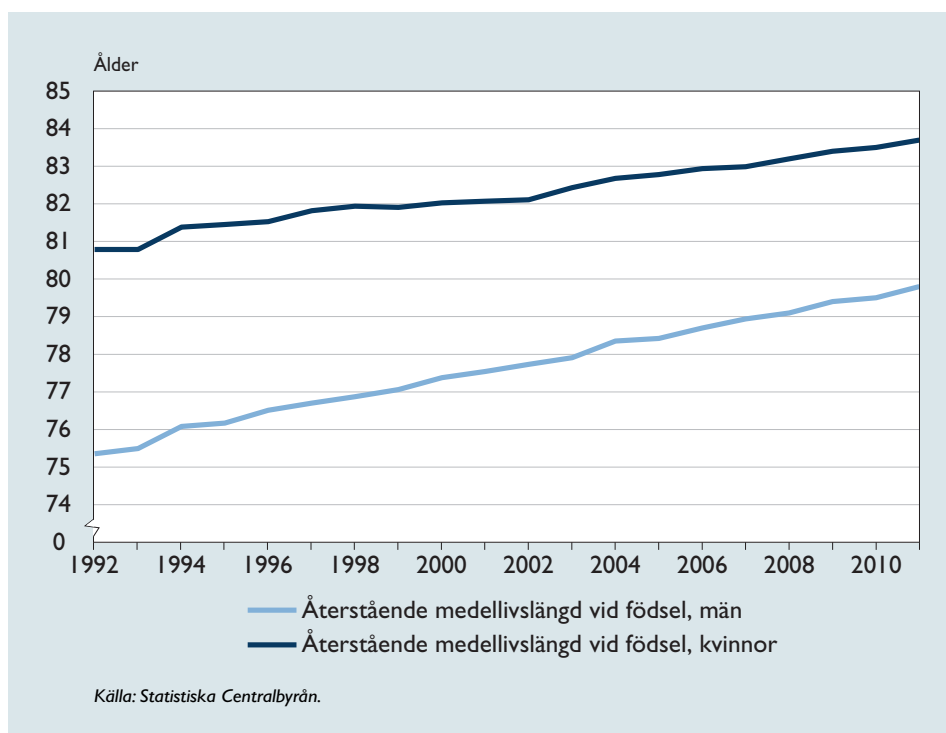
Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av befolkningens hälsa, hälso- och sjukvårdens verksamhet, apoteksverksamhet och försäljning av receptfria läkemedel. Vi berör även tillgången till vårdpersonal och sjukdomsförebyggande arbete. I slutet av avsnittet sammanfattar vi utvecklingen inom några olika vårdområden: cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdomar, diabetesvård samt psykiatrisk vård.

Medellivslängden fortsätter att öka

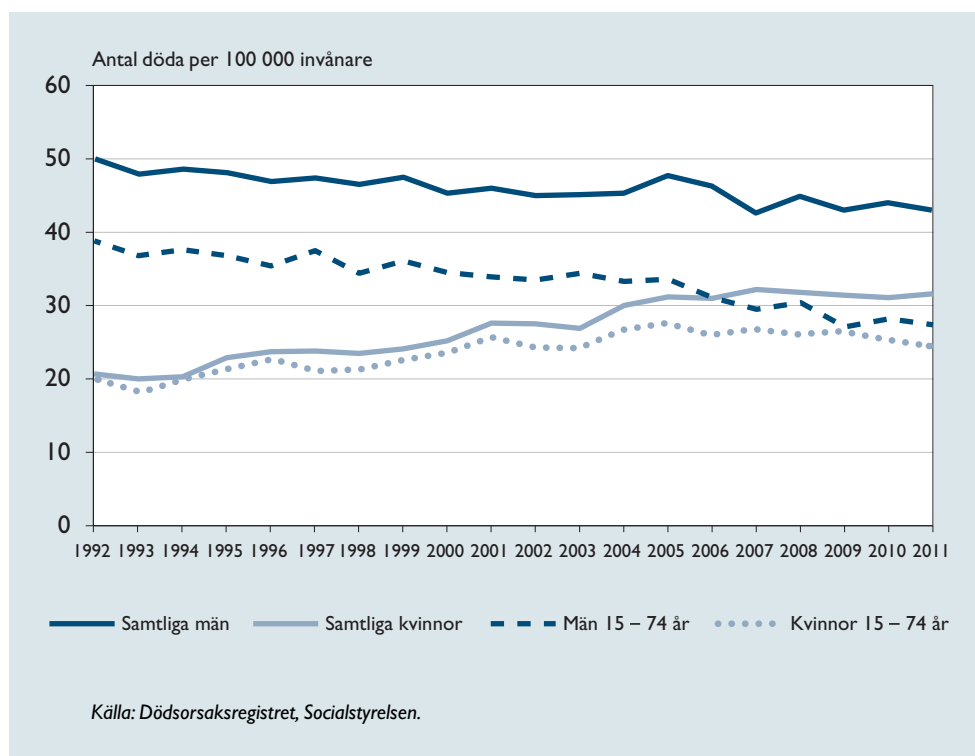
Medellivslängden ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen i ett land. Medellivslängden i Sverige fortsätter att öka, och 2011 var den 83,7 år för kvinnor och 79,8 år för män [2]. Ökningen har varit snabbare hos män, vilket leder till att skillnaden mellan män och kvinnor minskar. Den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökar är den minskande dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar [3].

Diagram 3:1. Medellivslängd för kvinnor och män 1992–2011.



Hjärt- och kärlsjukdomar är dock fortfarande den vanligaste dödsorsaken: År 2011 avled 39 procent av kvinnorna och 38 procent av männen i dessa sjukdomar [4]. Tumörer utgör den näst vanligaste dödsorsaken och svarade för 23 procent av dödsfallen bland kvinnorna och för 27 procent bland männen. Bland tumörerna gick lungcancer för ett par år sedan om bröstcancer som den vanligaste dödsorsaken för kvinnor. Dödligheten i lungcancer har sedan slutet av 1980-talet ökat för kvinnor, men under de senaste åren har denna ökning avstannat. För kvinnor i åldrarna under 74 år har dödligheten till och med minskat.

Diagram 3:2. Lungcancerdödlighet för samtliga kvinnor, samtliga män och åldrarna 15–74 år. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000, 1992–2011.

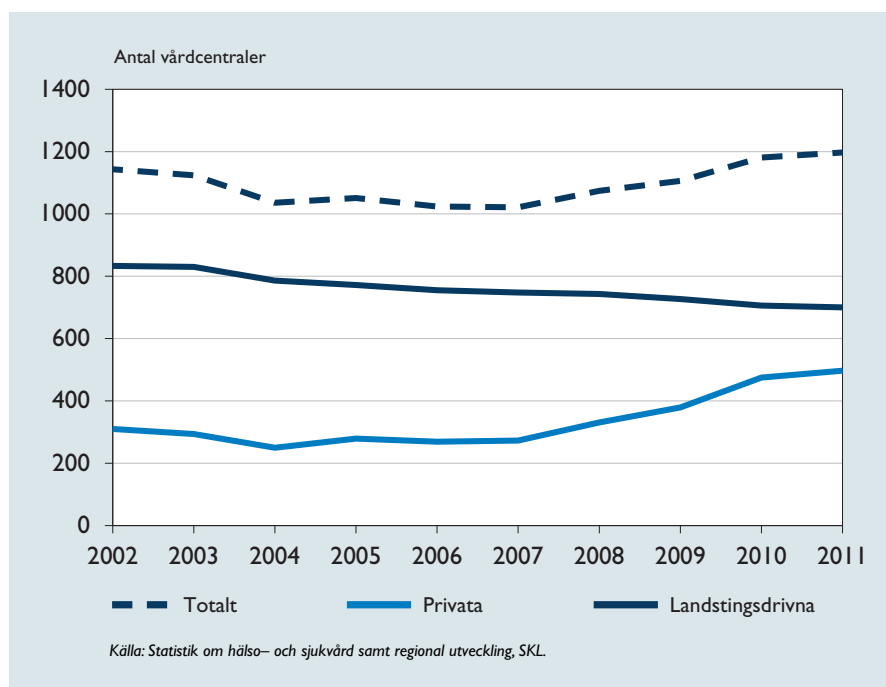


Folkhälsan i Sverige redovisas mer utförligt i en särskild årsrapport som Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut publicerar den 30 mars 2013 [se även ref.nr. 3 och 5].

Hälso- och sjukvårdens verksamhet

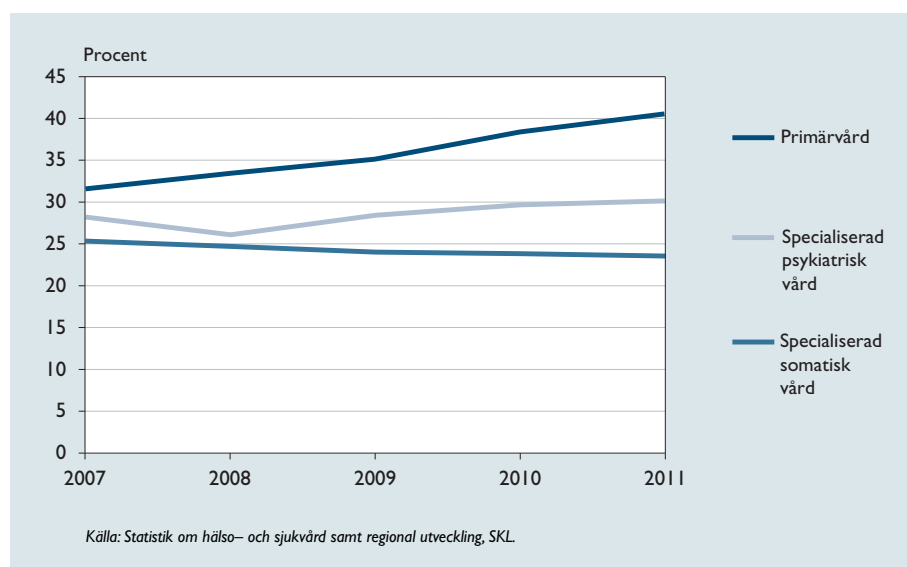
Antalet vårdcentraler har ökat i landet sedan 2007, och 2011 fanns det 1 197 stycken (diagram 3:3) [6]. Av dessa drevs 497, cirka 42 procent, i privat regi. Ökningen består framför allt av privata vårdcentraler, medan de landstingsdrivna vårdcentralerna minskat något i antal.

Diagram 3:3. Antal vårdcentraler i Sverige, totalt och uppdelat på privata och landstingsdrivna vårdcentraler, 2002–2011.



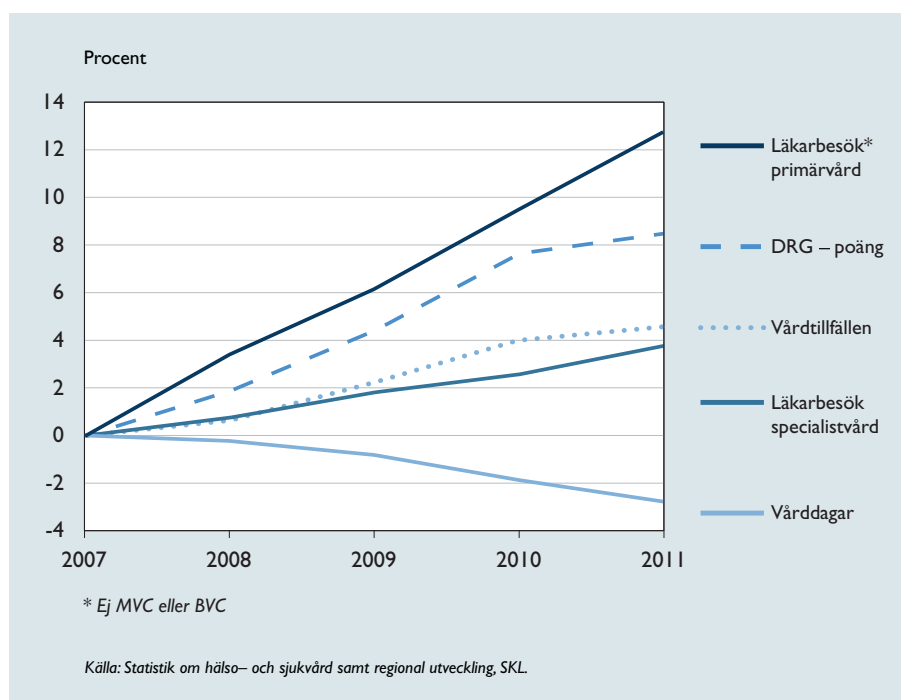
Den privata vården ökar inom primärvården och den specialiserade psykiatrin (diagram 3:4). År 2011 gjordes 40 procent av alla läkarbesök inom primärvården hos privata vårdgivare och motsvarande andel inom den specialiserade psykiatrin var 30 procent. Däremot görs läkarbesök inom den somatiska specialistvården i minskande utsträckning hos privata vårdgivare. Under 2011 var denna andel 24 procent.

Diagram 3:4. Andelen läkarbesök hos privat vårdgivare i primärvård, specialiserad psykiatrisk vård och i specialiserad somatisk vård, 2007–2011.



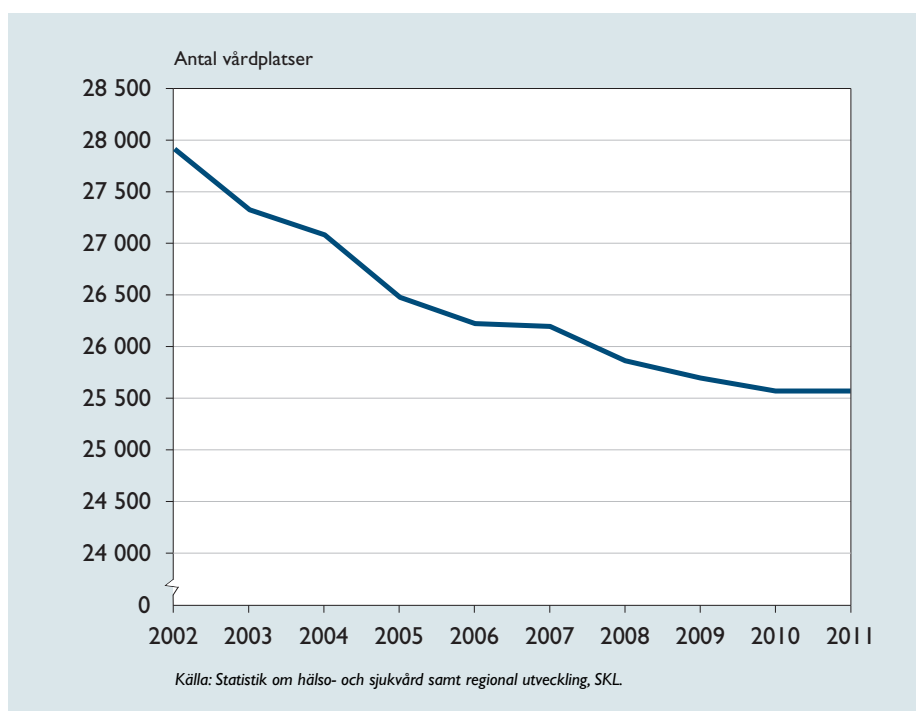
Antalet läkarbesök i primärvården fortsätter att öka kraftigt (diagram 3:5). Däremot ökar inte antalet besök till andra personalkategorier i primärvården. I specialistvården sker en motsatt utveckling där besöken till andra personalkategorier ökar mer än läkarbesöken. Det gäller särskilt psykiatrin men även den somatiska specialistvården. Antalet läkarbesök i specialistvården ökar också något (diagram 3:5).

Diagram 3:5. Vårdströmmar år 2007–2011. Procentuell förändring av antal läkarbesök, DRG-poäng, vårdtillfällen och vård dagar i förhållande till 2007.*
**DRG=diagnosrelaterade grupper, DRG-poäng är ett mått på vårdtyngden.*



År 2011 fanns det cirka 25 600 vårdplatser totalt i landet. Även om antalet inte minskade mellan 2010 och 2011 så har det varit trenden under många år [6]. Mellan 2007 och 2011 minskade till exempel antalet vårdplatser med drygt 600 platser. Den största minskningen har skett inom geriatrisk vård, där antalet vårdplatser minskade med cirka 250 under tidsperioden. Det minskande antalet vårdplatser har lett till att överbeläggningar har blivit allt vanligare (se mer under *Säker vård*).

Diagram 3:6. Antalet vårdplatser i Sverige 2002–2011 uppdelat på medicin, kirurgi, psykiatri, geriatrik och övrig somatisk vård.



Antalet vårdtillfällen (inläggningar på sjukhus) ökar under perioden, samtidigt som det totala antalet vård dagar på sjukhus minskar (diagram 3:5). Därmed minskar också det antal dagar som patienter i genomsnitt vårdas på sjukhus. Medelvårdtiden 2011 var 5,33 dagar och hade minskat med 0,42 dagar jämfört med 2007 då den var 5,75 dagar.

Alltmer vård utförs också utan att patienterna behöver läggas in på sjukhus, exempelvis som dagkirurgi. I genomsnitt gick det 0,41 dagkirurgiska besök per vårdtillfälle i slutenvård 2010. Detta är en ökning sedan 2006 då det gick 0,36 dagkirurgiska besök per vårdtillfälle [7].

Däremot är det ungefär lika många patienter som läggs in på sjukhus 2011 som 2007. De som läggs in är dock allt sjukare vilket visas av att det genomsnittliga antalet diagnoser ökar, liksom DRG-poängen. DRG står för diagnosrelaterade grupper och DRG-poäng är ett mått på vårdtyngden.

Slutsatsen är att andelen i befolkningen som läggs in på sjukhus har varit ungefär lika stor under de senaste åren men för personer över 65 ses en förskjutning mot att vården ges vid allt högre åldrar. Patienterna ligger också allt kortare tid på sjukhus för varje tillfälle som de har lagts in, trots att de är sjukare. De läggs även in fler gånger under ett år.

Mer läkemedel säljs utanför apoteken

Antalet apotek var 1 254 stycken i september 2012 i jämförelse med de 925 apotek som fanns den 1 juli 2009 då monopolet avvecklades [8]. Det fanns 26 olika apoteksaktörer 2012, varav Apoteket AB, som tidigare hade monopol, fortfarande var den största. Myndigheten Tillväxtanalys har ana-

lyserat hur den geografiska tillgängligheten till apotek har förändrats efter apoteksreformen, och konstaterar att tillgängligheten mätt som avstånd till närmaste apotek har förbättrats. Nu når 90 procent av befolkningen det närmaste apoteket inom 10 minuters bilfärd. För större delen av befolkningen, närmare 99 procent, är avståndet kortare än 20 minuter. Cirka 127 000 personer, eller ungefär 1 procent av befolkningen, har 20 minuter eller mer till sitt närmaste apotek.

Statskontoret har följt upp apoteksmarknaden [9]. I en delrapport från juni 2012 redovisar de bland annat en enkätundersökning till apotekspersonal. Resultatet från enkäten tyder på att det finns vissa brister i öppenvårdsapotekens förutsättningar att upprätthålla kompetensen och säkerheten. En viktig förklaring till dessa brister är enligt många anställda att det inte finns tillräckligt med tid vid expedieringen för att ge nödvändig information och rådgivning om hur läkemedlen ska användas. Många upplever också att de i liten utsträckning har möjlighet att få tillräcklig kompetensutveckling och att förutsättningarna har försämrats jämfört med tiden före omregleringen. Även apotekens lagerhållning och tillhandahållande av förordnade läkemedel inom 24 timmar kan i viss utsträckning ha försämrats efter omregleringen, enligt Statskontoret.

Sedan november 2009 är det möjligt att köpa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek [10]. Vid sidan av apotek har det tillkommit 5 600 nya försäljningsställen för vissa receptfria läkemedel.

Det handlar framför allt om varuhus och livsmedelsaffärer, men det går även att hitta receptfria läkemedel på bensinstationer, i närbutiker och i kiosker. Av den totala försäljningen av receptfria läkemedel i Sverige 2011 såldes 84 procent på apotek och 16 procent via andra kanaler. I tabell 3:1 presenteras kostnadsfördelningen mellan apoteken och andra försäljningsställen.

Tabell 3:1. Försäljning av egenvårdsläkemedel uppdelad per försäljningskanal (apotek eller övrig handel) samt som totalbelopp, 2009–2011.

Försäljning av egenvårdsläkemedel (i miljoner kronor, inkl. moms)			
År	På apotek	Övrig handel	Totalt
2009	4 148	130	4 278
2010	3 919	602	4 521
2011	3 870	740	4 610

Källa: Apotekens Service AB.

De receptfria läkemedel som säljs på apotek utgörs framför allt av fluorsköljning, smärtstillande läkemedel (mest ibuprofen och paracetamol) samt avsvällande nässpray (xylometazolin och oximetazolin). Även vitaminpreparat och läkemedel som används vid rökavvänjning tillhör de produktgrupper där efterfrågan är stor. Inom övrig handel har smärtstillare och avsvällande nässprayer en ännu mer dominerande ställning än på apoteken, medan till exempel fluorsköljning endast säljs i liten utsträckning.

Stor efterfrågan på specialistläkare och specialistsjuksköterskor

Socialstyrelsen följer löpande tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare inom hälso- och sjukvården. Den senaste statistiken över sysselsatta i dessa sektorer är från november 2010 och visar att tillgången på dessa yrkesgrupper har ökat under åren 1995–2010 [11].

Under denna period är det tillgången på läkare och specialistläkare som har ökat mest, med 33 respektive 28 procent. Tillgången på sjuksköterskor och barnmorskor har under samma period ökat med 15 respektive 14 procent. Tillgången på specialiserade sjuksköterskor har däremot minskat. Efterfrågan på alla yrkesgrupperna är lika stor som, eller större än, tillgången.

Personaltätheten varierar över landet. Högst läkartäthet fanns 2010 i Stockholms sjukvårdsregion, högst sjukskötersketäthet i Norra sjukvårdsregionen, och Västsvenska sjukvårdsregionen hade flest barnmorskor per 100 000 invånare.

Tillgång och efterfrågan på läkare

Statistiken visar att tillväxten är olika inom olika läkarspecialiteter. Inom psykiatri och allmänmedicin har exempelvis antalet specialister per 100 000 invånare ökat med en knapp tredjedel under perioden 1995 till 2010, medan antalet kardiologer per 100 000 invånare har mer än fördubblats.

Inom läkarkåren finns en ökande andel personal med utländsk utbildning. Andelen läkare med utländsk utbildning var 2010 drygt 23 procent, vilket är nära nog en fördubbling mot 1995 då andelen var drygt 13 procent. Migrationen har på så sätt fått allt större betydelse för den svenska tillgången på läkare. Det är också varje år ett ökande antal personer med svensk bakgrund som har studerat till läkare utomlands som får svensk läkarlegitimation.

Efterfrågan på läkare är större än tillgången, framför allt när det gäller specialistläkare. Nästan alla landsting rekryterar aktivt specialistläkare i andra länder. Socialstyrelsens prognos pekar på ett fortsatt behov av läkare utbildade i annat land om läkartätheten ska kunna upprätthållas.

Tillgång och efterfrågan på sjuksköterskor

För allmänsjuksköterskor är arbetsmarknaden i balans. Men många landsting rapporterar att efterfrågan överstiger tillgången på specialistsjuksköterskor framförallt inom psykiatri-, anestesioch intensivvård.

Antalet nyutbildade specialistsjuksköterskor var högre under åren 2007–2010 än någon gång sedan 1994. Trots det har tillgången på specialistsjuksköterskor fortsatt att minska, med en femtedel sedan 1995 (från 629 specialiserade sjuksköterskor per 100 000 invånare 1995 till 515 år 2010). En del av förklaringen är att andelen specialistsjuksköterskor är högst i de äldsta åldersgrupperna, som nu håller på att gå i pension. År 1995 hade två tredjedelar av alla sjuksköterskor inom vård och omsorg specialistkompetens, mot knappt hälften 2010. Minskningen har varit störst för sjuksköterskor specialiserade i medicinsk eller kirurgisk sjukvård. I denna grupp har antalet med specialistkompetens mer än halverats. I psykiatrisk vård har tillgången på specialiserade sjuksköterskor minskat med 22 procent.

Att det finns färre specialistsjuksköterskor innebär att det kan uppstå en kompetensbrist inom olika delar av hälso- och sjukvården. När det gäller äldreomsorg behöver de specialiserade sjuksköterskorna bli fler för att möta behoven hos den växande gruppen över 80 år. Vård av äldre är en relativt ny specialitet och har därför ökat varje år sedan 1996. Men mellan 2008 och 2010 minskade antalet sjuksköterskor med specialiteten vård av äldre som var sysselsatta i hälso- och sjukvården från 396 till 389 sjuksköterskor per 100 000 invånare.

Sjukdomsförebyggande riktlinjer införs i sjukvården

Resultatet från den nationella patientenkäten om primärvården 2011 visade att det fortfarande var vanligast att vårdpersonalen diskuterade motionsvanor med patienten, därefter diskuterades matvanor och tobaksvanor. Minst vanligt var det att vårdpersonalen tog upp patientens alkoholvanor [12]. Förkomsten av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen redovisas i Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012* [12].

Det verkar som att befolkningens inställning till att diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonalen har blivit mer positiv. I Vårdbarometerns undersökning från 2011 var 84 procent av befolkningen positiva till detta jämfört med 74 procent 2010 [13]. Preliminära resultat för 2012 visar dock att denna andel sjunkit igen till cirka 79 procent [14].

År 2011 kom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [15]. Socialstyrelsen arbetar nu, på uppdrag av regeringen, med att stödja hälso- och sjukvården vid införandet av dessa riktlinjer. Under 2012 har Socialstyrelsen spridit kännedom om riktlinjerna bland annat på möten och konferenser. Vi samarbetar också med olika professioner i detta arbete. Exempelvis har yrkesföreningarna för läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och dietister engagerat sig och tagit fram olika material som är riktade till respektive yrkesgrupp.

Landstingen har efterfrågat skriftligt material som stöd i införandet. Socialstyrelsen har därför tagit fram en kortversion av riktlinjerna, en patientversion, en inspirationsbroschyr (*Så kan sjukvården förebygga sjukdom*) som riktar sig till beslutsfattare samt en broschyr med exempel från Region Skåne på hur man kan lägga upp arbetet med att införa riktlinjerna. Allt material finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats och kan både laddas ner och beställas. Vi har under året också utvecklat övrig information om riktlinjerna på webbplatsen.

Socialstyrelsen har också kartlagt landstingens behov av stöd för utbildning. Kartläggningen visar att landstingen framför allt behöver stöd för att utbilda personalen i hur man kan föra samtal om matvanor i enlighet med riktlinjerna. Vi har påbörjat en förstudie av en sådan utbildning.

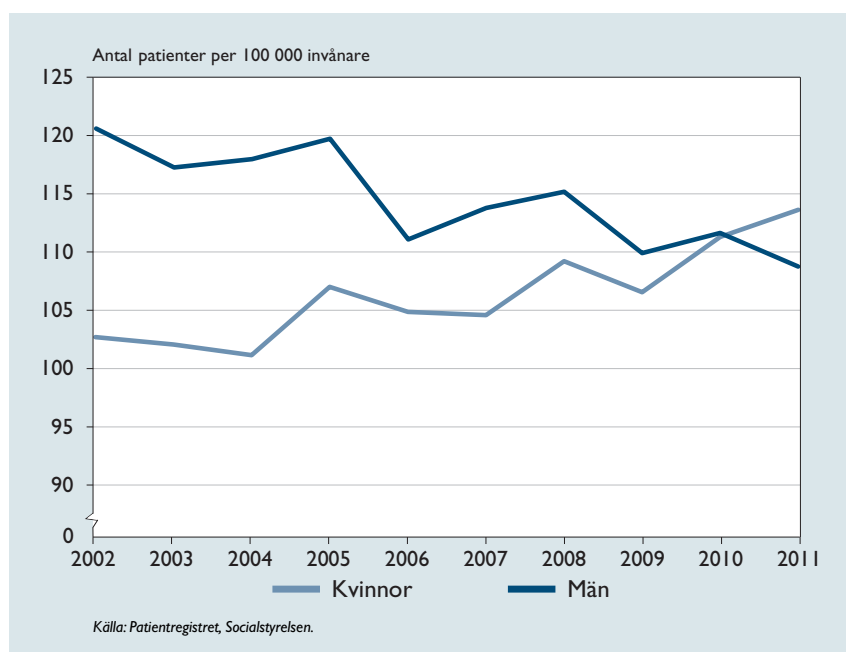
För att kunna följa upp riktlinjerna har Socialstyrelsen också tagit fram nya koder för de vårdåtgärder som är kopplade till riktlinjerna. Några landsting har i ett pilotprojekt infört dessa koder i primärvården och börjat hämta uppgifter för uppföljning. Under hösten 2012 genomförde vi tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, även en workshop om lands-

tingens dokumentationssystem med fokus på sjukdomsförebyggande metoder. Samtliga landsting utom ett deltog i workshoppen.

Sjukvårdens stöd till personer som vill sluta röka

Tobaksrökning bidrar till ökad sjuklighet i många sjukdomar. Det är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer, och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL [3]. Uppgifter från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät visar att andelen personer som röker dagligen har minskat från 13 till 11 procent av befolkningen mellan 2010 och 2011 [16]. Vidare är det fler kvinnor än män som röker, och bland kvinnor har dessutom antalet som insjuknar i KOL ökat kraftigt (diagram 3:7). Antalet kvinnor som får lungcancer ökade också under flera år, men det positiva är att ökningen verkar ha avstannat under slutet av 00-talet [17].

Diagram 3:7. Antalet patienter per 100 000 invånare med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, som vårdats i slutenvård, 2002–2011.



Sedan många år tillbaka erbjuder hälso- och sjukvården stöd till personer som vill sluta röka, främst i primärvården och i mödra- och barnhälsovården. Även inom sjukhusvården har man på senare år börjat erbjuda sådant stöd, framför allt i samband med att modellen En rökfri operation har spridits [18]. Modellen lanserades under hösten 2010. Tillgången till stödet har dock varierat stort både mellan och inom landstingen och har många gånger varit beroende av engagerade medarbetare på den enskilda enheten. I takt med den ökande hälsoorienteringen av hälso- och sjukvården har fler och fler landsting antagit policyer för ett tobaksfritt landsting och även utökat tillgången till tobaksavvänjning. Dock ser tillgången väldigt olika ut i olika delar av landet och den är långt ifrån tillräcklig [19].

För patienter med KOL är det viktigt för sjukdomsutvecklingen att sluta röka. Vården för dessa patienter följs av kvalitetsregistret RiksKOL. Registret har funnits sedan 2009 och ännu är inte fler än cirka 6 procent av det beräknade antalet personer med KOL registrerade. Av RiksKOL:s patienter 2011 var 34 procent fortfarande rökare. Endast drygt en tredjedel av dessa rökare hade erbjudits tobaksavvänjning och en knapp femtedel av dem som rökte 2010 hade slutat röka 2011 [20].

Inom ramen för regeringens nationella cancerstrategi bedriver SKL ett antal utvecklingsprojekt som rör tobaksrökning. Projekten riktar sig till ansvariga tjänstemän och politiker i landsting och regioner. Målet med arbetet för såväl primärvård som annan vård, inklusive slutenvård, är att vårdgivarna:

- har och följer rutiner för att fråga alla patienter om tobaksvanor
- erbjuder professionell rådgivning om tobak och tobaksavvänjning till de patienter som röker
- har rutiner och system för att beställa, registrera, följa upp och återrapportera resultatet av insatserna.

SKL bedriver sitt arbete i samverkan med bland andra Socialstyrelsen och de insatser som sker kring de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Under 2012 har fokus varit på tre delprojekt:

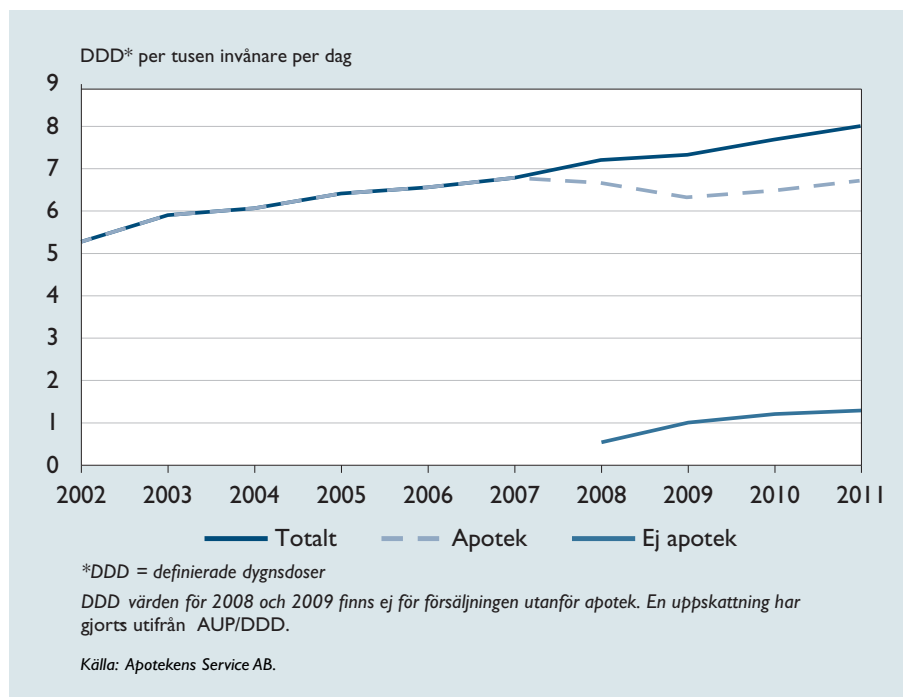
- Modeller för beställningar av och ersättningar för tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården.
- Informationsstruktur för uppföljning av vårdens arbete med tobaksavvänjning. Pilotprojekt med tio landsting och regioner pågår.
- Modeller för kompetensförsörjning för tobaksavvänjning i vården [19].

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas hälso- och sjukvården att i första hand erbjuda kvalificerade rådgivande samtal till vuxna personer som röker dagligen. Hälso- och sjukvården kan också föreslå läkemedel som tillägg till samtalen: i första hand receptfria nikotinläkemedel, i andra hand kan vareniklin förskrivas och i tredje hand bupropion. Dock är alla dessa läkemedel förknippade med en risk för biverkningar.

Försäljningen av de receptfria nikotinläkemedlen har ökat under hela 2000-talet. Efter att det blev tillåtet att sälja dessa läkemedel utanför apoteken har försäljningen fortsatt att öka, men då på andra försäljningsställen än apotek (diagram 3:8). Under 2011 använde uppskattningsvis 8 personer per 1 000 invånare receptfria nikotinläkemedel, och färre än 0,1 av 1 000 fick nikotinläkemedel på recept.

Det är färre personer som använder de receptbelagda läkemedlen än som använder nikotinläkemedel. Under 2011 fick uppskattningsvis 0,7 personer per 1 000 invånare bupropion och 0,5 per 1 000 invånare fick vareniklin. Bupropion kan dock även förskrivas vid depression.

Diagram 3:8. Receptfria nikotinläkemedel, försäljning på apotek respektive utanför apotek, DDD* per tusen invånare och dag, (ATC-kod N07BA01 nikotin), 2002–2011.



Cancervården

Under 2012 fortsatte SKL arbetet för en bättre cancervård. Huvuddelen av 2012 års insatser är en fortsättning på det arbete som påbörjades i och med 2010 och 2011 års överenskommelser mellan staten och SKL. I 2012 års överenskommelse ingick 13 utvecklingsprojekt [21].

Screeningdeltagande bör öka

Ett av utvecklingsarbetena syftar till att öka kvinnors deltagande i de nationella screeningprogrammen mot bröst- och livmoderhalscancer. Flera undersökningar har visat att andelen kvinnor som genomgått mammografi eller gynekologisk cellprovskontroll varierar beroende på geografiska och socioekonomiska faktorer. Exempelvis deltar kvinnor som bor i socialt utsatta områden i lägre grad i mammografiscreening än de som bor i välbeställda områden [22,23].

I hela landet är det ungefär 79 procent av kvinnorna i åldrarna 23–60 år som genomgår gynekologisk cellprovskontroll. Målsättningen i den nationella cancerplanen är dock att minst 85 procent av kvinnorna i målgruppen ska delta i denna screening, vilket endast sju landsting i landet når upp till [12].

Ett projekt som genomförts i nordöstra Göteborg, ledde till att antalet kvinnor som tog cellprov ökade med 42 procent. I området är en stor andel av befolkningen utlandsfödda och deltagandet i cellprovtagning har tidigare varit lågt [24].

Väntetiderna är fortfarande för långa

Socialstyrelsen har för andra gången genomfört en mätning av väntetiderna i vården för tio olika cancerformer [25]. Någon större förändring har inte skett sedan förra mätningen som genomfördes 2011. Väntetiderna i cancer vården är fortfarande betydande, och i många fall oacceptabla. De regionala skillnaderna är också stora. För vissa cancerformer får patienterna i några delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar. Vi återkommer till detta i avsnittet om tillgänglig vård.

Sekundärprevention efter hjärt- och kärlsjukdom kan förbättras

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar fortsätter att minska [3,4]. Vården av dessa patienter förbättras också i många avseenden [1,26,27].

Överlevnaden efter hjärtinfarkt har ökat påtagligt under lång tid, vilket har medfört att allt fler människor lever vidare med sin hjärtsjukdom. Av dem som hade vårdats på sjukhus för hjärtinfarkt avled år 2011 endast 13 procent inom 28 dagar [1]. För patienter som har fått stroke och kommit in på sjukhus har överlevnaden däremot inte förbättrats lika snabbt, och mycket små förändringar kan ses under de senaste fem åren [1]. Av de strokepatienter som vårdats på sjukhus 2011 avled drygt 19 procent inom 90 dagar.

För patienter som överlever hjärtinfarkt eller stroke är det mycket viktigt att behandla riskfaktorer som till exempel högt blodtryck och höga blodfettsnivåer för att de inte ska återinsjukna i hjärt- och kärlsjukdom, så kallad sekundärprevention. Riskfaktorerna kan påverkas både med läkemedelsbehandling och med förbättrade levnadsvanor. Läkemedel mot dessa riskfaktorer förskrivs i allt större utsträckning enligt de nationella riktlinjerna [1,26,27]. Trots detta uppnår cirka en tredjedel av hjärtinfarktspatienterna inte målnivåerna för blodtryck och blodfetter [26].

När det gäller att hjälpa patienter att sluta röka ser vi ingen förbättring jämfört med tidigare år. Av de hjärtinfarktspatienter som var rökare, rökte 35 procent fortfarande efter två månader och 45 procent efter tolv månader. Av de strokepatienter som rökte före insjuknandet, rökte 55 procent fortfarande efter tre månader. Ändå hade nästan alla strokepatienter fått råd om rökstopp under vårdtiden på sjukhus, om inte patientens tillstånd var sådant att man inte kunde ge råd om rökning.

Behandling med fysisk träning efter en hjärtinfarkt är klart underutnyttjad på de flesta sjukhus, trots att det rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Endast cirka 40 procent av hjärtinfarktspatienterna deltog i ett fysiskt träningsprogram i tillräcklig omfattning under det första året efter hjärtinfarkten. Trenden är dessutom negativ, eftersom andelen patienter som deltar i fysisk träning minskar [26].

Personer som får stroke får vård snabbare

Sedan oktober 2011 pågår en nationell strokekampanj för att lära ut AKUT-testet, ett snabbt och enkelt sätt att avgöra om en person har fått stroke. Fram till november 2012 hade 125 000 personer gjort testet på strokekampanjens webbplats.

Kampanjen är ett initiativ från Sveriges landsting och regioner, och bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2009 och går ut på att öka allmänhetens kännedom om stroke. Syftet med kampanjen är att rädda fler liv genom att lära människor att känna igen symtomen och larma direkt. Eftersom det är livsviktigt att få vård snabbt är ett av kampanjens mål att halvera tiden från symptom till larm.

Effekterna av kampanjen har följts av kvalitetsregistret Riks-Stroke [28]. De första analyserna bygger på en jämförelse av perioden november 2011–februari 2012 med samma månader tidigare år. Resultaten tyder på att tiden från det att personerna får symptom till att de kommer till sjukhus har kortats och att fler än någonsin tidigare får propplösande behandling (så kallad trombolys). Dessutom larmar ambulanspersonal i högre grad än tidigare om att patienter som redan är på väg in till sjukhus kan behöva propplösande behandling. Dessa preliminära resultat är mycket positiva men måste ännu tolkas försiktigt. Även tidigare trender gick i samma riktning, så andelen som har fått trombolys har ökat under flera år.

Ytterligare en positiv utveckling av strokevården är att andelen patienter som får vård på särskilda strokeenheter ökar, liksom andelen som tre månader efter sin stroke återfått så pass mycket funktionsförmåga så att de var oberoende av andra personer i sitt dagliga liv (personlig ADL) [1].

Stor utmaning för diabetesvården att motverka riskfaktorer

Rapporteringen till det nationella diabetesregistret (NDR) fortsätter att öka [29]. Registret innehåller nu uppgifter om cirka 85 procent av det uppskattade antalet personer med diabetes i Sverige. Här redovisar vi vårdens resultat för personer med typ 2-diabetes.

Inga förbättringar kan ses för de genomsnittliga blodsockernivåerna. Sedan 2007 har dessa i stället sakta stigit. Andelen patienter som når behandlingsmålet för blodsocker på 52 mmol/mol har minskat, och andelen som ligger över 73 mmol/mol har ökat. Bland patienterna i primärvården var det 50 procent som nådde behandlingsmålet medan 9 procent låg över 73 mmol/mol.

Det går inte heller att se några förbättringar när det gäller levnadsvanor under de senaste åren. Av diabetespatienterna under 60 år röker till exempel så många som 25 procent. Endast hälften av patienterna motionerar regelbundet. Andelen patienter med övervikt eller fetma är hela 80 procent, och medelvärde för *body mass index* (BMI) ökar långsamt.

Allt fler diabetespatienter behandlas med blodtryckssänkande medel, och deras medelvärde för blodtrycket sjunker tydligt. Fortfarande har dock så många som 40 procent av diabetespatienterna i primärvården ett blodtryck på över 140/80 mm Hg. Allt fler behandlas också med blodfettssänkande läkemedel, även om ökningen har planat ut under de senaste åren. Av dem som behandlas med dessa läkemedel uppnår många målvärdet för LDL-kolesterol på < 2,5 mmol/l. Detta gäller för 58 procent av patienterna i primärvården och 69 procent av patienterna vid medicinklinikerna.

Höga blodsockernivåer, fortsatt hög andel rökare och ett ökande BMI innebär på sikt en ökande risk för diabeteskomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar. Diabetesvården står inför en stor utmaning att kunna motverka

riskfaktorerna bland personer med diabetes. Resultaten talar för att vården har ett starkt ökat behov att arbeta med rådgivning om att sluta röka samt om kost och motion.

Vård av personer med psykisk sjukdom

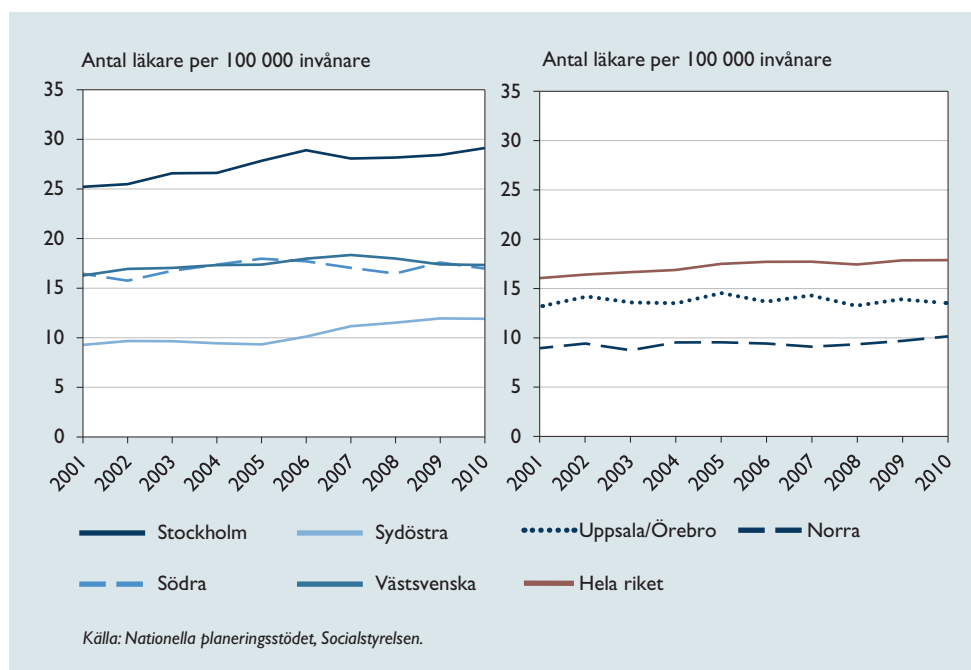
Under åren 2007-2011 avsatte regeringen cirka 3,7 miljarder kronor i en samlad nationell psykiatrisatsning. Statskontoret har haft i uppdrag att utvärdera satsningen och bedömer att satsningen i viss utsträckning bidragit till att målen kunnat uppfyllas [30]. Regeringen har också för åren 2012-2016 avsatt pengar, 870 miljoner kronor årligen, för att förebygga psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Denna satsning kallas PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa [31]. Satsningen har i huvudsak två målgrupper, barn och unga 0–25 år, samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Kostnaderna för den specialiserade psykiatriska vården har under åren 2007-2011 inte ökat i samma grad som för primärvården eller den specialiserade somatiska vården (se avsnittet om ekonomiska analyser). Samtidigt har antalet vårdtillfällen i den slutna vården och antalet besök i den öppna vården, på grund av olika psykiatriska tillstånd, blivit fler under andra halvan av 00-talet, vilket tyder på ett ökat behov av vård.

För att kunna bedriva en god och jämlik vård över hela landet är det viktigt med tillgång till specialistutbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Antalet psykiatrer per 100 000 invånare verksamma inom hälso- och sjukvården har blivit fler än de var 1995, men ökningstakten har varit mycket långsam sedan 2005. Tillgången på psykologer och psykoterapeuter har också ökat medan psykiatrisjuksköterskorna har fortsatt att minska [11].

Fortfarande finns stora regionala skillnader i tillgången på psykiatrer. År 2010 var exempelvis den relativa tillgången på psykiatrer inom den norra sjukvårdsregionen nästan tre gånger lägre än i Stockholmsregionen (diagram 3:9). De norra och sydöstra sjukvårdsregionerna har under en följd av år haft låg tillgång till specialister i psykiatri.

Diagram 3:9. Psykiatrer sysselsatta inom hälso- och sjukvården, antal per 100 000 invånare, 2001–2010.



För att avhjälpa den akuta bristen på läkare inom psykiatrin, väcka intresse för psykiatri och på sikt öka rekryteringen av specialister i psykiatri har regeringen lämnat statsbidrag till ett försök med fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare inom de norra och sydöstra sjukvårdsregionerna [32]. Se mer om detta i avsnittet om *Kompetens och kompetensförsörjning*.

I den nationella patientenkäten riktad till patienter inom den psykiatriska vården som genomfördes 2010 och 2012, ger patienterna genomgående lägre omdömen på övergripande frågor än vad patienter i primärvård och somatisk vård gör (se mer i avsnittet om patientfokuserad vård). Till exempel var det 17 procent av dem som svarade på enkäten om den slutna psykiatriska vården som inte upplevde någon nytta med den vård och behandling de fått, och 20 procent skulle inte rekommendera avdelningen till andra. Motsvarande andelar för den öppna psykiatriska vården var 10 procent som inte upplevde någon nytta och 10 procent som inte skulle rekommendera mottagningen [33]. Svarsfrekvensen är dock låg på dessa enkäter och resultaten måste tolkas med försiktighet.

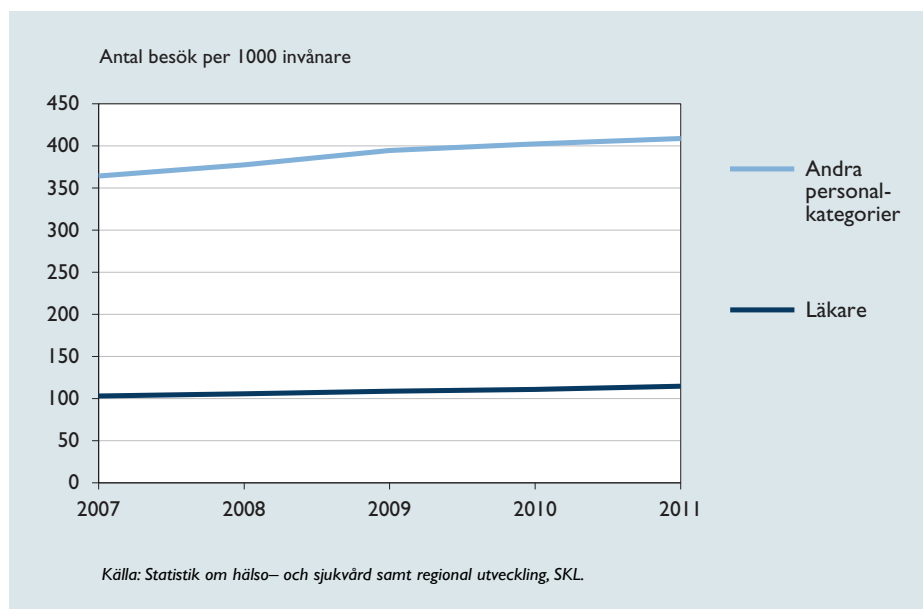
Socialstyrelsen arbetar med att stödja den psykiatriska verksamheten så att den ska kunna utvecklas och utvärderas [34]. Under 2012 har vi bland annat utvärderat hur hälso- och sjukvården följer riktlinjerna för vård vid depression och ångest och för psykosociala insatser vid schizofreni. Denna utvärdering kommer att publiceras våren 2013. Vi har också publicerat en rapport om äldre personers tillgång till psykiatrisk vård. Denna undersökning beskrivs mer i avsnittet om äldre.

Nedan beskriver vi övergripande den psykiatriska vården framför allt utifrån uppgifter från patientregistret.

Psykiatrisk öppen vård

Besöken inom den öppna specialiserade psykiatrin ökar (diagram 3:10). Denna ökning märks främst för besök till andra personalkategorier än läkare, men även besöken till läkare blir fler [6].

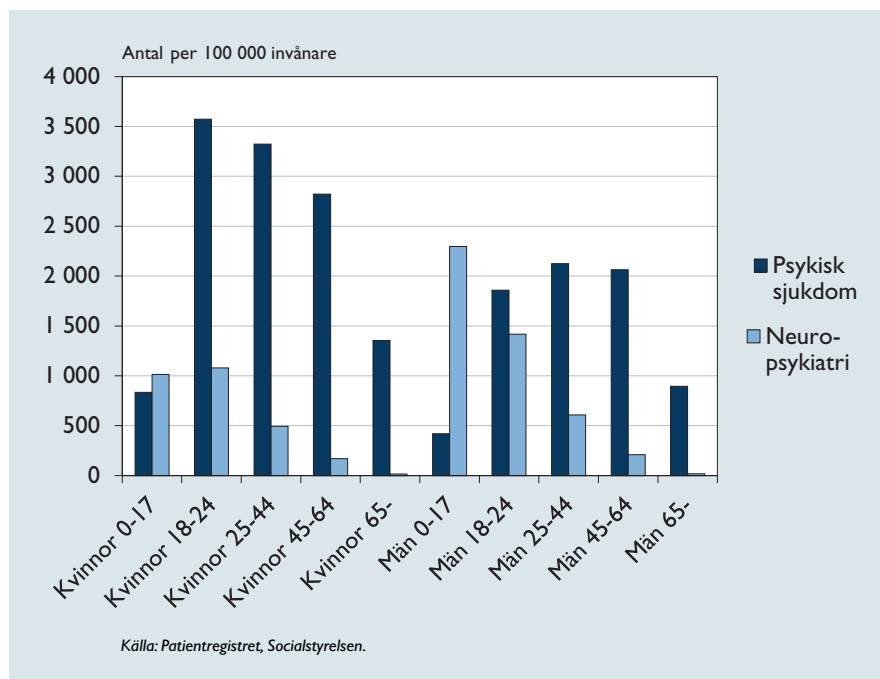
Diagram 3:10. Öppen specialiserad psykiatri. Antalet besök hos läkare eller annan personalkategori per 1000 invånare, 2007–2011.



De vanligaste psykiatriska tillstånden som behandlas i den öppna vården är depression och ångest, och den största gruppen som behandlas är kvinnor i åldrarna 25–44 år (diagram 3:11).

Det är också vanligt med behandling för neuropsykiatriska tillstånd, och här är den största gruppen som behandlas pojkar upp till 17 år. Men antalet för dessa tillstånd har ökat i alla åldrar upp till 65 år.

Diagram 3:11. Antalet patienter per 100 000 invånare i öppen vård, år 2011. Psykisk sjukdom (diagnoserna F20–F69) och neuropsykiatriska tillstånd (diagnoserna F80–F99).



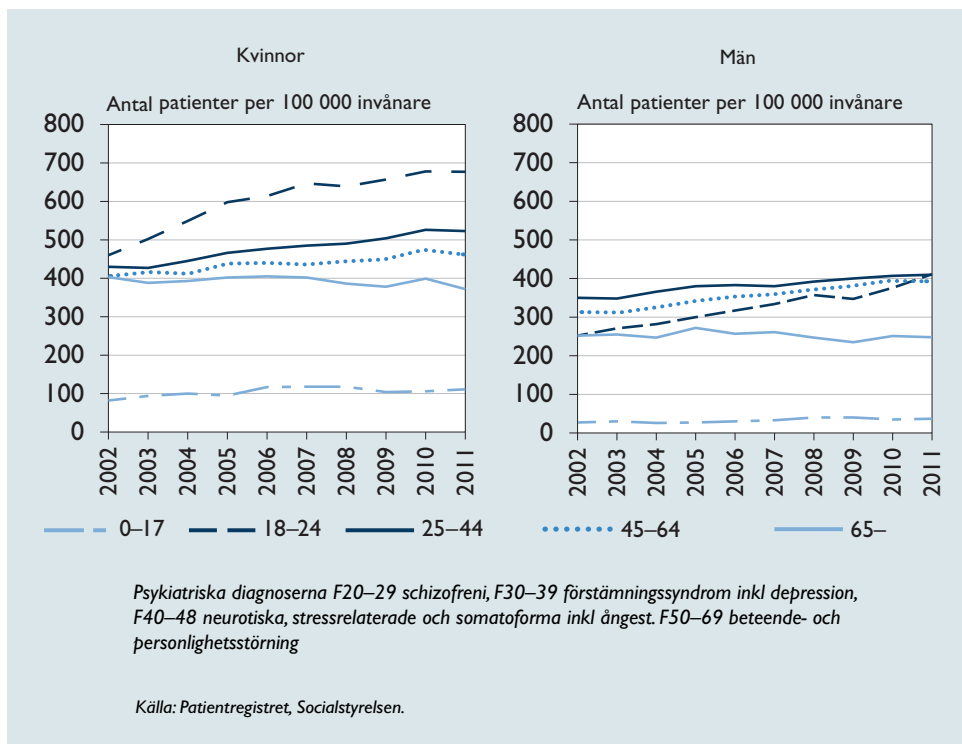
Ett av de neuropsykiatriska tillstånden är adhd², som allt oftare behandlas med läkemedel. Antalet personer som behandlas med adhd-läkemedel har också ökat kraftigt [35]. Förskrivningen av läkemedel uppvisar ett liknande mönster som besöken i den öppna vården. Flest användare av dessa läkemedel finns i åldrarna 10–17 år, och är främst pojkar, men förskrivningen ökar även till vuxna.

Psykiatrisk slutenvård

Antalet patienter som vårdas för olika psykiatriska tillstånd i slutenvård har ökat under de senaste åren. Vård vid psykiska sjukdomar (till exempel depression, ångest, psykoser och personlighetsstörningar) ökar (diagram 3:12). De tillstånd som ökar mest är depression och ångest och i viss utsträckning även personlighetsstörningar. Psykossjukdomarna ligger relativt konstant över tid. Ökningen har skett framför allt bland unga kvinnor i åldrarna 18–24 år, men även bland unga män ses en ökning.

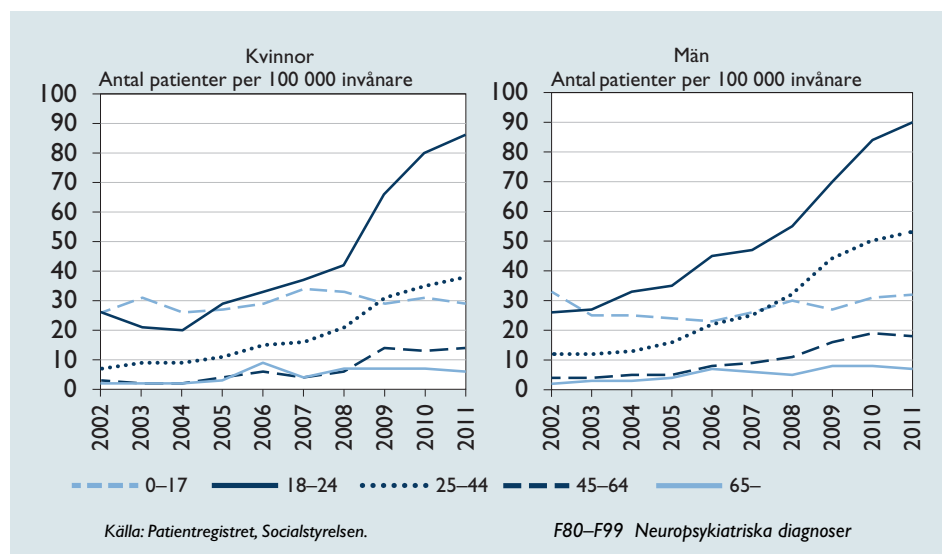
² Adhd = attention deficit/hyperactivity disorder, uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet.

Diagram 3:12. Slutenvård för psykisk sjukdom. Antalet patienter per 100 000 invånare, diagnoserna F20–F69, 2002–2011.



Även slutenvård för olika neuropsykiatriska tillstånd (främst adhd och autismspektrumstörningar) har ökat (diagram 3:13). Ökningen är kraftig i åldersgruppen 18–24 år, både för män och för kvinnor. Även för åldersgruppen 25–44 år har det skett en stor ökning.

Diagram 3:13. Slutenvård för neuropsykiatriska tillstånd. Antalet patienter per 100 000 invånare, diagnoserna F80–F99, 2002–2011.



Antalet personer som vårdats för självdestruktiva handlingar (främst självmordsförsök) har ökat under hela 00-talet fram till 2008 [36]. Fler kvinnor än män vårdas för självdestruktiva handlingar och den största gruppen är kvinnor 15–24 år. Från 2008 har dock denna trend brutits och antalet vårdade har minskat något bland kvinnor i åldrarna upp till 44 år. Bland männen ses ingen minskning, utan trenden har varit ökande i åldersgrupperna 15–64 år.

Tvångsvård – tvångsåtgärder kan minskas

Psykiatrisk vård bedrivs även med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård, (1991:1128) LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård, (1991:1129) LRV. Ungefär 20 procent av alla patienter i psykiatrisk slutenvård vårdas med tvång, men dessa står ändå för nästan hälften av alla vård dagar [37]. De flesta av de tvångsvårdade patienterna vårdas enligt LPT.

Sedan 2009 ska all tvångsvård och alla tvångsåtgärder rapporteras till patientregistret på Socialstyrelsen. Inrapporteringen av antalet patienter och av vårdtid bedömer Socialstyrelsen nu vara heltäckande. Under de första åtta månaderna under 2012 rapporterades 16 203 vårdtillfällen in, vilket motsvarade 7 494 patienter [38]. Av de patienter som var intagna den 31 augusti vårdades cirka 62 procent enligt LPT och 38 procent enligt LRV. Vårdtidens längd för dessa patienter var i genomsnitt cirka fyra veckor för LPT-patienter, medan den var cirka fyra år för LRV-patienterna (tabell 3:2).

Sedan 2009 ska all tvångsvård och alla tvångsåtgärder rapporteras till patientregistret på Socialstyrelsen. Inrapporteringen av antalet patienter och av vårdtid bedömer Socialstyrelsen nu vara heltäckande. Under de första åtta månaderna under 2012 rapporterades 16 203 vårdtillfällen in, vilket motsvarade 7 494 patienter [38]. Av de patienter som var inskrivna den 31 augusti vårdades cirka 62 procent enligt LPT och 38 procent enligt LRV. Vårdtidens längd för dessa patienter var i genomsnitt cirka fyra veckor för LPT-patienter, medan den var cirka fyra år för LRV-patienterna (tabell 3:2).

Tabell 3:2. Vårdtiden för patienter som bereds vård enligt LPT eller LRV. Avser patienter intagna den 31 augusti 2012.

Vårdtider	LPT-vård	LRV-vård
	Antal	Antal
–1 mån	1 300	29
1–3 mån	20	55
3–6 mån	7	134
6–12 mån	2	167
12 mån–	2	211

Vid LRV-vård med särskild utskrivningsprövning är det alltid förvaltningsrätten som fattar beslut om vård eller om att vården ska upphöra
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har tillgång till uppgifter om diagnos för allt fler patienter. För de patienter som skrivits ut under de första åtta månaderna under 2012 fanns uppgifter om diagnos för 96 procent [38]. Däremot rapporteras vårdåtgärder fortfarande inte i tillräcklig utsträckning, även om också denna rapportering ökar. För 78 procent av patienterna hade minst en vårdåtgärd rap-

porterats. De vanligaste rapporterade vårdåtgärderna var strukturerad suicidbedömning, upprättande av vårdplan och klinisk undersökning av psykiskt tillstånd. En vårdplan ska alltid upprättas för varje patient som varit intagna i tvångsvård.

Det finns olika tvångsåtgärder inom tvångsvården. De tvångsvårdade patienterna kan till exempel spännas fast, skiljas från andra patienter eller tvångsmedicineras. I registreringen av tvångsåtgärder dominerar kvinnor under 35 års ålder när det gäller tvångsåtgärden fastspänning [39]. Var tredje fastspänning som rapporteras in gäller en kvinna under 35 år och med en diagnos inom området personlighetsstörningar.

SKL driver ett projekt som syftar till att förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Ett av målen är att minska behovet och användningen av tvångsåtgärderna. Många förbättringsprojekt har bedrivits, där man också lyckats minska antalet tvångsåtgärder [40]. Projektet kommer att slutrapporteras i slutet av 2013 och utvärderas av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen.

På Östra sjukhuset i Göteborg har de visat att en väl utformad arkitektur kan bidra till att förbättra den psykiatriska vården. Psykiatribyggnaden där har renoverats så att varje patient har fått ett eget rum, avdelningarna och rummen har ljudisolerats och alla patienter har tillgång till dagsljus och levande trädgårdar. Enligt uppgifter från en forskningsstudie har förändringen resulterat i att fastspänningar minskat med 21 procent och tvångsmedicineringar har gått ner med så mycket som 44 procent sedan invigningen 2007 [41].

Enligt en kartläggning av tvångsvårdens innehåll som genomfördes 2008 fick endast var tredje patient rekommenderad behandling [42]. Det saknas dock uppgifter om hur vården för denna patientgrupp har utvecklats sedan dess, eftersom vårdåtgärder inte rapporteras in i tillräcklig utsträckning.

Internationell jämförelse

I det här avsnittet tittar vi på några övergripande internationella jämförelser från OECD-rapporten *Health at a Glance Europe 2012* [43].

I Europa sjönk 2010 för första gången sedan 1975 utgifterna för hälso- och sjukvården. Det visar uppgifter från OECD om de årliga utgifterna för hälso- och sjukvård per capita. Mellan åren 2000 och 2009 ökade utgifterna med 4,6 procent årligen men mellan 2009 och 2010 sjönk de däremot med 0,6 procent. För Sveriges del har utgifterna fortsatt att öka men inte lika snabbt som tidigare. De ökade i Sverige med cirka 3 procent årligen fram till 2009 och med cirka 1 procent mellan 2009 och 2010. OECD konstaterar att eftersom de flesta länder minskat sina utgifter för hälso- och sjukvård eller inte ökat dem lika mycket som tidigare, kan detta få konsekvenser på sjukvårdens resultat på sikt.

I Europa går endast 3 procent av sjukvårdsbudgeten till att förebygga sjukdomar. Många länder har, under det ekonomiska pressade läget de senaste åren, skurit ner på folkhälsoinsatser och förebyggande insatser. Men OECD konstaterar att det kan vara mycket mer kostnadseffektivt att satsa resurser på att förebygga sjukdom än att satsa resurser på behandlande insatser.

Hälso- och sjukvårdens andel av bnp 2010 var i Europa 9 procent och i Sverige 9,6 procent. Dessa andelar har ökat under hela 00-talet fram till 2009. Däremot hade andelen minskat 2010 jämfört med 2009 både för EU:s genomsnitt och för Sverige.

Hälsan och vårdens kvalitet har generellt förbättrats i de flesta europeiska länder, även om det är fortsatta skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Det finns också ojämlikheter i tillgång till vård. Till exempel går högutbildade i flera länder i högre utsträckning till specialistläkare än lågutbildade. Flera riskfaktorer såsom tobaksrökning och alkoholkonsumtion har minskat i många länder. Dock blir allt fler överviktiga och så mycket som hälften av den vuxna befolkningen är överviktig. Det finns ett samband mellan hälsa och bnp per capita där rikare länder har en längre medellivslängd. Sambandet är dock svagare för de allra rikaste länderna vilket kan tyda på att effekten avtar.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

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

I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen patienternas tillgång till en fast vårdkontakt, patientnämndernas ärenden och resultat från patientenkäter.

Få patienter har fått tillgång till en fast vårdkontakt

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, gjordes ett tillägg den 1 juli 2010 om verksamhetschefens skyldighet att vid behov utse en fast vårdkontakt för patienten, om förnyad medicinsk bedömning och om utökad information. Fast vårdkontakt innebär att patienter som behöver insatser från flera delar av sjukvården får rätt till en person som kan samordna vården och även sköta kontakterna med socialtjänsten och Försäkringskassan. Särskilt för äldre och multisjuka kan det vara viktigt med en sådan fast kontakt.

Socialstyrelsen har följt upp av hur lagändringen i HSL har tillämpats [44]. Uppföljningen visar att ändringen inte är särskilt väl känd, vare sig i hälso- och sjukvårdsverksamheterna, bland vårdpersonal eller hos patienterna. Många verksamheter har inte heller rutiner för hur de nya bestämmelserna ska fungera i praktiken. Representanter för intresseorganisationerna, läkare och sjuksköterskor som deltog i uppföljningen är dock generellt mycket positiva till lagändringen.

Uppföljningen visar vidare att majoriteten av vårdcentralerna och cirka hälften av sjukhusklinikerna inte har haft några patienter som tilldelats en fast vårdkontakt. I den kommunala hemsjukvården har bara cirka en tredjedel av verksamheterna haft en eller flera sådana patienter.

I uppföljningen ingick även en utvärdering av landstingens webbplatser. På i stort sett alla webbplatser fanns information om vårdgarantin och om

möjligheten att välja vårdgivare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Information om fast vårdkontakt fanns däremot bara på ett landstings webbplats och på en minoritet av landstingens informations-webbplatser 1177. Information om förnyad medicinsk bedömning var lätt att hitta på 1177 men något svårare att hitta på landstingens egna webbplatser.

De flesta patientnämnder har haft ärenden med koppling till lagändringen. Ärenden som gäller förnyad medicinsk bedömning är vanligast.

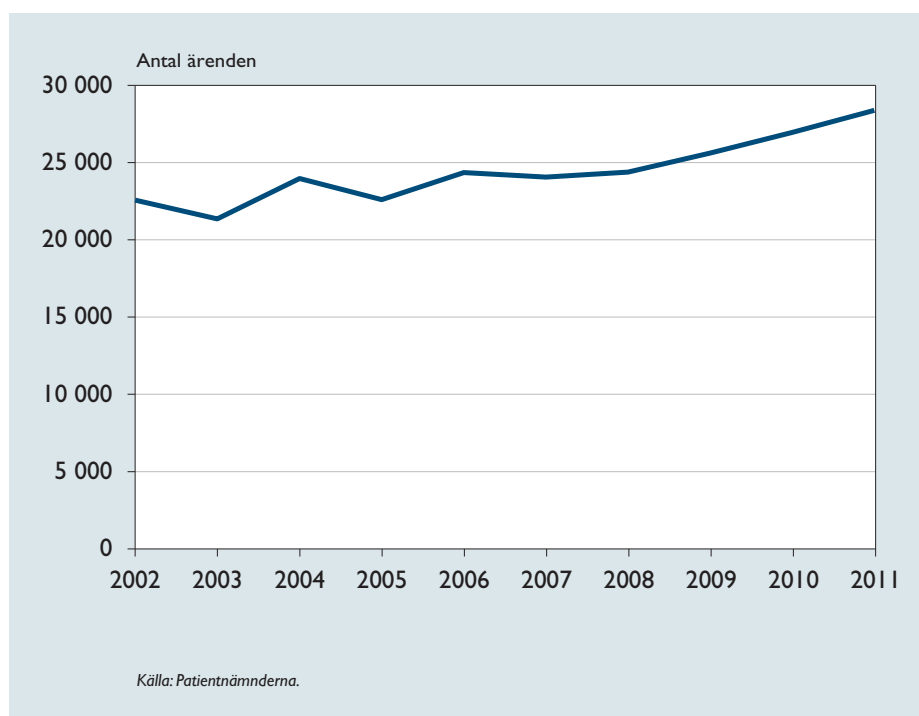
Socialstyrelsen bedömer att det finns ett stort behov av informations- och utbildningsinsatser om lagändringarna från vårdgivarna. Det gäller samtliga av de aktuella ändringarna i HSL, men framför allt patientens rätt till en fast vårdkontakt. Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* kan fungera som underlag för både vårdgivare och verksamhetschefer i ett arbete med sådana insatser, och handboken *Min guide till säker vård* kan delas ut till patienterna.

Patientnämndernas ärenden ökar

Patientnämnder ska enligt lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas i varje landsting och kommun och de har som uppgift att ta emot och hantera klagomål från patienter och anhöriga. De ska stödja den enskilde patienten och bidra till en ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Patientnämnderna utgör alltså en fristående och opartisk instans som patienter och anhöriga kan vända sig till när det har uppstått problem i kontakterna med hälso- och sjukvården.

Under 2011 tog patientnämnderna i landet emot drygt 28 000 ärenden (diagram 3:14) [45]. Från 2002 kan vi konstatera att antalet ärenden som anmäls till patientnämnderna ökar. Ökningen kan bland annat bero på att patienterna har fått allt större kännedom om vart de kan vända sig, eftersom patientnämnderna har arbetat med att utöka sin information till patienter och allmänhet.

Diagram 3:14. Antal ärenden från patienter till landstingens patientnämnder, 2002–2011.



Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och patientnämnderna utbyter kunskaper om den lokala situationen. Det pågår också ett nationellt arbete för att utveckla den rapportering som patientnämnderna årligen ska lämna till Socialstyrelsen (4 § andra stycket ovan nämnda lag). Enligt 7 kap. 6 § i den nya patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska Socialstyrelsen systematiskt tillvarata information från patientnämnderna. När vi sammanställer patientnämndernas uppfattning om de problem som ärendena berör har vi kunnat identifiera ett antal områden [45]. Här ger vi några exempel:

Brister i bemötande och information

Förekomsten av stafettläkare anges ofta som orsaken till de ärenden som handlar om bristande bemötande och kontinuitet. Patienter klagar på att läkarna inte har läst igenom deras journal och att de får berätta sin sjukdomshistoria om och om igen när de träffar en ny läkare.

Anmälningar vittnar om att vården inte har tagit patienten på allvar och att diagnoser har blivit fördröjda. Patienter upplever att vården brister i att informera om sjukdomen och dess prognos, behandling och samordning av insatser. Patienter skrivs även ut från slutenvården med bristfällig information om medicinering, återbesök, provsvar och kontaktvägar med mera.

Svårigheter med att få besked

Flera patientnämnder påpekar brister i vårdverksamheternas administrativa rutiner och att detta påverkar återkopplingen till patienterna. Ärenden ökar där anmälaren uppger en orimlig väntetid för att få besked efter en undersökning, även vid utredningar om cancer. Det händer även att vårdgivaren

missar att meddela patienter om en svår sjukdom och att behandlingen därför blir fördröjd. Dessutom förekommer felaktiga diagnoser till exempel av cancer, borrelia och hiv. När patienter inte får besked om sina prov- och undersökningsresultat, blir de oroliga och får själva ringa och efterlysa svaren. Detta ökar belastningen under telefontiderna och ger ännu större problem med telefonframkomligheten. Patienter klagar också på att de inte blir kontaktade av en läkare trots upprepade löften om att så ska ske.

Bristande samordning och helhetsansvar

Flera ärenden kommer från patienter som har en allvarlig sjukdom eller skada, är multisjuka eller har en livslång funktionsnedsättning. Dessa patienter upplever att vården bara skrapar på ytan och att ingen vill ta ett helhetsansvar för deras ibland komplexa problembild. I stället brister samordningen mellan olika insatser och vårdnivåer, och det finns oklarheter i var samordningsansvaret ligger när det gäller svårdiagnostiserade sjukdomstillstånd och multisjuka patienter. Patienterna upplever att de själva måste ta alla kontakter och hålla ihop och ta ansvar för sin vård när det inte finns någon annan som tar ett helhetsansvar.

Platsbrist och avvisade remisser

En del ärenden gäller patienter som på grund av platsbrist har flyttats runt och vårdats på flera avdelningar vid samma vårdtillfälle. Detta har medfört fördröjd behandling, sämre omvårdnad och i vissa fall förvirringstillstånd hos patienten.

Patienternas synpunkter på avvisade remisser har ökat och utgör en stor andel av ärendena. Patienter remitteras mellan primärvård och sjukhusvård för att få en bedömning av vem som ska skriva eventuella remisser och därigenom stå för kostnaden, exempelvis för en undersökning med magnetröntgen.

Många problem inom psykiatrin

Ett ökat antal ärenden berör psykiatrin och de psykiatriska verksamheterna. Dessa ärenden handlar bland annat om att patienter som söker till psykiatrin ibland hänvisas till både vuxenpsykiatrin och till vårdcentralens psykosociala resurs. Patienter beskriver då att de upplever att de hamnar mellan stolarna. Patienter uttrycker också att det saknas kontinuitet, att tillgängligheten till vård är dålig och att förekomsten av stafettläkare i psykiatrin och primärvården leder till brister i vården. Det händer till exempel att patienter inom psykiatrisk öppenvård remitteras till primärvården när specialistvården inte anser att patienten är i behov av psykiatrisk vård. Men patienten remitteras sedan tillbaka till den psykiatriska öppenvården, när primärvården säger sig sakna tillräcklig psykologisk eller psykiatrisk kompetens på området. Specialistvården i sin tur återremitterar patienten än en gång till primärvården. Patienter upplever att detta bollande fram och tillbaka visar att ingen tar ansvar för behandlingen.

En särskilt utsatt grupp är patienter med neuropsykiatriska diagnoser. De upplever ofta att väntetiderna till utredningar, behandlingar och intyg är långa. Ärenden inom barnpsykiatri visar också detta.

Patientnämndernas ärenden visar även att patienter med tidigare eller aktuell psykiatrisk diagnos ofta får försenad och sämre somatisk vård och att deras problem avfärdas som ångest, utan tillräcklig undersökning.

Patienterna bedömer vården

Socialstyrelsen har i *Nationella indikatorer för God vård* tagit fram sju indikatorer för patientfokuserad vård [46].

1. Patienten blir respektfullt bemött som individ.
2. Patientens egna kunskaper och erfarenheter tas till vara.
3. Patienten erbjuds individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, sin diagnos och metoderna för undersökning, vård och behandling.
4. Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa.
5. Patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna.
6. Behandlingsmål sätts i samråd med patienten.
7. Patienten får delta i planeringen och genomförandet av sin vård.

Sedan 2009 har en nationell patientenkät genomförts av SKL [33]. Enkäten innehåller frågor om hur patienter upplever sin senaste kontakt med vården. Här belyser vi tre av indikatorerna för patientfokuserad vård (indikator 1, 4 och 7) med hjälp av dessa enkäter. De områden som belyses är alltså bemötande, information och delaktighet. Dessutom redovisar vi några frågor från befolkningsundersökningen Vårdbarometern som också genomförs av SKL[13,14]. I tabell 3:3 nedan presenterar vi antalet utskick samt svarsfrekvenserna för de båda undersökningarna.

Tabell 3:3. Vårdbarometern och Nationell patientenkät, antal utskick samt svarsfrekvenser i procent.

Undersökning	År	Antal utskickade*	Svarsfrekvens
Vårdbarometern*	2010	45 850	53
	2011	84 500	53
	2012	68 643	66
Nationell patientenkät:			
Primärvård**	2009	163 700	60
Primärvård	2011	247 700	54
Akutmottagning	2010	30 000	54
Akutmottagning	2011	27 700	48
Specialiserad somatisk öppenvård	2010	148 000	61
Specialiserad somatisk öppenvård	2012	176 700	59
Specialiserad somatisk slutenvård	2010	56 000	66
Specialiserad somatisk slutenvård	2012	77 200	63
Psykiatrisk öppenvård	2010	40 450	43
Psykiatrisk öppenvård	2012	68 900	37
Psykiatrisk slutenvård	2010	6 600	35
Psykiatrisk slutenvård	2012	9 600	32

*Eller antal uppringda, Vårdbarometern görs med hjälp av telefonintervjuer.

**En primärvårdsmätning gjordes också 2010 men flera landsting deltog inte. Resultaten är inte fullt jämförbara och redovisas därför inte här.

Resultaten i diagrammen 3.15–3.17 redovisar andelen patienter som svarade ”ja, helt och hållet” på de olika frågorna, av dem som besvarade frågan. Övriga svarade ”delvis” eller ”nej”. Svarsfrekvensen är låg för vissa av enkätundersökningarna och resultaten bör därför tolkas försiktigt. Det gäller särskilt den psykiatriska öppenvården, den psykiatriska slutenvården och akutmottagningen. Sedan förra mättillfället har svarsfrekvenserna sjunkit för de nationella patientenkäterna.

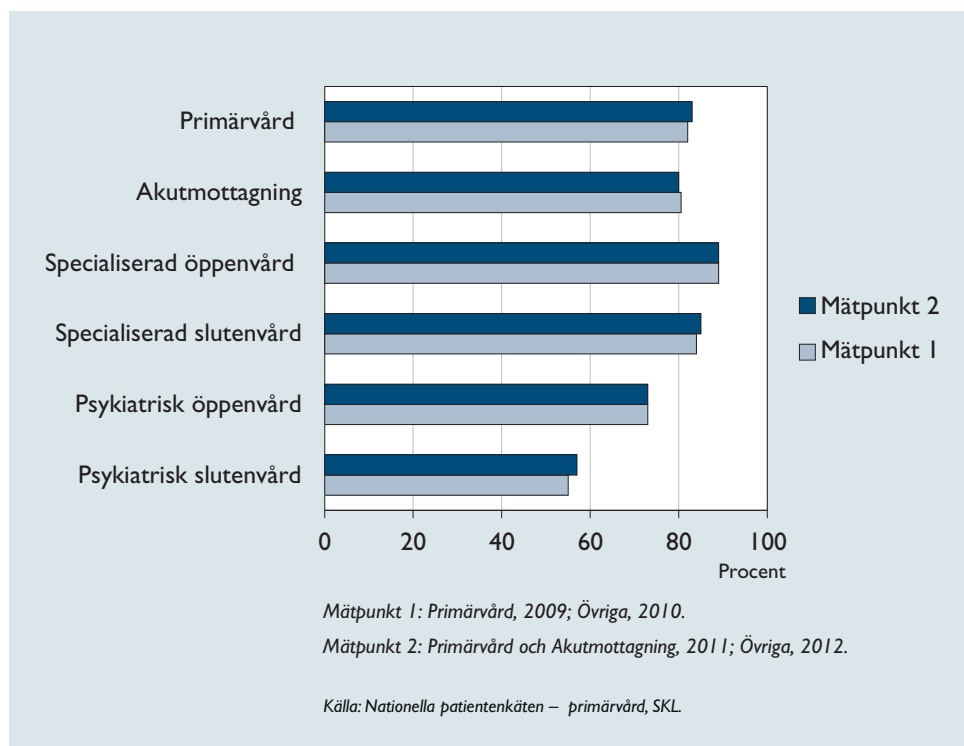
Den specialiserade öppenvården får genomgående bäst omdömen på de frågor vi redovisar här. Den psykiatriska slutenvården får sämst omdömen och den psykiatriska öppenvården får näst sämst omdömen. Patienterna ger också genomgående bättre omdömen för bemötande än för tillräcklig information och delaktighet. Dessa resultat är i stort sett oförändrade jämfört med tidigare mätningar.

Bemötande

Enligt HSL innebär en god hälso- och sjukvård bland annat att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om den vård och behandling som kan erbjudas.

Enligt resultaten i patientenkäterna ger patienterna goda omdömen för bemötandet inom de flesta områden av hälso- och sjukvården (diagram 3:15). Bäst omdöme får den specialiserade öppenvården där 89 procent anser att de har fått ett bra bemötande. Sämst omdömen får den psykiatriska slutenvården.

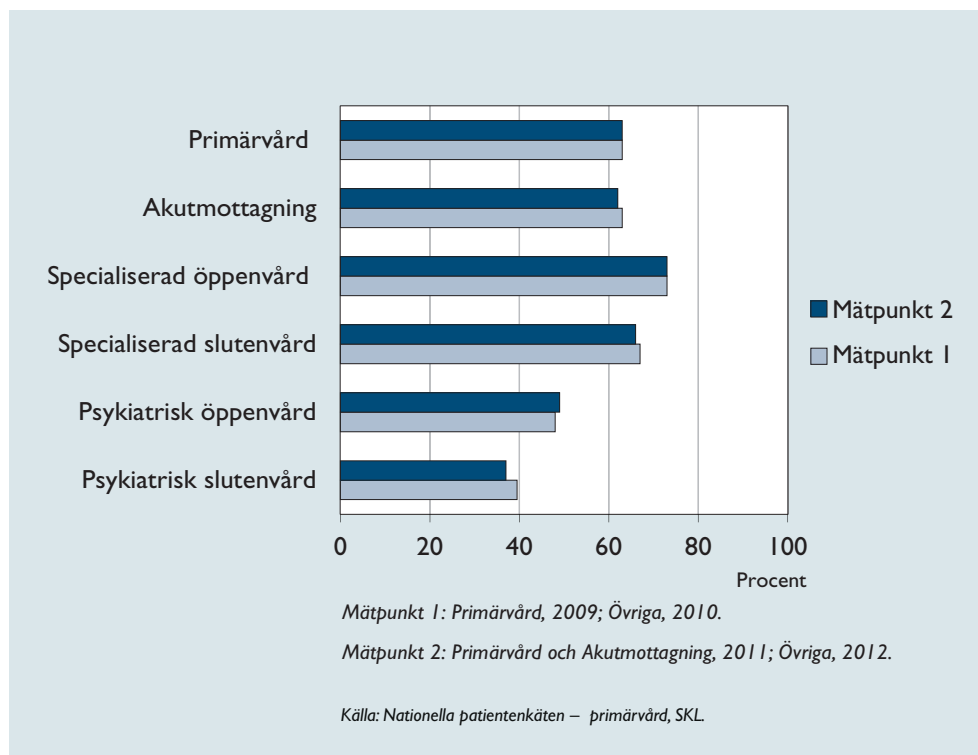
Diagram 3:15. Bemötande. Andelen patienter i procent som svarat ”ja, helt och hållet” på frågan ”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?” inom olika vårdområden.



Tillräcklig information

När det gäller *information* används indikatorn *att patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa*. Den kan mätas med frågan ”Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?”. Mätningarna visar att mellan 62 och 73 procent av patienterna anser att de fått tillräcklig information, inom alla vårdområden utom den psykiatriska öppenvården och den psykiatriska slutenvården. Även här visar den specialiserade öppenvården bäst resultat.

Diagram 3:16 Tillräcklig information. Andelen patienter i procent som svarat "ja, helt och hållet" på frågan "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" inom olika vårdområden.

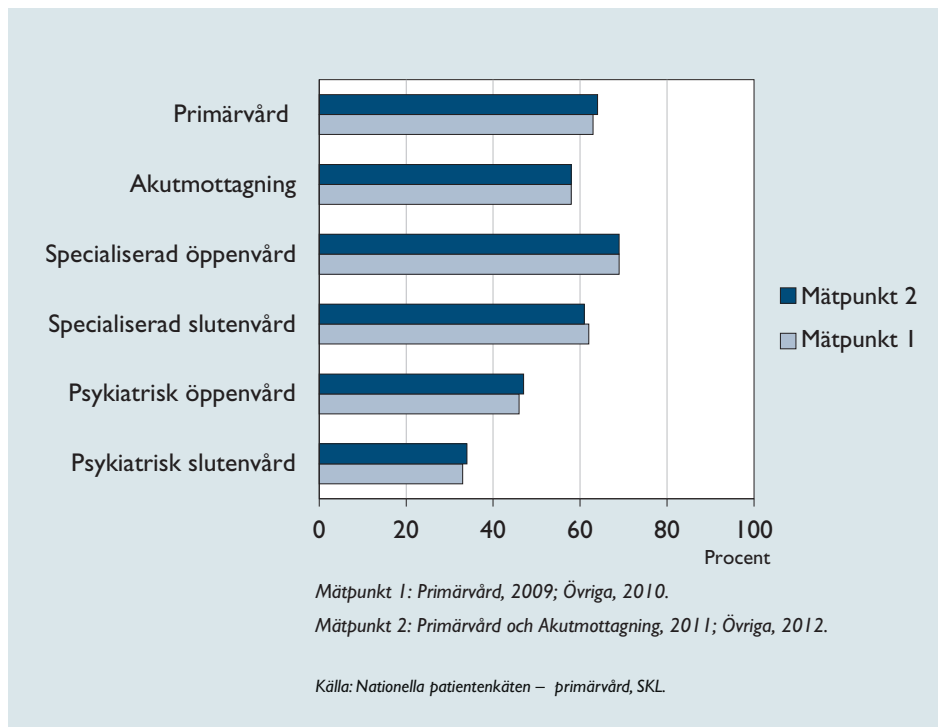


Delaktighet

En indikator för patientens delaktighet är att patienten får delta i planering och genomförandet av vård och behandling. Den kan mätas med frågan "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" där svaren ger en viss uppfattning om graden av delaktighet.

Bäst värden uppvisar den specialiserade öppenvården, där 69 procent av patienterna upplever att de är delaktiga.

Diagram 3:17. Delaktighet. Andelen patienter i procent som svarat "ja, helt och hållet" på frågan "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" i olika vårdformer.



Befolkningen har större förtroende för sjukhus än för vårdcentraler

Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård har uppvisat en uppåtgående trend sedan 2005 men har från 2010 legat stabilt. Andelen i befolkningen som 2010 uppgav att de hade förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting var 65 procent. År 2011 var denna andel 66 procent och 2012 var andelen 65 procent.

Förtroendet för sjukhusen är större än det är för vårdcentraler och ligger i genomsnitt för landet 7 procentenheter högre än för vårdcentralerna (73 respektive 66 procent år 2012).

Både 2011 och 2012 uppgav 80 procent av befolkningen att de är nöjda med tillgången på den sjukvård som de behöver. Dock är detta en minskning med två procentenheter jämfört med 2010.

Resultaten kommer från befolkningsundersökningen Vårdbarometern³ som genomförs årligen och återspeglar den vuxna befolkningens kunskaper om, förväntningar på och attityder till svensk hälso- och sjukvård. Eftersom Vårdbarometern förändrats i sin utformning från och med 2010 så har vi begränsade möjligheter att jämföra med resultat bakåt i tiden. Vi kan dock göra vissa jämförelser mellan kärnfrågor som just förtroende och tillgång till vård. År 2012 intervjuades totalt 41 410 personer, med ett minimum på

³ 2012 års uppgifter är preliminära.

1 000 intervjuer per landsting. Hälften av intervjuerna genomfördes på våren och andra hälften på hösten. Svarsfrekvensen var 66 procent.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgänglighet och väl fungerande vårdkedjor är viktiga kvalitetsparametrar ur såväl patienternas som verksamheternas perspektiv. Fragmenterad vård, oklara ansvarsförhållanden och långa väntetider har länge varit föremål för klagomål inom hälso- och sjukvården. I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen uppföljningar av väntetiderna i primärvården, specialistvården och cancervården, samt inom barn- och ungdomspsykiatri [47–50].

Kömiljarden fortsätter

Under en lång följd av år har såväl nationella som lokala initiativ tagits för att åtgärda problemen med långa väntetider. Vårdgarantier har till exempel funnits i olika former i tjugo år. År 2010 blev vårdgarantier för besök och behandling lagstadgade, och mellan åren 2009 och 2011 överfördes också stimulansmedel i form av en kömiljard från staten till de landsting som uppfyllt vissa nationellt fastställda mål för väntetiderna inom den specialiserade vården. Hösten 2011 beslutade regeringen om en ny kömiljardsatsning för åren 2011–2014.

Under åren 2007–2011 träffade regeringen och SKL även särskilda överenskommelser om tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (bup) och totalt har 214 miljoner kronor avsatts varje år för detta ändamål. Sedan 2009 är även bidraget till bup prestationsbaserat.

Internationella jämförelser av väntetider är svårtolkade

I internationella jämförelser av kvaliteten i olika hälso- och sjukvårdssystem tillhör Sverige i de flesta avseenden de ledande länderna, utom när det gäller väntetiderna [51]. Det har gjorts att väntetiderna har kommit att kallas sjukvårdens akilleshäla. Det är dock svårt att jämföra väntetider mellan länder, vilket bland annat framkom i en studie från SKL där ett antal OECD-länder jämfördes [52]. Studien visade bland annat att det skiljer sig mellan olika länder var i vårdprocessen man börjar mäta väntetiderna, hur patientens väg genom vården ser ut och vilken typ av patienter och vårdenheter de presenterade väntetiderna gäller. Därför gick det inte att belägga att Sverige skulle ha väsentligt längre väntetider än andra länder. Snarare talar uppgifterna för att Sverige inte skiljer sig nämnvärt från många andra länder när det gäller väntetider.

Väntetider, vårdgarantin och kömiljarden

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört årliga uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden, och lämnade en slutrapport för perioden 2009–2011 våren 2012 [47]. Nedan ges en kortfattad redogörelse för de huvudsakliga slutsatserna i rapporten. Väntetider på akutmottagning redovisas i kapitlet *Vård och omsorg om äldre*.

Nio av tio kommer fram när de ringer och får en läkartid inom sju dagar

SKL sammanställer sedan början av 2000-talet uppgifter från landstingen om telefontillgänglighet och väntetid till besök hos läkare i primärvården. I den nationella vårdgarantin, förordning (2010:349) om vårdgaranti, anges att den som söker primärvården ska få kontakt samma dag (t.ex. via telefon) och om det finns ett behov av att träffa en läkare ska det ske inom sju dagar.

Uppföljningarna visar att den genomsnittliga telefontillgängligheten för landet som helhet har varit närmare 90 procent under de senaste åren. En uppdelning på landsting visar att telefontillgängligheten för 2012 varierar mellan 76 och 100 procent [53].

I mätningen hösten 2012 var det 93 procent av alla patienter som fått en tid inom sju dagar. Denna andel har varit stabil under 2011–2012, och visar på en liten förbättring jämfört med åren 2008–2010 då cirka 90–92 procent fick en läkartid inom sju dagar. Variationerna mellan landstingen är fortfarande relativt omfattande. I Dalarna, som hade lägst andel fick drygt 80 procent av patienterna en tid inom sju dagar, medan motsvarande andel var cirka 98 procent i Västernorrland.

Socialstyrelsens uppföljning visar också att patienterna är mer nöjda i landsting som har en mer tillgänglig vård [47]. I landsting där det var lätt att komma fram på telefon var det således en större andel av patienterna som var nöjda. Det framgår av det starka samband som fanns mellan svaren i den nationella patientenkäten och landstingens uppgifter om telefontillgängligheten. Motsvarande samband för väntetiden till ett besök i primärvården var emellertid betydligt svagare.

Enligt den nationella patientenkäten hösten 2011 ansåg 64 procent att väntetiden till besök i primärvården var acceptabel. Denna andel har varit ungefär lika stor även i de tidigare patientenkäterna från 2009 och 2010.

Väntelistorna till besök och behandling i specialistvården

Antalet patienter som har fått en remiss och väntar på att få träffa en specialist har minskat de senaste åren, från 243 000 i december 2009 till 218 000 i december 2010. Den största nedgången skedde under 2009 och 2010 medan antalet var i stort sett oförändrat under 2011. I december 2012 var det något fler patienter som väntade på att få träffa en specialist, cirka 219 000 patienter [53]. Den andel patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar var i december 2011 cirka 10 procent. Lika stor andel var det i december 2012.

Köerna till behandling i den specialiserade vården, det vill säga mängden patienter för vilka beslut om behandling tagits men behandlingen inte påbörjats, följs i den nationella väntetidsdatabasen. De senaste åren har dessa mätningar gällt ett urval av 42 operationer eller åtgärder. För dessa har antalet väntande minskat. I december 2011 väntade 63 000 patienter på behandling, vilket är en nedgång med 20 procent sedan december 2009. Även här skedde huvuddelen av nedgången under de första åren. Andelen som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar i december 2011 var 12 procent.

Från och med 2011 finns det även uppgifter i väntetidsdatabasen om det totala antalet patienter som väntar på behandling i den specialiserade vår-

den. I december 2011 var det drygt 101 000 väntande patienter. I december 2012 hade antalet minskat till drygt 95 000, och av dem var det 12 procent som väntat längre än 90 dagar.

Skillnaderna mellan väntetiderna till behandling inom olika specialiteter är stora. Tre specialiteter avvek från de övriga genom att de hade en betydligt större andel patienter som väntat längre än 90 dagar. Dessa specialiteter var neuro-, rygg- och plastikkirurgi där mer än en tredjedel av patienterna på väntelistorna i december 2011 väntat över 90 dagar. Detta kan jämföras med väntelistorna till gynekologi där endast fem procent väntat mer än 90 dagar.

Våren 2012 gjordes den andra nationella patientenkäten om den specialiserade sjukvården [33]. Undersökningen för den öppna specialiserade sjukhusvården visar att 48 procent fick en tid till besök så snart de önskade, medan 40 procent inte hade några särskilda önskemål. Det var 12 procent som ansåg att de inte fick en tid så snart som de skulle vilja. Dessa andelar var ungefär lika i 2010 års enkät.

För den slutna specialiserade vården ansåg 66 procent att väntetiden till behandling var acceptabel. Det var 8 procent som inte hade fått vänta, och 26 procent ansåg att väntetiden var för lång. Jämfört med 2010 års enkät har patienternas uppfattning om väntetiderna till behandling blivit mer positiv.

Ökade variationer i ersättning från kömiljarden

Kraven på landstingen för att få del av kömiljarden ökade under 2009–2011. Även sättet att följa upp prestationerna på förändrades över dessa år. Samtliga landsting har fått del av medlen, men spridningen i ersättnings storlek har successivt ökat. Under 2011 varierade ersättningen mellan 11 och 590 kronor per invånare och den stora skillnaden i ersättning visar att väntetiderna är mycket olika i landstingen.

En positiv effekt av vårdgarantin är enligt enkäter och intervjuer med personalen att patienternas inflytande över hur och när vården ges har ökat. Andra positiva effekter som nämnts är att garantin har bidragit till att öka motivationen att effektivisera arbetet liksom till ett ökat samarbete i vårdkedjorna. Socialstyrelsens uppföljning visar dock att kunskapen om vårdgarantin och de regler som gäller för den i allmänhet är svag hos såväl befolkning som personal.

Attityden till kömiljarden är dock inte lika positiv. Förhållanden som nämnts är att ersättningen går till dem som redan har en bra väntetidssituation och att ersättningen har inneburit att man inte redovisar en helt sanningssenlig bild för att inte missa ersättning. Det har även påpekats att vårdgarantin och kömiljardens inriktning på nybesök ändrar prioriteringarna och medverkar till att andra patienters vårdbehov inte kan tillgodoses på ett bra sätt.

Undanträngning – svårt att kvantifiera

Ända sedan tillkomsten av den första vårdgarantin har man diskuterat frågan om undanträngning av de vårdbehov som inte ingår i garantin. I enkäter och intervjuer har många uppgett om att det förekommer, men det har varit svårt att få mer konkreta exempel på undanträngning. I uppföljningen har Socialstyrelsen valt att fokusera frågan om undanträngning till väntetider för åter-

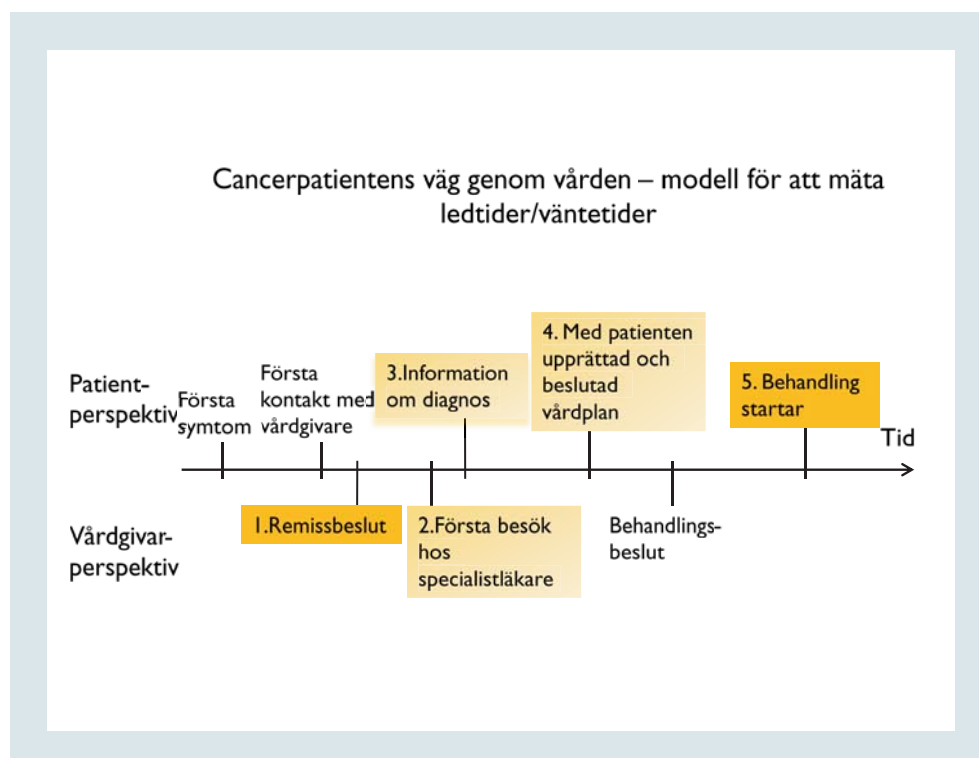
besök, och med hjälp av uppgifter från några landsting kunnat visa ett samband mellan förlängda återbesökstider och tidpunkter för mätning av hur landstinget har uppfyllt kömiljardens krav. Några fall av fördröjd kontroll med negativa medicinska effekter har också varit föremål för tillsyn, varvid vi har kunnat konstatera att satsningar på nybesöken varit ett skäl till att kontrollerna inte genomförts som planerat.

Långa väntetider inom cancervården

Mycket av cancervården ges i komplicerade processer med flera inblandade parter och i många fall under långa tider. Patienterna ”flyttas” över organisatoriska gränser och vägen genom vården är inte alltid lätt att förutsäga och kontrollera. Komplexiteten i och kraven på den information som behövs för att understödja planeringen och genomförandet av vården är omfattande. För att kunna bedriva en god vård, krävs att såväl resultatet som den process som lett fram till detta kan följas och utvärderas.

I samband med utredningen av den nationella cancerstrategin fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en modell för att följa väntetiderna på området. Modellen utgår från ett patientperspektiv och omfattar fem mätpunkter i vårdkedjan mellan remiss om misstänkt cancer fram till behandlingsstart (figur 3:1).

Figur 3:1: Cancerpatientens väg genom vården – modell för att mäta väntetider.



Socialstyrelsen har under 2012 för andra gången genomfört en mätning av väntetider för tio olika cancerformer [49]. Underlaget till mätningen har hämtats från kvalitetsregistren för de olika cancerformerna. Mätningarna har omfattat tre tidpunkter: utfärdande av remiss, information om diagnos samt

start av behandling. De uppgifter som finns i kvalitetsregistren varierar emellertid i den meningen att inte alla register innehåller dessa datum och att definitionerna av mätpunkterna varierar.

Någon större förändring av väntetiderna har inte skett sedan den förra mätningen som genomfördes 2011 (tabell 3:4) [48]. Väntetiderna i cancervården är fortfarande betydande, och i många fall oacceptabla. De regionala skillnaderna är också stora. För vissa cancerformer får patienterna i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar.

Tabell 3:4. Medianväntetid i dagar för olika cancerformer

Cancerform, behandlingsår	Dagar	Dagar, föregående år	Väntetiden avser:
Urinblåsa, 2011	41	41	Från utfärdande av remiss till behandling
Njure, 2011	55	53	Från utfärdande av remiss till behandling
Prostata, intermediär risk, 2011	181	205	Från utfärdande av remiss till behandling
Prostata, hög risk, 2011	165	186	Från utfärdande av remiss till behandling
Prostata, metastaserad, 2011	44	48	Från utfärdande av remiss till behandling
Tjocktarm, 2011	42	41*	Från utfärdande av remiss till behandling
Ändtarm, 2011	59	55*	Från utfärdande av remiss till behandling
Huvud- och hals, 2010-11	57	57	Från remissens ankomst till behandling
Lunga, 2009	31	33	Från remissens ankomst till behandlingsbeslut
Melanom, 2011	34	-	Från första läkarbesök till besked till patient
Bröst, 2011	21	21	Från första kontakt med specialist till operation
Äggstock, 2009-10	37	-	Från diagnosdatum till start av kemoterapibehandling

*Gällde remissens ankomst.

Även om de väntetider som har kunnat följas inte är helt jämförbara, finns det fortfarande relativt stora skillnader i väntetider för behandling av olika cancerformer. I denna andra mätning har det också blivit än tydligare att väntetiden är relaterad till tumörens allvarlighetsgrad. De patienter som vid diagnostillfället har en allvarligare tumörform har kortare väntetider, vilket visar att cancervården prioriterar patienterna i vårdkedjan. Inga systematiska skillnader i väntetider har kunnat påvisas mellan män och kvinnor eller mellan olika åldrar.

Mot bakgrund av de långa väntetiderna, de regionala skillnaderna, och övriga skillnader mellan olika patientgrupper, avser Socialstyrelsens att under 2013 fördjupa analysen av väntetider i cancervården.

Väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri

Landstingen har i överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien förbundit sig att senast 2011 kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar, och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.

För att få det prestationsbaserade statsbidraget för 2011 gällde att minst 90 procent av patienterna skulle få en första bedömning (det vill säga ett läkarbesök) inom 30 dagar, och att minst 80 procent hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Av 21 landsting klarade 14 samtliga krav [50].

Väntetidsuppgifter från september–oktober 2011 visade att 91 procent av patienterna fick komma till ett första besök inom 30 dagar och 82 procent hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Variationen mellan landstingen var dock stor. Mätningen under januari–april 2012 visade på ett sämre resultat jämfört med mätningen i september–oktober 2011. Färre landsting klarade då målet att barn och unga skulle få komma på ett första besök inom 30 dagar. Variationen mellan landstingen är fortsatt stor. Vad som ska rapporteras in till väntetidsdatabasen har successivt förändrats och tolkats på olika sätt. År 2011 kom regeringen och SKL överens om en ny mätmodell. Detta innebär att det är svårt att göra jämförelser med väntetidsuppgifterna från före år 2011.

Socialstyrelsen har sammanställt landstingens samlade erfarenheter av fem års tillgänglighetssatsning. Flertalet anser att statsbidragen var ett välkommet och nödvändigt resurstillskott för att klara den förstärkta vårdgarantin. Satsningen har medfört ett tydligt stöd och den har stimulerat till förbättringsarbeten samt bidragit till verksamhetsutveckling. Samtidigt är flera landsting kritiska till den ensidiga fokuseringen på tillgänglighet och på kvantitet snarare än kvalitet, som satsningen har.

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. 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 (1 kap. 5 § PSL). Enligt 3 kap. 2 § PSL ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Här redovisar vi den övergripande utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. I kapitlet Vård och omsorg om äldre finns mer uppgifter om patientsäkerheten för de äldre bland annat när det gäller läkemedelsförskrivningen.

Socialstyrelsen kommer att lämna en särskild rapport för patientsäkerhetsområdet den 12 april 2013. Den rapporten kommer att innehålla ytterligare uppgifter om patientsäkerhetsutvecklingen. I rapporten kommer också uppgifter att redovisas på landstingsnivå.

Nationella satsningar

SKL fortsätter att arbeta med att förbättra patientsäkerheten inom en rad områden. Satsningen som SKL startade 2008 involverade först landsting och regioner. Under 2012 har man arbetat med att få ökat deltagande från kommunerna. De områden som SKL arbetar med innefattar bland annat

- åtgärds paket inom åtta områden som minskar antalet vårdskador (bland annat läkemedelsrelaterade problem, fall och fallskador och olika infektioner i vården)
- bättre kommunikation mellan vårdpersonal genom metoden SBAR⁴
- ökad patientmedverkan
- metoderna riskanalys och händelseanalys samt strukturerad journalgranskning för att identifiera vårdskador
- mätning av patientsäkerhetskulturen
- mätning av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till hygien- och klädregler samt trycksår.

Under 2011 inledde regeringen en nationell satsning för att öka patientsäkerheten, och för att genomföra den har staten och SKL träffat en överenskommelse som löper under åren 2011–2014. Socialstyrelsen har följt upp överenskommelsen och bedömt i vilken grad landstingen har uppfyllt de grundläggande kraven och målen för 2012 [54]. Samtliga landsting hade uppfyllt de fyra grundkraven och målen för tre av de sex indikatorerna. Kraven och indikatorerna var i huvudsak inriktade på att upprätta olika handlingsplaner, påbörja arbeten med olika IT-stöd, kartlägga förekomsten och typen av skador på akutsjukhusen, mäta följsamheten till hygienrutiner samt överbeläggningar. Landstingen skulle också uppnå vissa målvärden i den nationella patientenkäten för primärvården och för antibiotikaförskrivningen.

Även andra nationella satsningar berör patientsäkerheten. Den nationella läkemedelsstrategin lägger stor vikt vid en patientsäker läkemedelsanvändning och patientsäkerheten är en viktig del i regeringens satsning för de mest sjuka äldre.

Skador i vården är vanligt

Någon heltäckande kontinuerlig registrering av vårdskador finns inte, och därför är det svårt att veta hur många patienter som drabbas varje år. Socialstyrelsen publicerade en undersökning 2008 som visade att uppskattningsvis drygt 100 000 patienter varje år drabbas av någon vårdskada inom den somatiska slutenvården [55].

Under 2012 genomfördes för första gången en ny nationell vårdskadeundersökning [56]. Den gjordes med hjälp av strukturerad journalgranskning, en metod för att följa förekomsten av vårdskador och få en överblick över

⁴ SBAR är en struktur för kommunikation och står för Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Kommunikation.

vilken typ av skador som uppstår. Metoden innebär att ett slumpmässigt urval av journaler granskas systematiskt för att hitta skador i efterhand. Alla akutsjukhus i landet granskade ett urval av journaler från somatisk vård för vuxna under perioden januari–mars 2012. I denna granskning fokuserade man på alla skador, och gjorde inte någon bedömning av om skadan var undvikbar eller inte.

Resultaten måste tolkas med försiktighet eftersom det för en del landsting var första gången de använde metoden och därför varierar erfarenheten hos dem som granskar. Dessutom är inte de journaler som granskades representativa för hur det totala antalet vårdtillfällen fördelar sig mellan olika typer av sjukhus.

Resultatet visar att det fanns skador vid 13,5 procent av de granskade vårdtillfällena. Den vanligaste typen av skador var vårdrelaterade infektioner (cirka 40 procent) och därefter kom läkemedelsrelaterade skador (12 procent) och kirurgiska skador (11 procent). Trycksår stod för cirka 8 procent av skadorna och fallskador för cirka 6 procent. En tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna var urinvägsinfektioner.

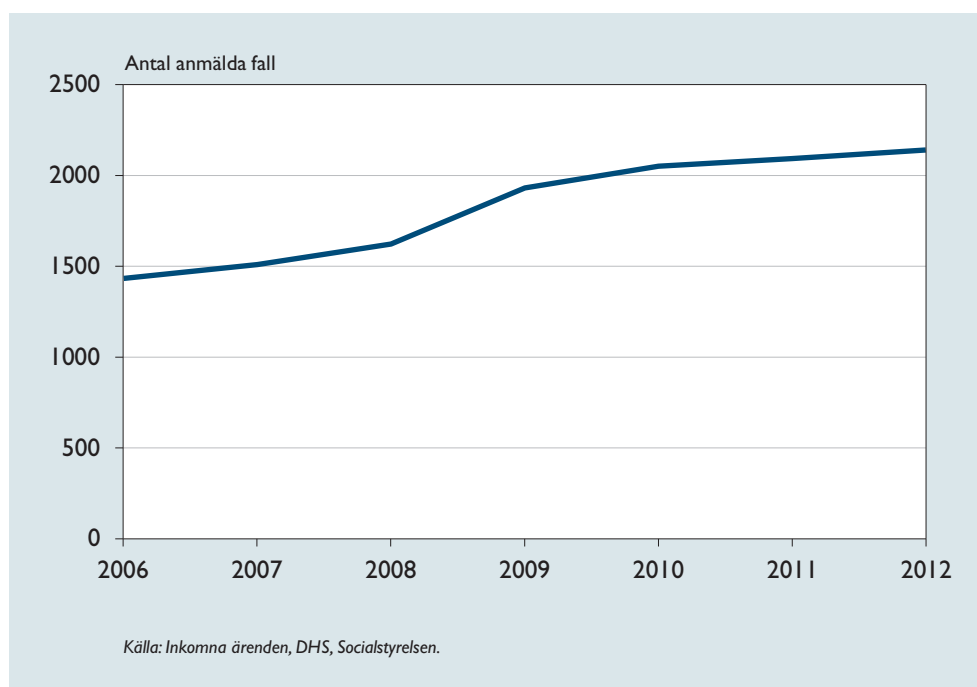
De flesta skadorna (95 procent) var lindriga, även om det för många patienter med dessa lindriga skador kan krävas extra sjukhusvård. Omkring 5 procent av skadorna var allvarliga. Med allvarliga skador menas sådana som bidrar till en permanent skada eller är ett hot mot patientens liv.

Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar

Under de senaste åren har rapporteringen från vårdgivare till patientregistret och anmälningar enligt lex Maria ökat. Anmälningar från patienter till patientförsäkringen har också ökat. Men det är fortfarande bara en mindre del av alla skador som inträffar som blir rapporterade. Trots denna ökning är benägenheten att rapportera in händelser låg. Det framgår av en mätning av patientsäkerhetskulturen som SKL genomförde åren 2010–2011 i landstingen [57]. Landstingen har inom ramen för överenskommelsen 2012 utarbetat handlingsplaner där det bland annat framkommer att de har påbörjat ett arbete med att förbättra patientsäkerhetskulturen.

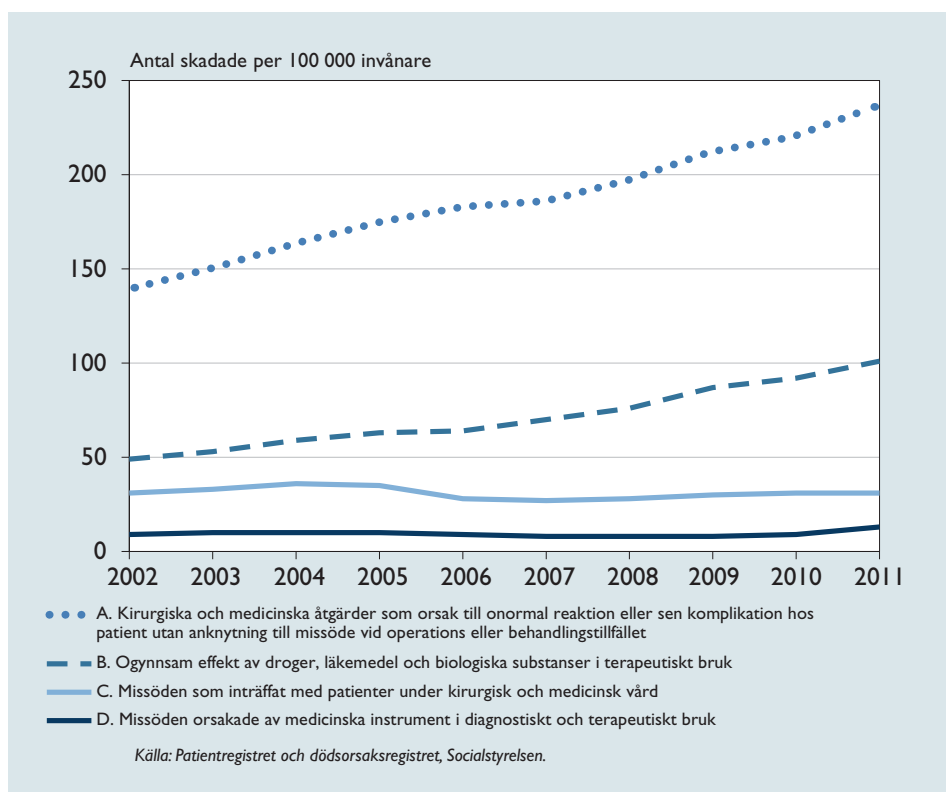
Vårdgivarnas anmälningar enligt lex Maria har ökat under de senaste åren (diagram 3:18), och dessa anmälningar gäller allvarliga skador samt händelser som skulle ha kunnat medföra en allvarlig skada. Lex Maria-bestämmelsen innebär att vårdgivaren måste anmäla alla sådana händelser till Socialstyrelsen. Fram till och med 2010 gällde anmälningsplikten alla allvarliga *skador*, men från och med 2011 gäller det enbart allvarliga *vårdskador*, det vill säga sådana skador som bedöms möjliga att förebygga. Detta kan vara en förklaring till att antalet lex Maria-anmälningar inte fortsätter att öka som tidigare.

Diagram 3:18. Allvarliga skador eller händelser med risk för allvarliga skador. Antal anmälda fall enligt lex Maria 2006–2012*.



Vårdgivarnas rapportering av olika skador till patientregistret ökar också. Patientregistret omfattar alla patienter som vårdas i slutenvården och den öppna specialiserade vården. Den ökande rapporteringen gäller komplikationer hos patienter som har orsakats av vårdens behandling men utan att ett missöde inträffade under vårdtillfället (linje A i diagram 3:19) samt läkemedelsbiverkningar (linje B i diagrammet). Rapporteringen av missöden är relativt konstant över åren (linje C och D i diagrammet).

Diagram 3:19. Antal patienter med yttre orsak till sjukdom och död per 100 000 invånare, 2002–2011.



Patienterna kan anmäla vårdskador till patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. År 2011 anmäldes omkring 11 800 skador till patientförsäkringen [58]. Det är en ökning med 13 procent jämfört med 2010. Ökningen bedöms delvis vara en följd av den nya patientsäkerhetslagens krav på information till patienten om inträffad vårdskada. Ett annat skäl till ökningen kan vara att landstingen arbetar alltmer aktivt med patientsäkerhet, vilket ökar kunskapen om försäkringen. I 40 procent av de ärenden som det fattades beslutade om 2011 beviljades patienten ersättning. Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymerna är de som anmäls mest till patientförsäkringen LÖF. Vanligast är skador som inträffar i samband med en operation. Det kan till exempel vara infektioner, blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar, och tryckskador som orsakas av att en sövd patient läggs upp på fel sätt. Andra skador beror på försenade eller uteblivna diagnoser.

Överbeläggningar börjar mätas

Vårdplatserna har fortsatt att minska under hela 2000-talet fram till 2010 [6]. Antalet vårdplatser 2011 var dock lika många som 2010. Samtidigt har beläggningsgraden av landets vårdplatser ökat under hela 2000-talet. De flesta sjukhus beskriver också att de har överbeläggningar dagligen eller varje vecka och att de lika ofta utlokaliserar patienter. Socialstyrelsen har i

sina granskningar av vården upprepade gånger pekat på problemet med överbeläggningar och de olika brister som uppstår när patienter får vårdplatser som inte uppfyller deras vårdbehov. En rad vårdskador kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter.

Socialstyrelsen har tillsammans med SKL tagit fram en modell för att följa upp och utvärdera överbeläggningar och utlokalisering av patienter, och skapat en nationell databas [59]. Under hösten 2012 har landets samtliga sjukhus startat mätningarna och börjat rapportera till den nationella databasen. Detta ingår som en del i den patientsäkerhetsöverenskommelse som regeringen slutit med SKL.

Antibiotikaresistens fortsätter att vara ett stort problem

Antibiotikaresistenta bakterier ökar fortfarande. Därför är det viktigt att antibiotika enbart används när det behövs en sådan behandling, och då med lämpligt antibiotikum i korrekt dos och behandlingslängd. Om antibiotika används rationellt kommer mängden som används att minska, vilket är en central del i arbetet för att bromsa resistensutvecklingen.

Antibiotikaanvändningen är ett av flera insatsområden som är viktiga i arbetet mot antibiotikaresistens. Problemet berör många olika samhällssektorer och för att lyckas bromsa utvecklingen krävs en samordnad insats. Därför har Socialstyrelsen tillsammans med Jordbruksverket i uppdrag att ansvara för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Arbetet innefattar hälso- och sjukvård, veterinärmedicin, folkhälsa, djurhälsa, livsmedel och yttre miljö. Arbetet har startats under 2012 och en nationell samverkansgrupp har bildats där 18 myndigheter är representerade och Stramarådet är adjungerat [60].

Det är angeläget att också nya antibiotika eller alternativa behandlingsmetoder utvecklas, något som Sverige lyfte under EU-ordförandeskapet 2009. Detta arbete fortsätter både inom EU och internationellt.

Antibiotikaanvändningen minskar inte längre

Antibiotikaförskrivningen har minskat långsamt under flera år, men från och med 2009 har minskningen i stort sett stannat av [61]. Det finns dock stora skillnader mellan olika åldersgrupper och i olika delar av landet. Tandvårdens antibiotikaförskrivning beskrivs i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*.

Under perioden oktober 2011–september 2012 var antibiotikaförskrivningen i stort sett oförändrad jämfört med samma period året innan (oktober 2010–september 2011): 384 recept per 1 000 invånare jämfört med 383 recept per 1 000 invånare. Under denna period minskade nio landsting sin förskrivning, fyra hade oförändrad förskrivning medan åtta landsting hade ökat sin förskrivning.

Uppgifter från Primärvårdens register för infektioner i Sverige (PRIS) visade att tio diagnoser stod för 89 procent av antibiotikaförskrivningarna. Vanligast var urinvägsinfektion, följt av halsinfektion och öroninflammation.

Antibiotikaföreskrivningen till barn upp till sex år minskade med 9 procent, från 515 recept per 1 000 invånare år 2010 till 468 recept per 1 000 invånare år 2011, medan det för övriga åldersgrupper skedde en viss ökning.

Personer över 65 år tillhör den åldersgrupp som får flest antibiotikarecept per år. Antibiotika verksamma mot urinvägsinfektioner utgör en stor andel, 39 procent, av dessa recept. För kvinnor över 80 år är siffran ännu högre, 53 procent, trots att upp till hälften av kvinnorna i denna åldersgrupp har harmlösa bakterier i urinen som inte ger några besvär.

Det är viktigt att äldre inte får antibiotika i onödan eftersom antibiotika slår ut även bakterier som har en skyddande effekt så att mer sjukdomsalstrande bakterier då kan ta plats. Dessutom riskerar man att sålla fram resistent bakterier. Antibiotika kan också ge biverkningar som diarréer, vilka kan vara påfrestande att klara av för äldre och sköra personer. Däremot ska en symtomgivande urinvägsinfektion behandlas. Det behövs därför ökad kunskap bland såväl vårdpersonal som allmänhet om att bakterier i urinen inte alltid behöver behandlas med antibiotika.

I slutenvården ses för andra året i rad en ökning av antibiotikaanvändningen, som år 2011 ligger på 1,59 definierade dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, den högsta nivån sedan år 2000. En positiv trend är dock att användningen av smalspektrumpenicilliner ökar medan cefalosporiner minskar. Cefalosporiner är en antibiotikagrupp med brett spektrum som ökar risken att sålla fram resistent bakterier [61].

Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka

Resistent bakterier, särskilt ESBL och MRSA, fortsätter att öka [61]. Tarmbakterier som producerar så kallade extended spectrum betalactamase (ESBL) har under år 2011 rapporterats hos 5 666 patienter jämfört med 4 983 under år 2010, en ökning med 14 procent. ESBL_{CARBA} är en speciellt fruktad form av ESBL, där bakterien även är motståndskraftig mot de antibiotika som i regel är enda möjligheten att behandla ESBL. Det första fallet i Sverige upptäcktes 2007 och fram till 2011 har totalt 35 fall rapporterats i Sverige. De allra flesta av dessa har vårdats på sjukhus i andra länder och endast i något enstaka fall har smittspridningen skett i Sverige. För att ha möjlighet att kontrollera denna svåra form av smitta beslutade Socialstyrelsen den 15 mars 2012 i sina föreskrifter (SOSFS 2012:2) om smittspårningspliktiga sjukdomar, som bland annat innebär att ESBL_{CARBA} blivit smittspårningspliktig enligt smittskyddsförordningen (2004:255).

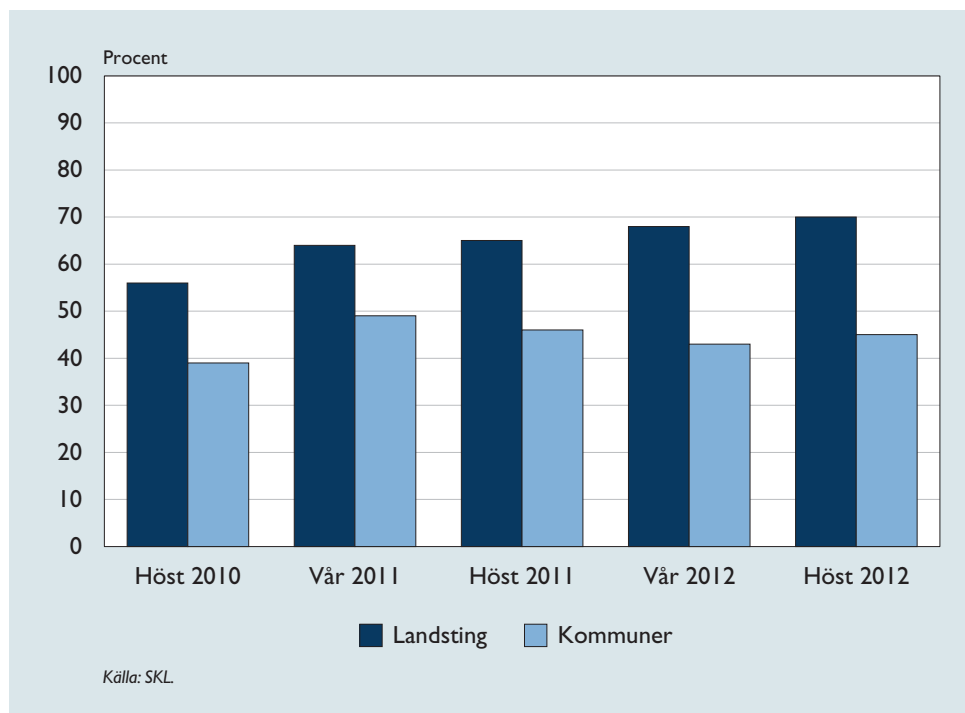
Meticillinresistent staphylococcus aureus (MRSA), ökar också. År 2011 rapporterades 1 884 fall, en ökning med 19 procent jämfört med år 2010. Smittspridningen utanför vården (så kallad samhällsförvärvad smitta) ökar, och det är också där som flest smittas. Smittspridningen inom slutenvården minskar medan man inom vård och omsorg utanför sjukhusen inte sett någon större förändring de senaste åren.

Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner

Att förebygga infektioner och smittspridning i vård och omsorg innebär att många olika åtgärder på olika nivåer i organisationen måste vidtas. En viktig del är personalens följsamhet till grundläggande hygienregler, inte minst

handhygien. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. SKL gör två gånger per år punktprevalensmätningar av personalens följsamhet till hygien- och klädregler (diagram 3:20) [62]. Resultatet visar att följsamheten till reglerna är sämre i kommunernas verksamheter än i landstingens.

Diagram 3:20. Andelen av vårdpersonalen som följer samtliga hygien- och klädregler i landstingens och kommunernas verksamhet. Punktprevalensmätningar hösten 2010 till hösten 2012.



Många verksamheter inom vården gör också egna mätningar. Ett nationellt program för handhygien, *Rena händer räddar liv*, har tagits fram i samarbete mellan företrädare för landsting och kommuner, Svensk Förening för Vårdhygien och Smittskyddsläkarföreningen [63]. Programmet bygger på WHO:s kampanj *Clean Care is Safer Care*.

Som en viktig del i god hygienisk standard krävs också att städningen i vårdmiljön är tillfredställande så att inte brister i rengöring och desinfektion av lokaler och utrustning gör att smitta sprids. Svensk Förening för Vårdhygien har under 2012 tagit fram handboken *Städning i vårdlokaler* (SIV) som innehåller kunskapsunderlag och rekommendationer för bland annat upphandling, städmetoder och egenkontroller [64].

Äldrevård och omsorg

Alla verksamheter inom den kommunala vården och omsorgen om äldre behöver ha tillgång till den vårdhygieniska expertis som finns vid landstingens vårdhygieniska enheter [65]. Då kan de få råd i såväl det kontinuerliga kvalitetsarbetet, som i samband med akuta problem. Möjligheterna till denna kontakt varierar kraftigt i landet. Vissa landsting erbjuder även kom-

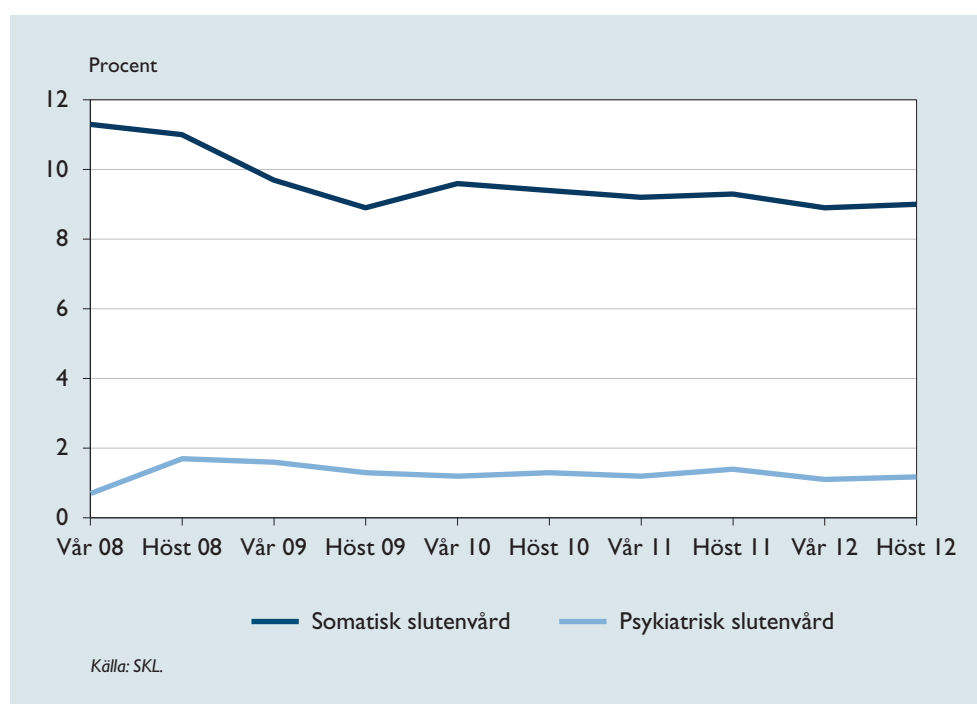
munerna fri tillgång till rådgivning, och i vissa landsting kan kommuner sluta avtal med den vårdhygieniska enheten. Det förekommer också att de vårdhygieniska enheterna inte har möjlighet att stödja den kommunala vården och omsorgen.

Lika viktigt som tillgång till expertis är att all personal inom vård och omsorg om äldre har grundläggande kunskaper om vårdhygien. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, anges att all personal bör ha kunskap om basal hygien och om att förhindra smittspridning. De bör också ha förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

Slutenvård

De vårdrelaterade infektionerna i slutenvården följs med hjälp av punktprevalensmätningar [62]. Mätningarna visar på en långsam minskning (diagram 3:21).

Diagram 3:21. Andelen patienter med vårdrelaterad infektion inom somatisk och psykiatrisk slutenvård. Punktprevalensmätningar våren 2008 till hösten 2012.



För att öka möjligheterna att följa antibiotikaanvändningen och de vårdrelaterade infektionerna har ett nationellt it-stöd som kallas Infektionsverktyget utvecklats [66]. Systemet som i sin nuvarande form är anpassat för slutenvården har provats vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och Akademiska sjukhuset i Uppsala, men är inte i allmän drift ännu. Infektionsverktyget innebär att när en läkare ordinerar antibiotika måste även forskrivningsorsak anges. På så sätt kommer de vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika att registreras.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Kunskapsstyrning syftar till att stödja spridning och användning av kvalitetssäkrad kunskap.

Myndigheterna har tagit fram en nationell modell för kunskapsstyrning

I Sverige finns det flera myndigheter som arbetar med att ta fram olika kunskapsmaterial för hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut. På uppdrag av regeringen har dessa myndigheter tillsammans utvecklat en nationell modell för kunskapsstyrning som presenterades i början av 2012 [67].

Modellen sammanfattar de processer som myndigheterna arbetar med för att stödja en kunskapsbaserad praktik inom hälso- och sjukvården. I modellen ingår också styrning, uppföljning och förbättringsarbete på regional och lokal nivå.

Modellen beskriver även *en infrastruktur för kunskapsstyrning*, det vill säga de grundläggande förutsättningar som krävs för kunskapsutveckling. Ett exempel på en sådan grundläggande förutsättning är en gemensam informationsstruktur.

Modellen beskriver processen för kunskapsstyrning i följande steg (figur 3.2):

1. Val av kunskapsområde för kunskapsstyrning
2. Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap
3. Kunskapsbaserade ställningstaganden
4. Stöd till implementering
5. Styrning, uppföljning och förbättringsarbete, regionalt och lokalt.
6. Uppföljning och utvärdering av kunskapsstyrningens effekter.

Figur 3:2. Nationell modell för kunskapsstyrning för en god hälso- och sjukvård. Från ref. 67.



Nationellt samarbete kring kunskapsstyrning

I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) som bildades 2009, samarbetar flera aktörer med att välja vårdområden för kunskapsunderlag. Gruppen samarbetar också för att sprida och införa nya kunskapsunderlag. Socialstyrelsen ingår i NSK tillsammans med landstingen och sjukvårdsregionerna, SKL samt myndigheterna Läkemedelsverket, SBU, TLV, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut.

Sjukvårdsregionerna inrättar nationella programråd

De sex sjukvårdsregioner som ingår i NSK planerar att etablera nationella programråd för att vidareutveckla samverkan om kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Syftet med dessa programråd är att samverka mer när de tar fram gemensamma kunskapsunderlag. Det kan till exempel vara frågan om nationella vårdprogram baserade på bästa tillgängliga kunskap för att utjämna praxiskillnader såväl regionalt som över landet.

Under 2012 etablerades det första nationella programrådet inom diabetes. Det är ett pilotprojekt för att eventuellt vidareutveckla programråd även inom andra diagnosgrupper. Projektet ingår i en av statens och SKL:s överenskommelser. Satsningen syftar till att utveckla landstingens strukturer för kunskapsstyrning.

Under hösten 2012 har programrådet för diabetes föreslagit åtgärder utifrån de förbättringsområden som Socialstyrelsen uppmärksammade i sin utvärdering av diabetesvården 2011 [68]. Inom förbättringsområdena kom-

mer programrådet under 2013 att fortsätta arbetet och ta fram vårdprogram och utbildningsprogram, till exempel ett grupputbildningsprogram för personer med diabetes typ 2, ett vårdprogram för kommunal hälso- och sjukvård och en behandlingsstrategi för personer med höga blodsockernivåer, det vill säga över 73 mmol/mol.

Kunskapsguiden utvidgas

Den 31 maj 2011 lanserades och driftsattes den nationella webbaserade kunskapsportalen Kunskapsguiden. Syftet med webbplatsen, som riktar sig till alla som arbetar med hälsa, vård och omsorg, är att samla aktuella och kvalitetssäkrade kunskapsunderlag från flera myndigheter på en plats.

Den totala målgruppen omfattar samtlig personal inom vård och omsorg som arbetar med personer som är äldre och med personer som lever med psykisk ohälsa, dock är den primära målgruppen mellannivåchefer med personalansvar.

Vid lanseringen omfattade Kunskapsguiden de två områden som finns angivna i regeringsuppdragen – psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre – men har sedan dess utvecklats tekniskt och strukturellt för att kunna rymma fler områden. Arbetet med att fylla Kunskapsguiden med redaktionellt innehåll pågår löpande. Antalet unika besökare på Kunskapsguiden är cirka 17 000 per månad.

Den 31 oktober 2012 lanserades ytterligare ett ämnesområde på Kunskapsguiden: ett webbaserat stöd för evidensbaserad praktik. Syftet med stödet är att stödja och underlätta för socialtjänsten att arbeta evidensbaserat. Det webbaserade stödet är utformat dels för att ge information och samlad kunskap om evidensbaserad praktik, dels att ge praktisk vägledning. Det senare är en guide med mallar och andra verktyg som kan vara till hjälp i förändringsarbetet. Målgruppen för kunskapsområdet evidensbaserad praktik är i första hand politiker och chefer på lokal nivå samt personal i vård och omsorg, bland annat de regionala utvecklingsledarna.

Statistiska centralbyrån (SCB) gjorde en enkätundersökning december 2011-januari 2012, på uppdrag av Socialstyrelsen, riktad till personer med chefsbefattning inom äldreomsorg och psykiatri gällande hur de söker efter kunskap. Av dem som svarade på enkäten hade 30 procent besökt Kunskapsguiden och 96 procent ansåg att kvaliteten på innehållet var ganska hög eller hög.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och nationella utvärderingar

Under 2012 har Socialstyrelsen tagit fram en preliminär version av ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård [69]. Detta kunskapsstöd innehåller nationella riktlinjer och annan vägledning för den palliativa vården, i syfte att bland annat ge stöd för regionala och lokala vårdprogram. Det innehåller också definitioner av termer inom området, nationella indikatorer och en vägledning för hur olika aktörer kan samverka. Vi har diskuterat kunskapsstödet tillsammans med huvudmännen och andra intressenter under

hösten 2012, och kommer att bearbeta det utifrån deras synpunkter. En slutlig version publiceras under våren 2013.

Under 2012 har också den slutliga versionen av *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar* publicerats. Dessa riktlinjer innehåller rekommendationer inom områdena osteoporos, artros och inflammatoriska reumatiska sjukdomar [70].

I arbetet med nationella riktlinjer tar vi fram indikatorer som sedan ligger till grund för våra nationella utvärderingar. Under 2012 har Socialstyrelsen utvärderat sjukvården för personer med depression, ångest eller schizofreni utifrån nationella riktlinjer. Utvärderingen publiceras våren 2013.

Under 2012 har vi publicerat patientbroschyrer som utgår från de nationella riktlinjerna för lungcancervård, samt sjukdomsförebyggande metoder respektive psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Nationella medicinska indikationer

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

Följande projekt startades under 2012:

- Indikation för bilddiagnostik vid ländryggsbesvär
- Indikation för läkemedel vid adhd
- Indikation för elektrokonvulsiv behandling ECT vid depression
- Indikation för undersökning i syfte att identifiera graviditetsdiabetes.

En ny nationell funktion för sällsynta diagnoser har inrättats

Sällsynta diagnoser definieras som sådana sjukdomar eller skador som finns hos högst 100 personer per en miljon invånare och som leder till en omfattande funktionsnedsättning. Hit hör många olika sjukdomar. Socialstyrelsen inrättade den 1 januari 2012 en nationell funktion för sällsynta diagnoser, och den invigdes formellt på Sällsynta dagen den 29 februari [71]. Den ska underlätta för personer med en sällsynt diagnos i samhället och öka kunskapen hos olika samhällsinstanser.

Socialstyrelsen har också tagit fram en nationell strategi på området med syfte att säkerställa att personer med en sällsynt diagnos får tillgång till de befintliga samhällsresurser som är nödvändiga för en god hälsa [72]. Målen för strategin är att

- patienter med en sällsynt diagnos ska ha tillgång till vård och omsorg av hög kvalitet
- personer med en sällsynt diagnos ska bemötas utifrån den unika situation som sjukdomen medför
- vården, omsorgen och andra insatser samordnas utifrån individens behov

- personer med en sällsynt diagnos ska ha en upprättad individuell vård- och omsorgsplan.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad, ska en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem som har störst behov, och den ska dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande (2 § HSL).

I december 2011 överlämnade Socialstyrelsen en omfattande lägesbeskrivning av jämlikhet i hälso- och sjukvården [73]. Där lämnade vi en rad rekommendationer om det fortsatta arbetet för att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård.

En nationell plattform för jämlik vård antogs i december 2011, och i juni 2012 hölls en nationell konferens på temat jämlik vård.

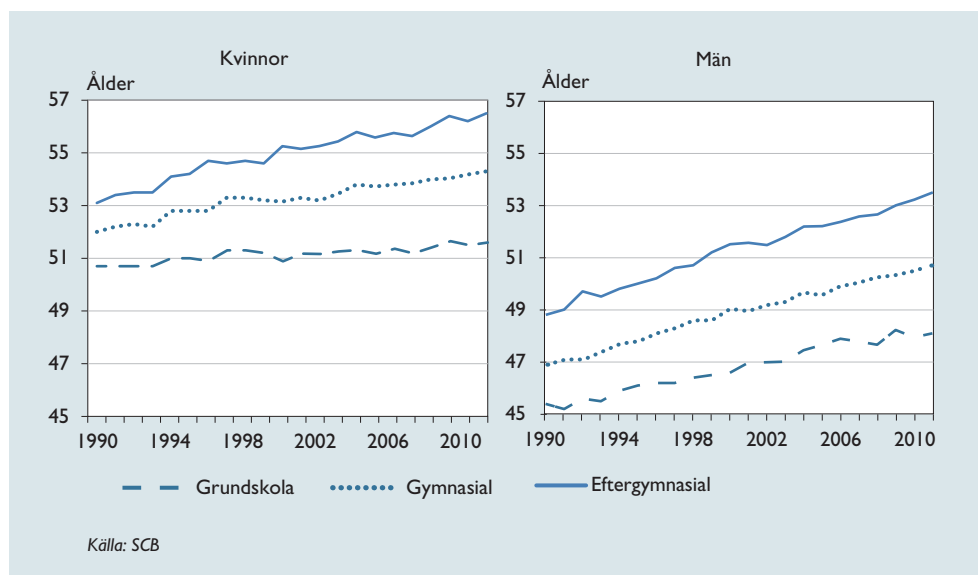
I det här avsnittet redovisas utvecklingen för några övergripande indikatorer för jämlik hälsa och vård. Vi redovisar också utvecklingen för några projekt som bedrivits under året inom SKL:s arbete med jämlik vård. Avslutningsvis redovisas uppgifter om diskriminering från Diskrimineringsombudsmannen.

Sociala skillnader i hälsa och vård

De sociala hälsoskillnaderna är sedan länge väldokumenterade. Stora delar av dessa skillnader påverkas av andra sektorer i samhället, men hälso- och sjukvårdens roll har i allt större utsträckning diskuterats och uppmärksamats när det gäller att bidra till att minska skillnaderna.

Medellivslängden ökar stadigt. Dock gäller det inte för alla befolkningsgrupper. Mellan grupper med olika utbildningsnivå skiljer sig till exempel den återstående medellivslängden åt vid 30 års ålder. Personer med enbart grundskoleutbildning lever kortare än personer med eftergymnasial utbildning (diagram 3:22).

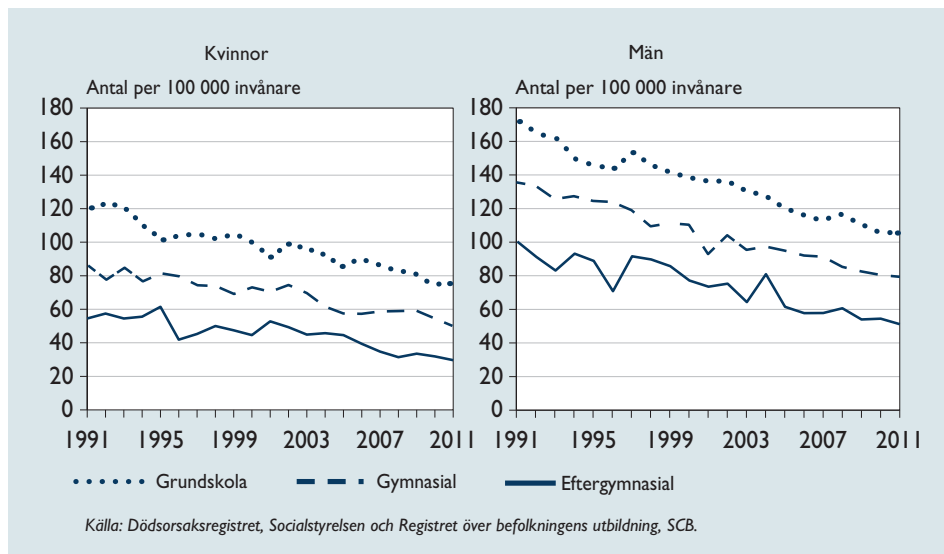
Diagram 3:22. Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder, kvinnor och män, efter utbildningsnivå, perioden 1990–2011.



Bakom dessa skillnader i livslängd ligger olikheter i hälsoförhållanden, vilket också pekar på de skillnader i vårdbehov som finns mellan grupperna. De ökande skillnaderna i dödlighet och livslängd mellan olika utbildningsgrupper, särskilt hos kvinnor, förklaras till stor del av en ökad dödlighet i sjukdomar som är relaterade till rökning [74]. Men det finns också socialt betingade skillnader i tillgången till olika vårdinsatser där lågutbildade och utlandsfödda missgynnas, till exempel behandling med läkemedel eller remittering till specialist [73, 75].

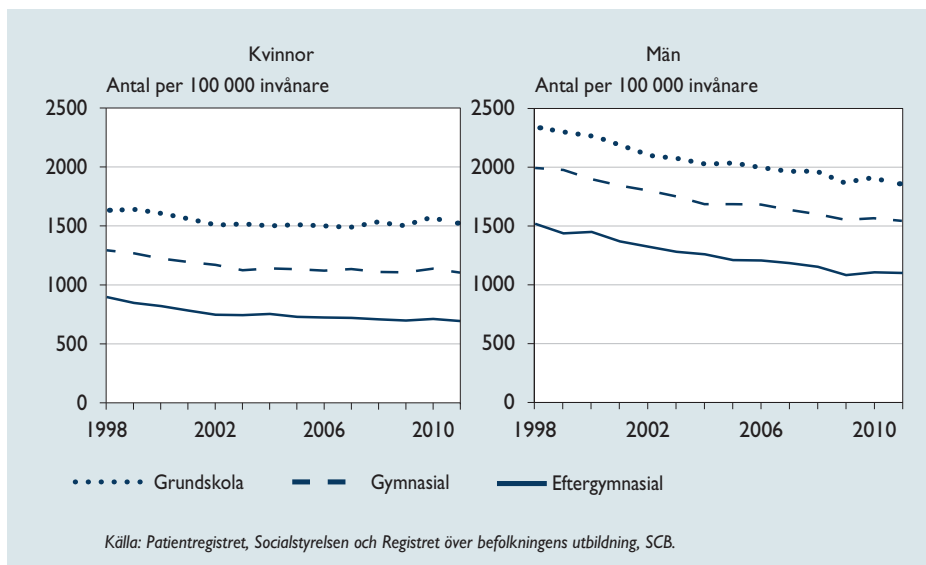
Med sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet menas dödlighet i sjukdomar som i särskilt stor utsträckning går att påverka med till exempel behandling och sjukvårdande insatser [51]. Bland annat ingår död i stroke, diabetes och livmoderhalscancer. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten brukar användas som ett mått för att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Den åtgärdbara dödligheten har minskat sedan 1991 för både kvinnor och män (diagram 3:23). För gruppen med enbart grundskoleutbildning tycks dock minskningen i dödlighet ha avtagit något, och gapet mellan grupperna har inte minskat.

Diagram 3:23. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare bland kvinnor och män, 35–79 år efter utbildningsnivå, 1991–2011. Åldersstandardiserade värden.



Undvikbar slutenvård är ett mått som är avsett att mäta effektivitet, tillgänglighet och adekvat omhändertagande för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom icke sjukhusbunden vård. Man antar att dessa sjukdomstillstånd i princip kan tas om hand och behandlas inom öppna vårdformer och att man därigenom förhindrar intagning på sjukhus i onödan. Bland de diagnoser som ingår finns sådana som man har bedömt bäst belyser hur väl den öppna vården behandlar kroniska och mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del akuta tillstånd där man har bedömt att en adekvat behandling given inom rimlig tid kan förhindra att personer skrivs in på sjukhus. Personer med hög utbildning vårdas betydligt mer sällan i den slutna vården för dessa tillstånd, jämfört med personer med gymnasieutbildning eller enbart grundskoleutbildning (diagram 3:24).

Diagram 3:24. Antal kvinnor och män med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå, 1998–2011. Åldersstandardiserade värden.



SKL:s satsning fortsätter

SKL startade en satsning för jämlik vård år 2010. Satsningen utvidgades under 2011 och fortgick under 2012. Även under 2013 kommer jämlik vård tillsammans med hälsofrämjande vård att vara en av SKL:s prioriterade frågor. De flesta av de utvecklingsarbeten som påbörjats är långsiktiga och kommer att vara fortsatt prioriterade under 2013 och slutredovisas 2014. Under 2013 kommer SKL att kartlägga av hur jämlik och hälsofrämjande vård tas upp i landstingens och regionernas styr- och ledningsdokument. Här nämns kort tre av utvecklingsprojekten.

- Ett projekt går ut på att fånga upp de grupper som deltar minst i cancer-screening och öka deras deltagande. Projektet bedrivs inom ramen för cancerstrategin (se även avsnittet *Cancervården*).
- För att nyanlända invandrare ska få de bästa förutsättningarna för en god hälsa är det viktigt med tidiga insatser. I en pilotstudie som SKL genomfört våren 2012 i sex landsting framkommer att landstingen vanligtvis inte har någon speciell organisation för att möta de nyanländas vårdbehov [76]. Vårdenheterna försöker att anpassa sina verksamheter på olika sätt för att tillgodose vårdbehoven hos de nyanlända. I landsting som har en högre andel flyktingar finns det enheter som har specialiserat sig på vuxna flyktingar och som vårdcentralen eller Arbetsförmedlingen kan hänvisa till. Vidare kan det finnas oklarheter kring hur landstingen säkerställer att alla nyanlända får information om hälso- och sjukvård, och det är svårt att bedöma om alla nyanlända erbjuds hälsofrämjande insatser, vård och behandling utifrån sina specifika behov och förutsättningar. Utifrån pilotstudien har SKL identifierat några utvecklingsområden för hälso- och sjukvårdens insatser för nyanlända invandrare.

- Det är viktigt att KOL-patienter tidigt får en diagnos och att sjukdomen följs upp. Det finns ett tydligt samband mellan tobaksrökning och KOL och i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar och med utländsk bakgrund finns en högre andel rökare. Därmed är sjukdomen inte jämnt fördelad i befolkningen. SKL genomförde ett projekt under 2011-2012 för en bättre KOL-vård [77]. Syftet med projektet var att förbättra vården av patienter med KOL, både när det gäller förebyggande insatser och behandling. Ett särskilt fokus var att nå utsatta grupper. Projektet har bedrivits med en genombrottsmetod med nio team på olika vårdenheter i landet. Varje team har genomfört förändringsarbeten av olika slag och alla har uppnått positiva resultat inom olika delar av KOL-vården. Exempelvis satsade en vårdcentral på att identifiera fler patienter med KOL genom att erbjuda screening i offentliga miljöer som mataffärer, och har på så sätt nydiagnostiserat flera personer.

Diskriminering

Vissa grupper av patienter upplever att de får ett sämre bemötande än andra. Det finns också grupper som av olika orsaker har sämre tillgång till vården. Det visar både forskning och erfarenheter som presenterats i olika rapporter [73,78]. Diskriminering i sjukvården är dock inte alltid lätt att mäta. Flera av diskrimineringsgrunderna⁵ registreras inte, av goda skäl, i de olika register som används för utvärdering av hälso- och sjukvården.

Under åren 2010–2011 har Diskrimineringsombudsmannen (DO) fokuserat på diskriminering i hälso- och sjukvården och resultaten redovisades i en rapport som kom 2012.

DO har bland annat hållit i dialogmöten med företrädare för organisationer vars medlemmar riskerar att utsättas för diskriminering som har samband med de diskrimineringsgrunder som skyddas i lag. Syftet har varit att få mer kunskap än det som kommer fram i de anmälningar som kommer in till DO. I rapporten sammanfattar DO dialogmötena:

Organisationerna var eniga om att bemötandefrågan i praktiken är en tillgänglighetsfråga eftersom bristfälligt eller kränkande bemötande blir ett hinder för att få rätt vård.

Ett kränkande bemötande leder till att människor får låga förväntningar och lågt förtroende för sjukvården. Det kan göra att vissa särskilt utsatta grupper drar sig för att söka sig till sjukvården – trots att de faktiskt har ett större vårdbehov som en konsekvens av diskriminering inom andra samhällsområden. Ett kränkande bemötande kan också göra att vissa grupper, exempelvis homosexuella kvinnor, drar sig för att gå på rutinmässiga gynekologundersökningar. Det kan leda till att sjukdomar inte behandlas i tid.

Bemötandefrågan kan även handla om anhöriga. Heteronormativa föreställningar kan ställa till med problem, till exempel antaganden om vilket kön en partner ska ha. Om närstående inte behandlas som just närstående kan det innebära att viktig kunskap om vårdtagaren inte kommer fram. Det kan påverka vården negativt.

⁵ Diskrimineringslagen (2008:567) förbjuder diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

Det råder en samsyn bland organisationerna om att sjukvården är konstruerad för ”normala människor” och inte för de grupper som faktiskt har de största vårdbehoven. Organisationerna ansåg att sjukvården idag förutsätter kategorisering, man måste med andra ord tillhöra en kategori för att bli begriplig och få adekvat vård. Samtidigt upplever organisationerna att vårdtagare ofta reduceras till sin ”normavvikelse”. Det leder till att exempelvis personer med psykisk funktionsnedsättning riskerar att inte få vård för somatiska symptom. De tas inte på allvar eller så tolkas deras symptom som konsekvenser av den psykiska funktionsnedsättningen.

Samtliga deltagare i dialogmötena frågade efter strategier för en normkritisk sjukvård. Deltagarna frågade också efter mer kunskap om hur mänskliga rättigheter kan användas som verktyg för att hävda rättigheter inom vården. Man betonade dessutom behovet av kunskap och attitydförändrande åtgärder för att uppnå ett förhållningssätt som sätter individens behov i främsta rummet. Kompetens- och kvalitetskrav på bemötande angavs som en förutsättning för en förändring av diskriminerande strukturer.

Tillsammans med DO och SKL ska Socialstyrelsen ta fram ett utbildningspaket för fortbildning av vårdpersonal om olika aspekter av värdigt och professionellt bemötande och agerande i vården. Utbildningspaketet ska bland annat ge kunskap om de grupper som omfattas av lagstiftningens skydd mot diskriminering och som typiskt sett riskerar att utsättas för diskriminering. Utbildningspaketet ska även ta upp andra grupper som riskerar bristfälligt bemötande inom vården. Det kan till exempel röra sig om socioekonomiskt resurssvaga personer, personer med psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa eller nationella minoriteter. Dessutom ska utbildningspaketet uppmärksamma vikten av att ta hänsyn till patientens egna önskemål och egen kunskap. Socialstyrelsen kommer att redovisa uppdraget i september 2013.

Tandvård och tandhälsa

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Majoriteten av befolkningen har en god tandhälsa. Samtidigt finns det stora tandhälsoskillnader mellan olika grupper. Socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda har generellt sämre tandhälsa.
- De stora regionala skillnaderna i antibiotikaförskrivning i tandvården kvarstår.
- Majoriteten av befolkningen är nöjda med tandvården. Kännedomen om det statliga tandvårdsstödet har ökat hos befolkningen, men det är fortfarande en betydande andel av befolkningen som inte känner till stödet.
- Drygt fyra av tio pensionärer upplever att de har problem med mun och tänder. Samtidigt har endast hälften fått information om vad som händer med mun och tänder när man blir äldre och vad man bör tänka på för att ha en god tandhälsa.
- Journalföringen inom tandvården behöver förbättras. Brister i journalföringen leder till minskad patientsäkerhet. Knapphändig information, eller avsaknad av information, gör det svårt att följa innehåll i, och motiv för, utförda behandlingar.
- Den 1 januari 2013 trädde det nya tandvårdsstödet för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i kraft. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om särskilt tandvårdsbidrag och om tandvård till personer med stora behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

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

Aktuell utveckling

Majoriteten har god tandhälsa

Befolkningen i Sverige har generellt sett en god tandhälsa. I Folkhälsoinstitutets senaste nationella folkhälsoenkät uppger 92 procent att de har god tandhälsa [1]. Precis som tidigare år finns det dock stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper. Lågutbildade, låginkomsttagare och utlandsfödda uppger att de har dålig tandhälsa i högre utsträckning än andra grupper. I gruppen yrkesarbetande uppger 6 procent att de har dålig tandhälsa vilket kan jämföras med 28 procent av dem som har sjukpenning.

Detta innebär att tandhälsan bland de yrkesarbetande har förbättrats något sedan 2011 års folkhälsoenkät samtidigt som den har försämrats bland dem som har sjukpenning [2]. Behovet av tandvård i den senare gruppen är fortsatt stort.

Vanligt med besvär av smärta

Samtidigt som majoriteten av befolkningen har en god tandhälsa är problem med smärta i tinning, ansikte, käkled och käkar relativt vanligt hos den vuxna befolkningen. Det visar Socialstyrelsens befolkningsundersökningar från 2009 och 2012. Det är 8 procent som uppger att de har problem med denna typ av smärta minst en gång i veckan [3]. Samma undersökningar visar att 5 procent uppger att de har problem med smärta en gång i veckan eller oftare när de gapar eller tuggar. Samtidigt är det relativt få patienter som får behandling för smärtproblem varför det går att anta att det finns en betydande underbehandling. Hos många personer finns en samsjuklighet med smärta i andra delar av kroppen eller nedsatt allmän hälsa, vilket gör det viktigt att utreda patienten ur både ett odontologiskt och psykosocialt perspektiv. Behandlingen är inriktad på att minska smärta och obehag och kan handla om individuell rådgivning, bettskena och rörelseträning [4].

Problem med att tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple är också något som besvärar en betydande del av den vuxna befolkningen. Cirka 20 procent av svarspersonerna uppger att de måste vara försiktiga när de tuggar hårda saker och 3 procent uppger att de inte kan tugga hårda saker över huvudet [3]. I 2012 års befolkningsundersökning uppger 31 procent av personerna som är 80 år och äldre att de måste vara försiktiga när de tuggar hårda saker, vilket kan jämföras med att 6 procent av 20–29-åringarna säger samma sak.

Besöksfrekvensen varierar mellan olika grupper

Försäkringskassans lägesrapport om det statliga tandvårdstödet från 2012 [5] visar att 73 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökte tandvården under tvåårsperioden 2010–2011.

År 2011 besökte 59 procent av den vuxna befolkningen tandvården vilket motsvarar 4,2 miljoner individer. Kvinnor hade högre besöksfrekvens än män vilket stämmer väl överens med tidigare studier som Försäkringskassan och Socialstyrelsen gjort.

Majoriteten av dem som besökte tandvården gjorde bara ett fåtal besök. Endast 2 procent gjorde åtta eller fler besök 2011. Yngre personer gjorde i huvudsak få besök medan äldre personer gjorde flera besök. Det är väntade resultat eftersom yngre personer kan antas ha mindre tandvårdsbehov.

Under perioden 2009–2011 var det 5,7 procent av den vuxna befolkningen som besökte tandvården enbart för akuta besök. Det är något fler män än kvinnor som endast besöker tandvården akut [5].

Vanligt att äldre har problem med munhälsan

Det är relativt vanligt att äldre har problem med mun och tänder. Det visar resultaten från Tandläkarförbundets äldreenkät från 2012 [6]. Drygt 4 av 10 pensionärer upplever att de har problem med mun och tänder. Det rör sig om problem och behov som

- att ersätta förlorade tänder
- muntorrhet och hål i tänderna

- infektioner
- problem med proteser
- svårigheter att äta
- smärta och obehag från munnen.

Samtidigt har bara hälften av de svarande fått information om vad som händer med mun och tänder när man blir äldre och vad man bör tänka på för att ha en god tandhälsa. Endast 23 procent känner till att de kan få hembesök från tandvården (så kallad uppsökande verksamhet) och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift (så kallad nödvändig tandvård) om de har mycket hjälp från kommunen, till exempel hemtjänst.

Sveriges tandläkarförbund och pensionärsorganisationerna konstaterar att det är långt kvar innan information om, och hjälp med, munhygien är en självklar del av omvårdnaden av äldre. Det är allvarligt eftersom munhälsan och den allmänna hälsan påverkar varandra i hög grad [7].

Sambandet mellan försämringar i den allmänna hälsan och munhälsan motiverar förebyggande insatser. Tandläkarförbundet och pensionärsorganisationerna föreslår därför tre specifika åtgärder för en bättre munhälsa hos äldre [7]:

- Alla pensionärer ska erbjudas information om hur åldrandet påverkar munhälsan och sambandet mellan allmän hälsa och munhälsa
- Alla pensionärer ska regelbundet erbjudas ett munhälsosamtal med tandläkare eller tandhygienist
- Alla kommuner ska utse samordningsansvariga med kompetens inom tandvård och sjukvård. De samordningsansvariga ska bland annat ansvara för att samordna tandvårdens och sjukvårdens insatser och för att sprida kunskap till vård- och omsorgspersonal, biståndshandläggare med flera.

Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård måste nå fler

Sedan 1999 har landstingen ansvar för att personer som bor i ett särskilt boende för äldre, personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och personer med stort behov av vård och omsorg blir uppsökta av tandvårdspersonal och erbjuds en avgiftsfri munhälsobedömning. Dessa personer ska enligt LSS också erbjudas nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Statistiken från SKL visar att 171 800 personer kunde komma ifråga för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård under 2011 [8]. Drygt 93 400, cirka 54 procent, personer fick del av den uppsökande verksamheten. Det innebär en minskning med 5 800 personer eller cirka 6 procent jämfört med 2010. SKL:s uppföljning visar att cirka 29 procent av dem som erbjöds tjänsten tackade nej.

Enligt SKL:s beräkningar är det en betydande andel av individerna som är berättigade till uppsökande verksamhet som inte erbjuds denna.

Drygt 123 000 personer fick nödvändig tandvård under 2011. Det är en ökning med cirka 1 400 eller drygt 1 procent jämfört med 2010.

Omvårdnadspersonal, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och tandhygienister har överlag ett engagemang för och en positiv syn på tandvårdens uppsökande verksamhet [9]. Det visar Centrum för äldres tandvårdsstudie av olika aktörers syn på uppsökande verksamhet. Det är betydelsefullt att det finns engagemang och kunskap hos omvårdnadspersonalen och hos ledningen, och att munvården ses som en viktig del i den totala omvårdnaden. Omvårdnadspersonalen uppskattar de råd om munvård som de får (t.ex. om tandborstning), men kan ibland ha svårt att följa dem när de äldre av olika skäl inte kan ta del av munvården.

Det är viktigt att omvårdnadspersonalen deltar i munhälsobedömningen. Det ger bland annat tillfälle för individuellt anpassade instruktioner och råd om munvård. Undersökningen visade dock att endast hälften av omvårdnadspersonalen deltagit vid en sådan bedömning. I undersökningen presenteras också ett antal förslag på åtgärder för att förbättra tandvårdens uppsökande verksamhet. Det rör sig bland annat om behovsanpassad utbildning i munvård till omvårdnadspersonal, och särskilda munvårdsombud vid särskilda boenden och i hemtjänsten vilka ska fungera som kontaktpersoner gentemot tandvården.

Socialstyrelsen har dessutom definierat och tydliggjort målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, samt tydliggjort målgruppens behov. Syftet är att främja en enhetlig tillämpning av stöden.

Stor efterfrågan på tandvårdspersonal

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) följer löpande tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i riket.

En jämförelse mellan de nordiska länderna visar att Sverige liksom tidigare år har flest tandhygienister per 100 000 invånare men fortsatt lägst tandläkartäthet. Jämfört med de icke-nordiska grannländerna runt Östersjön har dock Sverige en relativt hög tandläkartäthet [10].

Tillgången på tandläkare i Sverige fortsätter att minska. Under perioden 1995–2009 minskade antalet tandläkare med 3 procent vilket motsvarar cirka 14 tandläkare per år. Samtidigt har antalet specialisttandläkare ökat med 4 procent eller cirka 40 personer under perioden. Den största specialiteten är ortodonti (tandreglering) med cirka 260 specialister år 2009. Tandhygienistkåren fortsätter samtidigt att växa, både i absoluta tal och i antal tandhygienister per 100 000 invånare.

År 2010 uppgick antalet tandläkare i tandvården till drygt 7 500 personer och antalet tandhygienister uppgick till drygt 3 700 personer. Majoriteten av tandhygienisterna är kvinnor och så har det varit sedan tandhygienistyrket kom till. Könsfördelningen bland tandläkarna är jämn, men andelen kvinnor ökar hela tiden och uppgick till 52 procent år 2009 [10, 11].

År 2009 var cirka 35 procent av de som fick svensk tandläkarlegitimation utbildade utomlands medan det bara rörde sig om något enstaka fall när det gäller tandhygienister.

Ett ökande antal svenskar studerar till tandläkare utomlands, i till exempel Polen, Ungern och Rumänien, men det går inte att avgöra hur många av dessa som kommer att börja arbeta som tandläkare i Sverige.

Prognosen för hur många tandläkare och tandhygienister som kommer att vara verksamma i tandvården år 2025 har justerats något jämfört med tidigare år. Om nettomigrationen av tandläkare och tandhygienister ligger på noll beräknas antalet tandläkare år 2025 vara knappt 6 800 stycken. Antalet tandhygienister beräknas vara cirka 4 600 samma år.

Det utökade stödet till vissa personer med sjukdom eller funktionsnedsättning

Den 1 januari 2013 började det nya utökade tandvårdsstödet för vissa personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning att gälla. Detta stöd benämns även det tredje steget i 2008 års tandvårdsreform. De två första stegen i tandvårdsreformen är det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) och högkostnadsskyddet. Det utökade stödet består av två delar [12].

Den första delen av stödet är ett ekonomiskt bidrag till förebyggande tandvårdsåtgärder, så kallat särskilt tandvårdsbidrag (STB). Bidraget riktas till dem som riskerar att få försämrad tandhälsa till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning och där risken kan minskas med hjälp av förebyggande tandvård.

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

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag samt föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Socialstyrelsens har ändrat sina föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandvårdsregistret, med anledning av den utökade informationsskyldighet till Socialstyrelsens tandvårdsregister som följer med det nya tandvårdsstödet.

Patientfokuserad tandvård

Patientfokuserad tandvård innebär att vården enligt TL bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Det är då viktigt att patienten bemöts med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar och förväntningar.

De allra flesta patienter är nöjda med tandvården

Svenskarna är fortsatt nöjda med tandvården. Det visar mätningen av nöjdhetsindex för 2012 från Svenskt kvalitetsindex [13]. Precis som tidigare år är svenskarna mer nöjda med privattandvården än med folktandvården. Nöjdhetsindex för privattandvården ligger på 86,4 av 100, medan nöjdhetsindexet för folktandvården är 10 poäng lägre.

Denna bild bekräftas av den enkät som Socialstyrelsen genomförde våren 2012. Inte mindre än 95 procent av befolkningen anser sig ha blivit respektfullt bemött när de besökt tandvården.

Äldre personer med hemtjänst eller som bor i äldreboenden är däremot inte fullt lika nöjda med den hjälp de får med att sköta sin munhygien. Det visar Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattning om äldreomsorgen från 2011 [14]. Undersökningen bygger på enkätsvar från 56 000 äldre personer med hemtjänst och 31 000 personer som bor i äldreboende. Omkring hälften av de äldre ger ett högt betyg till den hjälp de får med att sköta sin munhygien.

Kännedomen om tandvårdsstödet har förbättrats men behöver öka

Det statliga tandvårdsstöd som infördes 2008 har bland annat som mål att stimulera till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. För att nå målet infördes det allmänna tandvårdsstödet (ATB). Tandvårdsbidraget är 150 kronor årligen för personer i åldern 30–74 år och 300 kronor årligen för personer 20–29 år och för personer som är 75 år och äldre.

Som tidigare konstaterats, bland annat i Socialstyrelsens lägesrapport från 2012, är förutsättningen för att ATB ska ha avsedd effekt att befolkningen känner till bidraget [15].

Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2012 visar att 57 procent av svars-personerna känner till det allmänna tandvårdsbidraget. Det är en förbättring jämfört med tidigare kännedomsundersökningar av Försäkringskassan och Socialstyrelsen där endast 50 procent av svarspersonerna uppgav att de kände till ATB [3,16].

Samtidigt visar Försäkringskassans uppföljning av tandvårdsstödet att cirka 90 procent av patienterna som besökte tandvården under 2010 och 2011 utnyttjat det allmänna tandvårdsbidraget vid minst ett tillfälle. Skillnaden i kännedom och användning tyder fortsatt på att tandvården ”drar” ATB utan att informera patienten.

Vidare visar statistiken på ett underutnyttjande av tandvårdsbidraget från patienterna i åldern 20–29 år. Det vill säga från en av de åldersgrupper som har ett ATB på 300 kronor per år. Det kan till viss del bero på att denna åldersgrupp endast besöker tandvården akut i större utsträckning än andra grupper. Det kan även till viss del bero på att det finns en underrapportering av ATB för patienter som har abonnemangstandvård, en typ av tandvård som är vanligast i yngre åldersgrupper [17].

Riksrevisionen konstaterar i sin utvärdering av det statliga tandvårdsstödet att patientens ställning fortfarande behöver stärkas och att regeringens insatser inte fungerat. Bland annat påpekar Riksrevisionen att det krävs information om stödet och särskilda informationsinsatser för att reformen ska fungera. De informationsinsatser som genomförts har till stor del nått dem som redan har kontakt med tandvården, medan de som sällan besöker tandvården eller har stora tandvårdsbehov inte har nåtts. Vidare påpekar Riksrevisionen att det är svårt för patienterna att göra prisjämförelser. Referenspriserna var till viss del tänkta att användas för prisjämförelser, men det har inte fungerat och systemet med referenspriser är inte särskilt väl känt. Riks-

revisionen konstaterar att för att målet med god tandhälsa ska kunna nås med tandvård i förebyggande syfte och tandvård till dem med stora behov, krävs det att informationen till patienterna fungerar och att rätt information når rätt patientgrupper.

Tandvård i rimlig tid

Stora skillnader i tandläkartäthet

Det är stora skillnader i tillgången till personal i olika delar av landet. Det visar Socialstyrelsens statistik över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal [19].

År 2010 fanns det 80 tandläkare och 40 tandhygienister per 100 000 invånare. Västra Götalandsregionen, Stockholms län och Västerbottens län hade högst tandläkartäthet i landet med 88, 86 respektive 86 tandläkare per 100 000 invånare. Lägst tandläkartäthet hade Västernorrlands län och Gävleborgs län med 65 respektive 63 tandläkare (tabell 4:1).

Tabell 4:1. Legitimerad tandvårdspersonal sysselsatta inom tandvården efter län, antal per 100 000 invånare, november 2010.

Län	Tandhygienister	Tandläkare	Totalt
Stockholm	33	86	119
Uppsala	41	85	126
Södermanland	39	77	116
Östergötland	35	68	103
Jönköping	46	80	126
Kronoberg	28	78	106
Kalmar	33	70	103
Gotland	35	70	105
Blekinge	38	76	114
Skåne	38	81	118
Halland	41	77	118
Västra Götaland	38	88	126
Värmland	72	70	142
Örebro	47	76	123
Västmanland	38	74	112
Dalarna	58	66	124
Gävleborg	72	65	137
Västernorrland	33	63	96
Jämtland	41	76	117
Västerbotten	42	86	128
Norrbottn	42	78	120
Hela riket	40	80	120

Källa: Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010, s. 74. Socialstyrelsen; 2012.

Värmland, Dalarna och Gävleborg utmärker sig genom att ha fler tandhygienister än tandläkare per 100 000 invånare. Tidigare uppföljningar av Socialstyrelsen visar att detta är ett led i medvetna rekryterings- och utbildnings-satsningar. I Dalarna har satsningarna delvis kommit till stånd för att möta

den kommande bristen på tandläkare och i Gävleborg arbetar man med team och samverkan [20].

Svag koppling mellan tandläkartäthet och besöksfrekvens

Under de tre första åren med 2008 års tandvårdsstöd besökte 78 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) tandvården vid minst ett tillfälle. Drygt 20 procent gjorde 2–3 besök under perioden, medan knappt 30 procent gjorde 4–7 besök [21].

Det betyder att drygt 20 procent av den vuxna befolkningen inte besökte tandvården alls under perioden. Andelen individer som inte besökt tandvården varierar mellan länen. I Norrbottens län har cirka 30 procent av befolkningen inte besökt tandvården samtidigt som cirka 20 procent av befolkningen i Jönköpings län och i Region Halland inte har besökt tandvården [21]. I Övertorneå och Haparanda har drygt 40 procent av befolkningen inte haft kontakt med tandvården under perioden 1 juli 2008–30 juni 2011.

Tillgången på vårdgivare varierar också kraftigt. Ett fyrtiotal kommuner hade färre än fyra vårdgivare per 100 000 invånare. Haparanda och Övertorneå ingår i den gruppen. Samtidigt finns det kommuner med varierande vårdgivartäthet som har liknande besöksfrekvens. Försäkringskassans analys av gruppen som inte har en regelbunden kontakt med tandvården visar att det finns ett mycket svagt samband mellan tandläkartäthet och besöksfrekvens, det vill säga att besöksfrekvensen ökar i takt med att antalet tandläkare ökar.

Säker tandvård

En säker tandvård minskar risken för vårdskador och ökar patientsäkerheten. Någon nationell sammanställning över hur många patienter som skadas i tandvården finns dock inte och de anmälningar av vårdskador som görs till Socialstyrelsen enligt lex Maria ger inte någon fullständig bild av vårdskadorna inom tandvården. Under 2011 fattade Socialstyrelsen beslut i 56 lex Maria-ärenden som rör tandvård. Under perioden 1 januari 2012–31 december 2012 fattade Socialstyrelsen beslut i 51 lex Maria-ärenden. Socialstyrelsens statistik från 2011 visar att knappt 5 procent av de enskilda klagomålen som kommer in till myndigheten gäller verksamhetsområdet tandvård [22].

Behov av förbättrad journalföring inom tandvården

Det finns ett behov att förbättra journalföringen inom tandvården. Det visar den granskning av journalföringen som Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket genomförde under 2011. Till exempel saknades dokumentation av aktuella anamnesuppgifter i 60 procent av de journaler som granskades [23]. De tre myndigheternas granskning visar förbättringsmöjligheter inom:

- journalföring av anamnesuppgifter och diagnoser
- märkning av röntgenbilder och uppgifter om röntgenfynd
- märkning av fotografier

- journalföring av använda material och läkemedel
- journalföring av terapiplaner och kostnadsförslag.

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten, i 3 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355), PDL.

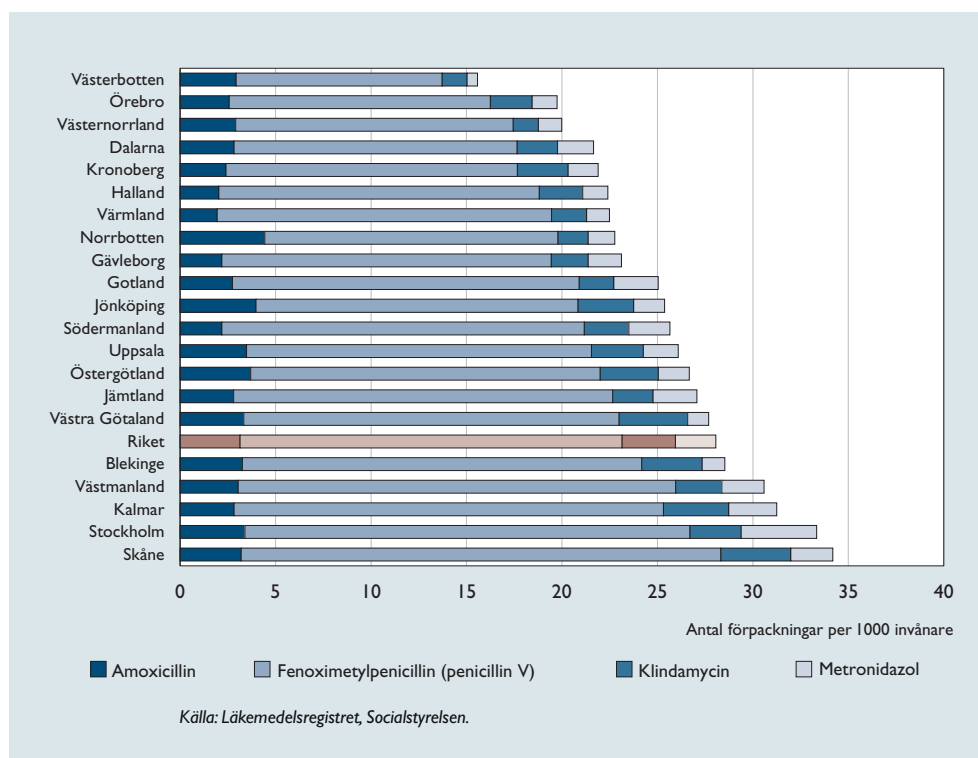
Brister i journalföringen leder till minskad patientsäkerhet. Knapphändig information, eller avsaknad av information, gör det svårt att följa innehåll och motiv för utförd behandling. Om komplikationer skulle uppstå försvåras spårbarheten avseende använda läkemedel och material.

Skillnaderna i antibiotikaförskrivning över landet fortsatt stora

Under 2011 stod tandvården för cirka 7 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvården (ingen förändring jämfört med 2010). Under 2011 ökade förskrivningen av antibiotika med 0,5 procent [24]. V-penicillin (Pc-V) utgör precis som året innan 75 procent av all antibiotika som förskrivs av tandläkare. Detta är positivt eftersom V-penicillin är så kallad smalspektrumantibiotika vilket har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora, och medför mindre risk för utveckling av antibiotikaresistens jämfört med bredspektrumantibiotika.

Det är fortsatt stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivning inom tandvården. Tandläkare i Stockholm och Skåne skriver ut dubbelt så mycket antibiotika som tandläkare i Västerbotten (diagram 4:1). Jämfört med 2011 har dock förskrivningen minskat något i alla tre länen. Samtidigt har emellertid antibiotikaförskrivningen ökat märkbart i Kalmar län jämfört med året innan [25].

Diagram 4.1. Antibiotika förskrivet av tandläkare under perioden september 2011 – augusti 2012.



Varför det är så stora regionala skillnader i antibiotikaanvändningen är inte känt. När tandvården börjar tillämpa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvården i större utsträckning bör skillnaderna emellertid med tiden jämnas ut. Det gäller till exempel rekommendationen att bara tilläggsbehandla sparsamt med antibiotika vid sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat, eftersom det gör mycket liten nytta. Risk för att resistens ska utvecklas nämns särskilt som ett problem i detta sammanhang. Därför bör antibiotika vid dessa tillstånd endast övervägas när det finns risk för att infektionen ska spridas och patientens allmäntillstånd är påverkat [26].

Smittskyddsinstitutet och Läkemedelsverket har på regeringens uppdrag tagit fram behandlingsrekommendationer för tandvården som kan komma minska skillnaderna mellan landstingen och också minska användningen av antibiotika inom tandvården totalt sett. I rekommendationerna konstateras att de flesta tandvårdspatienter inte behöver antibiotikaproylax. Antibiotikaproylax ska därför endast ges i de fall där man visat nyttan med behandlingen eller där det råder konsensus om sådan behandling [27].

Kunskapsbaserad tandvård

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

Socialstyrelsen utvärderar tandvårdens kvalitet

Socialstyrelsen har tagit initiativ till en indikatorbaserad nationell utvärdering av tandvården för att bidra till lokalt, regionalt och nationellt förbättringsarbete av tandvården. Utvärderingen ska jämföra och utvärdera kvalitet och effektivitet i svensk tandvård med utgångspunkt i *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011* och de övergripande nationella indikatorerna för god tandvård. Utvärderingen ska synliggöra kvalitet och skillnader i tandvården, och visa på följsamheten till riktlinjerna i tandvården, samt ge underlag för verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring. Utvärderingen ska publiceras av Socialstyrelsen våren 2013.

Det vetenskapliga underlaget till de nationella riktlinjerna ska uppdateras

Socialstyrelsen har under 2012 startat arbetet med att uppdatera det ursprungliga vetenskapliga underlaget för de nationella riktlinjerna för vuxentandvård som togs fram för fyra år sedan i samband med utarbetandet av tandvårdsriktlinjerna. Sedan dess kan det ha tillkommit ny kunskap som innebär att riktlinjernas rekommendationer behöver justeras. Uppdateringen beräknas bli färdig i början av 2013 och resultatet kommer att redovisas på Socialstyrelsens webbplats.

Det regionala arbetet med att implementera riktlinjerna fortgår

I flera landsting pågår nu arbetet med att införa behandlingsrutiner med stöd av de nationella riktlinjerna för vuxentandvård. Riktlinjerna har i flera landsting blivit ett viktigt verktyg, för att förbättra kvaliteten och för att arbeta mer evidensbaserat, inom både offentlig och privat tandvård.

Till de landsting och regioner där folktandvården arbetat med att på olika sätt förankra de nationella riktlinjerna i sin verksamhet hör Norrbotten, Västernorrland, Uppsala, Gävleborg, Östergötland, Sörmland, Skåne och Västra Götaland.

Under hösten 2012 har folktandvården i Västernorrland och Dalarna genomfört konferenser för sin personal på temat riktlinjer. Vid konferenserna har rekommendationer för de olika områdena inom riktlinjerna diskuterats.

Hälsodata och kvalitetsregister

Socialstyrelsens tandhälsoregister byggs ut

Socialstyrelsens tandhälsoregister inrättades den 1 juli 2008. Tandhälsoregistret innehåller uppgifter om patienter som har behandlats med åtgärder inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Registret innehåller uppgifter om diagnoser och behandlingar och information om antalet kvarvarande och intakta tänder. Den 31 oktober 2012 innehöll registret uppgifter om cirka 6 miljoner unika individer, 62,5 miljoner diagnoser och 67 miljoner behandlingsåtgärder.

Från och med den 1 januari 2013 ska även uppgifter om på vilka grunder särskilt tandvårdsbidrag har lämnats och på vilken grund en patient har fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift registreras i tandhälsoregistret.

Ett av registrets användningsområden är att det kan användas som källa vid uppföljning av riktlinjer och indikatorer. Ett exempel på en sådan uppföljning är Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvården.

Nationellt kvalitetsregister för dentala implantat (NQRDI)

Det nationella kvalitetsregistret för dentala implantat (NQRDI) är fortfarande under uppbyggnad. Registrets syfte är att kartlägga omfattningen av implantatbehandling och att registrera patienttillfredsställelse, tuggfunktion, implantatförluster och övriga komplikationer. I dagsläget finns det stora kunskapsluckor på nationell nivå när det gäller behandlingsresultat och komplikationer av implantatbehandling.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa)

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) startade 2007. Syftet med kvalitetsregistret är att medverka till förbättrad munhälsa när det gäller karies och parodontit genom att bidra till att utveckla kvalitet och behandlingsresultat inom tandvården, och att bidra till verksamhetsutveckling både på kliniknivå och på nationell nivå [28]. Data från registret används i olika forskningsprojekt och Socialstyrelsen använder registret som datakälla i den nationella utvärderingen av tandvården.

Hösten 2012 var 10 landsting och regioner anslutna till SKaPa. Tanken är att ytterligare fyra landsting och regioner ska ansluta sig våren 2013 och att samtliga landsting och regioner ska vara anslutna till registret hösten 2013. SKaPa har även tecknat avtal med Praktikertjänst för anslutning av privata mottagningar. Den första privata mottagningen anslöts till registret hösten 2012 och därefter är tanken att privattandvården ska anslutas succesivt. Detta är viktigt eftersom stora delar av vuxentandvården sköts av privat-tandvården.

Bisfenol A inom tandvården

Förbudet mot kvicksilver från 2009 innebar även ett förbud mot att använda tandfyllningsmaterialet amalgam utom i vissa undantagsfall. En invändning mot att ersätta tandamalgam är att alternativen kan innehålla andra hälsofarliga och miljöfarliga ämnen. Ett ämne som lyfts fram i detta sammanhang är Bisfenol A. Därför genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av forskning om Bisfenol A i dentala material. Socialstyrelsens kartläggning visar att hälsoeffekter utifrån frisättning av Bisfenol A inte går att bedöma utifrån vetenskapliga studier eftersom det vetenskapliga underlaget är mycket bristfälligt [29].

För att ge professionen vägledning i frågan genomfördes en jämförelse mellan en så kallad ”worst case-exponering” och ett tolererbart dagligt intag enligt EU. Jämförelsen visar att även om det finns en exponering av Bisfenol A från dentala polymerbaserade material, så är den mycket lägre än det EU angett som det tolerabla dagliga intaget.

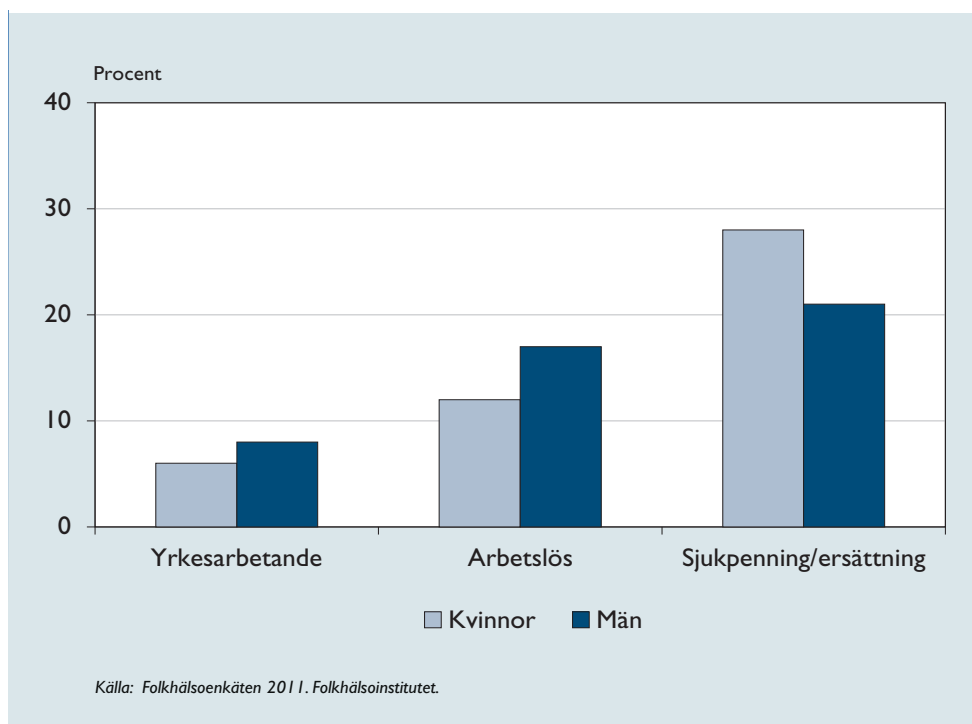
Jämlik tandvård

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

Fortsatt stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper

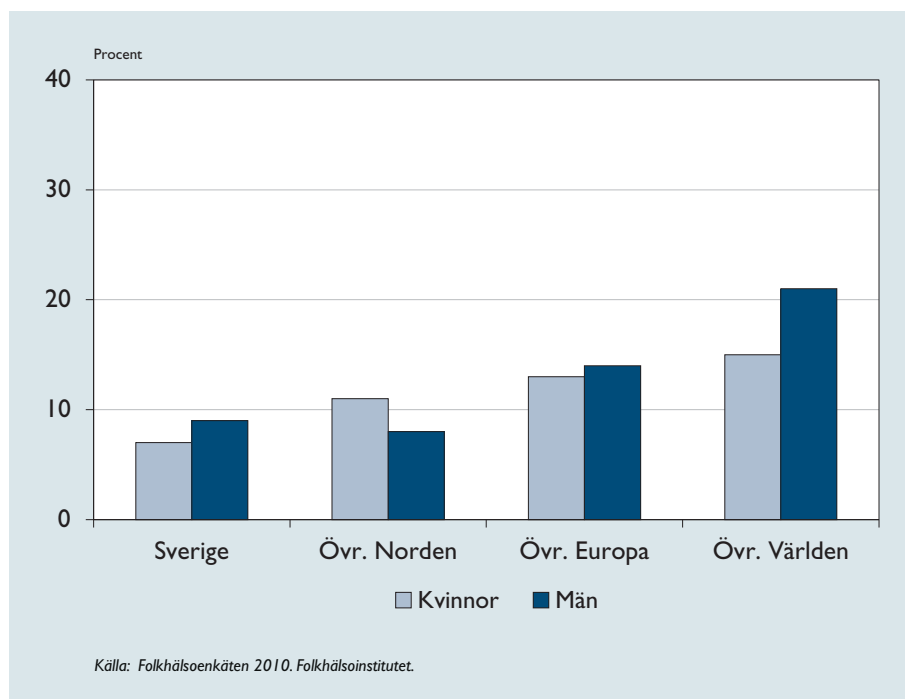
De tydliga skillnaderna i tandhälsa mellan olika grupper som uppmärksammats i tidigare rapporter från bland annat Socialstyrelsen och Försäkringskassan bekräftas i Folkhälsoinstitutets enkätundersökning *Hälsa på lika villkor* [1]. Yrkesarbetande har bättre självskattad tandhälsa än arbetslösa och personer med sjukpenning eller sjukersättning (diagram 4:2). Samtidigt har den självskattade tandhälsan förbättrats något i gruppen arbetslösa sedan 2010, men i gengäld har den försämrats bland kvinnor med sjukpenning eller sjukersättning [30].

Diagram 4:2. Andelen personer i åldern 16–84 år som uppger sig ha dålig tandhälsa. Efter sysselsättning och kön.



Födelseland har också fortsatt stor betydelse för den självupplevda tandhälsan. Svenskfödda har markant bättre självskattad tandhälsa än personer födda utanför Europa (diagram 4:3).

Diagram 4:3. Andelen personer i åldern 16–84 år som uppger sig ha dålig tandhälsa. Efter födelseland och kön.

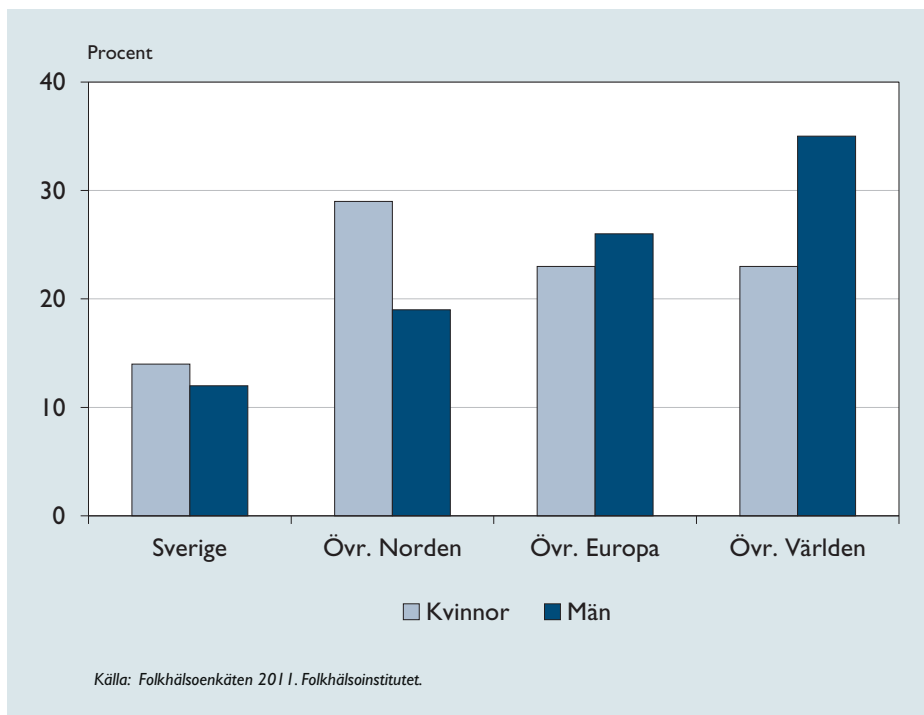


De resultat i folkhälsoenkäten som gäller självupplevd tandhälsa och behov av tandvård bekräftas i en studie från högskolan i Malmö [31]. Tandhälsan är generellt sett god men precis som i Folkhälsoinstitutets undersökning finns det stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper, som exempelvis mellan svenskfödda och utlandsfödda.

Relativt vanligt att avstå från tandvård trots behov

Det är relativt vanligt att man avstår från tandvård trots att man har ett behov. I Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät för 2011 uppgav 15 procent att de hade avstått från tandvård trots att de hade vårdbehov [1]. Utlandsfödda avstod från tandvård trots behov i större utsträckning än svenskfödda (diagram 4:4).

Diagram 4:4. Andelen personer i åldern 16–84 år som avstått tandvård trots vård-behov. Efter födelseland och kön.



Lågutbildade, arbetslösa och personer med sjukpenning eller sjukersättning avstår också från tandvård trots behov i högre utsträckning än andra.

Ekonomiska orsaker är den vanligaste anledningen till att avstå från tandvård. I den senaste nationella folkhälsoenkäten uppger 60 procent av de som avstått från tandvård att de gjort det av ekonomiska orsaker [1]. Socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda anger ekonomiska orsaker till att de avstått från tandvård i högre utsträckning än andra. Denna bild bekräftas av den befolkningsundersökning som Socialstyrelsen genomförde våren 2012. Även den visar att en betydande andel av befolkningen avstår tandvård av ekonomiska skäl.

En betydande andel av befolkningen har inte regelbunden kontakt med tandvården

Samtidigt som majoriteten av befolkningen uppger sig ha en god tandhälsa och regelbunden kontakt med tandvården har drygt var femte person inte haft någon kontakt alls med tandvården under de tre första åren som gått sedan det statliga tandvårdsstödet infördes 1 juli 2008. Det visar Försäkringskassans analys av dem som inte har regelbunden kontakt med tandvården [32].

Det är vanligare att unga, låginkomsttagare, lågutbildade, utlandsfödda och ensamstående inte har kontakt med tandläkare eller tandhygienist. Ett vanligt skäl till att man inte besöker tandvården är att man inte anser sig vara i behov av tandvård. Samtidigt är sannolikheten att inte besöka tandvården störst i de grupper som anser sig ha dålig tandhälsa i högst utsträck-

ning. Det pekar på att det finns en grupp individer som har behov av tandvård men som ändå avstår.

Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Ökningen av personlig assistans och assistansersättning har avstannat, och under 2011 har assistansen upphört för ungefär 1 300 personer. Assistansen är unik i sin utformning jämfört med andra insatser, både när det gäller självbestämmande och främjandet av delaktighet. Socialstyrelsen kommer därför att fortsatt följa utvecklingen och vad som händer med de personer vars assistans upphört.
- Sjukvården för personer med funktionsnedsättning är inte jämlik. Kvinnor som får insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, löper en nästan fördubblad risk att dö i bröstcancer jämfört med andra bröstcancerpatienter. En anledning kan vara att de får sin diagnos i ett senare skede. Socialtjänstens personal behöver därför i högre utsträckning uppmärksamma gruppens sjukvårdsbehov, exempelvis i samverkan med personal från vårdsektorn. Funktionshindersperspektivet behöver dessutom få ett större genomslag i arbetet med att göra vården mer patientfokuserad.
- Antalet ärenden påverkar socialtjänstens myndighetsutövning. Ju fler ärenden varje handläggare har, desto färre beslut följs upp regelbundet. Var fjärde kommun med få ärenden per handläggare följer upp majoriteten sina beslut, medan motsvarande andel bland kommuner med många ärenden per handläggare bara var 9 procent. Denna brist i uppföljningen av beslut påverkar den enskilde på flera sätt, framför allt finns det en risk att kvaliteten i stödet påverkas negativt.
- Få personer med insatsen daglig verksamhet går vidare till lönearbete. Förutsättningarna för sådana övergångar är begränsade, dels på grund av bristande uppföljning inom socialtjänsten, dels på grund av bristande samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan. Socialstyrelsen vill dock peka på att för vissa personer med funktionsnedsättning kan daglig verksamhet vara det bästa alternativet. Kvalitetsarbetet inom daglig verksamhet måste därför pågå parallellt med arbetet för att möjliggöra fler övergångar till lönearbete.
- Brister i personalens bemötande och att beviljade insatser inte utförs är två av de vanligaste anmälningsorsakerna till allvarliga missförhållanden inom socialtjänstens verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Dessutom förekommer även psykiska och fysiska övergrepp från personal. Verksamheterna vidtar för det mesta flera åtgärder för att komma till rätta med missförhållandena, och Socialstyrelsen fattar beslut om åtgärd endast i ett fåtal ärenden.

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, samt det stöd som ges som assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. Vi berör även vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

I kapitlet redogörs bland annat för utvecklingen inom olika kvalitetsområden, till exempel jämlik vård, självbestämmande, tillgänglighet och rättsäker socialtjänst.

Barn med funktionsnedsättning berörs inte i detta kapitel, eftersom Socialstyrelsen kommer att publicera två mer omfattande rapporter om barn och unga. Frågor som rör kompetens berörs inte heller i detta kapitel, utan diskuteras i stället i kapitlet *Kompetens och kompetensförsörjning*. Kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning diskuteras i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Om gruppen personer med funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning avser 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. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. Vi använder oss även av begreppet funktionshinder, dels när vi vill beskriva begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, dels när vi avser politikområdet.

Alla personer med funktionsnedsättning får inte insatser. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, 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.

På flera ställen i detta kapitel hänvisas till personkretsar. Det är ett begrepp som i detta sammanhang syftar på tre olika grupper som definieras i 1 § LSS.

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder som har orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
3. Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och orsakar betydande svårigheter i personens dagliga livsföring och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Omfattning och utveckling av stöd och insatser

Socialtjänstlagen, SoL, reglerar insatser till alla invånare som inte kan få sina behov tillgodosedda på annat sätt, oavsett ålder. Personer med funktionsnedsättning kan alltså få insatser enligt SoL, men vissa av dem har dess-

sutom rätt till insatser enligt LSS. I detta avsnitt redogör vi för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa två lagar.

Personlig assistans kan beviljas enligt två lagar: personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt 51 kap. SFB. Socialstyrelsen för statistik om den förra insatsen och Försäkringskassan om den senare. I denna lägesrapport för 2013 har Socialstyrelsen samkört uppgifter om de två insatserna, för att bättre kunna resonera om deras omfattning och utveckling. I avsnittet *Ökningen av personlig assistans har avstannat* presenterar vi dessa samkörda uppgifter.

Vanligt med stöd i det egna hemmet

Inom ramen för SoL kan personer med funktionsnedsättning beviljas till exempel hemtjänst eller boendestöd. År 2011 fick 16 600 personer hemtjänst och ungefär 17 500 personer hade boendestöd (tabell 5:1).

Individuellt biståndsprövad hemtjänst kan ges såväl i det egna hemmet (så kallat ordinärt boende) som i ett gruppboende (så kallat särskilt boende). I begreppet hemtjänst ingår också avlösning av anhörigvårdare, men i detta kapitel avser vi endast individuellt biståndsprövad hemtjänst.

Med boendestöd avses stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper, bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning. Boendestöd kan vara både ett praktiskt och ett socialt stöd, som syftar till att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.

Åldersfördelningen skiljer sig mellan de båda insatserna. Hemtjänst är vanligast bland personer i åldern 45–64 år, medan boendestöd i stort sett är lika vanligt i alla åldrar (tabell 5:1). Båda insatserna är dock relativt ovanliga bland personer under 20 år.

Tabell 5:1. Antal insatser enligt SoL 2011, uppdelat på ålder och kön.

Ålder	Kvinnor			Män			Totalt antal insatser
	0–19	20–44	45–64	0–19	20–44	45–64	
Särskilt boende	8	331	1 441	15	541	2 001	4 337
Hemtjänst i ordinärt boende	141	1 982	6 603	237	1 497	6 113	16 573
Boendestöd	114	4 421	4 227	131	4 443	4 167	17 503
Totalt antal insatser	263	6 734	12 271	383	6 481	12 281	38 413

Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 oktober 2011, Socialstyrelsen (2012).

Personer med funktionsnedsättning kan även beviljas särskilt boende enligt SoL. År 2011 bodde cirka 4 300 personer i särskilt boende. Antalet personer med funktionsnedsättning som får heldygnsomsorg är alltså lägre än antalet som får stöd i det egna hemmet. Här avses gruppboenden som kommunerna ska inrätta för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter

betydande svårigheter i sin livsföring och som till följd av dessa svårigheter behöver ett sådant boende, enligt 5 kap. 7 § SoL.

Fler män än kvinnor bor i särskilt boende, och fler äldre än yngre. Det totala antalet ökar med stigande ålder och de som är 55–64 år utgör 55 procent av dem som får denna insats.

Daglig verksamhet är fortfarande den vanligaste LSS-insatsen

År 2011 fick drygt 63 300 personer en eller flera insatser enligt LSS (tabell 5:2). Det totala antalet insatser var 107 700. Den i särklass vanligaste insatsen var daglig verksamhet, som ungefär 30 000 personer var beviljade.

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

Tabell 5:2. Antal personer 2011 med insatser enligt LSS uppdelat på kön och ålder, avrundade värden.

	Kvinnor			Män			Totalt antal insatser
	0–22	23–64	65–	0–22	23–64	65–	
Personlig assistans	400	1 160	260	520	1 160	260	3 760
Ledsagarservice	1 380	2 050	560	2 380	2 340	450	9 160
Kontaktperson	1 630	6 440	890	2 230	7 410	860	19 460
Avlösarservice	1 040	90	20	2 130	90	30	3 400
Korttidsvistelse	3 130	490	15	5 500	690	50	9 875
Korttidstillsyn	1 870	0	0	3 140	0	0	5 010
Boende, barn	480	4	0	840	8	0	1 332
Boende, vuxna	520	8 360	1 400	750	11 300	1 600	23 930
Daglig verksamhet	1 220	11 740	520	1 770	15 330	570	31 150
Totalt antal insatser	11 670	30 334	3 665	19 260	38 328	3 820	107 700

Källa: *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011* (2012).

Könsskillnaderna har funnits under många år, och 2010 presenterade Socialstyrelsen fördjupade analyser av de bakomliggande orsakerna [1]. I analyserna studerade vi könsskillnader i vilka som får vissa diagnoser såsom utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd, ryggmärgsskador, cerebral pares (cp), ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Resultaten visade att könsskillnaderna i antal insatser delvis kan förklaras av att antalet pojkar och män med dessa diagnoser är fler än antalet flickor och kvinnor. En annan möjlig förklaring till könsskillnaderna är att handläggare bedömer behoven hos män och kvinnor olika.

Insatser enligt SoL ökar mer än insatser enligt LSS

Socialtjänsten beviljar alltmer stöd till personer med funktionsnedsättning. Sedan 2007 har antalet beviljade insatser enligt SoL ökat med 21 procent⁶ men insatser enligt LSS ökat med 8 procent⁷ (tabell 5:3). Ökningen gäller inte alla insatser, utan framför allt boendestöd enligt SoL, bostad med särskild service till vuxna enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS.

När det gäller insatserna enligt LSS ökar även antalet personer som får dem. År 2011 fick 63 300 personer en eller flera insatser enligt LSS, vilket motsvarar en ökning med 11 procent sedan 2007.

I sammanhanget är det även intressant att nämna att kostnaderna per person i särskilt boende enligt SoL ökar⁸, vilket kan bero på att de boende har ett större vårdbehov än tidigare. Mer om detta finns att läsa i kapitlet om ekonomiska analyser.

Tabell 5:3. Antal insatser enligt SoL och LSS år 2007–2011, avrundade värden.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring 2007–2011 (%)
Insats enligt LSS eller assistansersättning						
Personlig assistans	3 340	3 500	3 360	3 560	3 760	+12,5
Ledsagarservice	9 660	9 660	9 640	9 290	9 160	+0,05
Kontaktperson	18 000	18 420	19 150	19 500	19 460	+1
Avlösarservice	3 370	3 349	3 380	3 390	3 390	+0
Korttidsvistelse	10 120	10 230	9 980	10 010	9 880	-2
Korttidstillsyn	5 080	5 170	5 140	5 160	5 010	-1
Boende, barn	1 290	1 398	1 430	1 440	1 330	+3
Boende, vuxna	21 600	22 320	22 870	23 430	23 920	+11
Daglig verksamhet	27 000	28 080	28 970	30 250	31 150	+15
Insatser enligt SoL						
Särskilt boende	4400	4510	-	4280	4340	-1
Hemtjänst i ordinärt boende	16 800	16 800	-	16 670	16 580	-1
Boendestöd	10 630	12 170	-	15 130	17 500	+65

Källa: Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2007 (2008), Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2008 (2009), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2009 (2010), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011 (2012), Funktionshindrade personer år 2007 – Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (2008), Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – vård och omsorg den 30 juni 2008, Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (2009), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 november 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 oktober 2011 (2012).

Ökningen av personlig assistans och assistansersättning har avstannat

År 2011 fick cirka 19 300 personer assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken eller personlig assistans enligt LSS, visar Socialstyrelsens be-

⁶ Hemtjänst, boendestöd och särskilt boende.

⁷ Exklusive insatsen råd och stöd

⁸ För personer upp till 64 år.

arbetning av registeruppgifter (tabell 5:4). Uppgiften avser antalet unika personer som fick någon av dessa insatser. Av samtliga 19 300 personer fick 216 personer både assistansersättning och personlig assistans, men i detta avsnitt räknas alltså dessa personer bara en gång.

Tabell 5:4. Antal personer med personlig assistans enligt LSS eller assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, 2004–2011, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden.

Ålder	2004		2007		2010		2011	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0–19	1 400	1 800	1 500	2 200	1 700	2 400	1 600	2 400
20–44	2 400	3 000	2 600	3 200	2 700	3 400	2 700	3 400
45–64	3 000	2 900	3 400	3 100	3 200	3 100	3 100	3 100
65–	700	600	1 000	1 000	1 400	1 400	1 500	1 400
Totalt	7 500	8 300	8 500	9 500	9 000	10 300	9 000	10 300

Uppgifterna för 2004–2010 bygger på uppgifter som Socialstyrelsen beställde från Försäkringskassan 2011. Uppgifterna från 2011 bygger på uppgifter som Socialstyrelsen beställde 2012.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning (2012).

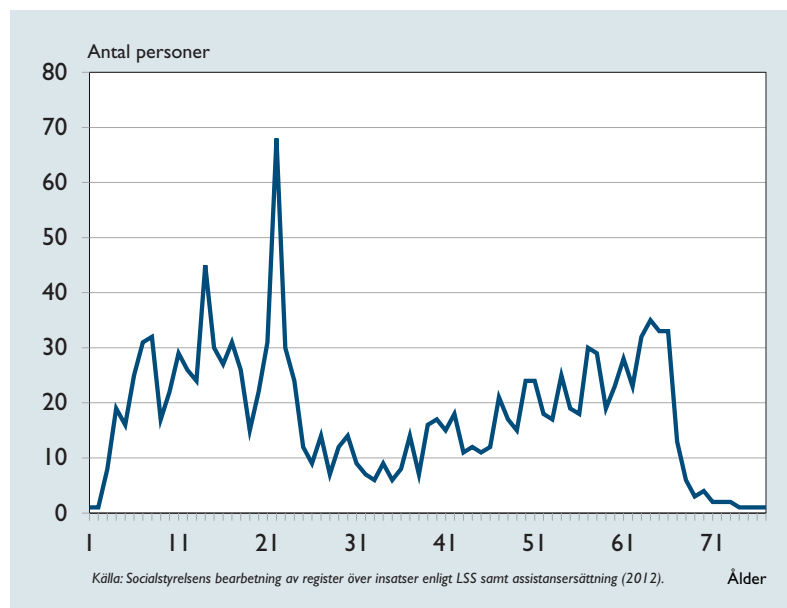
Den tidigare ökningen av antalet personer med personlig assistans eller assistansersättning börjar nu avstanna. Under åren 2004–2010 ökade antalet personer med 20 procent, men mellan 2010 och 2011 skedde ingen större ökning. Antalet personer var drygt 19 000 båda dessa år. I nuläget kan vi dock inte bedöma om den avstannade ökningen är tillfällig.

I kapitlet *Ekonomiska analyser* konstaterar Socialstyrelsen dessutom att den tidigare kostnadsökningen för assistansen nu börjar plana ut. Detta kan ha flera orsaker, exempelvis att det genomsnittliga antalet assistanstimmar per person minskar. Det går därför inte att koppla den utvecklingen till att antalet personer som får insatsen har slutat att öka. Men det är likväl intressant att såväl kostnadsutvecklingen som den tidigare ökningen av antalet personer nu avstannat.

Under 2011 fattades emellertid 1 500 nya beslut om assistansersättning eller personlig assistans.⁹ Diagram 5:1 visar att många av de nya besluten avser personer i åldern 10–20 år samt personer i 60-årsåldern.

⁹ Med nytt beslut avses personer som fick assistansersättning eller personlig assistans 2011, men inte 2010.

Diagram 5:1. Antal personer som hade assistansersättning eller personlig assistans enligt LSS år 2011 men inte år 2010, uppdelat på ålder.



Antalet personer som får insatsen ökar alltså inte nämnvärt, trots att fler får beslut om den. Detta betyder att det finns personer vars assistansersättning eller personliga assistans har upphört under året. Socialstyrelsens bearbetningar visar mycket riktigt att assistansen upphörde för 1 251 personer mellan 2010 och 2011. Dessa personer finns i alla åldersgrupper:

- 0–19 år: 183 personer
- 20–44 år: 295 personer
- 45–64 år: 465 personer
- 65– år: 308 personer.

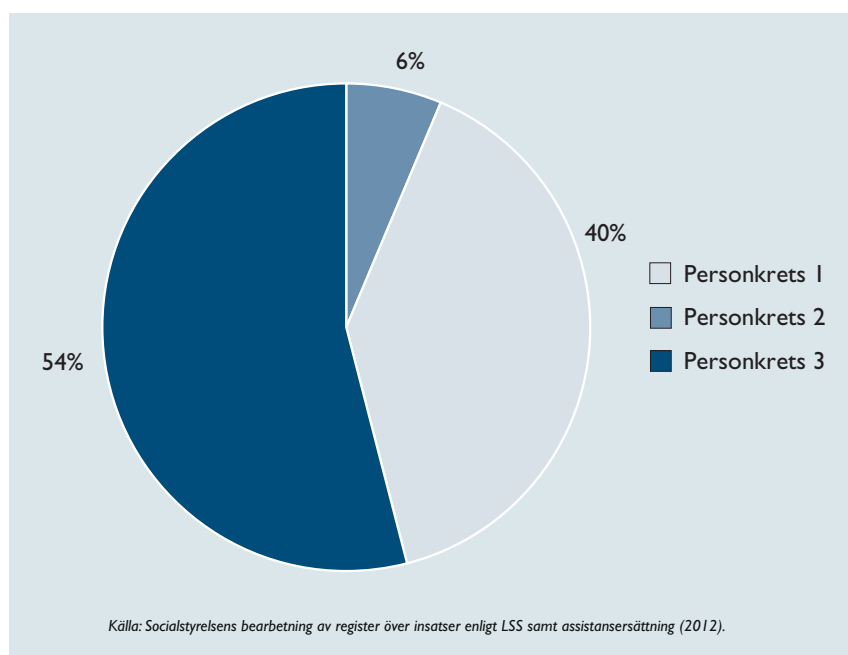
År 2011 fick knappt 300 av dessa 1 251 personer en eller flera andra insatser enligt LSS, varav boende och ledsagarservice var vanligast (137 respektive 59 personer). Majoriteten fick dock ingen insats enligt LSS alls (965 personer).

Personlig assistans är en insats som är unik i sin utformning, vad gäller självbestämmande och delaktighetsskapande, och den kan endast i mycket begränsad utsträckning ersättas av andra stöd, utan att personens delaktighet och självbestämmande begränsas kraftigt. Det är därför viktigt att även följa den grupp som har haft men inte längre får assistansersättning eller personlig assistans. En viss andel av dessa personer har sannolikt inte längre assistans på grund av ett förändrat vårdbehov, hög ålder eller för att de har avlidit. Andra kan ha fått sin assistans indragen till följd av fusk eller överutnyttjande. Ett annat skäl kan vara att rättpraxis på området har skärpts. Socialstyrelsen bedömer likväl att det är nödvändigt att göra fortsatta analyser, och vi kommer att fortsätta följa utvecklingen och analyserna av vilket stöd som i stället ges till dessa personer.

Nästan hälften av de assistansberättigade tillhör personkrets 1

En av personlig assistans viktigaste utgångspunkter är den enskildes självbestämmande. Personer med funktionsnedsättning har många gånger begränsade förutsättningar att kunna bestämma själva, till exempel på grund av kommunikationssvårigheter eller en intellektuell funktionsnedsättning. Diagram 5:2 visar att andelen assistansberättigade som tillhör personkrets 1 utgör 40 procent av samtliga personer med assistans. Inom denna personkrets finns många med begränsad förmåga till självbestämmande. Denna grupp assistansberättigade ställer därför särskilda krav på utförare och enskilda assistenter när det gäller att skapa förutsättningar för självbestämmande.

Diagram 5:2. Andelen assistansberättigade som tillhör personkrets 1, 2 och 3, 2011.



Tillgänglig socialtjänst

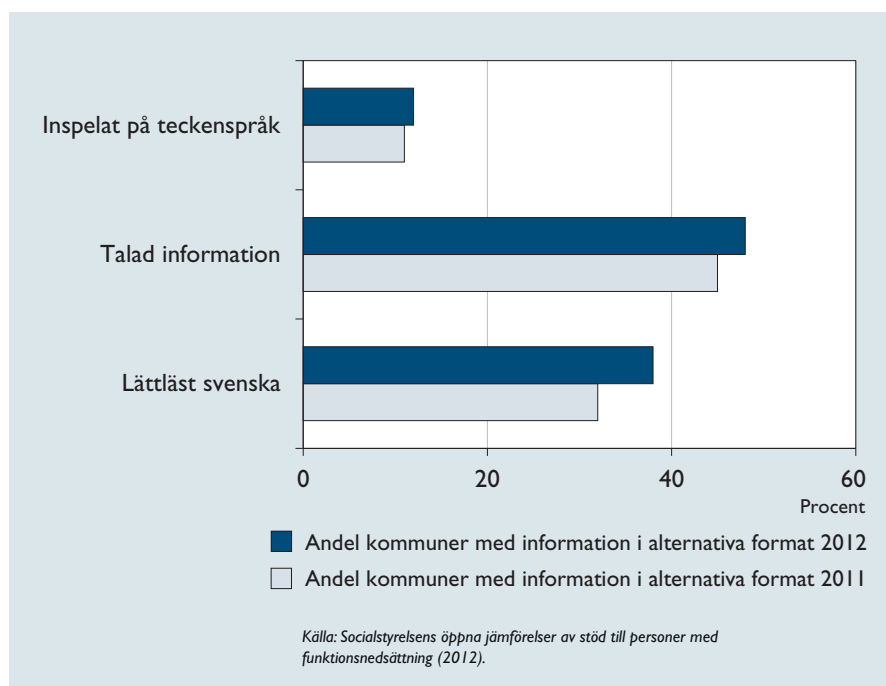
Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I nedanstående avsnitt redovisar Socialstyrelsen hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning. Vi berör även den fysiska tillgängligheten i dagliga verksamheter och i boenden.

Kommunernas webbplatser blir alltmer tillgängliga

Tillgången till anpassad information för personer med funktionsnedsättning är fortfarande begränsad, både när det gäller lättläst svenska, teckenspråk och uppläst information (diagram 5:3). Under det senaste året har det dock skett vissa förbättringar. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning.

Otillgänglig information kan innebära att det blir svårt för personer med funktionsnedsättning att få kunskap om vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor. Socialstyrelsen bedömer att den bristande tillgängligheten för personer med hörselnedsättning är särskilt anmärkningsvärd; endast 11 procent av kommunerna har information om insatser enligt LSS inspelad på teckenspråk på sin webbplats.

Diagram 5:3. Andelen kommuner som har information i alternativa format på sin webbplats, 2011 och 2012.



Tillgängligheten är också begränsad i bostäder med särskild service och i dagliga verksamheter. Knappt 40 procent av samtliga boenden och dagliga verksamheter har inventerat sina lokaler ur ett tillgänglighetsperspektiv [2]. Även denna låga andel är anmärkningsvärd, eftersom detta är lokaler och verksamheter som riktar sig specifikt till personer med en funktionsnedsättning. Sannolikt är verksamheterna till viss del ändå tillgängliga för dessa personer. Men en inventering innebär att verksamheten gör en systematisk genomgång, vilket minimerar risken att man förbiser vissa aspekter av tillgänglighet (till exempel tillgänglighet för personer med synnedsättning eller kognitiv nedsättning).

Jämlik vård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för hur jämlik vården är för personer som får insatser enligt LSS. Studien som vi presenterar är en fortsättning på Socialstyrelsens analyser från 2010, som också fokuserade på sjukvård för personer med psykisk funktionsnedsättning [3].

En av de studierna handlade om vård och hälsoutfall vid cancer, vilket även är fokus för nedanstående studie.

Personer som får insatser enligt LSS dör oftare av cancer

Många personer med funktionsnedsättning som insjuknar i cancer har sämre chanser att bli friska än övriga patienter med cancer. Socialstyrelsens analyser visar att om personer med insatser enligt LSS insjuknar i cancer så dör de i högre utsträckning jämfört med andra cancerpatienter. Tabell 5:5 visar att hos denna grupp är risken att dö mer än fördubblad jämfört med hos övriga cancerpatienter (riskkvoterna 2,34 respektive 1,0 visar denna fördubbling). Personer med funktionsnedsättning har många gånger sämre hälsa till följd av funktionsnedsättningen, och det är därför viktigt att i statistiken utesluta andra dödsorsaker än just cancer. Tabell 5:5 visar att även när vi utesluter andra dödsorsaker än cancer (så kallad orsaksspecifik dödlighet), så kvarstår en mer än fördubblad risk att dö för personer med LSS-insatser.

Tabell 5:5. Relativa risker för total dödlighet i cancer, orsaksspecifik dödlighet och dödlighet i bröstcancer, hos personer med insatser enligt LSS jämfört med övriga patienter.

	IRR
Total dödlighet i cancer	
Personer med LSS-insatser	2,34
Övriga cancerpatienter	1
Orsaksspecifik dödlighet	
Personer med LSS-insatser	2,17
Övriga cancerpatienter	1
Dödlighet i bröstcancer	
Kvinnor med insatser enligt LSS	1,66
Övriga kvinnliga bröstcancerpatienter	1

IRR = incidence rate ratio

Källa: Socialstyrelsens patientregister och registret över insatser enligt LSS (2012).

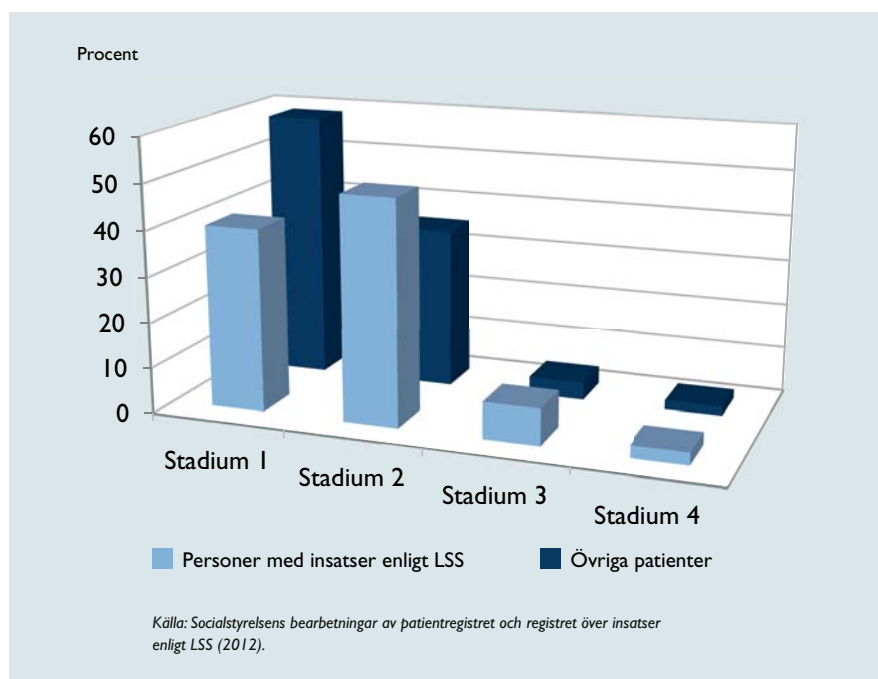
Att personer som får insatser enligt LSS i högre grad dör av sin cancer skulle kunna bero på att de får vård senare på grund av att cancer upptäcks i ett senare skede. Därför har Socialstyrelsen även analyserat hur långt cancer fortskridit vid tidpunkten för diagnos. Vi valde då att studera bröstcancer eftersom detta är en cancerform som hälso- och sjukvården aktivt screenar genom att bjuda in kvinnor till mammografiundersökning. Screening med mammografi har visat sig reducera dödligheten i sjukdomen väsentligt.

Kvinnor med insatser enligt LSS som insjuknar i bröstcancer får oftare sin diagnos i ett senare skede än andra bröstcancerpatienter.¹⁰ Diagram 5:4 visar att det är vanligare att dessa kvinnor får sin diagnos i stadium 3–4, medan det är vanligare att övriga bröstcancerpatienter får sin diagnos i stadium 1.¹¹

¹⁰ Analyserna avser kvinnor i ålder 40–49 år.

¹¹ Stadie 1 är det mest gynnsamma stadiet.

Diagram 5:4. Tidpunkten för bröstcancerdiagnos för patienter med insatser enligt LSS och för övriga patienter (referens). Den vertikala axeln visar andel (%) patienter som får sin diagnos och den horisontala axeln de olika stadierna av bröstcancer.



Kvinnor med insatser enligt LSS får alltså många gånger sin diagnos och behandling i ett senare stadium än övriga bröstcancerpatienter. De riskerar därför en sämre prognos än övriga patienter med bröstcancer. Resultaten indikerar att kvinnor med insatser enligt LSS troligen inte går på screening i samma utsträckning som andra kvinnor.

Resultaten för kvinnor med insatser enligt LSS liknar motsvarande resultat för kvinnor med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Även de kvinnorna får sin bröstcancerdiagnos i ett senare skede än övriga cancerpatienter [3].

Vården och dess behandlingsresultat vid cancer är bara ett exempel på hur ojämlik vården kan vara för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen kommer därför att fortsätta studera jämlikheten i sjukvården för personer med funktionsnedsättning, även när det gäller andra sjukdomstillstånd än cancer.

Svårigheter att föra sin egen talan kan göra vården ojämlik

Sjukvård för personer som får insatser enligt LSS är en angelägenhet för både hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten, det pekar resultaten i ovanstående avsnitt på. Många i gruppen har företrädare, till exempel i form av socialtjänstpersonal eller god man. Många har dessutom kognitiva svårigheter eller andra svårigheter, som gör det svårt för dem att föra sin egen talan. Ovanstående resultat om dödlighet och vård vid cancer pekar på behovet av kompetens, samverkan mellan socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel i form av förbättrade rutiner

på boenden. Men det handlar troligen också om att funktionshindersperspektivet behöver få ett större genomslag inom hälso- och sjukvården. Vårdpersonal behöver uppmärksamma särskilda behov hos personer med funktionsnedsättning för att på så sätt förbättra bemötandet.

Att personer med funktionsnedsättning får ett bra bemötande är således en viktig förutsättning för att vården ska bli mer jämlik. I sin handbok om patientfokuserad vård lyfter Socialstyrelsen fram vad som krävs av vårdpersonalen när patienten har nedsatt autonomi, till exempel en utvecklingsstörning:

En utvecklingsstörning kan finnas samtidigt med flera andra typer av funktionsnedsättningar vilket ställer särskilda krav på både information och kontinuitet. Ett gott bemötande förutsätter god kunskap om funktionsnedsättningens konsekvenser vid planering och genomförande av vården. Utvecklingsstörningen kan göra det svårt för personen att uttrycka sina symtom på ett tydligt sätt och här blir informationen från och till närstående, personal eller andra som känner personen viktig. All information behöver ges på ett så enkelt och konkret sätt som möjligt och utifrån patientens förmåga att förstå och ta del av information. I vissa situationer kan det vara aktuellt med tolkstöd eller olika kognitiva hjälpmedel. Det är ofta en fördel om besök i hälso- och sjukvården kan förberedas eller att man ibland överväger hembesök. Andra rutiner kan vara att sätta av extra tid för konsultation och undersökning eller dela upp åtgärderna på flera tillfällen [4].

För att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behöver den även vara tillgänglig. Socialstyrelsen har tidigare i en annan rapport uppmärksammat att tillgängligheten hos vårdcentraler är låg för denna grupp. Mindre än 10 procent av vårdcentralerna hade till exempel anpassat sina lokaler för hörselskadade och cirka 30 procent hade rutiner för att förlänga besökstider [5]. Denna bristande tillgänglighet riskerar att göra det ännu svårare för personer med funktionsnedsättning att få vård. Det kan ta längre tid, och i värsta fall kan bristerna helt utestänga dessa personer från att söka vård och stöd på samma villkor som den övriga befolkningen.

Likvärdig socialtjänst

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för skillnader mellan landets kommuner när det gäller myndighetsutövning, till exempel hur mängden ärenden påverkar uppföljningen av beslut.

Stora kommunala skillnader i antal ärenden per handläggare

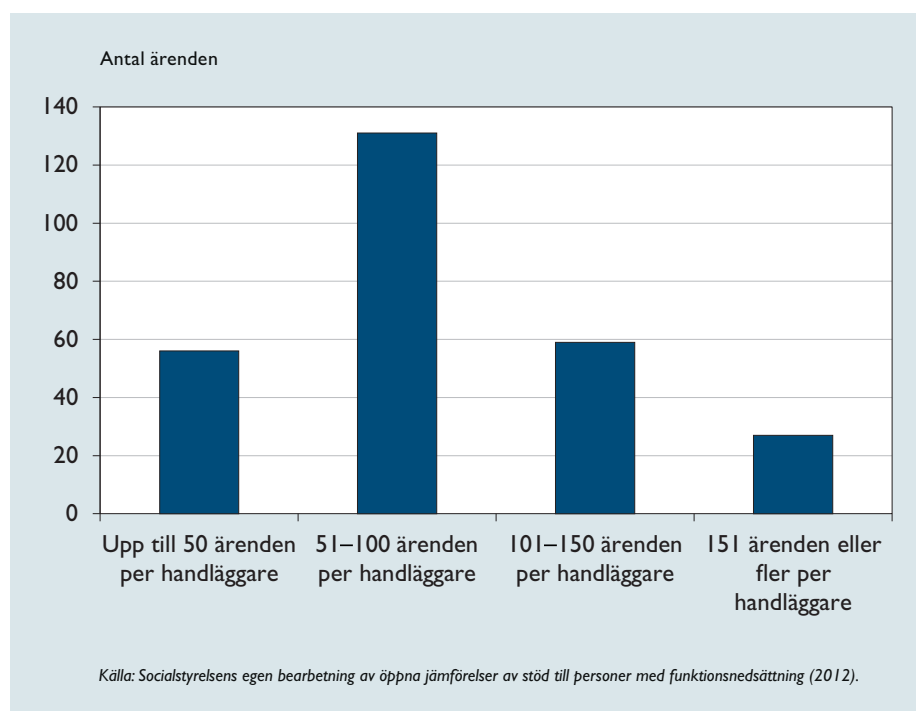
Några viktiga faktorer i socialtjänstens myndighetsutövning är hur många handläggare som finns, hur många ärenden de har och hur ofta beslut följs upp. Antalet heltidshandläggare inom LSS-området varierar emellertid stort mellan landets kommuner, mellan 0 och 70 stycken.¹² Uppgiften är inte sär-

¹² Uppgifterna har samlats in för Socialstyrelsens öppna jämförelser. I kommunenkäten för 2011 finns en fråga där kommunerna får ange antal timmar som deras biståndshandläggare ägnar åt LSS-ärenden. Det sammantagna

skilt anmärkningsvärd med tanke på de stora regionala skillnaderna i invånarantal. Uppgiften blir dock intressant när den ställs i relation till antalet ärenden per handläggare, eftersom det då framkommer ytterligare skillnader.

Diagram 5:5 visar att antalet ärenden per handläggare varierar stort mellan kommunerna. I nästan hälften av kommunerna har varje heltidsanställd handläggare 51–100 aktuella ärenden. I 27 kommuner är antalet som allra högst; där har varje handläggare mer än 150 aktuella ärenden.

Diagram 5:5. Antal kommuner som har 0–50 ärenden per handläggare, 51–100 ärenden per handläggare, 101–150 ärenden per handläggare samt 151 ärenden eller fler per handläggare (N = 273).



Få kommuner följer regelbundet upp samtliga beslut

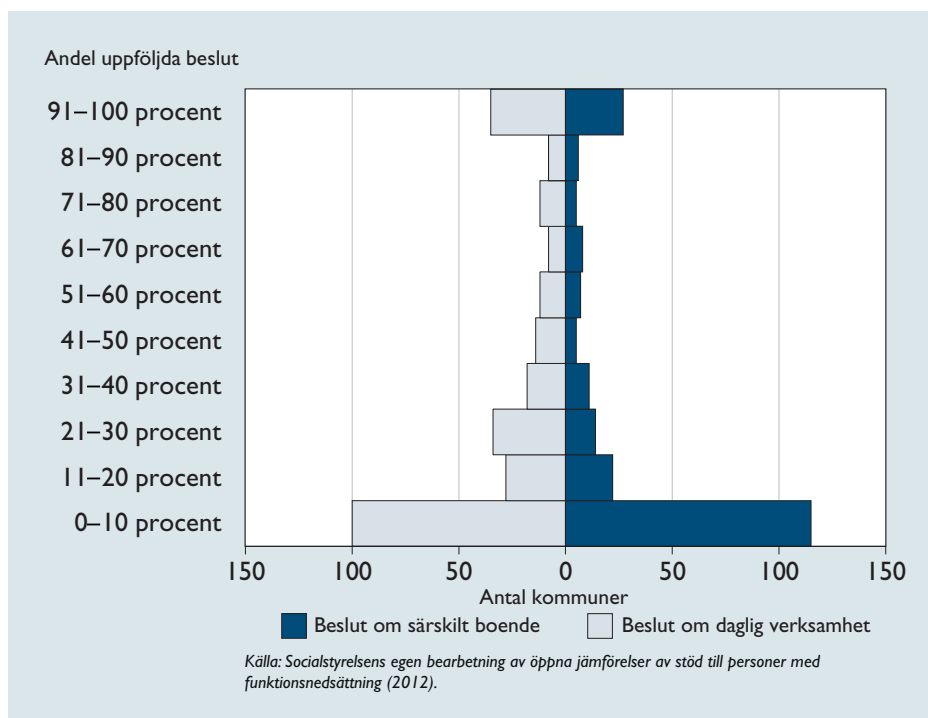
Långt ifrån alla kommuner följer upp samtliga sina beslut om daglig verksamhet respektive bostad med särskild service inom ett år. Diagram 5:6 visar att 100 kommuner gör få uppföljningar av beslut om daglig verksamhet, det vill säga de följer upp 0–10 procent av besluten. Bara ett fåtal kommuner (35 stycken) följer upp nästan samtliga beslut.

Mönstret ser likadant ut för uppföljning av beslut som rör bostad med särskild service, endast 27 kommuner har följt upp nästan alla beslut om denna

antalet timmar i varje kommun divideras med 40 och på så vis får vi fram antal heltidshandläggare inom LSS-området. Siffran blir intressant när den ställs i relation till antal LSS-ärenden som finns i kommunen. För att ta fram antalet ärenden har vi utgått från den officiella statistiken. I oktober 2011 fick 59 800 personer en eller flera kommunala LSS-insatser. Varje person räknas här som ett ärende, oavsett hur många insatser personen har.

insats. Det är desto vanligare att kommunerna följer upp få beslut: 115 kommuner har endast följt upp 0–10 procent av sina beslut.¹³

Diagram 5:6. Antalet kommuner som följt upp beslut om daglig verksamhet inom ett år, fördelat på andel uppföljda beslut (N = 269).



Ju fler ärenden desto färre uppföljningar av beslut

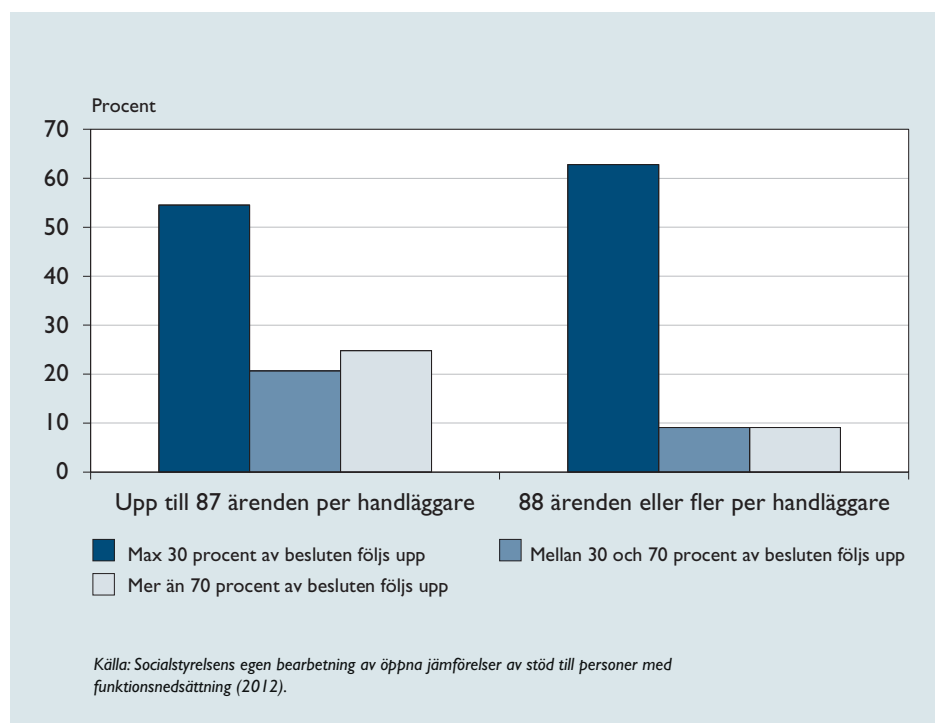
Finns det då något samband mellan vilka kommuner som har många ärenden per handläggare och vilka kommuner som följer upp sina beslut? Ja, Socialstyrelsens analyser visar att fler beslut följs upp i kommuner där antalet ärenden per handläggare är relativt få. Diagram 5:7 visar att andelen uppföljda beslut är högre i kommuner där handläggarna har upp till 87 ärenden, än i kommuner där handläggarna har 88 ärenden eller fler.^{14,15} Var fjärde kommun med få ärenden per handläggare följer upp majoriteten av sina beslut, medan motsvarande andel bland kommuner med många ärenden per handläggare bara var 9 procent.

¹³ Att färre kommuner ingår i bearbetning av boendeinsatser beror på att färre kommuner rapporterat in dessa uppgifter.

¹⁴ Indelningen av kommunerna i två grupper utgår från det genomsnittliga antalet ärenden per handläggare, som alltså är 87.

¹⁵ I Diagram 5:5 har vi slagit ihop beslut som rör daglig verksamhet och bostad med särskild service.

Diagram 5:7. Andelen kommuner som följt upp beslut inom ett år, fördelade på kommuner med färre respektive fler än 87 ärenden per handläggare (N = 219).



Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för vilka olika verktyg som finns för att stärka inflytandet, både på individuell nivå och på verksamhetsnivå. Vi berör även stödet till anhöriga.

Förutsättningarna för inflytande är relativt goda

Ökat brukarinflytande och ökad brukarmedverkan är viktiga mål för funktionshinderspolitiken, och de är också vägar till en mer evidensbaserad praktik¹⁶ när det gäller stödet till personer med funktionsnedsättning. Brukarinflytande kan utövas på olika nivåer [6]:

1. Ett individuellt inflytande, där den enskilde har möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som han eller hon får. Denna typ av medverkan och inflytande har stöd i SoL där huvudregeln säger att insatserna ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL).
2. Inflytande på verksamheten, det vill säga den enskildes möjlighet att medverka i utveckling och beslut på verksamhetsnivå.

¹⁶ En evidensbaserad praktik innebär en medveten och systematisk användning av den bästa tillgängliga kunskapen för beslut om insatser till enskilda personer. Detta ska ske tillsammans med den professionelles expertis samt den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

3. Medverkan på organisations- eller systemnivå, exempelvis politiskt inflytande och påverkan eller medverkan när det gäller att ta fram policy-program. Det är oftast brukar- eller anhängigorganisationer som medverkar eller utövar inflytande på detta sätt. Även denna typ av medverkan och inflytande har stöd i SoL som anger att kommunerna ska planera sina insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning i samverkan med andra samhällsorgan och organisationer (5 kap. 6 § SoL och 5 kap. 8 a § SoL).

Många är delaktiga i utformningen av sin genomförandeplan

Ett exempel på individuellt inflytande över stöd, service och omsorg är den så kallade genomförandeplanen, det vill säga den vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. Genomförandeplanen bör nämligen utformas tillsammans med den enskilde och eller med dennes anhöriga, och planen används både i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och vid utvärdering. Det anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LSS, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen om vård (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många personer som får insatser enligt LSS har en genomförandeplan och att många av dem även varit delaktiga vid dess utformning [2]:

- I bostäder med särskild service har 86 procent av samtliga personer en aktuell genomförandeplan som inte var äldre än sex månader vid mättilfället. Av dessa hade de flesta (88 procent) också varit delaktiga i att utforma planen.
- Inom daglig verksamhet är andelen personer med aktuell genomförandeplan något lägre, 77 procent. Av dessa hade dock nästan alla (91 procent) också varit delaktiga i att utforma planen.

Varannan kommun tar in synpunkter från råd för funktionshindersfrågor

Kommunala råd för funktionshindersfrågor och brukarundersökningar är ytterligare två exempel på hur enskilda kan få inflytande i verksamheten. Men för att de ska bidra till ett reellt inflytande krävs också att verksamheterna använder de synpunkter och förslag som kommer in.

De flesta kommuner (93 procent) har inrättat ett råd för funktionshindersfrågor. Andelen kommuner där rådet hade möjlighet att ge synpunkter på verksamhetsplanen för 2011 var dock markant lägre, 53 procent. Andelen kommuner som använde brukarundersökningar till att utveckla verksamheten var också relativt låg, 60 procent. Dessa uppgifter indikerar att det vanligtvis finns en formell funktion för inflytande, men att företrädare för funktionshindersfrågor inte alltid har ett reellt inflytande.

Mer kunskap får vi från en kartläggning av brukarmedverkan som Socialstyrelsen publicerade under 2012 [6]. Kartläggningen är av beskrivande karaktär, men bidrar ändå till att ytterligare illustrera inflytandet för personer

med funktionsnedsättning. Kartläggningen visar att en vanlig metod för att stärka brukarmedverkan och inflytande är brukarrevisioner, både när det gäller stöd till personer med intellektuell funktionsnedsättning och personer med psykisk funktionsnedsättning. Brukarrevisioner syftar framför allt till inflytande på verksamhetsnivå. Det förekommer även utbildningar för personal som möter personer med psykisk funktionsnedsättning i sitt arbete, där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa fungerar som lärare. Det finns studier som visar att sådana utbildningar förändrar personalens attityder gentemot personer med psykisk ohälsa, något som är viktigt för att gruppens inflytande ska kunna stärkas.

Kartläggningen visar dock att det är ovanligt att metoder för brukarmedverkan utvärderas. För de flesta metoder finns enbart beskrivningar, och för vissa metoder finns uppföljningar genom intervjuer eller dokumentstudier. För närvarande verkar dock verksamheternas fokus ligga på själva processen med brukarinflytande och brukarmedverkan, snarare än på utfallet för den enskilde eller verksamheten [6].

Det pågår dock flera satsningar inom detta område. År 2013 publicerar Socialstyrelsen en vägledning om brukarmedverkan [7]. Under 2013 kommer kommuner dessutom att kunna ansöka om medel till regionalt utvecklingsarbete som bland annat rör förstärkt brukarmedverkan. Medlen fördelas av Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten [8].

Kommunernas arbete med anhörigstöd behöver få tydligare mål

Kommunerna behöver ta fram mål för stödet till anhöriga och tydliggöra vad som förväntas av socialtjänstens personal när det gäller detta stöd, det konstaterar Socialstyrelsen inom ramen för sitt arbete med den nationella strategin för funktionshinderspolicen [9]. Sådana mål underlättar även samarbetet med hälso- och sjukvården och med frivilligorganisationerna.

Den 1 juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap. 10 § SoL. I den anges 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". I samband med att bestämmelsen trädde i kraft fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att informera om lagändringen, utarbeta vägledning till stöd för tillämpningen av bestämmelsen, betala ut medel till kommunerna samt följa upp och utvärdera konsekvenserna av ändringen.

Det finns fortfarande behov av ett utvecklingsarbete inom socialtjänstens samtliga verksamheter så att personalen kan ta hänsyn till anhörigperspektivet i sitt arbete. Särskilt viktigt är det att diskutera hur socialtjänsten ska kunna utveckla ett bemötande av anhöriga som kännetecknas av ökat inflytande och delaktighet. Socialstyrelsen har identifierat flera områden som behöver utvecklas:

- Socialtjänsten har ofta kontakt med anhöriga i samband med handläggningen av den enskildes ansökan om hjälp. Här är det viktigt att samtidigt uppmärksamma de anhörigas behov av stöd.

- Socialtjänstens samverkan med landstingets hälso- och sjukvård behöver utvecklas, särskilt samverkan med primärvården.
- Dialogen med patient-, anhörig-, funktionshinders- och frivilligorganisationerna behöver förbättras genom att socialtjänsten informerar organisationernas medlemmar om bestämmelsen och dess innebörd.
- För att kunna vidareutveckla stödet till anhöriga inom socialtjänstens olika verksamheter är det viktigt att kunna följa resultatet av arbetet. Kommunernas dokumentation och system för verksamhetsuppföljning måste därför även innefatta bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL.

I det fortsatta vägledningsarbetet kommer Socialstyrelsen särskilt att stödja utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Vi kommer därför att vidga målgruppen för vägledningsarbetet så att den även omfattar socialtjänstens samarbete med hälso- och sjukvården.

Helhetssyn, samordning och kontinuitet

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn, samordning och kontinuitet. Den enskildes samlade livssituation bör då vara utgångspunkten för arbetet. Det är också viktigt att uppmärksamma hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande. I detta avsnitt framkommer bland annat att förutsättningarna för en bra samverkan mellan huvudmännen är begränsade.

Inom kommunerna är överenskommelser om samverkan vanligast

För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Behovet av rutiner för samverkan är därför stort mellan LSS-området och andra verksamheter inom kommunen, både inom och utanför socialtjänsten. Drygt hälften av alla kommuner har sådana överenskommelser [2]. Diagram 5:8 visar att samverkansöverenskommelser i LSS-ärenden är vanligast med socialpsykiatri och äldreomsorgen¹⁷. Ungefär 60 procent av kommunerna har sådana överenskommelser. Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

Däremot har långt ifrån alla kommuner överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och verksamheter. Diagram 5:8 visar att mindre än 40 procent av kommunerna har överenskommelser med landstingens vuxenpsykiatri, andelen är ytterligare något lägre för barnpsykiatri (cirka 30 procent).

¹⁷ Överenskommelserna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska genomföras och hur ansvarsfördelningen ser ut. Med samverkan avses alla former av samordning och samarbete som gäller personer med LSS-insatser.

Diagram 5:8. Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan på ledningsnivå i LSS-ärenden, uppdelat på olika aktörer.



Många personer som får insatser enligt LSS har en psykisk funktionsnedsättning, och de tillhör framför allt personkrets 3. Att mer än hälften av kommunerna inte har samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheterna och psykiatrin är enligt Socialstyrelsen därför olyckligt och torde försvåra förutsättningarna att ge den enskilde ett sammanhållet stöd. Vi kan dra samma slutsats när det gäller samverkan med landstingens vuxen- och barnhabilitering. Andelen kommuner som har samverkansöverenskommelser med dessa verksamheter är ännu lägre (cirka 25 procent), vilket är förvånande eftersom en hög andel av personer som får insatser enligt LSS också får stöd från habiliteringen.

Förutsättningarna att övergå till lönearbete är begränsade

Arbetslinjen har blivit allt mer framträdande inom funktionshindersområdet, det gäller även personer med daglig verksamhet enligt LSS. Möjligheterna att gå från daglig verksamhet till lönearbete uppmärksammas allt mer, både av regeringen och av andra aktörer. Få personer gör dock denna övergång, i 42 procent av landets kommuner gick en eller flera personer över från daglig verksamhet till lönearbete under 2011 [2].

Att övergå från daglig verksamhet till lönearbete är i praktiken inte helt okomplicerat för den enskilde. Dessutom är det svårt att följa upp och värdera dessa övergångar. Den främsta anledningen är att det saknas information om hur många som har en arbetsförmåga som medger lönearbete, och därför är det svårt att avgöra hur stor andel som bör ha ett lönearbete. Många personer med daglig verksamhet har en mycket nedsatt arbetsför-

måga, och daglig verksamhet är många gånger det bästa alternativet för dem. Ett annat sätt att värdera övergångarna är därför att studera vilka förutsättningar som finns. Om förutsättningarna för övergångar är goda, är sannolikheten större att rätt andel går vidare till lönearbete. Vi kan emellertid konstatera att dessa förutsättningar är begränsade.

Två mått på förutsättningarna för övergången till lönearbete är dels andelen kommuner som följer upp sina beslut, dels andelen kommuner som samverkar med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att endast 13 procent av kommunerna följer upp samtliga beslut om daglig verksamhet enligt LSS inom ett år. Den låga andelen tyder på att de flesta kommuner har begränsade förutsättningar att följa upp personernas arbetsförmåga. Dessutom har få kommuner överenskommer om samverkan i LSS-ärenden med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (11 respektive 8 procent). Dessa två myndigheter är centrala aktörer när det gäller personer med funktionsnedsättning och sysselsättning. Därför finner Socialstyrelsen att resultaten är anmärkningsvärda.

Kommunerna samverkar även på andra sätt för att få ut fler personer med funktionsnedsättning i arbetslivet. Ett sådant sätt är finansiell samordning (Finsam) i så kallade samordningsförbund. I samordningsförbunden samverkar Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, landstingen och kommunerna kring rehabilitering. Grunden och förutsättningarna för samarbetet regleras i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Målgruppen består av personer i arbetsför ålder (det vill säga 16–64 år) som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna. Det primära syftet är att personerna ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete. En av undergrupperna är personer med funktionsnedsättning som behöver individuella, myndighetsövergripande insatser.

Det finns i dag drygt 80 samordningsförbund, som omfattar 220 av Sveriges kommuner. En del samordningsförbund är små och verksamma endast i en kommun, medan andra kan omfatta ett län eller en region [10].

Endast varannan kommun har rutiner för att erbjuda en individuell plan

Ett viktigt verktyg för samordning och samverkan kring den enskilde är en individuell plan. Personer som har beviljats någon eller några av de tio insatserna enligt 9 § LSS ska därför erbjudas en sådan plan. Förutsättningarna för att personerna ska erbjudas en individuell plan verkar dock fortfarande vara begränsade, eftersom endast 57 procent av kommunerna hade rutiner för dessa planer [2].

En individuell plan är ett viktigt underlag för att planera stödet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering ska planen beskriva beslutade och planerade insatser med både kortsiktiga och långsiktiga mål. Önskemål från den enskilde är utgångspunkten för planen. En plan kan omfatta flera insatser och även redovisa åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året.

Att ha en rutin för att erbjuda en individuell plan ökar förutsättningarna för att ett sådant erbjudande alltid ges. Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att arbetet för att fler ska få en individuell plan ökar.

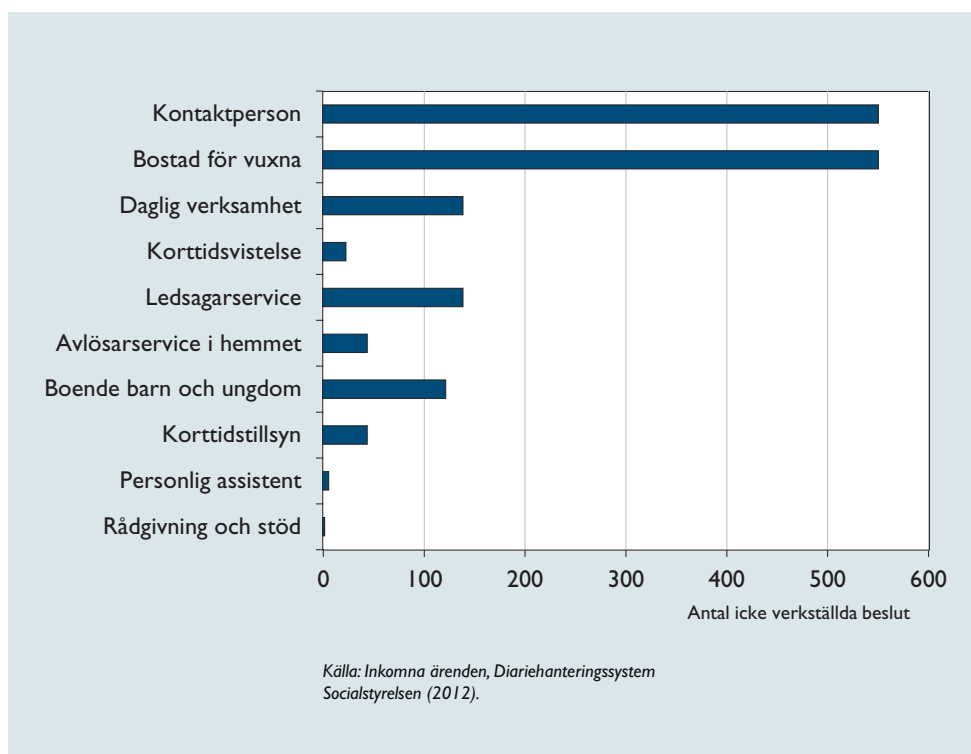
Rättssäker socialtjänst inom LSS

I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på icke verkställda beslut inom socialtjänsten samt anmälningar av allvarliga missförhållanden.

Antalet ej verkställda beslut är fortfarande högt

Trots beslut enligt LSS kan personer med funktionsnedsättning som har beviljats insatser få vänta länge innan deras beslut verkställs. Tredje kvartalet 2012 var 1 522 beslut om insatser till personer med funktionsnedsättning inte verkställda, trots att minst tre månader gått sedan beslutet fattades [11]. På grund av olika mätmetoder är det svårt att bedöma utvecklingen över tid, men vid en nationell sammanställning i december 2008 var drygt 2 100 LSS-beslut inte verkställda. [9]

Diagram 5.9. Antalet ej verkställda beslut tredje kvartalet 2012, uppdelat på insats.



Uppgifterna för tredje kvartalet 2012 visar att de flesta ej verkställda besluten gäller bostad med särskild service för vuxna samt kontaktperson (diagram 5:9). Dessa utgör nästan 1 200 av de icke verkställda besluten. Den främsta orsaken till att så många beslut om kontaktperson inte verkställs i tid är svårigheter att rekrytera. Orsakerna till varför beslut om boende inte verkställs i tid är inte lika tydliga, men en tänkbar orsak är bristande plane-

ring i socialtjänstens handläggning. En annan orsak kan vara bristande tillgång på boende för gruppen.

Bristande bemötande är en vanlig orsak till anmälning av allvarliga missförhållanden

Arbetet med att komma till rätta med missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning sker på flera sätt, till exempel via Socialstyrelsens tillsynsverksamhet, verksamheternas eget kvalitetsarbete och genom anmälningar enligt de nya bestämmelserna om lex Sarah. Enligt lex Sarah [12] ska nämnden eller den som driver yrkesmässig enskild verksamhet snarast anmäla ett allvarligt missförhållande till Socialstyrelsen. Detta gäller även vid påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Bestämmelsen gäller från den 1 juli 2011.

Under perioden januari–oktober 2012 har 244 lex Sarah-anmälningar kommit in till Socialstyrelsen, som rör insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning i åldrarna 0–64 år. Av dessa anmälningar rör 26 stycken insatser enligt SoL, resten rör insatser enligt LSS. Inom LSS är personlig assistans den enskilda insatsen som har omfattats av flest lex Sarah-anmälningar (under nämnda period var det 81 ärenden).

De flesta anmälningarna inom funktionshindersområdet kommer från kommunalt driven verksamhet (cirka 70 procent), medan en mindre andel (knappt 30 procent) kommer från enskild verksamhet. Fördelningen av anmälningar som rör just personlig assistans är dock något jämnare, 54 procent av dessa kommer från kommunalt driven verksamhet och resterande kommer från enskild verksamhet. Andelen anmälningar från enskild verksamhet är alltså något högre när det gäller personlig assistans än inom hela funktionshindersområdet. Detta förklaras troligen av att andelen enskilda verksamheter är högre inom denna insats än inom andra.

Ett fåtal ärenden har lett till åtgärdsbeslut från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har avslutat de flesta lex Sarah-ärendena utan ytterligare åtgärder från myndighetens sida. Det finns tre anledningar till detta:

- Verksamheterna har redan utrett de flesta ärendena i tillräcklig omfattning.
- Verksamheterna har redan vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande.
- Verksamheterna har vidtagit åtgärder för att liknande missförhållanden inte ska hända på nytt.

Socialstyrelsen har dock fattat beslut om åtgärder i 16 ärenden (cirka 7 procent av samtliga inkomna anmälningar). Vi har då krävt att verksamheten ska vidta faktiska åtgärder kopplat till det anmälda missförhållandet, men också att de ska rätta till brister i själva utredningen.

De beslutade lex Sarah-ärendena har framförallt handlat om att en beviljad insats inte har utförts eller har blivit felaktigt utförd, och om brister i bemötandet. Dessa orsaker ligger även bakom hälften av samtliga Lex Sa-

rah-anmälningar under den aktuella perioden. I cirka 15 procent av anmälningarna rör det sig i stället om fysiskt våld eller övergrepp från personalen och i cirka 10 procent om psykiska övergrepp eller kränkningar. I kommunal verksamhet ser rangordningen av anmälda missförhållanden ut som ovan. I enskild verksamhet är fysiskt våld eller övergrepp från personal där-
emot vanligare än brister i bemötandet.

Enligt verksamheternas utredningar finns det flera orsaker till de anmälda allvarliga missförhållandena eller riskerna för allvarligt missförhållande:

- att rutiner saknas
- att vissa rutiner och riktlinjer är okända för personalen
- att befintliga rutiner inte följs
- att det finns brister i kunskapen och kompetensen.

När det gäller kunskaps- och kompetensbrister är dessa vanligen kopplade till enskilda medarbetare. Men orsakerna beskrivs också i ett vidare perspektiv, som till exempel att det finns brister i rekryteringsprocessen eller i introduktionen, eller att det saknas handledning eller kompetensutveckling. Bemanningen är ett tredje problem. Här handlar det antingen om kvantitet, det vill säga antal personer som arbetar, eller kvalitet, det vill säga enskilda medarbetares brister eller olämplighet.

Verksamheterna vidtar många åtgärder

För att komma till rätta med det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande har verksamheterna vidtagit åtgärder inom flera olika områden. Tabell 5:6 visar hur stor andel av verksamheterna som vidtagit olika åtgärder.

Tabell 5:6. Procentuell fördelning av genomförda åtgärder för att komma till rätta med allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande, uppdelat på åtgärdsområde samt kommunal och enskild verksamhet.

Åtgärdsområden	Kommun	Enskild verksamhet	Total andel
Information och kommunikation	57,9	58,5	58,1
Rutiner och riktlinjer	58,5	60,0	58,1
Utbildning och kompetens	42,7	40,0	42,7
Organisation och bemanning	43,9	36,9	41,4
Lokaler, teknik och utrustning	18,9	15,4	17,5

Källa: Socialstyrelsens diariehanteringssystem (2012).

Inom vart och ett av de områden som nämns i tabell 5:6 ryms ett stort antal olika åtgärder. Inom *information och kommunikation* ingår till exempel samtal med den berörda personalen och samtal med den enskilde eller de enskilda. Mer verksamhetsinriktade insatser är också vanliga, som till exempel information och diskussioner på arbetsplatsträffar. I dessa fall kan det handla dels om att informera om gällande rutiner och skyldigheten att rap-

portera enligt lex Sarah, dels om att diskutera händelsen i sig, bemötande-frågor, värdegrund och förhållningssätt.

Rutiner och riktlinjer innefattar såväl att ta fram nya rutiner, riktlinjer och handlingsplaner som att förtydliga och tillämpa de redan befintliga. Cirka 15 procent av dessa åtgärder rör rutiner eller planer som är direkt kopplade till den enskilda som ärendet handlar om.

Mer än hälften av åtgärderna inom utbildning och kompetens är kompetenshöjande, i form av både större och mindre utbildningsinsatser. Verksamheterna beskriver utbildningar med en rad olika inriktningar:

- etik
- bemötande
- förhållningssätt
- metoder
- dokumentation
- missbruksproblem
- neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- specifika sjukdomar och hjälpmedel kopplat till enskilda individer.

Den näst vanligaste åtgärden är handledning (36 procent av åtgärderna inom detta område).

Organisation och bemanning är ytterligare ett åtgärdsområde. I cirka 37 procent av ärendena beskriver verksamheterna att de har vidtagit åtgärder som är kopplade till den inblandade personalen, och cirka 27 procent beskriver att de ser över eller utökar bemanningen. Åtgärder som är kopplade till den inblandade personalen handlar ofta om arbetsrättsliga åtgärder som omplaceringar eller uppsägningar. Polisanmälning nämns också som en åtgärd i de fall där verksamheterna misstänker ett brott.

Det finns ingen statistik över hur många arbetsrättsliga åtgärder som verksamheterna har genomfört eller övervägt. Socialstyrelsen vill dock understryka att huvudmannens utredning bör fokusera på systemfaktorer som kan ha påverkat händelseförloppet. En arbetsrättslig åtgärd kan vara nödvändig, men är sällan den enda aktuella åtgärden för att säkerställa att liknande missförhållanden inte kommer att uppstå igen.

Under åtgärdsområdet *lokaler, teknik och utrustning* beskriver verksamheterna i stort sett olika åtgärder för varje ärende. Exempel kan vara att installera en timer i den enskildes kök, installera direktlarm till räddningstjänsten, installera hotellås, möblera om, byta lokaler för verksamheten och bygga om.

Missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Antalet slutenvårdade personer med missbruks- och beroendeproblematik tycks öka, oavsett vilken typ av missbruk som har orsakat problemen.
- Socialstyrelsen kan konstatera att det är stora skillnader i både alkoholrelaterad och narkotikarelaterad dödlighet beroende på utbildningsnivå, där de med lägst utbildning löper störst risk att dö på grund av sitt missbruk.
- Det finns geografiska skillnader i möjligheter att få god vård för personer med missbruks- och beroendeproblem. En förklaring kan vara skillnader i landstingens och kommunernas möjligheter att rekrytera kompetent personal.
- En kartläggning av läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering vid opiatberoende visar att en stor del av vårdenheter, drygt 60 procent, har uteslutit patienter från behandlingsprogrammen. Grunden för uteslutning är, enligt verksamhetscheferna, nästan enbart patienternas upprepade återfall i narkotikamissbruk.
- Biståndsbedömd öppenvård ökar något jämfört med 2011. Däremot är det en tydlig trend att färre får institutionsvård: antalet män och antalet kvinnor har minskat med 32 respektive 33 procent mellan 2002 och 2011.
- Andelen kommuner och stadsdelar som uppger att de har gjort en brukarundersökning har ökat från cirka 40 procent till 50 procent. Även andelen kommuner som uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att utveckla verksamheten har ökat något från föregående år.

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

Utvecklingen inom missbruks- och beroendevården för barn och unga tas inte upp här, utan i Socialstyrelsens tematiska rapport om barn och unga som publiceras i mars 2013.

Regeringens strategi

Regeringens strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) perioden 2011–2015 har mål att samhället ska vara fritt från narkotika och dopning. Dessutom vill regeringen minska tobaksbruket och de medicinska och sociala skador som orsakas av alkohol. Det övergripande målet har brutits ned i sju långsiktiga politiska mål med en rad delmål. Följande långsiktiga mål bedöms ha särskild relevans för Socialstyrelsens verksamhet:

- Att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak (mål nr 2)
- Att antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska (mål nr 4)
- Att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål nr 5)
- Att antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska (mål nr 6).

Aktuell utveckling

Antalet personer slutenvårdade för missbruksrelaterade orsaker tycks öka, oavsett vilket missbruk det gäller.¹⁸ Däremot kan Socialstyrelsen inte se en motsvarande uppgång i alkoholkonsumtion eller experimentellt och tungt narkotikamissbruk [1]. En förklaring till ökningen av antalet vårdade kan vara att de personer som redan har en hög konsumtion eller ett etablerat missbruk eller beroende nu kan öka sin konsumtion till följd av sjunkande priser (lägre realpris på alkohol respektive lägre gatupriser på narkotika).

Enligt statistik och undersökningar av alkoholkonsumtionsvanor tenderar många vuxna jämfört med tidigare att välja helnykterhet eller måttlighet samtidigt som andra med riskkonsumtion eller redan hög konsumtion dricker ännu mer, med påtagliga konsekvenser. Det innebär att personer som redan har utvecklade missbruks- och beroendeproblem drabbas av fler somatiska och psykiatriska sjukdomstillstånd.

Män dricker ungefär dubbelt så mycket som kvinnor. Alkoholkonsumtionen är inte heller jämnt fördelad över Sverige och det finns stora regionala skillnader. Boende i storstäder uppvisar ofta högre konsumtions- och skadenivåer [2].

Ojämna villkor – socialt betingade skillnader i missbruksrelaterad dödlighet

Personer med missbruks- och beroendeproblem utgör en av flera grupper som till följd av skillnader i boende, yrkesliv och social situation riskerar att bli marginaliserade.

¹⁸ Se bl.a. Socialstyrelsens patientregister.

Socialstyrelsen har i rapporten Ojämna villkor för hälsa och vård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården [3] lyft fram att det är stora skillnader i alkoholrelaterad dödlighet beroende på utbildningsnivå, där de med lägst utbildning löper störst risk att dö av sitt missbruk. Ett liknande mönster finns när det gäller narkotikarelaterad dödlighet. Dessutom ökar dessa utbildningsrelaterade skillnader bland män sedan början av 1990-talet. Det är oklart vad ökningen beror på, men en delförklaring kan vara att utbildningens betydelse ökat i samhället och att livsvillkoren därför på olika sätt har blivit svårare för personer med både missbruks- och beroendeproblem och låg utbildning.

Det finns också stora geografiska skillnader i enskildas möjligheter att få god vård. Skillnaderna finns i landstingens och kommunernas prioriteringar (bland annat på grund av ekonomiska förutsättningar och traditioner) och i deras möjligheter att rekrytera kompetent personal. Detta gör att verksamheter som riktar sig till personer med missbruks- och beroendeproblem ser mycket olika ut i olika delar av landet. I storstadsregionerna finns ofta god tillgång till olika slags behandlande och stödjande insatser som ges av specialister eller väl utbildad personal. Där har det också utvecklats särskilda beroendeteam med både landsting och kommun som huvudmän, så kallade integrerade mottagningar. Vid dessa kan den enskilde erbjudas såväl medicinska som psykosociala eller sociala insatser. På andra håll i landet, utanför storstäderna, saknas dock ofta såväl tillräckliga resurser som kompetens [3].

Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen under hösten 2012 kartlagt läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering vid opiatberoende (LARO). Kartläggningen avser bland annat vårdhuvudmännens utbud och hur detta relaterar till behovet av denna typ av behandling, till exempel genom att redovisa kötider. Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens register och telefonintervjuer med verksamhetschefer vid landets LARO-mottagningar [4].

I dag beräknas nära 5 000 personer få läkemedelsassisterad behandling vid 114 enheter i landet. De allra flesta av dessa enheter bedrivs i offentlig regi. Kartläggningen visar att en stor andel av dem, cirka 70 stycken, har uteslutit patienter från behandlingsprogrammet. Totalt handlar det om fler än 350 patienter. Enligt verksamhetscheferna är grunden för uteslutning nästan enbart patientens upprepade återfall i narkotikamissbruk.

Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten till vård för den enskilde är tillfredsställande i ungefär hälften av landets län. En fördjupad analys av tillgängligheten har inte varit möjlig att genomföra inom ramen för uppdraget.

När det gäller läckage av metadon och buprenorfin från LARO-verksamheterna och förekomsten av icke medicinskt bruk (t.ex. illegal förskrivning av läkemedlen utanför LARO-programmen och smuggling) kan Socialstyrelsen konstatera att det finns en stor osäkerhet kring omfattningen och varifrån läkemedlen kommer. I nuläget kan Socialstyrelsen inte heller bedöma på vilka grunder sådan förskrivning sker och till vilka patienter. Vi

kan inte heller utesluta att det förekommer ett visst läckage från LARO-programmen, det vill säga att mediciner som skrivits ut inom ramen för LARO-programmen når personer som inte ingår i dessa program. Vi har i kartläggningen försökt identifiera de enheter inom hälso- och sjukvården som förskriver läkemedlen, och analysen tyder på att det förekommer förskrivning även på enheter som saknar specialistkompetens.

En annan fråga som Socialstyrelsen försökt att belysa är de senaste årens ökning av metadonförekomst bland narkotikarelaterade dödsfall. De opiatrelaterade dödsfallen har ökat både inom och utanför programmen, särskilt under tidsperioden 2006–2009 men med en viss stabilisering under de senaste åren. I dagsläget kan inte Socialstyrelsen dra några säkra slutsatser om vad detta beror på och om eventuella kopplingar finns till förskrivningen av de aktuella läkemedlen. Relativt sett har dock andelen avlidna i LARO-programmen varit lägre än bland opiatmissbrukare som inte får LARO-behandling [4].

Modell för att skatta förekomsten av intravenöst narkotikamissbruk

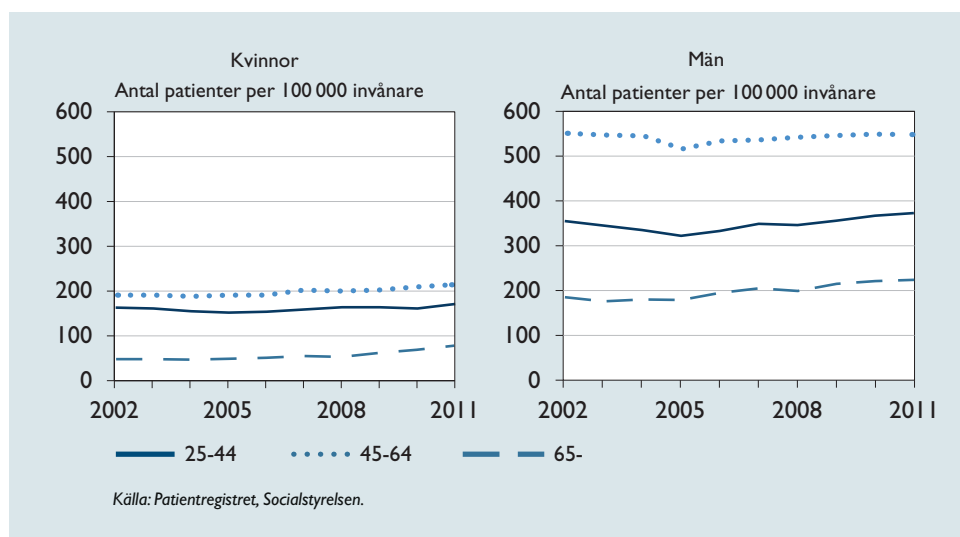
Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet har konstaterat att det saknas uppdaterad information om förekomsten av personer med ett injektionsmissbruk av narkotika. Flera skattningar har gjorts av antalet personer med allvarligare narkotikamissbruk, baserat på de diagnoser som är registrerade i patientregistret. I registret saknas det dock information om intagningsättet, exempelvis om det sker i tablettform eller injiceras. Denna avsaknad har lett till att det finns många olika beskrivningar av hur omfattande problemet är, och de baseras på antaganden snarare än aktuella uppgifter. Ur ett smittskyddsperspektiv är det dock viktigt att vi kan beskriva förekomsten av personer med injektionsmissbruk, eftersom de utgör en riskgrupp. Detta är bakgrunden till att Smittskyddsinstitutet tillsammans med Socialstyrelsen arbetar med att ta fram en modell som kan ge aktuell information gällande förekomsten av intravenöst missbruk. Att ha tillgång till aktuella uppgifter är av betydelse när smittskyddsåtgärder planeras på regional och lokal nivå. Registeruppgifterna kan även användas när man följer upp genomförda insatser.

Preliminära analyser från Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen visar att injektionsmissbruk kan vara mindre utbrett än vad som framgår av uppgifter som förekommit i media. Om detta stämmer skulle det i så fall vara i linje med den trend som kan ses i flera andra europeiska länder där injektionsmissbruk blivit mindre vanligt [5].

Vård av personer med missbruks- och beroendediagnos i slutenvård för psykisk sjukdom ökar i de flesta åldersgrupperna

Diagram 6:1 visar att antalet patienter med missbruks- och beroendediagnos i slutenvård har ökat något de senaste tio åren. Detta gäller för de flesta ålderskategorierna. I ålderskategorin män i åldern 45–64 år finns det högsta antalet patienter med sådan diagnos under perioden: omkring 550 patienter per 100 000 invånare mellan 2002–2011.

Diagram 6:1 Vård av personer med missbruks- och beroendediagnos i slutenvård. Antal patienter per 100 000 invånare, år 2002–2011.



De stora skillnaderna när det gäller patienter med missbruks- och beroendediagnos som vårdas i slutenvård finns dock mellan könen. Oavsett ålder vårdas nämligen generellt sett färre kvinnor än män.

Den största ökningen finns bland de äldsta patienterna. Ökningen gäller för både kvinnor och män. Bland kvinnor som är 65 år eller äldre ökar antalet med 30 patienter per 100 000 invånare från 2002 till 2011. Ökningen för män under samma period är 39 patienter per 100 000 invånare.

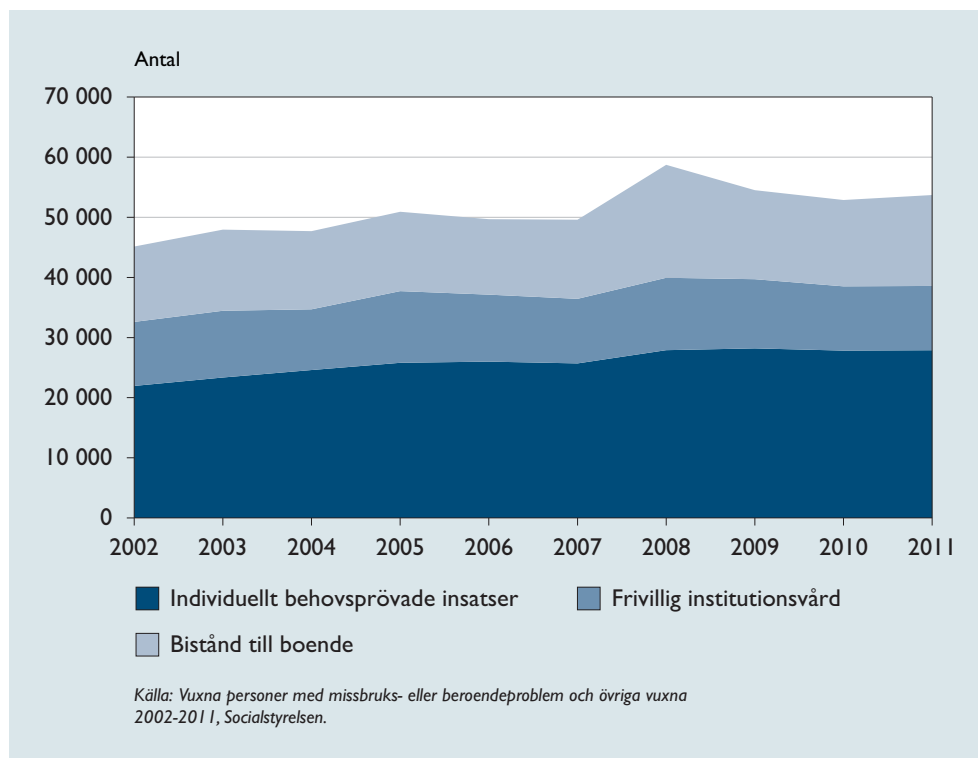
Vad socialtjänststatistiken visar

Med Socialstyrelsens officiella statistik för 2011 som utgångspunkt redovisar vi här vad som hänt sedan föregående år och hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv.

Diagram 6:2 ger en översiktlig bild av hur av socialtjänstens biståndsbeslut har utvecklats för de tre vanligaste insatsformerna inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård under de senaste tio åren.¹⁹

¹⁹ Individuellt behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård och bistånd som rör boende redovisas endast som mängdstatistik i registren. Därför går det inte att se hur många personer som hade minst en av de redovisade insatserna från socialtjänsten.

Diagram 6:2 Utvecklingen av de vanligaste insatserna inom socialtjänsten. Antalet inskrivningar och antalet biståndsbeslut till öppenvård, år 2002–2011.



Institutionsvården minskar något sedan 2010

Jämförelser med föregående statistikår visar på små förändringar av antalet insatser från socialtjänsten för den aktuella målgruppen. Av tabell 6:1 framgår att samtliga insatser enligt SoL endast har minskat något sedan 2010.

Tabell 6:1 Antalet personer som den 1 november år 2010 och 2011 har fått behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård, bistånd som avser boende samt tvångsvård på institution. Procentuell förändring mellan 2010 och 2011. Avrundade värden.

	2010	2011	Förändring år 2010–2011 (%)
Individuellt behovsprövade insatser	11 700	11 300	–3
Frivillig institutionsvård	2 400	2 100	–12
Bistånd till boende	6 200	6 000	–3
Tvångsvård på institution	290	280	–3

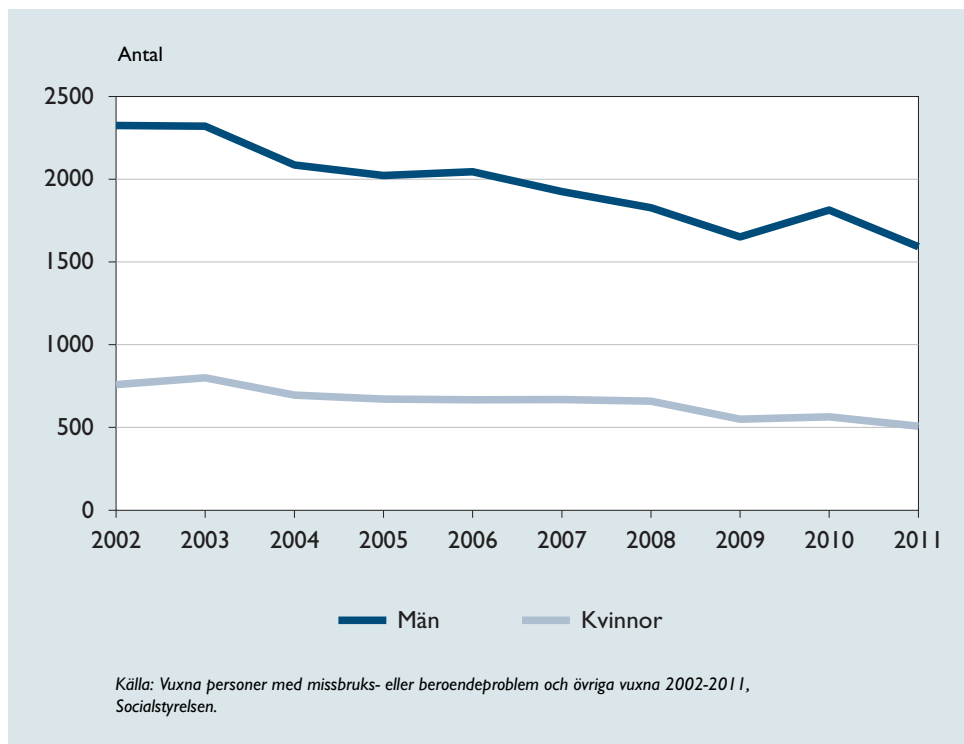
Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2010–2011, Socialstyrelsen.

Däremot ökade antalet boendedygn per inskrivning för insatserna *bistånd till boende* och *tvångsvård på institution*. Dessa två insatser var i genomsnitt sju dygn längre 2011 än året innan.

Frivillig institutionsvård minskar under 2000-talet

Diagram 6:3 visar antalet män och kvinnor som var inskrivna i frivillig institutionsvård på mät dagen, det vill säga den 1 november varje år från 2002 till och med 2011. En tydlig trend är att färre personer får frivillig institutionsvård. Mellan 2002 och 2011 har antalet minskat med 32 procent bland män och 33 procent bland kvinnor. Den 1 november 2011 vårdades 2 100 personer med missbruks- och beroendeproblem i frivillig institutionsvård enligt SoL.

Diagram 6:3 Antalet personer inskrivna i frivillig institutionsvård enligt LVM, den 1 november, 2002–2011, kvinnor och män.

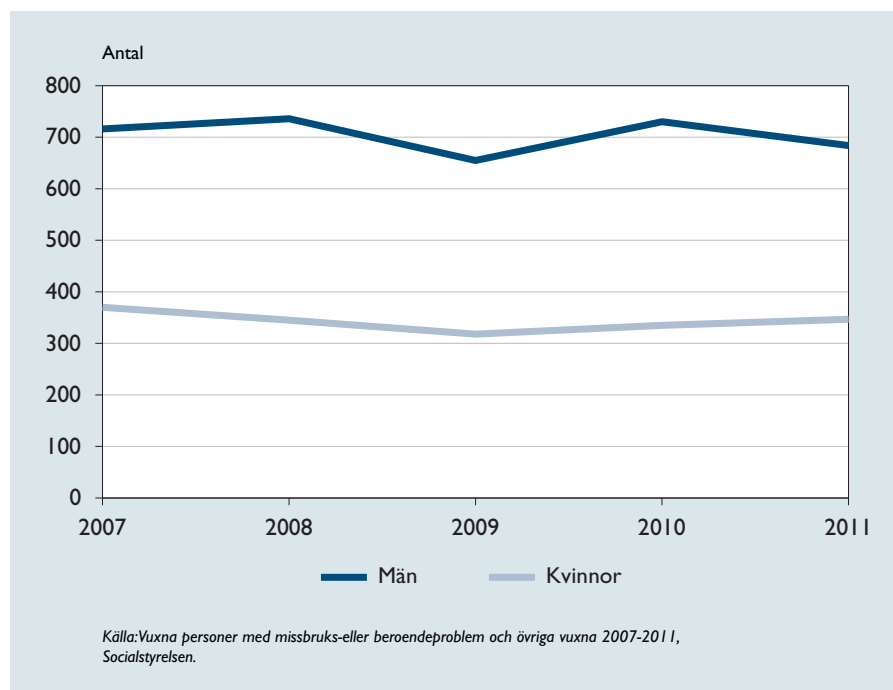


Tvångsvård av personer med missbruks- och beroendeproblem på stabil nivå under åren 2007 till 2011

Antalet vårdade personer med missbruks- eller beroendeproblem i tvångsvården har endast förändrats något under perioden 2007 till 2011 (diagram 6:4). Totalt minskade antalet utskrivningar med 5 procent sedan 2007.²⁰ Antalet män som skrivs ut har minskat med 4 procent och antalet kvinnor har minskat med 6 procent.

²⁰ I statistiken redovisas tvångsvården i form av omedelbara omhändertaganden, ansökningar om LVM-vård, beslut om vård enligt LVM samt utskrivningar från LVM-hem. Till skillnad från statistiken från socialtjänsten är denna statistik personnummerbaserad.

Diagram 6:4. Antalet utskrivningar från tvångsvård av personer med missbruks- eller beroendeproblematik, 2007–2011, män och kvinnor.



Olika skäl till att tvångsomhänderta äldre och yngre personer

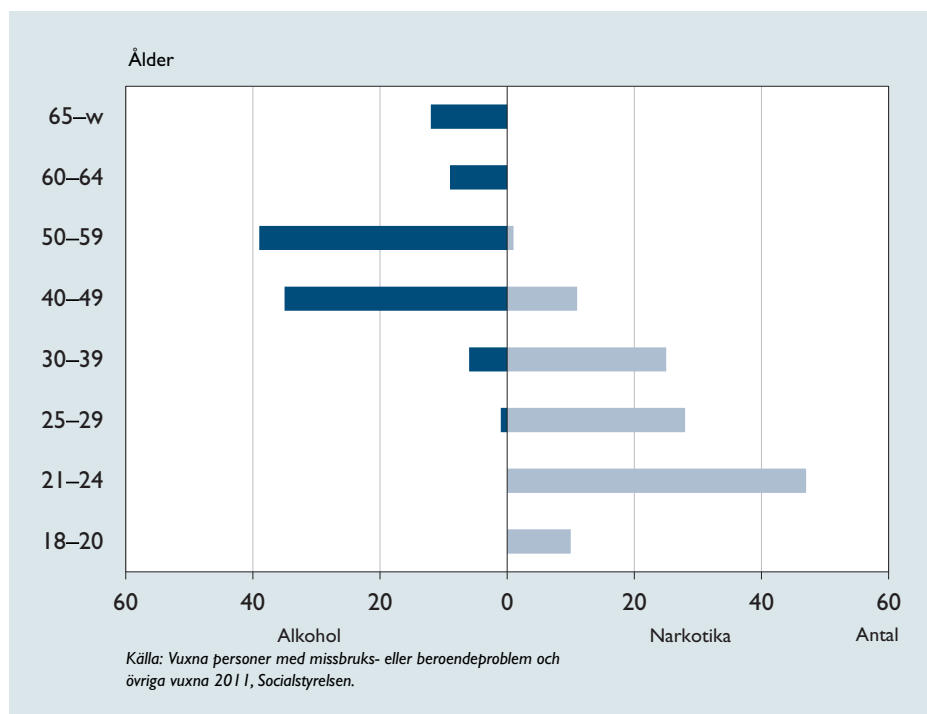
Socialstyrelsen har också analyserat antalet vårdade per åldersgrupp och typ av missbruk. Den 1 november 2011 vårdades 288 personer över 18 år i LVM-hem²¹. Av dessa var 63 procent män.

Av diagram 6:5 framgår det att personer under 30 år som tvångsomhändertas enligt LVM nästan uteslutande vårdas på grund av sina problem med narkotikamissbruk. Äldre personer som vårdas har oftare problem med missbruk av alkohol.

Antalet personer som omhändertogs för alkoholmissbruk minskade mellan 2007 och 2011, medan antalet som vårdas på grund av narkotikamissbruk har ökat under denna period.

²¹ Hem för tvångsvård av personer med missbruksproblem, enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

Diagram 6:5 Antalet vårdade enligt LVM den 1 november 2011 med missbruk av alkohol eller narkotika redovisat efter ålder och missbruk.



Patientfokuserad vård och självbestämmande och integritet i socialtjänstens missbruks- och beroendevård

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för patientens specifika behov och förväntningar samt att dessa vägs in i de kliniska besluten. Socialtjänstens insatser bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet. Det är med andra ord viktigt att alla insatser utgår från, och bidrar till, att den enskilde både kan och vill styra sitt eget liv.

Rutiner för klienters delaktighet har förbättrats något

I Socialstyrelsens öppna jämförelser undersöks årligen i vilken utsträckning systematiska brukarundersökningar har genomförts under den senaste 24-månadersperioden. Resultaten av 2012 års öppna jämförelser visar att

- något fler kommuner och stadsdelar har genomfört en inventering av målgruppen.
- andelen kommuner och stadsdelar som uppger att de har gjort en brukarundersökning har ökat från cirka 40 procent till cirka 50 procent.
- knappt 50 procent av kommunerna har någon gång under de senaste två åren stämt av hur deras utbud av insatser svarar mot målgruppens behov

(när det gäller landstingens beroendevård uppger endast 7 av de 17 landsting som svarat att de gjort en motsvarande avstämning).

Enligt en kartläggning som Socialstyrelsen lät göra under 2011 [6] finns det olika former av brukarmedverkan. Däremot är det oklart vad denna medverkan leder till för den enskilde. Socialstyrelsen har därför nyligen fått i uppdrag av regeringen (S2012/272/FST) att ta fram en vägledning om brukarmedverkan och brukarinflytande.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det är lätt att få kontakt med en verksamhet och vid behov få vård och omsorg inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

För personer med missbruks- och beroendeproblem är hög tillgänglighet mycket viktigt. Motivation är nämligen 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.

Korta väntetider för ett första personligt besök

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att väntetiden för ett första personligt besök i majoriteten av verksamheterna är mindre än en vecka och i många fall bara några dagar. Närmare 25 procent av verksamheterna erbjuder vanligtvis en tid för ett första besök inom 3 dagar. Drygt 80 procent av verksamheterna erbjuder en tid för ett första besök inom en vecka.

I de öppna jämförelserna redovisas även vilka insatser en kommun kan erbjuda, oavsett vem som är utförare. Cirka 70 procent av kommunerna uppger sig kunna erbjuda strukturerad öppenvård med program som pågår dagligen under vardagar.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kunskapsbaserad vård och omsorg innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara.

Kunskap till praktik inspirerar

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) satsning Kunskap till praktik är ett omfattande försök att utveckla den evidensbaserade praktiken inom missbruksvården och har pågått sedan 2008. Statskontoret har regeringens uppdrag att följa upp en överenskommelse mellan regeringen och SKL om evidensbaserad praktik i socialtjänsten där Kunskap till praktik ingår. I sin andra delrapport konstaterar Statskontoret att det går att dra lärdomar från Kunskap till praktik till andra områden. De pekar på att det tack vare satsningen har inrättats styrgrupper på regional och lokal nivå och att aktörer på

olika nivåer har ingått avtal som preciserar ansvarsfördelningen dem emellan. Enligt Statskontoret kan tillvägagångssättet inom Kunskap till praktik tjäna som inspiration både för överenskommelsen som helhet och för de olika delområdena. Givetvis måste dock arbetet anpassas till respektive områdes förutsättningar [7].

Kunskapsläget gällande insatser för vissa specifika målgrupper är fortfarande begränsat

Det ställs ökade krav på missbruks- och beroendevårdens effektivitet och på en evidensbaserad praktik. Kunskapen när det gäller insatser och behandling för vissa specifika målgrupper är dock fortfarande begränsat. Till exempel är kombinationen av funktionsnedsättning och missbruk ett försummat område där det krävs tydliga förbättringar [3].

Säker vård och rättssäker omsorg

Den 1 juli 2011 ändrades SoL och LSS, och Socialstyrelsens beslutade om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. Detta innebär bland annat att lex Sarah-bestämmelserna nu gäller inom hela socialtjänsten, inklusive verksamheter vid Statens institutionsstyrelse. Syftet med dessa bestämmelser är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen [8].

Under perioden januari–december 2012 fattade Socialstyrelsen beslut i 19 lex Sarah-ärenden inom området missbruk.

Andel kommuner som använder synpunkter och klagomål för att utveckla verksamheten ökar något

I de öppna jämförelserna ställer Socialstyrelsen frågor som rör förutsättningarna för en god kvalitet i verksamheten. Vi har jämfört enkätsvaren från kommuner och beroendeenheter med föregående års svar. Svaren visar genomgående att en högre andel beroendeenheter har de efterfrågade förutsättningarna för kvalitet. Även andelen kommuner som uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att utveckla verksamheten ökade från 67 procent till 71 procent [9].

Socialstyrelsens iakttagelser vid tillsynen

Socialstyrelsen har under 2012 genomfört flera inspektioner på enheter som bedriver LARO i Skåne. Granskningen har initierats som en följd av de brister som framkommit vid tidigare tillsyn och i befintliga klagomålsärenden från patienter och klienter eller deras närstående. Inspektionerna har bland annat visat att verksamheterna inte följer reglerna om läkemedelshantering enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende som säger att sex månader av stabil läkemedelsbehandling ska förflyta innan patienten själv får hantera läkemedlen [4].

Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Ett oförändrat stort antal anhöriga, främst makar och barn, ger allt mer hjälp till äldre personer. Många anhöriga får inte det stöd de behöver och de anser att kommunerna borde ta ett större ansvar för omsorgen.
- Andelen äldre som får kommunal omsorg minskar något. Färre bor permanent i särskilt boende eller i korttidsboende eller får geriatrisk vård. Däremot får fler omfattande hemtjänst och för de äldsta ökar sjukhusvården något.
- Något färre äldre får få timmar av hemtjänsten, medan betydligt fler använder RUT-tjänster. De senare är ojämnt fördelade både geografiskt och inkomstmässigt.
- Fler undersköterskor och vårdbiträden har grundläggande yrkesutbildning, men fortfarande saknar en alltför hög andel i hemtjänst sådan utbildning, motsvarande var fjärde månadsanställd.
- Andelen av personalen som har högskoleutbildning är låg och ökar inte.
- Det råder nu i stort sett balans mellan tillgång och efterfrågan på personal inom vård och omsorg om äldre, men en betydande brist beräknas uppstå under 2020-talet.
- Äldre får inte den psykiatriska vård de behöver, och bristande läkemedelsanvändning leder fortsatt till att de förlorar i hälsa och livskvalitet. Vissa förbättringar har dock skett under de senaste åren.
- Fyra av tio äldre som bor i särskilt boende och som har hemtjänst tycker inte de har tillräckligt god tillgång till läkare.
- Äldre personer vistas längre tid på akutmottagningar vid sjukhus än den genomsnittliga patienten, och direktinläggningar av de mest sjuka äldre är ovanliga.
- De mest förekommande allvarliga missförhållandena enligt lex Sarah är ej utförda eller felaktigt utförda insatser, brister i bemötandet samt fysiska och ekonomiska övergrepp.

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen först utvecklingen av resurser för vården och omsorgen om äldre, därpå de anhörigas insatser och sedan följer ett avsnitt om kompetensförsörjning. Därefter presenterar vi några uppgifter som beskriver läget för och utvecklingen av kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Med äldre avser vi personer 65 år och äldre om inte någon annan åldersgrupp anges.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre beskrivs i kapitlet *Ekonomiska analyser*. Uppgifter om äldres tandhälsa finns i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*. Även i kapitlen *Hälso- och sjukvård* och *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* finns vissa uppgifter om äldre personer.

Resurser för vård och omsorg

I det här avsnittet beskriver vi förändringar i de offentligt finansierade verksamheterna för vård och omsorg om äldre. Vi redovisar även omfattningen av anhörigas omsorg.

Oförändrad andel mest sjuka äldre

År 2011 uppfyllde 305 000 personer Socialstyrelsens kriterier för att tillhöra gruppen de mest sjuka äldre, vilket motsvarar 17 procent av befolkningen 65 år och äldre [1]. Andelen mest sjuka äldre har varit relativt stabil över tid men 2008 var andelen något högre. Mätningen för 2008 gjordes vid en annan tid på året, vilket kanske kan förklara den högre andelen.

År 2011 bodde 214 000 av de mest sjuka äldre (70 procent) i ordinärt boende (det vill säga inte i särskilt boende) och 91 000 (30 procent) i särskilt boende. Andelen i särskilt boende har minskat sedan 2007 då 34 procent bodde i sådant boende.

Tabell 7:1. Mest sjuka äldre, 65 år och äldre, i befolkningen. Antal och andel i procent för perioden 2007–2011, uppdelat på boendeform.

	Särskilt boende	Ordinärt boende	Totalt	Särskilt boende	Ordinärt boende	Totalt
	Antal (andel av total %)			Andel mest sjuka i befolkningen %		
2007	95 400 (34)	185 600 (66)	281 000 (100)	5,9	11,5	17,5
2008	94 100 (31,5)	204 900 (68,5)	299 000 (100)	5,7	12,4	18,2
2009*	IU	IU	IU	IU	IU	IU
2010	90 900 (30,6)	205 700 (69,4)	296 600 (100)	5,2	11,8	17,1
2011	90 900 (30)	214 300 (70)	305 100 (100)	5,1	12	17,1

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009
Källa: Patientregistret, SoL-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Fortsatt omstrukturering inom vård och omsorg

Totalt sett minskar andelen personer i den äldre befolkningen som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. När det gäller dem som får hemtjänst har visserligen antalet ökat, men inte andelen. Andelen i befolkningen som får hemtjänstinsatser är till exempel oförändrad sedan 2007, ungefär 12,4 procent, medan antalet har ökat med ungefär 20 000 personer under samma period. Samtidigt fortsätter andelen personer över 65 år som bor permanent i särskilt boende att minska, från 6,1 procent till 5,2 procent.

Det har även skett vissa förändringar i övriga insatser för äldre. Antalet äldre personer med beslut om korttidsboende har minskat med 1 100 personer, från 0,6 procent av befolkningen till 0,4 procent. Antalet personer med dagverksamhet har ökat något men andelen av befolkningen med sådan insats är oförändrad. Ytterligare 200 äldre personer har fått insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, under de senaste fem åren.

Tabell 7:2a. Antal personer i befolkningen, 65 år och äldre, med vissa insatser den 1 oktober, 2007–2011, avrundade värden.

	Insats			Övriga insatser		
	Hemtjänst* i ordinärt boende	Permanent särskilt boende	Totalt	Korttidsboende	Personlig assistans enligt LSS	Dagverksamhet
2007	198 900	97 500	296 000	8 900	300	10 600
2008	201 900	96 700	298 700	8 700	400	11 500
2009	205 700	95 400	301 000	8 500	400	IU
2010	211 000	93 980	304 900	8 100	500	11 500
2011	220 600	92 200	312 800	7 800	500	11 500

* I hemtjänst i ordinärt boende inkluderar vi här även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källor: SoL-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från mängdstatistik: hemtjänst, särskilt boende, personlig assistent, korttidsboende.

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Tabell 7:2b. Andel (i procent) personer i befolkningen, 65 år och äldre med vissa insatser den 1 oktober, 2007–2011.

	Insats			Övriga insatser		
	Hemtjänst* i ordinärt boende	Permanent särskilt boende	Totalt	Korttidsboende	Personlig assistans enligt LSS	Dagverksamhet
2007	12,4	6,1	18,4	0,6	0	0,7
2008	12,3	5,9	18,2	0,5	0	0,7
2009	12,2	5,7	17,8	0,5	0	IU
2010	12,1	5,4	17,6	0,5	0	0,7
2011	12,4	5,2	17,5	0,4	0	0,6

* I hemtjänst i ordinärt boende inkluderar vi här även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källor: SoL-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från mängdstatistik: hemtjänst, särskilt boende, personlig assistent, korttidsboende.

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Fler äldre får omfattande insatser från hemtjänsten

Antalet äldre som får omfattande insatser från hemtjänsten ökar. Samtidigt minskar antalet som har få timmar, det vill säga mellan det vill säga 1–10 timmar. År 2007 hade 53 500 personer beslut om 1–9 timmar hemtjänst per månad och 2012 var motsvarande antal 51 400, vilket alltså är en minskning med 2 100 personer. Antalet äldre med beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad har ökat från 52 400 till 59 100, det vill säga en ökning med 6 700 personer under samma tidsperiod.

Andelen av befolkningen som får hemtjänst inom de olika timintervallen är relativt oförändrad när vi ser till hela gruppen 65 år eller äldre. Detta beror på att det är många i åldergruppen 65–79 år som inte har någon insats alls, samtidigt som detta är en stor och växande grupp.

För personer som är 80 år eller äldre är det tydligare skillnader. I denna åldersgrupp har andelen personer med 25 timmars hemtjänst eller mer ökat

från 7,6 procent till 8,5 procent sedan 2007, vilket motsvarar en genomsnittlig ökningstakt på drygt 4 procent per år. Andelen som får 1–25 timmar hemtjänst per månad är dock oförändrad även i denna åldersgrupp.

En jämförelse av det minskade antalet personer i särskilt boende med det ökande antalet personer 65 år och äldre som får omfattande hemtjänst (25 timmar eller mer per månad) för perioden 2007 till 2011 visar att ökningen av antalet personer med hemtjänst (8 400) är större än minskningen av antalet personer i särskilt boende (drygt 5 000). Detsamma gäller för åldersgruppen 80 år och äldre. Det tyder på att utbyggnaden av hemtjänsten och koncentrationen av dess resurser till dem som har störst omsorgsbehov under denna period tycks kompensera den begränsning av vården och omsorgen som skett genom minskningen av antalet personer i särskilt boende. Detta säger dock inget om kvaliteten i vården och omsorgen i respektive typ av boende. Vi återkommer till denna fråga längre fram.

Tabell 7:3. Antal personer och andel (procent) av befolkningen 65 år och äldre med hemtjänst, inom intervallen 1–9, 10–25 och 25 eller fler hemtjänsttimmar per månad.

Antal timmar		2007	2008	2010	2011	2012*	Skillnad i antal (2007–2012)
1–9**	Antal	53 500	53 800	52 000	52 000	51 400	–2 100
	Andel	3,3	3,3	3,0	2,9	2,9	
10–25	Antal	30 300	30 400	32 800	31 300	31 700	+1 400
	Andel	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	
25–	Antal	52 400	51 500	59 300	59 100	60 800	+8 400
	Andel	3,3	3,1	3,4	3,3	3,4	

* Beräknat på 2011 års folkmängd. När denna rapport skrivs är inte folkmängden för 2012 fastställd.

** Genom att utesluta personer som har 0 timmar i insats exkluderas personer som enbart har trygghetslarm, matdistribution eller snöröjning, men även personer som beviljats en insats som ännu inte börjat verkställas.

Källa: Socialstyrelsens officiella statistik (individstatistik) för åren 2008–2012 samt Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik. Beräkningen av andel i procent av personer i befolkningen som är 65 år eller äldre har gjorts med befolkningsciffran 65 + den 31 december för respektive år som ligger närmast mättilfället för statistiken. För 2008 gäller statistiken den 1 juni. Därför har beräkningen gjorts med befolkningsstatistik för både 2007 och 2008, och därav intervallet 3,3–3,2.

Den långsiktiga trenden har fortsatt de senaste fem åren med en koncentration av hemtjänstens resurser till äldre personer med omfattande behov av hjälp (tabell 7:3). Frågan är om de äldre som tidigare fick få timmar av hemtjänsten, får hjälp på annat sätt i dag. Den frågan är utgångspunkten när vi i nästa avsnitt beskriver utvecklingen av de anhörigas insatser och skattesubventionerade servicetjänster till äldre, så kallade RUT-tjänster.

Anhörigvårdens omfattning ökar

Barn till äldre personer har inte någon laglig skyldighet att ta hand om sina föräldrar. När det gäller makar begränsas deras skyldigheter gentemot

varandra till att ha ett gemensamt ansvar för ekonomi och skötsel av hemmet. Den offentliga omsorgen om äldre kan därför inte förlita sig på anhöriga, även om anhöriga ofta ställer upp. När enskilda äldre bedöms ha behov av stöd och hjälp och så önskar ska alltså socialtjänsten ge den, enligt gällande bestämmelser.

Var fjärde person i åldersgruppen 16–84 år hjälper någon annan person, oberoende av ålder. Andelen beskrivs som relativt konstant under de senaste 20 åren medan hjälpens omfattning i timmar räknat har ökat över tid. Detta innebär att de som ger hjälp ger alltmer hjälp [2].

Socialstyrelsen har under 2012 genomfört en befolkningsstudie om anhöriga som ger omsorg [3]. Totalt 15 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre ombads fylla i en enkät under våren 2012. Ungefär hälften av dem svarade. Bortfallets storlek och det faktum att vi har gjort beräkningarna på ett urval personer innebär att samtliga resultat bör tolkas med en viss försiktighet.

Socialstyrelsen har bearbetat uppgifterna från undersökningen genom att avgränsa materialet till de anhöriga som hjälper personer som är 65 år eller äldre. Bearbetningen visar att cirka 870 000 personer kontinuerligt ger vård, hjälp eller stöd till en äldre anhörig. Drygt hälften av dem är vuxna barn som hjälper en förälder. Av dessa var 57 procent döttrar och 43 procent söner. Knappt var femte av de 870 000 personerna är maka eller make, och i den gruppen framkommer ingen könsskillnad. Däremot är det vanligare att män tar emot hjälp från sin maka, eftersom det är vanligare att äldre kvinnor är ensamstående.

De som står för de mest omfattande insatserna i tid räknat är de äldre makarna. Cirka var tredje make eller maka ger 30 timmar eller mer omsorg i veckan, det vill säga tid som motsvarar nästan en ordinär arbetsvecka. Bland de vuxna barnen är det cirka var tionde som ger omsorg 11 timmar eller mer per vecka, det vill säga motsvarande nästan en och en halv arbetsdag eller mer per vecka. Intressant ur ett genusperspektiv är att bland de vuxna barn som ger omfattande insatser – 11 timmar eller mer per vecka – så är andelen döttrar cirka 60 procent, och bland dem som ger 30 timmar eller mer är andelen döttrar ännu högre. Bland dem som ger mindre än 11 timmar per vecka är andelen kvinnor cirka 55 procent.

Anhörigas insatser har en bredare karaktär än det stöd och hjälp äldre kan få via äldreomsorgen. Vanligast är att anhöriga ger praktisk hjälp i form av transporter eller ledsagning, hjälper i bostaden eller trädgården, gör bank- och postärenden och umgås med den äldre. Lite mindre vanligt är att de hjälper till med inköp, har kontakt med vård och omsorg, ser till den äldre och hjälper till med hans eller hennes personliga omvårdnad. Det minst vanliga är att de anhöriga stödjer den äldre ekonomiskt.

Anhörigvård begränsar utbudet av arbetskraft

En klar majoritet av de anhöriga uppger att deras insatser inte påverkar dem negativt. Bland de vuxna barnen anger dock cirka var femte att de upplever sitt engagemang som psykiskt påfrestande. Vidare är det cirka 50 000 av dem som anger att deras engagemang har påverkat deras möjligheter att arbeta. Det handlar om att de går ner i arbetstid, helt slutar att arbeta, är

sjukskrivna eller har svårigheter att få ett arbete. Här finns en tydlig könsskillnad, eftersom nära 75 procent av de vuxna barnen som anger att deras engagemang påverkar deras möjlighet att arbeta är kvinnor.

Bland de äldre makarna upplever cirka var fjärde psykisk påfrestning. Därutöver anger cirka var femte att deras insatser innebär en fysisk påfrestning. Det är vanligare bland makar att kvinnor uppger att de upplever fysisk påfrestning än att män gör det.

Något fler anhöriga anger att de har huvudansvaret och inte kommunen, medan en klar majoritet av de anhöriga – på frågan om hur det borde vara – svarar att kommunen borde ha huvudansvaret. Den offentliga omsorgen om äldre tycks inte leva upp till den förväntan som många anhöriga bär på om att den ska ha ett huvudansvar för omsorgen.

En person som förvärvsarbetar kan få närståendepenning för att vårda en närstående person som är svårt sjuk. Ersättningen betalas ut sammanlagt högst 100 dagar för förvärvsarbetande personer som ger vård till en viss närstående person. År 2011 var det 7 700 personer som var 65 år eller äldre som fick vård av en närstående som hade närståendepenning. Detta var en ökning med cirka 2 000 personer från 2007 (uppgifter från Försäkringskassan).

Otillräcklig information om stöd till anhöriga

Sedan 2009 finns det en bestämmelse, 5 kap. 10 § i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, om att kommunerna ska erbjuda stöd till en person som vårdar eller stödjer någon som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Trots sina stora och omfattande insatser är det inte mer än var tjugonde anhörig som uppger att de har anhörigstöd. Var tionde skulle dock vilja ha sådant stöd. En av flera möjliga förklaringar till varför så få anhöriga har stöd kan vara att tre av fyra inte känner till bestämmelsen om att kommunen är skyldiga att erbjuda dem detta stöd. Därmed begränsas deras efterfrågan på anhörigstöd.

Under året har Socialstyrelsen genomfört en undersökning i landets kommuner om hur de tillämpar bestämmelsen om att de ska erbjuda anhöriga stöd. I denna undersökning redovisar 200 kommuner att det finns någon form av hinder för att tillämpa bestämmelsen om stöd till äldre personers anhöriga. Det vanligaste hindret, som cirka hälften av kommunerna lyfter fram, är att de har svårt att hitta anhöriga som behöver stöd [4].

Kraftig ökning av antalet äldre med RUT-tjänster

Det så kallade RUT-avdraget infördes 2006 och innebär att man får göra skatteavdrag om högst 50 000 kronor per år för tjänster som städning, tvätt, fönsterputsning och enklare trädgårdarbete. Avdrag kan även göras för hjälp av omsorgskaraktär, som till exempel hjälp med personlig hygien och på- och avklädning.

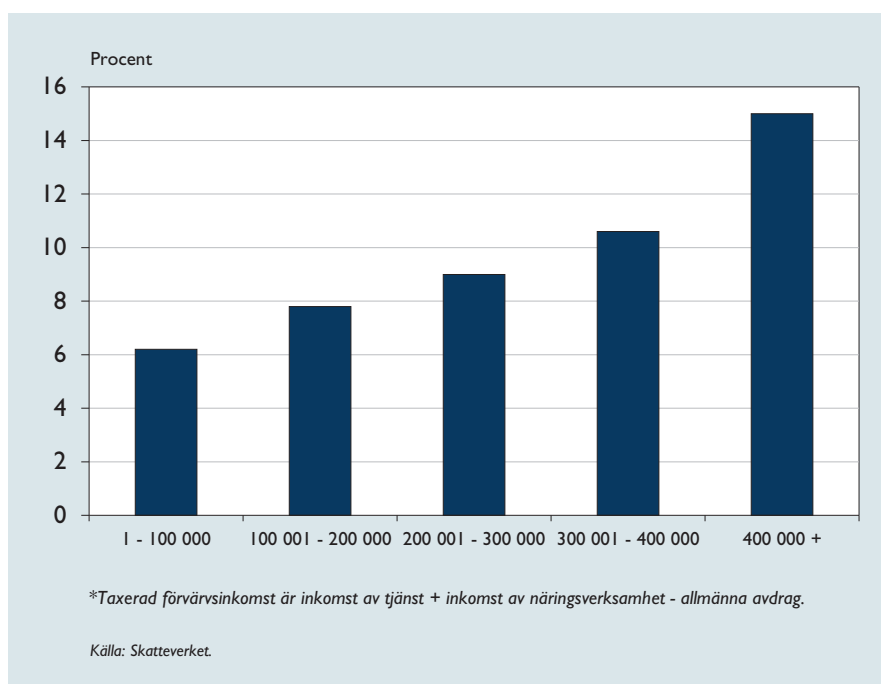
Användningen av RUT-tjänster har ökat kraftigt bland äldre personer. Under 2008 var det drygt 29 000 personer som var 65 år och äldre som gjorde RUT-avdrag, och 2011 hade antalet ökat till över 148 000 personer.

Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) är ensamstående kvinnor över 85 år bland de vanligaste användarna av RUT-tjänster [5].

Möjligheten att köpa skattesubventionerade servicetjänster, som exempelvis städning och tvätt, skulle kunna fungera som ett alternativ till små insatser, det vill säga få timmar, av hemtjänst. Socialstyrelsens rapport *Behovsbarometern – äldre* bygger på telefonintervjuer med personer 80 år och äldre utan äldreomsorg. Enligt intervjuerna är det nästan lika vanligt att dessa äldre använder privat städhjälp som att de får hjälp med städning via familjen. Att köpa privat städhjälp innebär alltså en möjlighet att göra RUT-avdrag. Den vanligaste tjänsten som äldre köper vid sidan av städning är så kallade praktiska småtjänster, som bland annat kan vara hjälp med snöskottning och gräsklippning [6].

Under perioden 2008–2011 minskade antalet äldre personer med 1–9 timmars hemtjänst per vecka med cirka 2 100 personer. Under samma tid ökade antalet personer över 65 år som använde RUT-tjänster med cirka 120 000 personer (diagram 7:1). Socialstyrelsen vet dock inte om det är de äldre personer som annars skulle ha fått hemtjänst som nu använder RUT-tjänster. Däremot går det att visa på skillnader i användningen som är knutna till hur stor inkomst de äldre har och till var de bor.

Diagram 7:1. Andelen personer 65 år och äldre som har gjort RUT-avdrag efter taxerad förvärvsinkomst, 2011.*



Det är vanligare att äldre med höga inkomster köper RUT-tjänster jämfört med äldre med låga inkomster. De förra gör också större avdrag per person.

För att pensionärer ska kunna göra fullt RUT-avdrag krävs att de har en årsinkomst på 204 000 kronor. Detta hade 38 procent av personerna över 65 år under inkomståret 2010. Av de äldre kvinnorna var det dock endast 23 procent som kunde göra fullt RUT-avdrag under detta år.

Tabell 7:4. Andel i procent av befolkningen 65 år och äldre som gjorde RUT-avdrag 2011, i ett urval kommuner med låg respektive hög medelinkomst samt i Västerbottens och Skåne län.

Kommuner/län som utmärks av:			
Låg medelinkomst och/eller glesbygd		Hög medelinkomst och/eller tät befolkning	
Kommun	Andel i befolkningen 65+ som beviljades skatteavdrag (%)	Kommun	Andel i befolkningen 65+ som beviljades skatteavdrag (%)
Västerbottens län	5,3	Skåne län	8,4
Övertorneå	2,3	Danderyd	20,5
Årjäng	6,0	Lidingö	16,4
Åsele	3,6	Täby	13,1
Högsby	5,7	Nacka	11,1
Dals-Ed	4,5	Vellinge	14,6
Mellerud	4,2	Stockholm	11,4

Källa: Antal personer som gjort RUT-avdrag kommunvis för 2011 från Skatteverket, samt befolkningsstatistik från SCB.

De kraftigt ökande RUT-avdragen används alltså mest av äldre med höga inkomster och i tätbefolkade delar av landet (tabell 7:4). Flertalet äldre personer har dock för låga inkomster för att kunna använda RUT-avdraget fullt ut.

Slutenvården ökar för de allra äldsta

Gruppen av personer som är 80 år och äldre hade sammanlagt 263 000 vårdtillfällen vid sjukhus år 2007 och 279 000 vårdtillfällen år 2011. Samtidigt har det även skett en viss ökning i antalet unika personer i åldersgruppen som läggs in på sjukhus. Detta kan vara ett tecken på att antalet personer som upprepat skrivs in för slutenvård på sjukhus i stort sett är oförändrat. De genomsnittliga förändringarna är dock små, och därför är slutsatserna osäkra. I kapitlet om hälso- och sjukvård beskriver vi slutenvårdens utveckling för hela befolkningen.

Tabell 7:5 Antal vårdtillfällen vid sjukhus och andel personer i befolkningen som slutenvårdats under åren 2007–2011 i olika åldersgrupper. Ålderstandardiserade värden.

	2007	2008	2009	2010	2011
Antal vårdtillfällen vid sjukhus					
65–79 år	320 900	326 700	336 000	345 800	355 000
80 år eller äldre*	263 100	267 100	269 800	275 000	278 800
Andel i befolkningen som fått slutenvård vid sjukhus (%)					
65–79 år	17,6	17,5	17,5	17,5	17,4
80 år eller äldre*	32,5	32,7	32,7	33,0	33,1

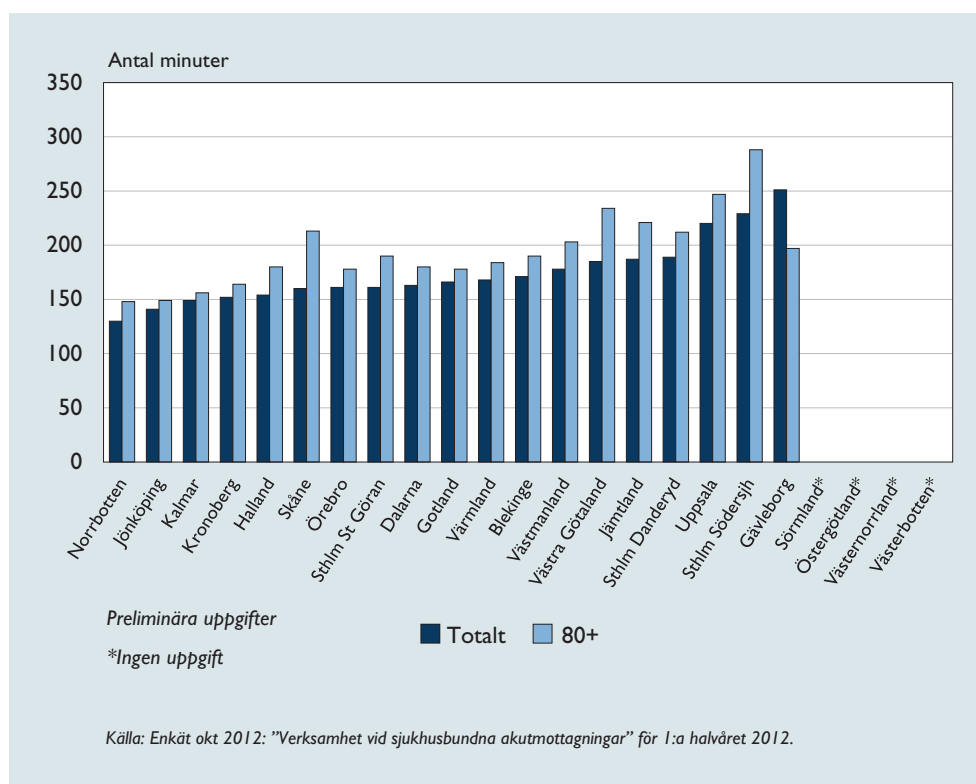
* Signifikant ökning över perioden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Stora skillnader i äldres vistelsetid på akuten

Under hösten 2012 har Socialstyrelsen kartlagt verksamheten vid landets sjukhusbundna akutmottagningar. Andelen som besöker en akutmottagning ökar kraftigt med åldern och är tre gånger högre för personer som är 90 år och äldre jämfört med dem som är 60–69 år gamla.

Den totala vistelsetiden räknas från det att en patient anländer till mottagningen till dess att hon eller han lämnar den. Medianvistelsetiden för personer som är 80 år och äldre var närmare 190 minuter jämfört med drygt 170 minuter för samtliga åldrar (diagram 7:2). Medianvistelsetiden för personer över 80 år varierar dock från som lägst 150 minuter i Norrbottens läns landsting till 250 minuter i Uppsala län och som högst nästan 300 minuter vid Södersjukhuset i Stockholms län. Vistelsetiden är längre för personer som är 80 år och äldre än för andra åldersgrupper i samtliga landsting som lämnat uppgifter, förutom i Gävleborgs län. Det är dessutom en betydligt högre andel av de äldre patienterna som skrivs in i slutenvård i samband med besöket på akutmottagningen, jämfört med patienter i samtliga åldrar.

Diagram 7:2. Total vistelsetid (i minuter) vid sjukhusbundna akutmottagningar i vissa landsting²², under första halvåret 2012, för hela befolkningen och för personer 80 år och äldre.



För att undvika långa vistelsetider på akutmottagningar har direktinläggningar och andra former av så kallade snabbspår utvecklats. Dessa innebär att patienten diagnostiseras innan besöket på akutmottagningen eller tidigt

²² Kartläggningen är pågående och kommer att slutredovisas i april 2013. I denna rapport redovisas preliminära uppgifter där vissa landsting ännu inte hunnit lämna in uppgifter.

vid ankomsten, för att sedan slussas vidare till den undersökning, behandling eller vård som är lämplig. Mellan 70 och 80 procent av mottagningarna har ett snabbspår för stroke, höftfraktur och ballongvidgning vid förträngning i hjärtats kranskärl, medan drygt 20 procent av de svarande akutmottagningarna har snabbspår för de mest sjuka äldre.

Omfattande hjälp i hemmet – räcker den?

Som vi har visat fortsätter utvecklingen mot att en allt mindre andel äldre personer bor permanent i särskilt boende och att färre beviljas korttidsboende. Medelvårdtiderna i sluten hälso- och sjukvård har också minskat samtidigt som antalet vårdtillfällen vid sjukhus bland personer 80 år och äldre ökat något. Mellan åren 2007 och 2011 minskade antalet geriatriska vårdplatser med 250 till drygt 2 000 [7]. De senaste åren har också överbeläggningar på sjukhuskliniker blivit vanligare [8]. Även besökstrycket på akutmottagningar på sjukhus är stort. Personer som är 80 år och äldre får i genomsnitt vänta längre på en akutmottagning än samtliga andra besökare.

Under perioden 2007–2011 fick allt fler äldre omfattande hemtjänst. En ökad andel får hjälp med enbart omvårdnad, medan andelen som får service eller både service och omvårdnad är oförändrad. Omfattningen av den avancerade hemsjukvården är svår att följa över tid. Det vi kan se är att kostnaderna för hemsjukvård inom den specialiserade somatiska vården ökade med 17 procent mellan 2007 och 2011 enligt räkenskapssammandraget, vilket tyder på att fler har fått avancerad hemsjukvård. Antalet platser i palliativ hemsjukvård ökade från cirka 2 610 till 3 160 platser.

En återkommande frågeställning i Socialstyrelsens lägesrapporter är vilka effekter den beskrivna omstruktureringen från särskilt boende till hemtjänst får på kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen har i en tidigare rapport redovisat att det oftare finns brister i läkemedelsförskrivningen för äldre i ordinärt boende än för dem som bor i särskilt boende [9]. Våra tidigare opublicerade bearbetningar av hälsodataregistren och kvalitetsregistret Riks-Höft visar vidare att de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende i mindre omfattning får slutenvård vid sjukhus och enligt våra bearbetningar av patientregistret och Riks-Höft har de något kortare väntetid till operation efter en höftfraktur. I denna rapport visar vi att det är färre äldre i särskilt boende som uppger att de har svårt att komma i kontakt med en sjuksköterska jämfört med dem som får hemtjänst i ordinärt boende. Äldre i särskilt boende besväras också mindre av ensamhet än äldre i ordinärt boende. För personer i gruppen mest sjuka äldre är risken för självmord mycket lägre i särskilt boende än i ordinärt boende. Dessutom är andelen undersköterskor och vårdbiträden som har rätt yrkeskompetens för sitt arbete högre i särskilt boende än i hemtjänst.

Jämförelserna mellan vård och omsorg i särskilt boende och i ordinärt boende måste tolkas med försiktighet eftersom det genomsnittliga funktionstillståndet är bättre hos äldre som får hemtjänst eller hemsjukvård än hos dem som bor i särskilt boende. I särskilda boenden finns det även betydligt större andel personer med demenssjukdom [1].

Fler äldre bör få avancerad hemsjukvård

En allt större andel av de äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg får denna i ordinärt boende. För att kunna utföra dessa insatser med god kvalitet behöver primärvård och äldreomsorg utvecklas. Det gäller exempelvis att utveckla former för att identifiera högriskpersoner och samordnad individuell vård- och omsorgsplanering. Men också utveckling av multiprofessionella team, strukturerad samverkan, ökad tillgänglighet och särskilda samordningsfunktioner. Den avancerade hemsjukvården präglas till stor del av dessa egenskaper, men fler äldre behöver få del av den vård som hemsjukvården erbjuder [10, 11].

Hemtjänsten har en viktig uppgift i att ge omsorg med god tillgänglighet, hög kompetens och god personalkontinuitet för att ge äldre med omfattande och komplexa behov den trygghet och säkerhet som de behöver. De senaste åren har valfrihetssystem införts inom hemtjänsten. Vid slutet av 2011 hade 104 kommuner infört detta och ytterligare 61 planerade att införa ett sådant system [12]. Socialstyrelsens uppföljningar av valfrihetssystemet inom hemtjänsten visar att flertalet äldre har en positiv inställning till möjligheten att välja utförare. Det är emellertid relativt få som faktiskt använder sig av möjligheten. I storstadsområden och större kommuner har valfrihetssystemet inneburit att antalet utförare har ökat, ibland påtagligt. Åtaganden har ibland delats upp, så att delar av hemtjänsten utförs av olika utförare. Samtidigt har valfrihetssystemet även införts inom primärvården, med ibland motsvarande ökning av antalet aktörer. Detta skapar nya utmaningar för att få till stånd den nödvändiga samordning i planeringen och genomförandet av vården och omsorgen som är så viktig för de mest sjuka äldre.

I regeringens överenskommelser för åren 2012 och 2013 med Sveriges Kommuner och Landsting om satsning på sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre ställs ett grundkrav om att det i varje län ska finnas en aktuell handlingsplan för förbättringar inom vård och omsorg. Vidare utgår prestationsersättning till huvudmännen för en minskning av undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar.

Socialstyrelsens bedömning är att huvudmännen för primärvård och äldreomsorg fortsatt bör kartlägga, analysera och systematiskt genomföra förbättringar i stödet till äldre personer som bor i ordinärt boende och som har komplexa tillstånd och omfattande hjälpbehov. En utgångspunkt bör vara att de kvaliteter som den avancerade hemsjukvården präglas av bör kunna erbjudas till fler äldre personer. Samtidigt är det viktigt att alla äldre som har stora behov av vård och omsorg och som vill få hjälpen i ett särskilt boende också ges reell möjlighet att flytta till ett sådant. I vissa situationer, särskilt när den äldre personen har nedsatta kognitiva förmågor, är inte vård och omsorg i ordinärt boende ett reellt alternativ.

Kompetensförsörjning

I detta avsnitt beskriver vi utvecklingen av personalresurserna och personalens yrkeskompetens. Balansen mellan den långsiktigt beräknade tillgången och efterfrågan på personal tas också upp.

Antalet anställda minskar

Antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre har minskat med 14 500 personer de senaste fem åren. Under perioden 2007 till 2011 har en allt större andel av den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre utförts av enskilda utförare. År 2011 svarade de för 20 procent av hemtjänst och särskilt boende. När de enskilda utförarnas månadsanställda läggs samman med de kommunala utförarnas månadsanställda kvarstår en minskning motsvarande 6 procent under perioden 2007 till 2011.

För de äldre som behöver vård och omsorg är det mer intressant att veta hur mycket personaltid som finns i verksamheterna än hur många anställda som finns. Personaltiden kan uttryckas i antal årsarbeten, vilket innebär att personal med olika sysselsättningsgrad räknats om till heltidstjänster. I Socialstyrelsens beräkningar har vi räknat bort personal som är frånvarande mer än 30 dagar och lagt till timanställda. Som framgår av nedanstående tabell 7:6 har antalet årsarbeten i stort sett varit oförändrat de senaste fem åren.

Tabell 7:6. Antal anställda samt antal årsarbeten inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre, åren 2007–2011.

	Anställningsform	2007	2008	2009	2010	2011
Kommun-anställda*	Månadsanställda	162 900	160 800	155 400	149 400	148 400
	Timanställda	43 400	42 400	41 400	42 900	43 400
Anställda hos enskilda utförare**	Månadsanställda	26 400	24 900	26 400	27 900	29 700
	Timanställda	6 900	6 600	7 000	8 000	8 700
Totalt antal anställda		239 600	234 700	230 200	228 200	230 200
Antal årsarbeten, exkl. långtidsfrånvaro***		163 100	162 400	161 800	163 900	161 400

* Antal anställda inom vård och omsorg om äldre respektive personer med funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna fördelas enligt räkenskapssammandraget för respektive år.

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

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

Källa: Personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

Ett sätt att visa personalresurser i förhållande till antalet äldre som får insatser är att sätta antalet årsarbeten i förhållande till antalet personer som bor permanent i särskilt boende eller får hemtjänst eller personlig assistans. År 2007 var denna genomsnittliga personalinsats 0,53 årsarbeten per äldre person med insatser, och 2011 var insatsen något lägre, 0,5 årsarbeten.

Oförändrad andel personal med högre utbildning

Kommunernas vård och omsorg karaktäriseras av att merparten av personalen endast har gymnasial utbildning och att en mindre del har eftergymnasial utbildning. Den pågående generationsväxlingen i personalen kan förväntas innebära att en allt större andel av personalen har eftergymnasial utbildning, eftersom sådan utbildning är vanligare i lägre åldrar.

Vår jämförelse mellan åren 2007 och 2011 visar att det inte har skett några förändringar i sammansättningen av personalen när det gäller utbildningsnivå, förutom att tillgången till sjukgymnastkompetens har ökat (tabell 7:7). Bortsett från den yrkesgruppen har ökningen varit likartad inom alla yrkesgrupper, både de yrkesgrupper som kräver eftergymnasial utbildning och de som kräver gymnasial utbildning. Andelen personal med eftergymnasial utbildning är båda åren knappt 13 procent. Det finns även andra yrkeskategorier inom vård och omsorg (i kategorin *övriga personalkategorier* i tabell 7:7 nedan) som vi dock inte tagit med här.

Fortfarande är den helt dominerande yrkesgruppen vårdbiträden och undersköterskor. Den pågående generationsväxlingen har ännu inte lett till att den låga andelen personal i yrken som kräver eftergymnasial utbildning förändrats, jämfört med likartade verksamhetsområden.

Tabell 7:7. Antalet årsarbeten fördelat på vissa yrkeskategorier i den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre åren 2007 och 2011.

Yrkesgrupp	2007	2011	Förändring 2007–2011 absoluta tal	Förändring 2007–2011 (%)
Ledningsarbete	5 774	5 728	–46	–0,7
Sjuksköterskor	7 746	7 706	–40	–0,5
Arbetssterapeut	1 846	1 870	+24	+1,3
Sjukgymnast	1 010	1 121	+111	+11,0
Undersköterska/vårdbiträde	126 802	127 026	+224	+0,1
Övriga personalkategorier	29 060	27 682	–1 378	–4,7

Antalet anställda inkluderar långtidslediga och sjukskrivna.

Antalet anställda inom vård och omsorg om äldre respektive personer med funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna fördelas enligt räkenskapsammandraget för respektive år.

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

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

Källa: Personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen har under de tre somrarna 2010–2012 genomfört oanmäld tillsyn på totalt 104 korttidsboenden och demensboenden. Den samman-

tagna bedömningen är att antalet sjuksköterskor under dessa tre år har legat på samma nivå, vilket alltså ligger i linje med de uppgifter för hela landet som finns i tabell 7:7 ovan. Socialstyrelsens bedömning av sjuksköterskebemanningen i de inspekterade särskilda boendena är att den var otillräcklig i omkring en femtedel av boendena.

Ett anmärkningsvärt resultat från Socialstyrelsens tillsyn är att många verksamheter fortfarande saknar ett system för att systematiskt kontrollera bemanningen. Närmare hälften av verksamheterna hade dessutom inte gjort någon riskanalys av patientsäkerheten inför sommarsemestrarna.

Alltför lite gerontologi och geriatrik i utbildningarna

Av all hälso- och sjukvård och socialtjänst som utförs går 44 procent till personer som är 65 år och äldre. Denna andel förväntas öka påtagligt under 2020-talet eftersom antalet personer som är över 80 år beräknas öka mycket kraftigt.

Medborgarna i höga åldrar blir alltså allt fler, och de har inte sällan omfattande och sammansatta behov av vård och omsorg. För att kunna ge hälso- och sjukvård och socialtjänst som är utformad efter dessa personers behov och förutsättningar krävs stora satsningar på utbildning och kompetensutveckling. Oberoende av hur man organiserar vården och omsorgen är det nödvändigt att ge bättre förutsättningar för personalen att få del av gerontologiska och geriatriska kunskaper och färdigheter. Detta gäller såväl nu anställd personal som de som framöver rekryteras till vården och omsorgen.

Socialstyrelsen har visat att endast 1,6 procent av de sjuksköterskor som är verksamma inom den kommunala vården har specialistutbildning inom äldreomsorg [13]. När det gäller läkare är antalet geriatriska specialister cirka 500 i landet, ett antal som i stort sett har varit oförändrat mellan åren 2007 och 2010 [14].

Samtliga grundutbildningar som förbereder för yrkesarbete inom vård och omsorg behöver ökade inslag av geriatriska och gerontologiska kunskapsmoment. Eftersom yrkesförberedande utbildningar är utformade för att förbereda för arbete inom olika verksamheter och med olika målgrupper måste dock fördjupningen ske i specialistutbildningar och vidareutbildningar. Socialstyrelsen anser det angeläget att öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vården och omsorgen om äldre, liksom andelen med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi. Detsamma gäller för socionomutbildningen som i dag är alltför generell.

Huvudmännen har ansvaret för att bidra till det verksamhetsnära lärandet och personalens vidareutbildning. Dessutom ansvarar de för att tillsätta ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa att de har tillräcklig tillgång till specialistläkare i geriatrik. Det är också huvudmännens ansvar att se till att personalen får använda sin yrkeskompetens och utvecklas i sitt arbete. Hur antalet specialistutbildade sjuksköterskor i vården av äldre ska bli betydligt fler än för närvarande är en fråga som bör behandlas med förtur i en generell satsning på att utöka de geriatriska och gerontologiska momenten i eftergymnasiala utbildningar med inriktning mot arbete inom hälso- och sjukvård och socialtjänst [13].

Många har fått värdegrundsutbildning

Den 1 januari 2010 infördes den nationella värdegrunden i socialtjänstlagen. Med anledning av den pågår det omfattande aktiviteter inom äldreomsorgen.

Det bedrivs bland annat en omfattande kompetensutveckling som är nära knuten till det dagliga arbetet med äldre. I studiecirkelform och under enhetsmöten diskuteras vardagsnära frågor, till exempel gott bemötande, hur trygghet och meningsfullhet skapas och hur personalen kan bli bättre på att lyssna till de äldre och ta till vara deras vilja och önskemål.

Under 2012 har dessutom 1 900 chefer inom äldreomsorgen genomgått högskoleutbildningen ”Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen”. Under vårterminen representerade deltagarna cirka 180 av landets 290 kommuner. Utbildningen är på 7,5 högskolepoäng och ger utöver kunskap om den nationella värdegrunden även kunskap om hur man förmedlar kunskap, teorier om etik och humanism och hur en förändringsprocess kan utformas med stöd av den nationella värdegrunden. Vidare har cirka 200 chefer under hösten påbörjat en fördjupningsutbildning, som ska skapa förutsättningar för enhetschefer att arbeta med värdegrundsfrågor i sina verksamheter.

Under året har även drygt 164 kommuner fått del av ett stimulansbidrag för att utbilda värdegrundsledare eller socialt ansvariga samordnare för att stödja värdegrundsarbetet i personalgrupperna.

Var fjärde anställd i hemtjänst saknar yrkesförberedande utbildning

Socialstyrelsen har i allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre preciserat vad vårdbiträden, undersköterskor och motsvarande vad man minst bör kunna. I de allmänna råden redovisas inom tolv områden vilka kunskaper och förmågor personalen bör ha. Vår bedömning är att individer kan tillägna sig dessa kunskaper och förmågor inom gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller genom motsvarande utbildning, genom 1 100 poäng i programgemensamma kurser i karaktärsämnen och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik. Personalen bör även få tillräckliga kunskaper för att kunna förstå, tala, läsa och skriva svenska språket. För att belysa tidsåtgången för att tillägna sig dessa poäng kan nämnas att 20 poäng i gymnasial utbildning motsvarar en veckas heltidsstudier.

Regeringen ger genom det så kallade Omvårdnadslyftet stöd till kommuner och enskilda utförare som genom de ovan nämnda kurserna ger fler medarbetare grundläggande kompetens, men även fördjupad kompetens för specialiserade uppgifter. Under 2012 har Socialstyrelsen förmedlat 244 miljoner kronor till kommunerna inom Omvårdnadslyftet.

I Socialstyrelsens webbaserade Äldreguiden visas för varje enhet för särskilt boende och hemtjänst hur stor andel av de månadsanställda vårdbiträdena och undersköterskorna som har minst 1 000 poäng i karaktärsämnen inom vård- och omsorgsprogrammet eller inom motsvarande utbildning.

Socialstyrelsens bearbetning av dessa uppgifter visar att andelen personal i särskilt boende som har en sådan yrkesförberedande utbildning har ökat från 74 till 83 procent mellan åren 2007 och 2012 (tabell 7:8). För personal i hemtjänst finns motsvarande uppgifter bara för åren 2009 till 2012. Även här har andelen med sådan utbildning ökat, från 67 till 75 procent.

En jämförelse mellan kommunalt och enskilt utförd verksamhet visar att andelen undersköterskor och vårdbiträden som har yrkesförberedande utbildning är lägre i enskild verksamhet. Detta gäller i synnerhet inom hemtjänst, där endast 63 procent av de månadsanställda hade yrkesförberedande utbildning 2012 jämfört med 77 procent i kommunal verksamhet.

Tabell 7:8. Andel (i procent) av månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre som har yrkesförberedande utbildning, fördelat på kommunal och enskild drift. Åren 2007–2012.

Verksamhet	Driftform	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hemtjänst	Kommunal	*	*	69	72	75	77
	Enskild	*	*	52	60	66	63
	Total	*	*	67	71	74	75
Särskilt boende	Kommunal	73	76	77	80	81	84
	Enskild	74	75	73	77	79	82
	Total	74	76	77	80	81	83

* Uppgift saknas.

Uppgifterna bygger på bearbetning av grunddata som samlats in för redovisning i Äldreguiden och inkluderar även små enheter som inte publiceras i Äldreguiden.

Uppgifterna i tabellen avser endast månadsanställd personal. Cirka 23 procent av den kommunalt finansierade vården och omsorgen utförs dock av timavlönad personal (tabell 7:6 ovan). Bland dessa är andelen med yrkesförberedande utbildning lägre än bland månadsanställda. Andelen timanställda skiftar beroende på typ av utförare. Hos enskilda utförare inom hemtjänst är andelen 34 procent att jämföra med 15 procent hos kommunala utförare [15]. Andelen av samtliga vårdbiträden och undersköterskor, oberoende av anställningsform, som har yrkesförberedande utbildning är alltså lägre än i tabellen ovan. Det gäller i synnerhet för enskilt utförd hemtjänst där det finns ett stort antal timanställda.

Allt fler äldre med sammansatta och omfattande behov får sin hjälp i ordinärt boende, genom hemtjänst och hemsjukvård. För att kunna ge insatser av god kvalitet i hemmen anser Socialstyrelsen att det krävs att undersköterskor och vårdbiträden åtminstone har grundläggande yrkesförberedande utbildning för sitt arbete. Socialstyrelsen kan därför konstatera att fler undersköterskor och vårdbiträden därför behöver en sådan utbildning.

En allt högre andel av hemtjänsten utförs av enskilda utförare, som har en betydligt lägre andel utbildade månadsanställda och en avsevärt högre andel timanställda. Arbete i äldre personers hem är ofta ett ensamarbete, vilket ytterligare understryker vikten av god kompetens hos personalen.

Sommarvikarier får som regel introduktion

Socialstyrelsens tillsyn under tidigare år har visat på stora brister i särskilda boenden för äldre, inte minst i fråga om bemanning och kompetens. Under sommarmånaderna är ett stort antal av dessa verksamheter mer sårbara på grund av den ordinarie personalens semestrar. För att säkerställa vården och omsorgen ska den som bedriver verksamheten därför se till att vikarierna har tillräcklig kompetens för sina uppgifter och att de får introduktion, stöd och tillräcklig information.

Vid Socialstyrelsens genomförda inspektioner under 2010 och 2011 framkom det att vikarierna alltid får introduktion i arbetet. Som regel erbjuds de en dag med teori i form av information om till exempel rutiner, lagstiftning och lyftteknik samt en genomgång av de äldres behov. Utöver detta lär sig vikarierna det praktiska arbetet genom att gå bredvid en ordinarie personal i allt från några dagar upp till en vecka beroende på tidigare kompetens och erfarenhet.

Vid inspektionerna under 2010 och 2011 framkom det dock att introduktionen inte alltid var tillräcklig. På flera demensboenden var den till exempel inte anpassad till de specifika behov som personer med demenssjukdomar har. I vissa verksamheter var inte heller handledningen tillräcklig. Under 2012 års tillsyn framkom det däremot inga sådana uppgifter, utan snarare framkom det att vikarierna ansåg sig ha fått både tillräcklig och anpassad introduktion. Likaså fanns det tillräckligt stöd och handledning.

I övrigt kan Socialstyrelsen konstatera att tidigare års iakttagelser kvarstår när det gäller de rehabiliterande insatserna för de äldre. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter ersätts sällan med vikarier under sommarperioden, i stället utgår utförarna från att vårdbiträden och undersköterskor utför dessa arbetsuppgifter på bästa sätt.

Betydande personalbrist på 2020-talet

För att klara kompetensförsörjningen krävs god tillgång till yrkeskompetent personal som motsvarar efterfrågan, på både kort och lång sikt.

För närvarande råder balans mellan tillgång och efterfrågan på undersköterskor och vårdbiträden. Däremot råder det brist på yrkeserfarna sjuksköterskor och i synnerhet specialistutbildade sjuksköterskor inom äldre-vård. Också när det gäller läkare finns det en brist, men den varierar mellan olika regioner och mellan olika specialiseringar [16,17].

Socialstyrelsens tillsyn påpekar att det är en stor utmaning för verksamheterna att rekrytera vikarier med rätt utbildning och erfarenhet inför semesterperioden under sommaren. Det är ofta svårt att rekrytera sjuksköterskor och även undersköterskor och vårdbiträden, särskilt i glesbygdskommuner.

På längre sikt finns betydande utmaningar i kompetensförsörjningen. Personalvolymen beräknas behöva öka med cirka 50 procent mellan åren 2010 och 2050, med utgångspunkt i de utökade behoven av hälso- och sjukvård och socialtjänst till följd av demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga förändringar. Ökningen av personalbehovet är särskilt stark inom äldreomsorgen [18]. Även SCB:s beräkningar visar kraftigt ökad efterfrågan på personal inom äldreomsorgen fram till 2030.

SCB bedömer att efterfrågeökningen inom hälso- och sjukvård och social omsorg kommer att vara mellan 20 och 50 procent fram till 2030 när det gäller såväl gymnasialt som eftergymnasialt utbildad personal. Ökningen av efterfrågan beräknas bli störst för personer med gymnasial omvårdnadsutbildning [19].

Under perioden fram till 2030 beräknar SCB att tillgången på arbetskraft inom hälso- och sjukvård och social omsorg kommer att förbli i princip oförändrad, vilket alltså leder till en betydande bristsituation. SCB beräknar att det kommer att saknas hela 170 000 personer med gymnasial vård- och omsorgsutbildning år 2030 [19]. Även Socialstyrelsen har i sina beräkningar kommit fram till liknande slutsatser [20].

I den omstrukturerad av vården och omsorgen som skett de senaste tio åren har anhörigas tidsinsats ökat. Som nämnts tidigare i detta kapitel är belastningen på vissa anhöriga redan hög, varför växande behov av vård och omsorg huvudsakligen måste tillgodoses genom offentliga insatser.

De regionala skillnaderna i fråga om tillgång och efterfrågan på arbetskraft beräknas bli kraftiga i framtiden. Den antalsmässigt största bristen förväntas i storstadslänen. I Stockholms län beräknas att det redan 2020 kommer att saknas 7 600 undersköterskor, vilket motsvarar 29 procent av den beräknade efterfrågan [19]. Men det är i län med krympande befolkning och då i synnerhet landsbygds- och glesbygdskommuner som kompetensförsörjningen ställs inför mycket stora utmaningar. Bristen på personal 2030 satt i förhållande till den arbetsföra befolkningen förväntas bli störst i Gotland, Dalarna, Västernorrland och Norrbotten [18].

Självbestämmande och delaktighet

I avsnittet redovisar vi uppgifter om äldre personers uppfattningar om sina möjligheter att utöva inflytande och vara delaktiga inom hemtjänst och i särskilt boende.

Var tredje med hemtjänst vet inte hur man ska klaga

Flertalet äldre personer är positiva till den vård och omsorg de får, visar Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattningar inom hemtjänst och särskilt boende. Resultatet för hemtjänst visar att 88 procent var mycket nöjda eller ganska nöjda och motsvarande andel för särskilt boende var 80 procent. Flertalet uppger att bemötandet är bra och att de har högt förtroende för personalen. Majoriteten av de äldre känner sig också trygga med sin hemtjänst (86 procent) eller i sitt särskilda boende (87 procent).

Däremot visar frågor som avser delaktighet och inflytande sämre resultat. Endast 64 procent av de med hemtjänst vet vart de ska vända sig för att framföra synpunkter och klagomål på hemtjänsten. Undersökningen visar också att det är svårt för de äldre att påverka vilka tider hemtjänstpersonalen kommer eller vid vilken tid de får hjälp på särskilda boenden. Även de äldres tillgång till information om tillfälliga förändringar (till exempel byte av personal, ändrade tidsbokningar, semestrar) är mindre bra.

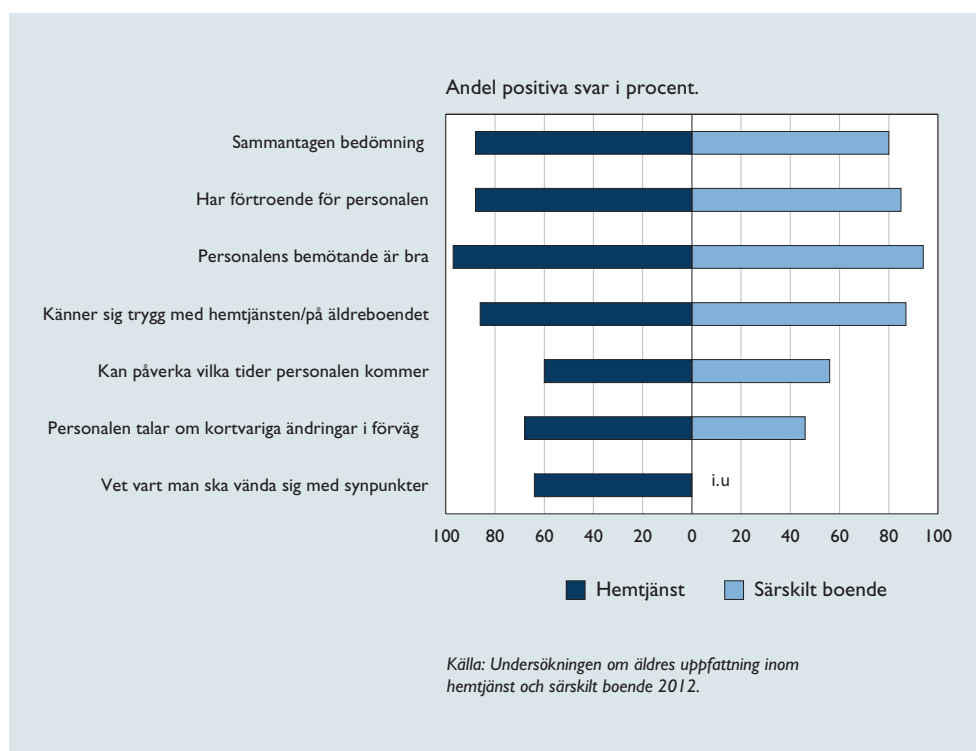
Omkring 60 procent av de äldre var positiva till sina möjligheter att vara utomhus och till de aktiviteter som erbjöds på de särskilda boendena. Däre-

mot var endast 27 procent av de äldre som bor i särskilt boende positiva till sin hjälp med gymnastik och träning. Dessa frågor ingick inte i hemtjänst-enkäten.

Av de äldre som bor i särskilt boende är det 16 procent som uppger att de under det senaste året någon gång har känt sig kränkta av personalen och 3 procent uppger att de blivit kränkta flera gånger under det senaste året. Motsvarande andel för personer som får hemtjänst är 10 procent respektive 2 procent. Socialstyrelsen bedömer att frågan om kränkthet är svårtolkad eftersom de äldre kan uppfatta frågan på olika sätt och eftersom ordet betyder olika saker för olika individer. Svaren ska också ses mot bakgrunden att nästan hälften av de boende eller deras anhöriga inte har besvarat frågorna i undersökningen. De äldre som inte har svarat torde i högre grad ha omfattande funktionsnedsättningar, särskilt nedsättning av kognitiva funktioner, vilket ökar risken för att man uppfattar sig ha blivit kränkt. Men dessa personer kan på grund av sin funktionsnedsättning också ha svårare att ge uttryck för att de känner sig kränkta.

Även om undersökningen visar att en stor andel av de svarande är positiva till bemötandet och har högt förtroende för personalen, är det allvarligt att äldre personer har känt sig kränkta av personalen [21].

Diagram 7:3. Äldre personers uppfattningar om den kommunalt finansierade vården och omsorgen i vissa avseenden, fördelat på personer med hemtjänst respektive särskilt boende. Andel i procent.



Evidensbaserad vård och omsorg om äldre

I detta avsnitt belyser vi dels i vilken mån äldre får del av evidensbaserad psykiatrisk vård, dels förskrivningen av läkemedel till äldre personer.

Äldre får inte del av evidensbaserad psykiatrisk vård

Den specialiserade psykiatriska öppen- och slutenvården når inte psykiskt sjuka äldre i tillräcklig grad. I en rapport från februari 2012 konstaterar Socialstyrelsen att personer över 65 år med psykisk sjukdom inte får tillgång till allmänpsykiatrisk vård i samma utsträckning som den yngre befolkningen [22]. Inom gruppen har också särskilt äldre män en förhöjd risk för självmord.

När psykiskt sjuka äldre är i kontakt med vuxenpsykiatrisk vård får de inte tillgång till evidensbaserad vård, det vill säga vård som baseras på vetenskapligt säkerställd kunskap. Tabell 7:9 visar exempelvis att äldre inte får tillgång till systematisk psykologisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och att förskrivningen av psykofarmaka till gruppen är omfattande.

Tabell 7:9. Andelen (i procent) patienter inom specialiserad psykiatrisk öppenvård som får läkemedel eller kognitiv beteendeterapi (KBT), eller en kombination av båda åtgärderna.

	Varken läkemedel eller KBT	Läkemedel	KBT	KBT och läkemedel
Män (år)				
18–29	21	58	6	16
30–44	15	61	5	19
45–64	12	74	2	12
65–79	10	86	1	3
80+	7	93	0	0
Kvinnor (år)				
18–29	22	45	10	24
30–44	17	56	6	22
45–64	15	66	3	16
65–79	9	77	3	12
80+	2	92	2	4

Källa: Enkäten *Inventering av den vuxenpsykiatriska öppenvården*, 24 och 25 november 2009, Socialstyrelsen.

Utifrån dessa uppgifter anser Socialstyrelsen att psykiskt sjuka äldre missgynnas. Allmänpsykiatrin behöver därför öka sin äldrepsykiatriska kunskap och också förmedla denna kunskap vidare till exempelvis primärvården. Vi avser att studera vilka konsekvenserna blir av en icke adekvat psykiatrisk vård till äldre och också beskriva gruppen psykiskt sjuka äldre närmare utifrån exempelvis deras tidigare vård och sjuklighet.

Mest sjuka äldre är mer utsatta i ordinärt än i särskilt boende

Av de mest sjuka äldre bor 70 procent i ordinärt boende, med eller utan stöd från öppenvård och omsorg. Av de mest sjuka äldre i ordinärt boende som

hade en psykiatrisk diagnos hade drygt 80 procent fått diagnosen vid en psykiatrisk klinik. Motsvarande andel för dem i särskilt boende var närmare 90 procent. Resultatet visade ingen skillnad mellan män och kvinnor.

Risken för självmord är mycket lägre i särskilt boende än i ordinärt boende. Den relativa risken är 0,28. Detta betyder att risken för självmord hos personer i särskilt boende är cirka en fjärdedel av risken för självmord bland de mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende. Den minskade risken skulle kunna vara kopplad till att det i särskilda boenden ges bättre möjligheter att få kontakt med personalen.

Däremot är risken att ordinerar psykofarmaka högre i ett särskilt boende än i ett ordinärt boende (tabell 7:10). Detta mäts som risken att en person får psykofarmaka förskrivet inom sex månader efter att han eller hon har uppfyllt kriterierna för att tillhöra gruppen mest sjuka äldre. Den förhöjda risken gäller för antipsykotiska läkemedel, lugnande och ångestdämpande läkemedel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel. Vi vet dock inte om det är en faktisk skillnad i hur många personer i de olika boendeformerna som faktiskt behöver dessa läkemedel, eller om skillnaden beror på en systematisk över- eller underförskrivning. Socialstyrelsen avser att framöver analysera äldres sjuklighet och läkemedelsanvändning kopplat till olika boendeformer.

Tabell 7:10. Relativa risker för förskrivning av vissa läkemedel inom sex månader bland de mest sjuka äldre i särskilt eller ordinärt boende (95-procentigt konfidensintervall).

	Ordinärt boende (referensgrupp)	Särskilt boende
Antipsykotiska läkemedel	1	4,84 (4,74–4,95)
Lugnande och ångestdämpande läkemedel	1	1,99 (1,96–2,02)
Sömnmedel	1	1,29 (1,28–1,31)
Antidepressiva läkemedel	1	2,45 (2,42–2,48)

Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret, LSS-registret och SoL-registret 2007–2011, Socialstyrelsen.

Omfattande läkemedelsförskrivning – men vissa förbättringar sker

Sjukdom i kombination med åldersrelaterade fysiologiska förändringar gör äldre mer känsliga för vissa läkemedel [23]. Symptom som orsakas av läkemedel kan 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.

Omfattande läkemedelsbehandling av äldre personer indikerar en ökad risk för död, akutmottagningsbesök, mag- och tarmblödning och fallskador, visade Socialstyrelsen i en tidigare rapport [24]. De ökade riskerna kvarstod även efter att vi tagit hänsyn till de äldre personernas bakomliggande sjukdomar och sjukdomarnas allvarlighetsgrad. Jämfört med en referensgrupp löpte äldre som tog 5–6 läkemedel dubbelt så hög risk för död, besök på

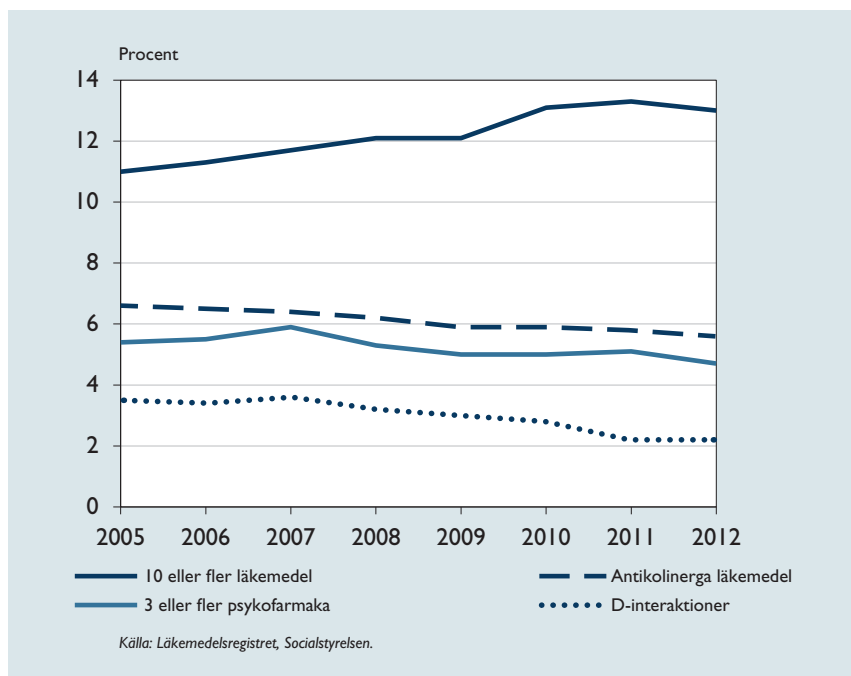
akutmottagning och mag- och tarmlödning, samt 1,5 gånger ökad risk för fallskada. Jämfört med referensgruppen sågs ännu högre ökningar av risker hos personer som tog nio eller fler läkemedel: 3,7 gånger ökad risk att dö, 3 gånger så hög risk för besök på akutmottagning och mag- och tarmlödning och 1,9 gånger så hög risk för fallskada.

Personer som är 80 år och äldre får i dag i genomsnitt nära sex olika läkemedel. Äldre med multisjuklighet och äldre som bor i särskilt boende är de som är mest känsliga för läkemedel, på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar. Personer i denna grupp får i genomsnitt tio läkemedel [24].

Diagram 7:4 visar förekomsten av fyra olika indikatorer för läkemedelsbehandling av personer över 80 år, från 2005 och framåt. Värdena i diagrammet återspeglar läkemedelsförskrivningen den 31 december varje år, med undantag för den sista mätningen som gjordes den 1 juni 2012.

Vissa förbättringar av läkemedelsbehandlingen av äldre har skett under åren 2005–2012. Bland annat kan vi se en långsam men kontinuerlig minskning av förskrivningen av så kallade antikolinerga läkemedel, som kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre. Även den samtidiga förskrivningen av tre eller fler psykofarmaka har minskat (diagram 7:4). Socialstyrelsen har sedan 2005 också rapporterat en minskning av 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 och som kan få allvarliga kliniska konsekvenser. Dock kan vi inte dra några slutsatser av den minskning av sådana läkemedelskombinationer som syns i diagrammet mellan 2010 och 2011, eftersom analysen av läkemedelsinteraktioner från och med 2011 baseras på en ny källa, SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing, numera tillgänglig i patientjournalssystemen i flertalet landsting). Denna nya analys genererar nämligen lägre värden än analyserna av uppgifterna ur den tidigare använda källan.

Diagram 7:4. Förskrivning av läkemedel till personer 80 år och äldre, åren 2005–2012. Fyra indikatorer: andel personer i procent som får tio eller fler läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter, tre eller fler psykofarmaka samtidigt samt läkemedelskombinationer som kan ge D-interaktioner.



Mellan 2009 och 2010 noterades en ökning i andelen äldre som fick tio eller fler läkemedel. Denna ökning ser inte ut att ha varit tillfällig, eftersom mätningarna 2011 och 2012 ligger kvar på ungefär samma nivå som 2010.

Socialstyrelsen använder sedan 2011 en ny indikator för läkemedelsbehandlingen av äldre. Indikatorn mäter förskrivningen av läkemedel som bör undvikas om det inte finns särskilda skäl. Resultaten den 1 juni 2012 visar att 11,5 procent av befolkningen över 80 år får minst ett sådant läkemedel förskrivet.

Tillgänglighet

I detta avsnitt redovisar vi uppgifter om hur äldre personer uppfattar tillgången till olika personalkategorier samt tillgången till palliativ vård.

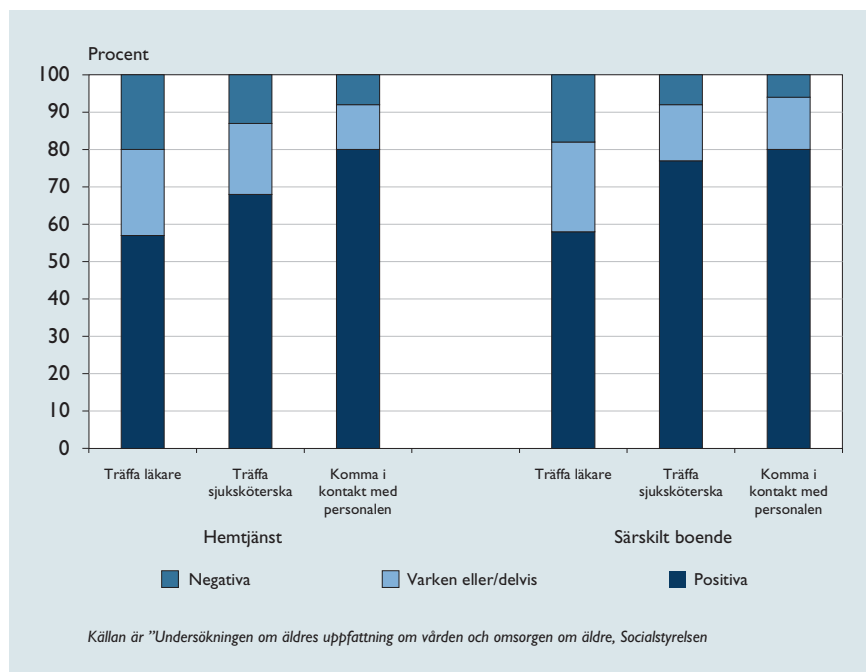
Bristande tillgång till läkare

Socialstyrelsen har för fjärde året i följd genomfört en rikstäckande undersökning om äldre personers uppfattning om hemtjänst och särskilt boende. Årets undersökning innehåller nya frågor, och därför är jämförelser bakåt i tiden inte möjliga.

För att belysa äldre personers uppfattning om tillgängligheten till vård och omsorg har vi ställt frågor om hur de ser på sin möjlighet att vid behov få träffa läkare, sjuksköterska eller övrig personal. Av diagram 7:5 nedan

framgår resultaten, fördelade på personer som får hemtjänst respektive bor i särskilt boende.

Diagram 7:5. Äldre personers uppfattning om tillgång till olika personalgrupper inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen, andel i procent, fördelat på hemtjänst och särskilt boende.



I undersökningen är 8 av 10 äldre personer positiva till möjligheterna att få kontakt med personalen. Men de anser det vara svårare att vid behov komma i kontakt med en sjuksköterska och i synnerhet med en läkare: knappt 6 av 10 äldre är positiva till möjligheterna att få kontakt med läkare. Synen på möjligheten att komma i kontakt med läkare och med personal är ungefär lika hos äldre i hemtjänst och i särskilt boende, medan de i särskilt boende anser att det är lättare att få kontakt med sjuksköterska, jämfört med dem som har hemtjänst [21].

Skillnaderna i hur de äldre ser på tillgången till sjuksköterska kan bero på att de som har hemtjänst inte alltid också har hemsjukvård, som bör ge bättre tillgång till sjuksköterska. De äldre som enbart har hemtjänst måste vända sig till mottagningar inom primärvården, medan sjuksköterskor vanligtvis är mer tillgängliga för de äldre i särskilt boende.

Bättre tillgång till palliativ vård

År 2006 fanns 118 palliativa hemsjukvårdsverksamheter och palliativa rådgivningsteam och totalt 182 enheter för palliativ vård, vilket var en ökning med 20 enheter från år 2000 [26]. Uppgifter från Palliativguiden (www.nrpv.se) visar att antalet platser i palliativa hemsjukvårdsenheter ökade med 546 platser från år 2008 så att det fanns 3 158 platser 2010, samtidigt som antalet slutenvårdsplatser minskade något.

Det finns rådgivningsteam för stöd till utveckling av den allmänna palliativa vården i nästan alla län [27]. Mellan 2007 och 2011 ökade landstingens

kostnader för specialiserad somatisk hemsjukvård med 17 procent i fasta priser. Denna hemsjukvård inkluderar den specialiserade palliativa vården, men även annan avancerad hemsjukvård. Detta tyder på att den specialiserade palliativa vården har byggts ut under senare år.

När det gäller tillgången till allmän palliativ vård och omsorg har statens bidrag till kommuner och landsting för registrering i palliativregistret – ett kvalitetsregister bidragit till en ökning på drygt 50 procent av antalet registreringar från 2010 till 2011, när 53 procent av samtliga dödsfall registrerades [28]. Den ökade registreringen i sig leder inte till en bättre palliativ vård, men den är ett viktigt redskap i förbättringsarbetet.

Likvärdig socialtjänst om äldre

Här redovisar vi några resultat från en kartläggning av i vilken mån äldre hbt-personers vård och omsorg aktualiserats i kommunerna.

Hbt-frågor i kommunernas vård och omsorg om äldre

Under hösten 2012 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning riktad till drygt 100 kommuner och stadsdelar. Syftet med enkäten var att få information om och hur kommunerna har uppmärksammat och beaktat hbt-frågor (hbt = homosexuella, bisexuella och transsexuella) i sin vård och omsorg om äldre.

Resultatet av enkäten visar att endast ett fåtal kommuner och stadsdelar har fått ansökningar från samkönade par som vill bo tillsammans i ett särskilt boende. Det är även bara ett fåtal kommuner som uppger att samkönade par har bott tillsammans i ett särskilt boende under de senaste tre åren. Ingen av kommunerna som svarade på enkäten har fått in klagomål som rör äldre hbt-personers vård och omsorg.

I nästan hälften av kommunerna med fler än 50 000 invånare (stora kommuner) har frågor som rör äldre hbt-personers vård och omsorg tagits upp i den ansvariga nämnden eller i förvaltningsledningen under de tre senaste åren. Frågorna togs då oftast upp på initiativ av något politiskt parti.

I fyra av tio stora kommuner finns denna grupp omnämnd i något av styrdokumenten, oftast med anknytning till värdegrundsfrågor och åtgärder för att motverka diskriminering. En av fem stora kommuner har under de senaste tre åren bedrivit någon form av utbildning av personalen i dessa frågor, oftast genom diskussioner vid arbetsplatsträffar [29].

Rättssäker och patientsäker vård och omsorg om äldre

Patientsäkerhetsfrågor behandlas i kapitlet om hälso- och sjukvård. I detta avsnitt behandlas lex Sarah-anmälningar, lokala värdighetsgarantier samt uppföljning av biståndsbeslut.

Lex Sarah-anmälningar

Den 1 juli 2011 trädde nya bestämmelser om lex Sarah i kraft, i SoL och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. En förändring i bestämmelsen är att alla allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden snarast ska anmälas till Socialstyrelsen av den som bedriver verksamheten. Under de första tio månaderna 2012 (januari–oktober) tog Socialstyrelsen emot totalt 867 lex Sarah-anmälningar från socialtjänsten, verksamheter vid Statens institutionsstyrelse och verksamheter enligt LSS. Under perioden fattade Socialstyrelsen beslut i 627 ärenden, där en del anmälningar dock togs emot redan i slutet av år 2011.

Beslut i 350 lex Sarah-ärenden inom äldreomsorg

Socialstyrelsen har under perioden 1 januari–1 oktober 2012 fattat beslut i 299 ärenden som avser lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Till det ska läggas de 56 lex Sarah-ärenden där myndigheten fattade beslut under 2011. I tabell 7:11 nedan redogör vi för dessa drygt 350 lex Sarah-anmälningar.

Tabell 7:11. Antal inkomna lex Sarah-anmälningar och antal lex Sarah-beslut inom äldreomsorgen under perioden 1 juli 2011 till 31 oktober 2012.

Verksamhetsområde äldreomsorg	2011*	2012
Anmälningar	189	405
Beslut	56	299

* Totalt sex månader, 1/7–31/12 2011.

Kommunen var huvudman för verksamheten i 80 procent av de 299 lex Sarah-ärenden där Socialstyrelsen har fattat beslut 2012.

De allra flesta allvarliga missförhållandena har inträffat i särskilda boenden och inom hemtjänst i ordinärt boende.

Övergrepp och brister i bemötande alltför vanliga

De vanligast förekommande allvarliga missförhållandena inom äldreomsorgen i de ärenden där Socialstyrelsen har fattat beslut är:

- beviljade insatser som inte har blivit utförda alls eller som har utförts på ett felaktigt sätt
- brister i bemötande
- fysiska övergrepp
- ekonomiska övergrepp.

Här ger vi tre exempel på situationer där insatser inte har utförts alls eller har utförts på ett felaktigt sätt. Vi beskriver även orsakerna till det som har inträffat:

- Hjälpen har uteblivit när den enskilde har larmat via trygghetslarm eller annan form av larm samt när så kallade passiva larm har utlöst. Några vanliga orsaker till det inträffade är att personal inte har besvarat larmet eller att det har uppstått tekniska problem.
- En beviljad och planerad insats har uteblivit helt hos den enskilde. Vanliga orsaker till det inträffade är att en verksamhet helt saknar rutiner eller har bristfälliga rutiner eller att personalen inte följer rutinerna för att försäkra sig om att alla som ska få en insats faktiskt får den. Andra orsaker är brister i informationsöverföringen mellan olika enheter eller i överrapporteringen mellan dag- och nattpersonal.
- Den enskilde som bor i ett särskilt boende har fått hjälp till toaletten, men har därefter glömts och uppmärksammas flera timmar senare eller först nästa dag. En vanlig orsak till det inträffade är brister i informationsöverföringen mellan olika arbetspass.

Exempel på brist i bemötandet är att den enskilde inte har fått en insats utförd som han eller hon behöver eller önskar. Det har bland annat gällt toalettbesök. Att personalen har ett olämpligt språkbruk eller beteende eller skriker åt den enskilde är andra sådana exempel.

Att personalen utsätter den enskilde för slag, vårdslösa förflyttningar och aggressiva hårda tag är exempel på fysiska övergrepp.

Stöld av den enskildes pengar och värdeföremål är exempel på ekonomiska övergrepp.

Arbetsrättsliga åtgärder vid allvarliga missförhållanden räcker inte

De som bedriver verksamheten ska vidta åtgärder för att avhjälpa eller undanröja de allvarliga missförhållandena eller de påtagliga riskerna för allvarliga missförhållanden. Under 2011–2012 har åtgärder vidtagits inom ett eller flera av följande områden:

- kommunikation och information
- rutiner och riktlinjer
- utbildning och kompetens
- organisation och bemanning (bland annat arbetsrättsliga åtgärder).

I cirka en fjärdedel av lex Sarah-ärendena har den som bedriver verksamheten vidtagit eller övervägt arbetsrättsliga åtgärder.

När det gäller några allvarliga missförhållanden (främst stöld och fysiska övergrepp) har de även polisanmälts för att rättsväsendet (polis, åklagare och domstol) ska ta ställning till om handlingarna är brottsliga.

Flertalet har vidtagit lämpliga åtgärder – men inte alla

Socialstyrelsens granskning av lex Sarah-anmälningar har visat att de flesta av de rapporterade missförhållandena – efter kompletteringar – har bedömts utredda i tillräcklig omfattning och att verksamheten har vidtagit åtgärder för att avhjälpa eller undanröja det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande. Socialstyrelsen har därför avslutat dessa ärenden utan ytterligare åtgärder.

I cirka hälften av ärendena har verksamheterna dock fått komplettera utredningarna. Orsaken har varit att uppgifter saknats enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter (5 kap. SOSFS 2011:5) på vad en utredning ska innehålla. I många av dessa fall har utredningens fokus legat på vem eller vilka som har gjort fel i den aktuella situationen, snarare än att finna det som brustit i verksamhetens organisation med mera.

Under de första tio månaderna 2012 har Socialstyrelsen i 16 ärenden fattat beslut med krav på att den som bedriver verksamheten vidtar åtgärder.

I några få fall har Socialstyrelsen även öppnat nya tillsynsärenden (så kallad verksamhetstillsyn) för att granska hur kommunen eller den enskilda verksamheten tillämpar bestämmelserna om lex Sarah, eftersom exempelvis vår begäran om kompletteringar och påpekanden om brister i den berörda verksamhetens lex Sarah-utredningar inte har lett till några resultat [30].

Allt fler kommuner har lokala värdighetsgarantier

Under 2011 fick drygt 230 av landets kommuner en statlig prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier. De hade då skickat in planer till Socialstyrelsen som beskriver hur de tänker arbeta fram och införa lokala värdighetsgarantier [31]. För 2012 har ytterligare prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier funnits tillgänglig att söka. Kravet för att få ta del av medlen är att kommunerna redovisar tre preciserade lokala värdighetsgarantier. Drygt 120 kommuner har ansökt [32]. Några av dessa har eller är just i färd med att införa de garantier som de har arbetat fram.

Nämndens uppföljning av beslut om hemtjänst och särskilt boende

Under hösten 2011 vände sig Socialstyrelsen till alla kommuner och stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö med en enkät. Totalt 321 kommuner och stadsdelar svarade. I enkäten frågade vi efter antalet personer som hade fått sitt beslut om hemtjänst i ordinärt boende eller om särskilt boende uppföljt av den nämnd i kommunen som fattat beslutet om insatsen. Alla kommuner kunde inte besvara frågan eftersom uppgiften inte registrerades i deras verksamhetssystem.

De svar som lämnades i enkäten visar att knappt 35 procent av de äldre med hemtjänst i ordinärt boende hade fått sitt beslut uppföljt under det senaste halvåret. Bland de äldre i särskilt boende var motsvarande andel 13 procent. I en öppen fråga hade kommunerna möjlighet att kommentera dessa uppgifter. Då framkom att 12 procent av kommunerna och stadsdelarna i storstäderna inte gör några regelbundna uppföljningar av beslut som rör särskilt boende. I stället hänvisade de till utförarnas uppföljningar av genomförandeplanerna. Flera kommuner angav att de endast följer upp beslut på begäran av utförare, anhöriga eller någon annan [33].

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom några av socialtjänstens verksamheter: ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer. Dessa områden är inte enbart socialtjänstens ansvar, utan ansvaret delas många gånger med andra myndigheter och samhällssektorer. Kapitlet innefattar därför mer än socialtjänstens verksamheter.

Ekonomiskt bistånd, hemlöshet och stöd till våldsoffer som rör barn och unga tas dock inte upp här, utan i Socialstyrelsens tematiska rapport som publiceras den 31 mars 2013.

Ekonomiskt bistånd

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Den totala andelen biståndsmottagare i befolkningen har 2012 minskat med 0,1 procentenheter till 4,4 procent, jämfört med 2011. Däremot har andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd ökat.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att endast 21 procent av landets kommuner och stadsdelar har rutiner tillsammans med Arbetsförmedlingen för hur samarbetet ska ske kring arbetslösa som har ekonomiskt bistånd.
- Ekonomiskt bistånd är vanligast bland ensamstående kvinnor med barn, sett till samtliga hushållstyper i befolkningen. År 2011 fick 23 procent av alla ensamstående mödrar ekonomiskt bistånd, jämfört med 24 procent 2010.
- Socialstyrelsen har i den senaste versionen av handboken för ekonomiskt bistånd ytterligare betonat vikten av att biståndet ska ge en skälig levnadsnivå, att beslut ska föregås av en individuell behovsbedömning samt att hänsyn ska tas till barnets bästa och till personer som utsätts för våld eller andra övergrepp.

De vanligaste skälen till att personer som har behov av ekonomiskt bistånd inte kan försörja sig är arbetslöshet och sjukdom. Enskilda personers behov av ekonomiskt bistånd beror alltså till stor del på strukturella faktorer i samhället, till exempel hur situationen på arbetsmarknaden ser ut och hur trygghetssystemen är utformade. Socialstyrelsens öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012 visar att människor som har tappat fotfästet på arbetsmarknaden riskerar att gå miste om stöd, hjälp och insatser från samhället på

grund av otillräcklig samverkan mellan myndigheter och otydligheter i hur ansvaret ska fördelas mellan dem [1].

Liten formaliserad samverkan

Arbetslöshet och sjukdom är som sagt de vanligaste skälen till att personer som har behov av ekonomiskt bistånd inte kan försörja sig. Därför är det viktigt med en helhetssyn, det vill säga att socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt hälso- och sjukvården samverkar. Syftet med samverkan är att enskilda biståndsmottagare ska få all den hjälp de behöver för att uppnå självförsörjning. Resultatet av öppna jämförelser visar dock att det endast i liten utsträckning finns en formaliserad samverkan mellan verksamheter som fördelar ekonomiskt bistånd och övriga aktörer. Endast 21 procent av landets kommuner och stadsdelar har en aktuell rutin tillsammans med Arbetsförmedlingen för hur de ska samarbeta för arbetslösa som har ekonomiskt bistånd. Motsvarande siffror för samverkan med Försäkringskassan är 12 procent, med primärvården 13 procent och med den psykiatriska öppenvården 12 procent [1].

Statskontoret har fått i uppdrag att kartlägga kommunernas och Arbetsförmedlingens insatser för personer som får ekonomiskt bistånd och som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen. I Statskontorets uppdrag ingår det att kartlägga vilken samverkan som förekommer mellan kommuner och Arbetsförmedlingen för personer som får ekonomiskt bistånd och som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 1 mars 2013 [2].

Färre biståndsmottagare men långvarigheten ökar

Den totala andelen biståndsmottagare i befolkningen har under 2012 minskat med 0,1 procentenheter till 4,4 procent, jämfört med 2011. Däremot har andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt (10–12 månader) eller mycket långvarigt (tre år eller längre) ekonomiskt bistånd ökat med 2,6 respektive 2,7 procentenheter till 34,3 respektive 21,3 procent. Andelen långvariga biståndsmottagare är högst i storstadslänen.

Det ekonomiska biståndets andel av kommunernas kostnader har under 2012 ökat med 0,7 procentenheter jämfört med de öppna jämförelserna 2011 och utgör nu 2,6 procent [1].

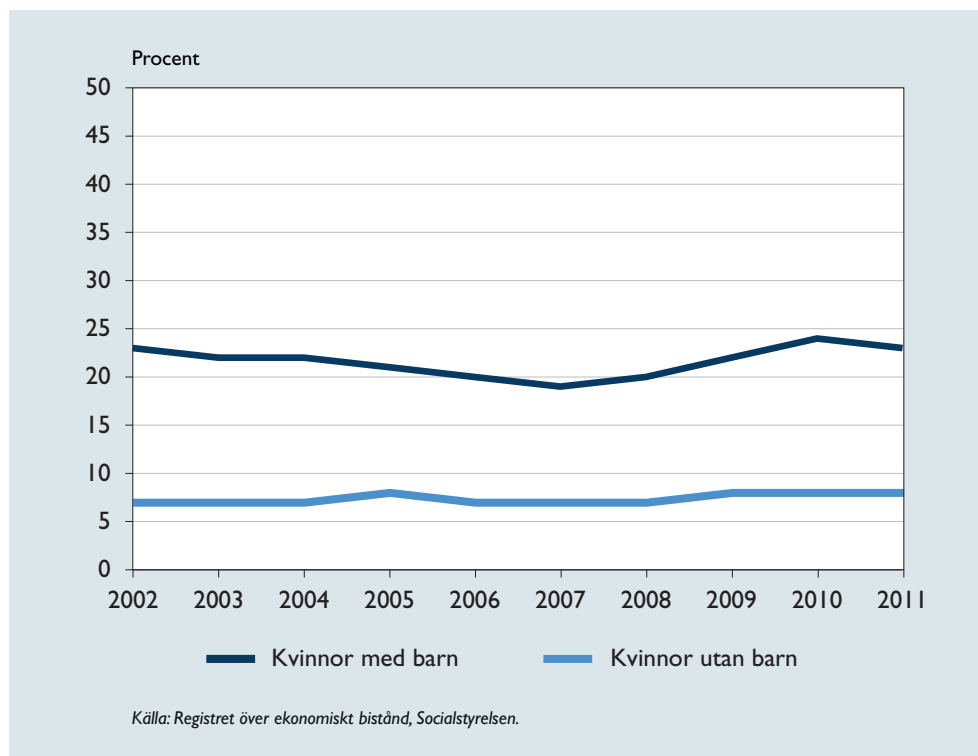
Något färre ensamstående mödrar får ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd är vanligast bland ensamstående kvinnor med barn, sett till samtliga hushållstyper i befolkningen. Några förklaringar till detta kan vara att ensamstående kvinnor, i sin egenskap av ensamstående föräldrar, ska klara hela hushållets utgifter på en inkomst, har begränsade möjligheter att arbeta heltid, inte får ekonomiskt stöd från barnets pappa, och därmed har en mer sårbar ekonomisk situation.

År 2011 fick 23 procent av alla ensamstående mödrar ekonomiskt bistånd, jämfört med 24 procent 2010. Förändringarna är alltså små jämfört med föregående statistikår (diagram 8:1).

Vidare var andelen ensamstående kvinnor utan barn med ekonomiskt bistånd 8 procent 2011. Även denna andel har varit relativt konstant under de senaste 20 åren.

Diagram 8:1. Andelen (i procent) ensamstående kvinnor med ekonomiskt bistånd, med och utan barn, av samtliga hushåll i befolkningen, 2002–2011.



Tillgänglig och stödjande arbetsledning

Kommunernas arbete med ekonomiskt bistånd ställer stora krav på en snabb handläggning. Personalen måste göra svåra bedömningar och utsätts ofta för påtryckningar från enskilda. Det krävs både erfarenhet och särskild kunskap inom en rad områden för att kunna utföra arbetet på bästa möjliga sätt. Det är dock vanligt att det är nyutexaminerade socionomer som arbetar med ekonomiskt bistånd, det vill säga att de inleder sin yrkesbana med detta arbete. Det innebär att de inte har hunnit skaffa sig erfarenhet i yrket och alltså har ett särskilt stort behov av stöd och vägledning i arbetet. Även mer erfaren personal behöver självfallet stöd och handledning. Att handläggarna har en stödjande arbetsledning är därför en av flera förutsättningar för att säkerställa att verksamheten bedrivs rättssäkert och jämlikt.

På riksnivå visar de öppna jämförelserna att handläggare som arbetar heltid inom en verksamhet som fördelar ekonomiskt bistånd i genomsnitt har tillgång till 1,9 timmars (1 timme och 54 minuter) direkt handläggarstöd per vecka. Mellan länen varierar tillgången från 0,7 timmar (42 minuter) till 6,4 timmar (6 timmar och 24 minuter). Med direkt handläggarstöd avses ärendehandledning och uppföljning av handläggarnas arbete i enskilda ärenden, enskilt eller i grupp [1].

Socialstyrelsens handbok om ekonomiskt bistånd

Socialstyrelsens handbok om ekonomiskt bistånd är ett stöd för kommunernas rättstillämpning och handläggning av ärenden. Handboken bygger på förarbeten till socialtjänstlagen (2001:453), SoL och andra lagar inom den allmänna förvaltningsrätten samt rättspraxis i form av avgöranden i Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) och beslut av Justitieombudsmannen (JO).

På senare år har EU-rätten och EU/EES-medborgares rättigheter blivit alltmer aktuella för kommunerna, liksom frågor om ansvarfördelningen mellan kommunerna. Frågor och kommentarer från enskilda till Socialstyrelsen tyder på att kommunerna kontrollerar allt fler uppgifter och alltmer ingående. Detta kan ha flera förklaringar. En av dem kan vara att kommunerna generellt vill ha mer kontroll över utbetalningarna av ekonomiskt bistånd.

Socialstyrelsen har haft ambitionen att i den senaste versionen av handboken om ekonomiskt bistånd ytterligare betona att:

- biståndet ska ge en skälig levnadsnivå
- beslut ska föregås av en individuell behovsbedömning
- hänsyn ska tas till barns bästa och till personer som utsätts för våld eller andra övergrepp
- mer fokus behöver läggas på uppdraget att hjälpa enskilda till självförsörjning.

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Det är 46 procent av kommunerna som bedömer att de har brist på bostäder i förhållande till efterfrågan, enligt kommunernas svar i bostadsmarknadsenkäten 2012.
- Ytterst få hemlösa personer har lönearbete, och ekonomiskt bistånd är deras vanligaste inkomstkälla. Eftersom många hyresvärdar inte godkänner ekonomiskt bistånd som inkomst, utestängs personerna från den ordinarie bostadsmarknaden.
- Socialstyrelsen påpekar i hemlöshetskartläggningen från 2011 att det behövs mer kunskap om vissa grupper för att få en helhetsbild av hemlösheten i Sverige. Även Stockholms Stadsmission påpekar att det saknas statistik om ett antal utsatta grupper, bland annat papperslösa och EU-migranter som saknar förankring i Sverige.

Hemlöshet är ett område som berör ett flertal politikområden – bostadspolitik, socialtjänstpolitik, arbetsmarknadspolitik, integrationspolitik, hälso- och sjukvårdspolitik med flera. Orsakerna till hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden kan finnas på både strukturell, institutionell och individuell nivå. Ofta är problematiken komplex och därför finns även lösningarna på olika nivåer. Det behöver till exempel byggas fler bostäder för ekonomiskt svagare grupper, främst i storstäderna [1] där bostadsbristen är allra störst. Det finns också ett starkt samband mellan arbetslöshet och utestängning från bostadsmarknaden [2].

Det mest effektiva sättet att förhindra hemlöshet och mänskligt lidande är att arbeta preventivt, så att individen kan behålla sin bostad trots individuella svårigheter [3,4].

Enligt lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (2000:1383) är det kommunerna som ansvarar för bostadsförsörjningen. År 2012 uppger 39 procent av kommunerna att de har riktlinjer för bostadsförsörjningen mot 33 procent 2011 [1].

Bostadsmarknadens utmaningar

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät från 2012 bedömer 46 procent av kommunerna att de har brist på bostäder i förhållande till efterfrågan. Antalet som uppger att det finns en brist fortsätter alltså att öka. Antalet kommuner som redovisar en balans totalt sett på bostadsmarknaden, har dock i stort sett inte ändrats de senaste åren. Däremot fortsätter antalet kommuner med överskott på bostäder att minska. År 2012 bor 65 procent av befolkningen i någon av kommunerna med brist på bostäder, jämfört med 60 procent 2011. Bristen på hyresrätter är utbredd bland kommunerna, även i de kommuner som har balans eller till och med överskott på bostäder.

I de kommuner som bedömer att de har brist på bostäder är det främst ungdomar och stora barnfamiljer som har svårt att få en bostad. I omkring hälften av dessa kommuner har även flyktingar samt äldre svårigheter att få tag på en lämplig bostad [1].

Hemlösheten ser olika ut i de tre storstäderna

Socialstyrelsens kartläggning från 2011 av hemlöshetens omfattning och karaktär, baserades på uppgifter från olika myndigheter, institutioner och frivilligorganisationer. Kartläggningen visade på tydliga skillnader mellan de tre storstäderna. Bland annat var det en betydligt högre andel personer som bodde i försökslägenheter eller boende med sociala kontrakt i Malmö jämfört med i Stockholm och Göteborg. Sociala kontrakt är kontrakt där socialtjänsten står för hyreskontraktet och hyr ut bostaden vanligtvis i andra hand och ofta förenat med tillsyn och särskilda villkor eller regler.

I Malmö var också andelen hemlösa föräldrar, kvinnor och utrikes födda personer större än i de övriga storstäderna. I Göteborg fanns i stället den största andelen hemlösa personer med missbruk, medan andelen med psykisk ohälsa var störst i Stockholm [2].

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. Boverkets bostadsmarknadsenkät 2012 visar att 228 av 290 kommuner hyr ut lägenheter med olika specialkontrakt, vanligtvis andrahandskontrakt, till personer som är utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden [1]. Det innebär att cirka 79 procent av kommunerna har en så kallad sekundär bostadsmarknad, vilket är en ökning sedan den senaste mätningen 2009. I hela landet hyrs ungefär 14 900 lägenheter ut på detta vis vilket är en ökning med drygt 11 procent sedan den senaste mätningen. Det är dock ytterst få av de boende som får ta över kontrakten visar enkäten [1].

Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten 2011 visade att cirka 13 900 personer²³ rapporterades in som hemlösa i den kategori som motsvarar den sekundära bostadsmarknaden. I dessa boendelösningar finns den största andelen kvinnor, cirka 54 procent, och 5 600 är föräldrar till barn som är 18 år eller yngre [2]. På den sekundära bostadsmarknaden befinner sig också en stor andel barnfamiljer och personer med utländsk bakgrund.

Kartläggningen från 2011 visar också att det finns en grupp personer i landet som inte har några övriga kända problem utöver att de har blivit utestängda från bostadsmarknaden och är arbetslösa. Av kartläggningen framgår nämligen att ytterst få hemlösa personer har lönearbete. I stället är ekonomiskt bistånd den vanligaste inkomstkällan. Det rör sig alltså i stor utsträckning om personer som står utanför arbetsmarknaden. Eftersom många

²³ Socialstyrelsen kartlägger hemlösa personer medan Boverkets enkät gäller hushåll eller lägenheter.

hyresvärdar inte godkänner ekonomiskt bistånd som inkomst, utestängs personerna därmed också från den ordinarie bostadsmarknaden [2].

Avhysningarna minskar något

Att samhället motverkar att personer vräks från sina bostäder är avgörande för att förhindra att hemlösheten ökar. År 2011 fick Kronofogden in 9 220 ansökningar från hyresvärdar om avhysning. Av dessa ansökningar var det 2 800 som verkställdes [5]. Detta är en nedgång sedan föregående år, när det gäller såväl antalet ansökningar som antalet verkställda vräkningar. Siffrorna från 2012 omfattar visserligen endast de två första kvartalen, men även de visar en liten minskning av både ansökningar och verkställda vräkningar.

Kommunernas insatser till hemlösa

Kommunernas insatser för personer med missbruk och andra vuxna som varken är äldre eller har en funktionsnedsättning (det vill säga ”övriga vuxna”) publiceras i den officiella statistiken varje år [6].

En av kommunernas insatser för hemlösa personer är bistånd för boende enligt 4 kap. 1 § SoL. Den 1 november 2011 fick cirka 6 000 vuxna personer över 21 år med missbruksproblem denna insats, vilket var något färre än året innan. Samma datum fick även 9 200 vuxna personer över 21 år utan missbruksproblem denna insats, vilket var lika många som ett år tidigare. Under 2011 gjorde kommunerna sammanlagt 15 100 boendeinsatser för personer med missbruksproblem, vilket var fler än året innan. Cirka 17 200 boendeinsatser gjordes för personer över 21 år utan missbruksproblem, vilket är en klar ökning [6].

Socialstyrelsen bedriver för närvarande ett arbete med att kategorisera boendeinsatser utifrån vilken typ av insats det gäller. Syftet är att det ska framgå i myndighetens statistik om boendeinsatsen är en akutinsats, exempelvis boende på härbärge, eller en mer långsiktig insats, såsom en träningslägenhet. Statistiken skulle då kunna användas för att följa utvecklingen på området, genom att det blir tydligt vilken typ av insats kommunen främst använder sig av.

Socialstyrelsen har påbörjat en insamling där kommunerna har fått rapportera in boendeinsatser i de övergripande kategorierna akutinsats och långsiktigt insats. Resultatet från den första insamlingen visar att en majoritet av kommunernas insatser är långsiktiga. Men, viktigt att uppmärksamma är att cirka hälften av kommunerna saknar dessa uppgifter om boendeinsatserna och därför har de inte rapporterat in dem till Socialstyrelsen.

Statistiken om hemlöshet ger inte en heltäckande bild

Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten 2011 har en avgränsning när det gäller vilka grupper som ska ingå. Mätningen omfattar nämligen inte:

- personer som saknar uppehållstillstånd i Sverige
- EU-medborgare som uppehåller sig i Sverige men saknar förankring och försörjning här
- personer som är offer för olika typer av människohandel [2].

Även Stockholms Stadsmission, som årligen granskar det offentliga Sveriges insatser mot hemlöshet, påtalar att det saknas statistik om ett antal utsatta grupper. En slutsats är att det behövs mer kunskap om vissa grupper för att få en helhetsbild av hemlösheten i Sverige [7].

Det finns ingen tillförlitlig statistik över antalet papperslösa personer i Sverige. Viss forskning och mindre undersökningar gör dock uppskattningar och talar om mellan 10 000 och 50 000 personer. I gruppen ingår enligt osäkra skattningar cirka 2 000–3 000 barn. Totalt inom EU uppskattas antalet papperslösa till mellan knappt tre och åtta miljoner personer.

Papperslösa är hänvisade till den informella arbetsmarknaden för sin försörjning. Många saknar dock arbete eller har endast sporadiskt arbete. Papperslösa bor dessutom ofta trångt och under osäkra förhållanden [8].

Stockholms Stadsmission påtalar i sin rapportering att stora delar av hemlösheten är dold. De menar att den dolda hemlösheten består av EU/EES-medborgare som inte hittar arbete i Sverige men även av gruppen barn och unga som rymmer hemifrån samt de personer som är hemlösa en kortare tid och därför inte syns i kartläggningarna. Stadsmissionen är också kritisk till att kommunerna har liten kännedom om problematiken kring EU-migranter och menar att kunskapsnivån om den gruppen skulle behöva höjas [7].

Socialstyrelsen har nu ett uppdrag av regeringen att uppskatta antalet hemlösa personer som är utrikes födda, som ett komplement till den nationella kartläggningen från 2011. I uppdraget ingår också att undersöka vilket stöd dessa personer erbjuds i dag, vilka behov de har samt om det finns människohandel inblandad.

Hemlösa personers ökade delaktighet i sina liv

I några kommuner i Sverige pågår det sedan några år ett metodutvecklingsarbete utifrån modellen Bostad först. I denna modell betonar man att individen behöver en fast bostad för att kunna tillgodogöra sig andra insatser [4, 9]. Insatserna ska dessutom utgå från individens behov, och det är den berörda personen som själv ska formulera sina behov av stöd och bistånd.

De första utvärderingsresultaten av modellen börjar nu komma. En utvärdering gäller Stockholm och Helsingborg. I den framhåller forskarna att alla de hemlösa personerna i studien förbättrade sina boendeförhållanden och att deras struktur och meningsfullhet i livet ökade över tid. Detta gällde både personerna i undersökningsgruppen och dem i kontrollgruppen. Utvärderingen pågår fortfarande och analysarbetet återstår [10].

Samverkan inom de kommunala verksamhetsgrenarna

Ett av resultaten av regeringens hemlöshetsstrategi 2007–2009 var att regeringen tillsatte en nationell hemlöshetssamordnare för perioden 2011–2013 [11]. Hemlöshetssamordnarens uppdrag är att förankra den kunskap som samlades in på lokal och regional nivå inom ramen för strategin. Samordnaren ska även ge kommunerna stöd i att skapa långsiktiga och hållbara strukturer och fungerande rutiner för deras arbete mot hemlöshet och mot vissa personers utestängning från bostadsmarknaden.

I hemlöshetssamordnarens uppdrag ingår det också att särskilt uppmärksamma kommunernas arbete med att förebygga vräkningar. Samordnaren för därför en dialog med kommunerna om

- hur de kan ta fram lokala strategier och handlingsplaner
- hur de kan samordna arbetet så att de på ett bättre sätt kan motverka att personer blir hemlösa och att vräkningar sker.

Målsättningen med dialogen är att främja att varje kommun utvecklar en uthållig struktur i arbetet med att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, och att de gör detta tillsammans med berörda parter. Målet är att hemlösheten på sikt ska minska [12].

Kunskapen om effektiva metoder mot hemlöshet har ökat

Kunskapen om hemlöshet har ökat under senare år och aktörerna efterfrågar också metodutveckling. Flera kommuner arbetar nu mer aktivt än tidigare med preventiva insatser, till exempel med att förebygga vräkningar. Socialstyrelsen bedömer att det behövs en variation av insatser för att möta de skiftande behov som finns inom gruppen av hemlösa. Det kan röra sig om allt från skuldsanering och hyresrådgivning till program som riktar sig till personer med missbruks- och beroendeproblem eller psykisk ohälsa.

År 2012 redovisades för första gången öppna jämförelser inom socialtjänsten även på hemlöshetsområdet. Syftet med de öppna jämförelserna är att stimulera utvecklingen av en jämlik socialtjänst med god kvalitet. Genom att Socialstyrelsen publicerar jämförelserna på webbplatsen kan kommunerna analysera sin egen verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera utförandet av stödet inom olika områden. Indikatorerna som jämförs handlar främst om socialtjänstens förutsättningar att ge stöd och hjälp.

De öppna jämförelserna visar att kommuner med mindre än 10 000 invånare har svarat ja i lägre omfattning på alla indikatorer om hemlöshet i jämförelse med större kommuner. Detta innebär att det är få av de små kommunerna som har aktuella skriftliga och på ledningsnivå beslutade planer, rutiner eller överenskommelser som berör hemlöshetsområdet. Flera av dessa kommuner påtalar att hemlöshet är ett litet problem hos dem och att de löser situationen när den uppkommer. Därför har de inte behov av beslutade rutiner. Av de större kommunerna svarade till exempel cirka 40 procent att de har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för ett förebyggande arbete som ska förhindra vräkning bland barnfamiljer. I de små kommunerna var motsvarande siffra cirka 20 procent [13].

Våld

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att endast en tredjedel av kommunerna systematiskt följde upp insatserna riktade till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld under 2011.
- Knappt en tredjedel av kommunerna gjorde en inventering av antalet kvinnor som varit utsatta för våld under 2011.
- Nästan alla kommuner uppgav att de under 2011 kunde erbjuda skyddat boende till våldsutsatta kvinnor. I princip alla kommuner uppgav också att de kunde erbjuda råd och stöd till våldsutsatta kvinnor samt stöd och behandlingsinsatser till barn som bevittnat våld.
- Socialstyrelsens granskning av enskilda ärenden inom området visar dock att våldsutsatta kvinnor och deras behov av stöd och hjälp inte alltid uppmärksammas. Vi konstaterar att socialtjänsten inte alltid erbjudit stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor, trots att de ansökt om stöd och socialtjänsten haft kännedom om deras utsatthet.

Med våld i nära relationer avser Socialstyrelsen våld eller andra övergrepp som utförs av en person som brottsoffret bedöms ha en nära och förtroendefull relation till. Det kan röra sig om en partner eller före detta partner, en familjemedlem, en släkting eller någon annan anhörig. Våld i en nära relation kan därför även handla om så kallat hedersrelaterat våld.

Kommunernas uppföljning av insatser till våldsutsatta kvinnor är i många fall bristfällig

I maj 2012 publicerade Socialstyrelsen för första gången öppna jämförelser om kommunernas arbete med brottsoffer. Jämförelserna var dock avgränsade till kommunernas övergripande arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, med fokus på socialtjänstens förutsättningar att ge stöd och hjälp. De öppna jämförelserna visar att endast en tredjedel av de svarande kommunerna systematiskt har följt upp insatserna riktade till dessa kvinnor och barn under 2011. Vidare framkommer det att knappt en tredjedel av kommunerna gjorde en inventering av antalet kvinnor som varit utsatta för våld under 2011 [1].

Under 2012 har Socialstyrelsens tillsynsverksamhet granskat 52 kommuners arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen konstaterar att många kommuner har brister i bland annat handläggning, dokumentation och uppföljning av detta arbete. Vi påpekar även att det i många kommuner saknas kartläggning av och statistik om dessa kvinnor och barn. Men Socialstyrelsens tillsynsverksamhet har även sett exempel på kommuner som har ett aktivt arbete med god kvalitet inom om-

rådet. I dessa kommuner finns en god kompetens bland personalen, rutiner och särskilda verksamheter som arbetar med våld i nära relationer.

Vissa brister i stödet och hjälpen till våldsutsatta kvinnor

I Socialstyrelsens öppna jämförelser uppgav 85 procent av kommunerna att de hade aktuell information på sin webbplats om vilket stöd och hjälp de kunde erbjuda till våldsutsatta kvinnor. Nästan alla kommuner uppgav att de under 2011 kunde erbjuda skyddat boende till våldsutsatta kvinnor. I princip uppgav alla också att de kunde erbjuda råd och stöd till dessa kvinnor samt stöd och behandlingsinsatser till de barn som bevittnat våld [1].

Vid Socialstyrelsens granskning av enskilda klagomål inom området under perioden 2011–2012 framkom det dock att våldsutsatta kvinnor och deras behov av stöd och hjälp inte alltid uppmärksammas. Vi konstaterar till exempel att det förekommer att socialtjänsten inte genomfört utredningar eller att genomförda utredningar har varit bristfälliga. Socialtjänsten har inte heller alltid erbjudit stöd och hjälp till dessa kvinnor, trots att de har ansökt om stöd och trots att socialtjänsten haft kännedom om deras utsatthet. I en del kommuner sker arbetet med stöd och råd till våldsutsatta kvinnor i verksamheter som arbetar med serviceinsatser utan biståndsbeslut. Det har inneburit att våldsutsatta kvinnors ansökningar inte alltid utreds enligt lagens krav. I några ärenden har Socialstyrelsen även konstaterat att socialtjänsten inte gjort kontinuerliga hot- och riskbedömningar i ärenden där kvinnor varit utsatta för våld.

Socialstyrelsen kan alltså konstatera att det enligt kommunernas egenrapporterade uppgifter finns ett fungerande arbete med stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor. Samtidigt visar vår tillsynsverksamhet exempel där informationen till och stödet för de våldsutsatta kvinnorna brister.

Utvecklingsmedel har bidragit till förbättringar

Länsstyrelserna har sedan 2008 förmedlat utvecklingsmedel till kommuner och ideella organisationer för att stärka skyddet för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Det finns inga uppgifter om hur många våldsutsatta personer som har fått stöd från kommuner och ideella organisationer, men under perioden 2008–2011 har cirka 109 miljoner kronor fördelats till cirka 260 olika projekt per år.

Uppföljningen av utvecklingsmedlen visar att kommunerna och de ideella organisationerna har utvecklat insatserna. I kommunerna finns i dag både en större kunskap om våldsproblematik och en större beredskap att erbjuda adekvata insatser. Det finns allt fler insatser som riktas till särskilt utsatta grupper, till exempel våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem, personer med funktionsnedsättningar eller med utländsk bakgrund, kvinnor i samkönade relationer och äldre våldsutsatta kvinnor. Insatserna består av rådgivning, information, stödsamtal och ibland behandlande insatser och tillfälligt boende. De ges i form av individuella möten och ibland i gruppverksamheter.

Under perioden 2008–2011 har även allt fler verksamheter för våldsutövare påbörjats, i regel för män. Här handlar det om motiverande och behandlande samtal, enskilt och i grupp [2].

Socialstyrelsens tillsynsverksamhet påpekar dock att arbetet med våldsutsatta kvinnor inom äldreomsorg och funktionshindersområdet ibland är eftersatt i kommunerna. Det finns inte alltid insatser att tillgå för alla, till exempel för missbrukande våldsutsatta kvinnor.

Socialstyrelsen har även granskat många enskilda ärenden som rör personer som är utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck. Vi konstaterar i dessa granskningar att kommunerna har haft bristande kunskap om problematiken. Handläggningen har därför varit bristfällig i flera avseenden, vilket medfört att personer inte har fått adekvat stöd och hjälp.

Kompetensstöd – arbete mot våld i nära relationer

2012 års öppna jämförelser visar att drygt hälften (53 procent) av kommunerna har kartlagt utbildningsbehovet för personal som möter eller arbetar med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld [1].

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har fått regeringens uppdrag att skapa ett nationellt och regionalt kunskaps- och metodstöd för att kvalitetsutveckla arbetet med våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare. Enligt regeringens beslut ska kunskaps- och metodstödet inkludera Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2009:22) om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld med den tillhörande handboken samt utbildningsmaterial och annat metodstöd från Socialstyrelsen. Uppdraget omfattar också fördelning av utvecklingsmedel till kommuner och ideella organisationer. Socialstyrelsen har för 2012 fördelat 39,5 miljoner kronor till kommuner och 20 miljoner kronor till ideella organisationer.

Under 2012 har Socialstyrelsen och länsstyrelserna byggt upp ett samordnat kompetensstöd. Socialstyrelsen ansvarar för ett nationellt kompetensstöd till länsstyrelserna som i sin tur ansvarar för kompetensstöd till kommunerna. Under 2012 har Socialstyrelsen även ordnat utbildningsdagar för länsstyrelsernas utvecklingsledare under temat ”hur bör kommunerna arbeta för att följa Socialstyrelsens allmänna råd?”.

Ekonomiska analyser

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- I landstingen är kostnadsökningen störst inom primärvården som ökat med nästan 10 procent sedan 2007.
- Kostnaderna för den landstingsdrivna tandvården minskar, medan de totala utgifterna för tandvården ökar.
- Landstingens kostnader för läkemedel inom förmånen minskar, medan de totala utgifterna för läkemedel till öppenvårdspatienter ökar.
- Kostnaderna för insatser till barn och unga ökar, och allra mest ökar kostnaderna för barn placerade i familjehem.
- När det gäller insatser inom ramen enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ökade kommunernas kostnader för personlig assistans mest, men kostnaderna för personlig assistans där kommunerna utför assistans som anordnare började 2009 att minska och har sedan planat ut.
- Vård och omsorg om äldre utgör en allt mindre andel av kommunernas verksamhet, men är fortfarande den största verksamheten inom socialtjänsten.
- Socialtjänsten är mer personalintensiv än hälso- och sjukvården, men personalkostnadernas andel av de totala kostnaderna sjunker i både kommuner och landsting.

I detta kapitel tar Socialstyrelsen ett samlat grepp om kostnadsutvecklingen för hela vård- och omsorgssektorn under en tioårsperiod respektive en femårsperiod. Med vård och omsorg menar vi i detta kapitel hälso- och sjukvården tillsammans med tandvårdens och socialtjänstens alla verksamheter. Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2011 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Här använder vi Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2011 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de då är i samma prisnivå. Nytt för denna lägesrapport är att vi har inkluderat uppgifter om hur stor andel av kommunernas och landstingens kostnader som utgörs av personalkostnader. För effektivitetsanalyser hänvisas till den handbok om metoder för effektivitetsanalyser som Socialstyrelsen kommer att presentera under våren 2013. I handboken beskrivs olika metoder för effektivitetsanalyser anpassade för uppföljning av effektiviteten i vård och omsorg.

Olika kostnadsmått för olika syften

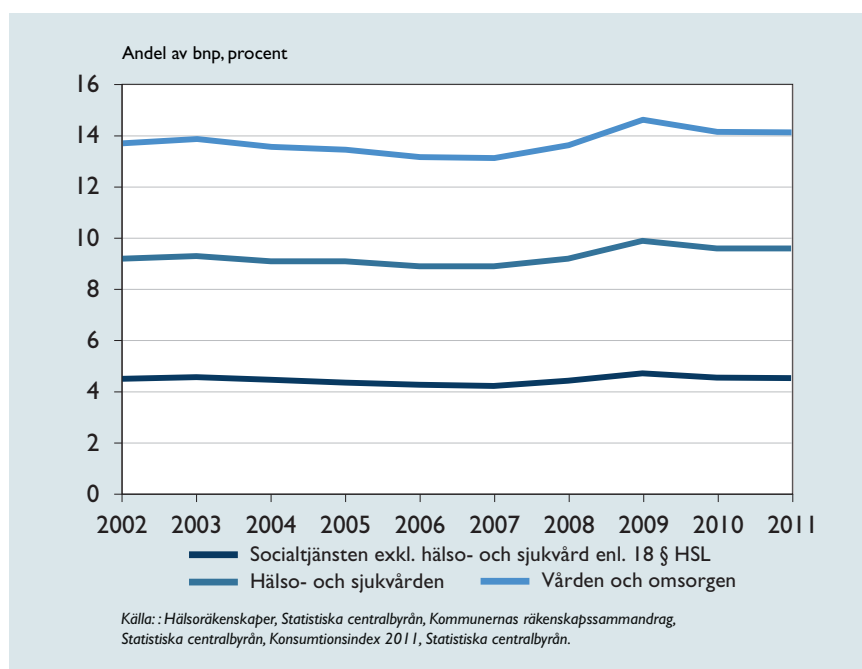
Olika kostnadsmått speglar olika aspekter av kostnader. Resultatet kan också skilja sig åt beroende på vilket kostnadsmått som används. Inom den offentligt finansierade verksamheten används flera olika kostnadsmått. För att få en gemensam definition av dessa har Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Rådet för främjande av kommunala analyser, Statistiska centralbyrån och Skolverket enats om definitioner för tre kostnadsbegrepp. Dessa tre begrepp kan användas för att analysera kostnaderna i kommuner och landsting. Eftersom definitionen av kostnader är olika beroende på vilket kostnadsmått som används, så har kostnadsmåtten definierats utifrån vilka kostnader som ingår och vilka som har exkluderats. De tre kostnadsbegreppen som används i denna rapport är följande:

- *Kostnaden för den egna produktionen*
Den egna produktionen avser den verksamhet som kommuner och landsting utför själva, i egen regi. I den egna produktionen ingår även kostnader för den produktion av varor och tjänster som inte ingår i kommunens eller landstingets åtagande, det vill säga den verksamhet som de säljer till andra.
- *Kostnaden för det egna åtagandet*
Kommuner och landsting har ett åtagande eller uppdrag enligt lagstiftningen och enligt kommunala beslut. Åtagandet kan utföras i egen regi eller köpas (upphandlas) från andra kommuner, landsting, organisationer eller företag. Det egna åtagandet avser verksamhet och tjänster som kommunen eller landstinget erbjuder de egna invånarna. Här ingår dock inte verksamhet och tjänster som invånare i andra kommuner och landsting får.
- *Finansiering genom skatter och generella statsbidrag, nettokostnad*
Den kostnad som ska finansieras via skatter och generella statsbidrag (det vill säga nettokostnaden) beräknas genom att från bruttokostnaden dra av externa och interna intäkter (det vill säga bruttointäkterna).

Vården och omsorgens andel av bnp

Vården och omsorgen utgör en stor del av samhällsekonomin i Sverige och står nu för 14,1 procent av bruttonationalprodukten (bnp). Sedan 2002 har denna andel ökat med 0,4 procentenheter. Hälso- och sjukvården inklusive tandvården utgör 9,6 procent av bnp och den andelen har ökat med 0,4 procentenheter sedan 2002. Socialtjänstens andel är 4,5 procent exklusive den kommunala hälso- och sjukvård som definieras i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Denna andel har inte ökat alls under perioden (diagram 9:1).

Diagram 9:1. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens andel av bnp 2002–2011, i procent.



Vård- och omsorgssektorns utgifter fortsätter att öka

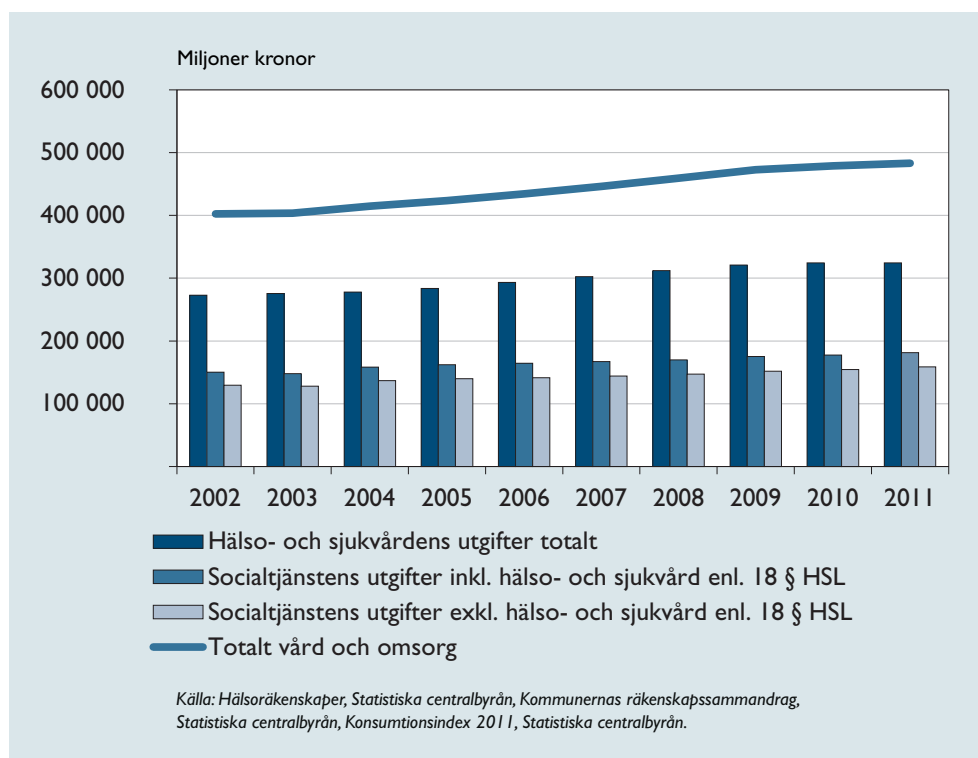
Hela vård- och omsorgssektorn omsatte 483 miljarder kronor 2011²⁴ (diagram 9:2). I förhållande till 2002 är det en ökning på 20,1 procent. Socialtjänsten ökade något mer än hälso- och sjukvården (22,6 procent respektive 18,8 procent). Utgifterna för hälso- och sjukvården beräknas²⁵ uppgå till 324,3 miljarder kronor i 2011 års pris, inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar²⁶. Socialtjänstens utgifter uppgick 2011 till 158,7 miljarder kronor, exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL.

²⁴ De totala utgifterna för hälso- och sjukvården är skattade

²⁵ Uppgifter för 2011 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna ska publiceras av SCB 2013-03-28.

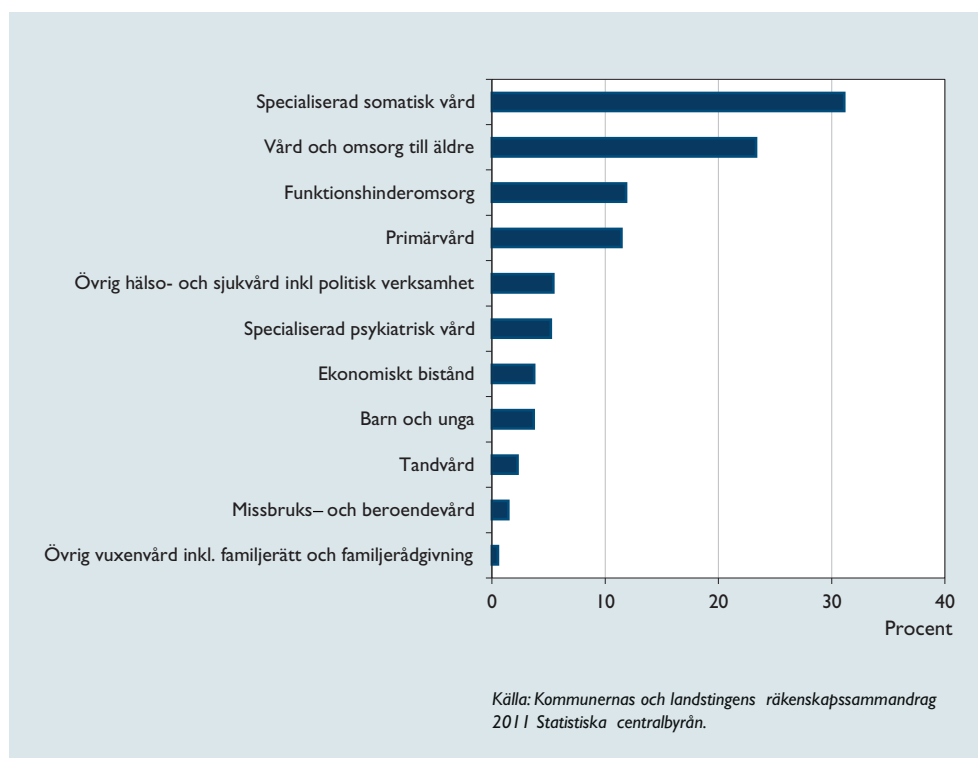
²⁶ Enligt det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA), OECD.

Diagram 9:2. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens utgifter 2002–2011, miljoner kronor, 2011 års pris.



De största verksamhetsgrenarna inom vård- och omsorgssektorn är den specialiserade somatiska vården följt av vård och omsorg om äldre. De står för 31 respektive 23 procent av kostnaderna för sektorn. Missbruks- och beroendevård samt övrig vuxenvård inom socialtjänsten är de minsta verksamheterna och står för 1,4 respektive 0,5 procent av kostnaderna (diagram 9:3).

Diagram 9.3. Olika verksamheters kostnadsandel av hela vård- och omsorgssektorn 2011, i procent. Beräknat på kostnader för det egna åtagandet.



Övrig hälso- och sjukvård omfattar ambulans- och sjukvårdstransporter, sjukresor, handikappverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor och FOU inom hälso- och sjukvård. Här ingår även politisk verksamhet.

Alltmer resurser till den samlade hälso- och sjukvården

De samlade utgifterna för all hälso- och sjukvård inklusive investeringar uppgick 2010²⁷ till 324,3 miljarder kronor. Av detta finansierade landstingen 72 procent och den privata sektorn 19 procent. Resterande utgifter stod kommunerna och staten för.

Det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA), definierar hela hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån den internationella klassifikationen International Classification for Health Accounts (ICHA) för hälso- och sjukvårdens ändamål och funktioner, producenter och finansiärer. I hälso- och sjukvårdens utgifter inkluderas då även hälsorelaterade utgifter för social omsorg i äldreomsorg och insatser till personer med funktionsnedsättning. De hälsorelaterade utgifterna redovisas för närvarande inte i de svenska hälsoräkenskaperna. Dock pågår ett utvecklingsarbete så att dessa utgifter ska kunna ingå när den reviderade manualen SHA 2011 införs i de svenska hälsoräkenskaperna. I systemet för hälsoräkenskaperna redovisas också prevention och folkhälsoinsatser separat.

Systemet för hälsoräkenskaper är utvecklat för att möjliggöra jämförelser mellan länder med olika hälso- och sjukvårdssystem. Tabell 9:1 visar de

²⁷ Uppgifter för 2011 om de totala hälso- och sjukvårdsuppgifterna publiceras av SCB den 28.3 2013

svenska hälso- och sjukvårdsutgifterna fördelade utifrån systemet för hälso-räkenskaper. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna inklusive investeringar har sedan 2007 ökat med 7,2 procent, medan de löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna har ökat med 6,1 procent. Den största enskilda utgiftsposten är hälso- och sjukvård i öppenvård följt av slutenvården. Den del av hälso- och sjukvården som har haft den största procentuella ökningen sedan 2007 är dagsjukvård, som har ökat med nästan 18 procent. Investeringarna i hälso- och sjukvård har också ökat stort, med 33 procent sedan 2007.

Tabell 9:1. Hälso- och sjukvårdens utgifter 2007–2010 utifrån systemet för hälso-räkenskaper, förändring mellan åren 2007–2010, i miljoner kronor och procent, 2011 års pris.

	2007	2008	2009	2010	Förändring mnkr	%
Botande och rehabiliterande hälso- och sjukvård	189 287	194 620	200 554	203 657	14 369	7,6
Slutenvård	76 865	77 922	80 079	80 399	3 535	4,6
Dagsjukvård	5 630	6 251	6 734	6 635	1 005	17,9
Öppenvård	105 408	108 987	112 243	115 039	9 631	9,1
Tandvård	21 767	22 812	23 834	23 442	1 675	7,7
Landstingens hemsjukvård	1 385	1 460	1 497	1 583	198	14,3
Kommuneras hemsjukvård	23 068	23 031	23 493	23 084	16	0,1
Laboratorier, röntgen, patient transporter m.m.	13 073	14 216	13 781	13 055	-18	-0,1
Medicinska varor till öppen- vårdspatienter	48 630	49 288	50 021	50 218	1 587	3,3
Läkemedel	39 572	40 248	40 884	40 934	1 363	3,4
Receptförskrivna mediciner -	29 237	29 440	29 477	29 065	-171	-0,6
Terapeutiska hjälpmedel	9 059	9 040	9 137	9 283	225	2,5
Prevention och folkhälsojänster	10 096	10 766	11 711	11 057	962	9,5
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	4 017	4 082	4 449	4 330	314	7,8
Oidentifierade hälso- och sjuk- vårdsändamål	1 433	1 465	1 836	1 889	456	31,8
Löpande hälso- och sjuk- vårdsutgifter	289 603	297 468	305 846	307 290	17 687	6,1
Hälso- och sjukvårdens investe- ringar	12 767	14 493	14 898	16 975	4 208	33,0
Totala hälso- och sjukvårdsut- gifter-	302 371	311 962	320 745	324 265	21 894	7,2

Källa: Hälso-räkenskaper 2007–2010, Statistiska centralbyrån.

Landstingens kostnader för tandvård och läkemedelsförmånen minskar

Landstingens kostnader 2011 för det egna åtagandet för hälso- och sjukvård var 225,7 miljarder kronor, medan nettokostnaden för denna verksamhet uppgick till 208,7 miljarder kronor (tabell 9:2). Jämfört med 2007 har landstingens kostnader för det egna åtagandet ökat med nästan 7 procent i fasta priser, medan nettokostnaderna har ökat lite mindre.

Liksom förra året ser kostnadsökningen olika ut inom olika vårdområden. Störst är kostnadsökningen för primärvården, med nästan 10 procent, följt av den specialiserade somatiska vården som också är det största vårdområdet i kronor räknat. Kostnaden för den specialiserade psykiatriska vården har också ökat, men ytterst lite. Landstingens kostnader för tandvård har däremot minskat med mer än 3 procent (tabell 9:2). Den nedåtgående utvecklingen för den landstingsdrivna tandvården ska dock jämföras med utvecklingen för tandvården i stort. Mellan 2007 och 2010 har nämligen de totala tandvårdsutgifterna ökat med 7,7 procent (tabell 9:1).

Landstingens kostnader för läkemedel inom förmånen²⁸ har minskat med drygt 2 procent sedan 2007 (tabell 9:2). Däremot har de totala utgifterna för läkemedel till öppenvårdspatienter ökat (tabell 9:1), alltså i likhet med utvecklingen inom tandvården. Att kostnaderna för läkemedelsförmånerna hålls nere kan till stor del härledas till

- effekterna av patentutgångar och den prispress som uppstår när generiska varianter av ett originalläkemedel introduceras på marknaden
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets omprövningar
- landstingens arbete med effektivare läkemedelsanvändning
- att det endast skett en liten ökning av mängden sålda läkemedel.

Enligt Socialstyrelsens prognos kommer kostnaderna för läkemedelsförmånerna att minska ännu mer år 2012 (–2,5 procent), för att sedan öka något år 2013 (1,0 procent). De främsta anledningarna är

- höjningen av högkostnadsskyddet den 1 januari 2012
- fortsatta patentutgångar
- landstingens egna insatser för att uppnå en effektivare läkemedelsförskrivning (många landsting följer upp läkemedelsförskrivningen mer noggrant nu än för några år sedan) [1].

Tabell 9:2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt landstingens totala och löpande hälso- och sjukvårdskostnader och nettokostnader per vårdområde 2007–2011 (inkl. Gotland) exkl. investeringar, förändring mellan åren 2007–2011, miljoner kronor och procent, 2011 års pris samt andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring mnkr	%	Andel netto kostnad %
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter inkl. investeringar enl. SHA	302 371	311 962	320 745	324 265	N/A*	21 894	7,2	
Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter enl. SHA	289 603	297 468	305 846	307 290	N/A*	17 687	6,1	
Landstingens hälso-	211 591	216 239	221 044	222 144	225 732	14 141	6,7	

²⁸ Läkemedelsförmånen är benämningen på det svenska subventionssystemet för läkemedel och andra produkter som förskrivs inom öppenvården.

och sjukvårds- kost-
nader för det egna
åtagandet

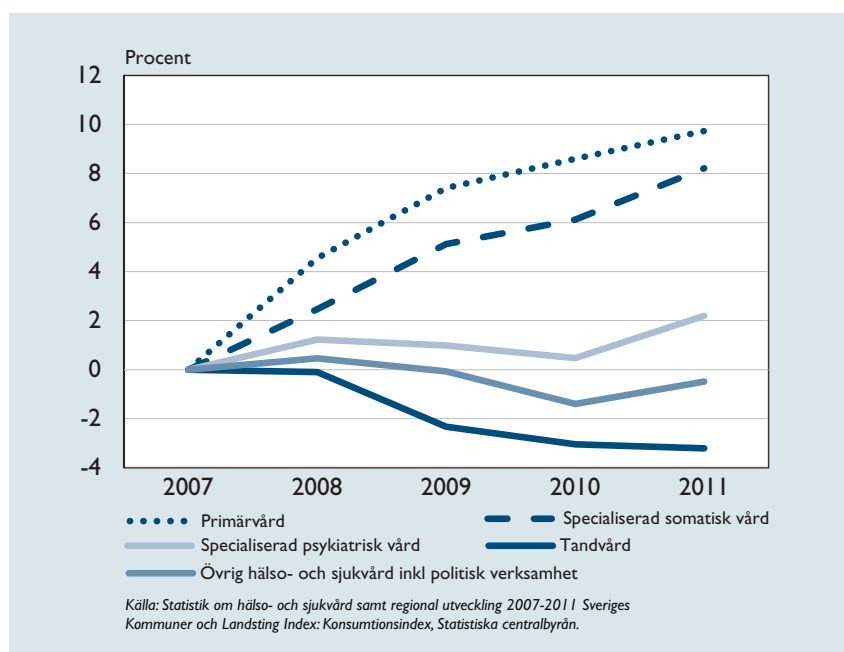
Landstingens netto- kostnad för hälso- och sjukvård	197 118	201 523	204 798	205 558	208 734	11 616	5,9	100,0
Primärvård	32 340	33 813	34 737	35 121	35 489	3 149	9,7	17,0
Specialiserad soma- tisk vård	102 487	105 019	107 736	108 758	110 908	8 422	8,2	53,1
Specialiserad psykia- trisk vård	18 394	18 619	18 576	18 480	18 797	403	2,2	9,0
Tandvård	5 263	5 258	5 140	5 103	5 094	-169	-3,2	2,4
Läkemedel inom förmånen	21 792	21 999	21 914	21 479	21 262	-530	-2,4	10,2
Övrig hälso- och sjukvård	15 613	15 580	15 427	15 449	15 957	343	2,2	7,6
Politisk verksamhet	1 229	1 234	1 268	1 168	1 228	-1	-0,1	0,6

N/A = uppgifterna finns inte tillgängliga.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007–2011, Sveriges Kommuner och Landsting;
Hälsoräkenskaper enligt SHA 2007–2011, Statistiska centralbyrån och Konsumtionsindex 2011, Statistiska centralby-
rån.

Diagram 9:4 visar hur landstingens resurstilldelning till de olika vårdområdena enligt ovan har utvecklats sedan 2007. Resurserna till primärvård och specialiserad somatisk vård ökar alltmer, medan resurserna till tandvård minskar. Resurserna till specialiserad psykiatrisk vård och övrig hälso- och sjukvård minskar visserligen under periodens första år men visar en något uppåtgående trend sedan 2010.

Diagram 9:4. Resurstilldelningen till landstingens olika vårdområden 2007–2011, Index 2007 = 0. Baserat på landstingens nettokostnader.



Socialtjänstens kostnadsutveckling 2007–2011

Inom socialtjänsten ökar kostnaderna mest för insatser till personer med funktionsnedsättning. Vård och omsorg om äldre står för den relativt sett minsta ökningen (tabell 9:3).

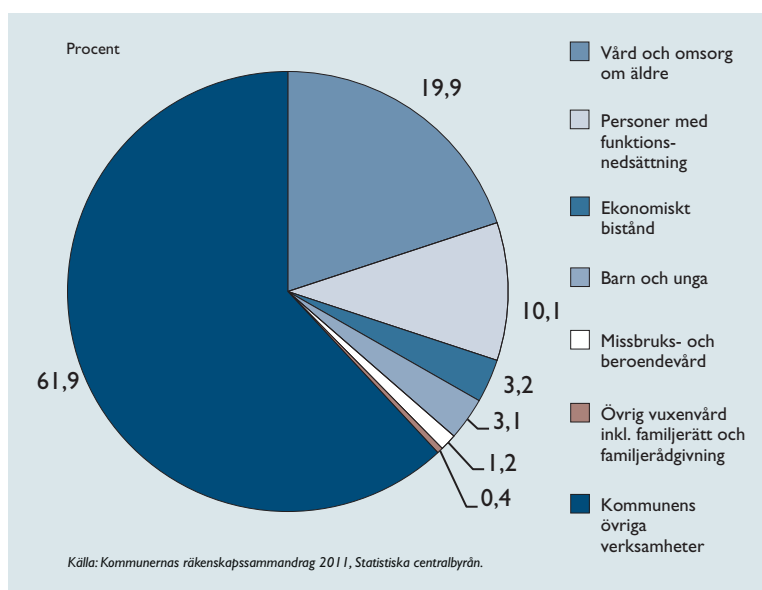
Tabell 9:3. Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten, förändring mellan åren 2007–2011 i miljoner kronor och procent, 2011 års pris, samt olika insatsers andel av socialtjänstens kostnader.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring mnkr	%	Andel %
Socialtjänstens totala kostnader inkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	167 321	170 064	175 436	177 760	181 414	14 093	8,4	100,0
Individ och familjeomsorg inkl. familjerätt och familjerådgivning	34 429	35 472	37 919	38 441	38 186	3 757	10,9	21,0
Insatser till personer med funktionsnedsättning	42 179	43 416	44 953	45 880	48 255	6 076	14,4	26,6
Vård och omsorg om äldre	90 713	91 176	92 564	93 440	94 973	4 260	4,7	52,4

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2007–2011, Statistiska centralbyrån och Konsumtionsindex 2011, Statistiska centralbyrån.

Socialtjänstens kostnader som andel av kommunernas driftkostnader speglar hur kommunerna prioriterar mellan alla sina verksamheter. Socialtjänsten utgör 38 procent av kommunernas totala driftkostnader (diagram 9:5), och i förhållande till annan kommunal verksamhet har socialtjänsten ökat sin andel med 0,9 procentenheter sedan 2007. Inom socialtjänsten är vård och omsorg om äldre den absolut största verksamheten, som står för 20 procent av kommunernas kostnader. Den minsta verksamheten är övrig vuxenvård som står för knappt 0,4 procent. Missbruks- och beroendevård står endast för en liten del av kommunernas kostnader.

Diagram 9:5. Socialtjänstens andel av kommunernas driftkostnad 2011, procent.



Kostnaderna ökar för placerade barn och unga

Under perioden 2007–2011 ökade kostnaderna för insatser till barn och unga med nästan 11 procent i fasta priser. Mest ökade kostnaderna för barn placerade i familjehem som ökade med hela 19 procent. Även kostnaderna för de öppna insatserna ökade med drygt 9 procent. Sammanlagt lade kommunerna 15 miljarder kronor på insatser till barn och unga 2011 (tabell 9:4).

Allt mindre resurser till missbruks- och beroendevård

minskade de så kallade övriga öppna insatserna, det vill säga insatser som inte är behovsprövade. De minskade med 13 procent. Individuellt behovsprövade insatser ökade däremot med 10 procent sedan 2007. Totalt lade kommunerna 5,9 miljarder kronor på insatser till vuxna med missbruk eller beroende 2011 (tabell 9:4).

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd minskade i förhållande till 2010

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd var 15,2 miljarder kronor år 2011. Det är drygt 16 procent mer än 2007, men jämfört med 2010 har kostnaderna minskat. Den del som avser ekonomiskt bistånd till flyktingar (inklusive ensamkommande barn och unga) har också minskat sedan 2010 (tabell 9:4).

Övrig vuxenvård, familjerätt och familjerådgivning

Övriga insatser till vuxna består av insatser till personer med sociala problem som inte är relaterade till eget missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel. Det kan till exempel handla om stöd och skydd för våldsutsatta kvinnor samt hjälp till personer och familjer som står utanför den ordinarie bostadsmarknaden. Kostnaden 2011 för övrig vuxenvård uppgick till 1,5 miljarder kronor, och kostnaden för familjerätt

och familjerådgivning var 0,6 miljarder kronor, vilket är i nivå med 2010 för båda verksamheterna (tabell 9:4).

Tabell 9:4 Kostnadsutveckling inom individ- och familjeomsorgen (IFO), förändring mellan åren 2007–2011, i miljoner kronor och procent, 2011 års pris samt andel av IFO:s kostnader.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring mnkr	%	Andel av IFO %
Individ- och familjeomsorgens andel av socialtjänsten	20,4	20,5	21,4	21,3	21,0		0,7	
Individ- och familjeomsorg	34 429	35 472	37 919	38 441	38 186	3 757	10,9	100,0
<i>Insatser till barn och unga</i>	<i>13 486</i>	<i>13 926</i>	<i>14 319</i>	<i>14 329</i>	<i>14 992</i>	<i>1 506</i>	<i>11,2</i>	<i>39,3</i>
Institutionsvård/HVB	4 970	5 008	4 885	4 875	5 283	313	6,3	13,8
Familjehemsvård	4 180	4 305	4 596	4 753	4 977	797	19,1	13,0
Öppna insatser	4 336	4 613	4 838	4 701	4 732	396	9,1	12,4
Individuell behovsprövad öppen vård	2 913	3 034	3 331	3 193	3 165	252	8,6	8,3
Övriga öppna insatser	1 423	1 579	1 507	1 509	1 567	144	10,1	4,1
<i>Insatser till vuxna med missbruk/beroende</i>	<i>5 899</i>	<i>5 955</i>	<i>5 792</i>	<i>5 983</i>	<i>5 865</i>	<i>-34</i>	<i>-0,6</i>	<i>15,4</i>
Institutionsvård	2 489	2 489	2 462	2 560	2 544	55	2,2	6,7
Familjehemsvård	164	184	181	180	165	1	0,8	0,4
Öppna insatser	3 246	3 282	3 149	3 243	3 156	-90	-2,8	8,3
Bistånd som avser boende	1 572	1 507	1 464	1 519	1 515	-57	-3,7	4,0
Individuellt behovsprövade insatser	827	872	919	971	909	82	9,9	2,4
Övriga öppna insatser	846	903	766	753	732	-114	-13,5	1,9
<i>Ekonomiskt bistånd</i>	<i>13 062</i>	<i>13 564</i>	<i>15 428</i>	<i>15 774</i>	<i>15 198</i>	<i>2 136</i>	<i>16,4</i>	<i>39,8</i>
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	10 563	10 599	12 162	12 948	13 046	2 483	23,5	34,2
Ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll	2 499	2 965	3 265	2 826	2 152	-347	-13,9	5,6
<i>Övrig vuxenvård</i>	<i>1 340</i>	<i>1 407</i>	<i>1 742</i>	<i>1 705</i>	<i>1 477</i>	<i>137</i>	<i>10,2</i>	<i>3,9</i>
<i>Familjerätt och familjerådgivning</i>	<i>642</i>	<i>621</i>	<i>638</i>	<i>650</i>	<i>654</i>	<i>12</i>	<i>1,9</i>	<i>1,7</i>
<i>Färdtjänst/riksfärdtjänst</i>	<i>1 975</i>	<i>1 942</i>	<i>1 922</i>	<i>2 024</i>	<i>2 018</i>	<i>44</i>	<i>2,2</i>	

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2007–2011, Statistiska centralbyrån och Konsumtionsindex 2011, Statistiska centralbyrån.

Kommunernas kostnader för personlig assistans ökar mest

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökade under den senaste femårsperioden med 14,4 procent i fasta priser och uppgick 2011 till 48,3 miljarder kronor, vilket är 26,6 procent av socialtjänstens totala kostnader. Insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och HSL står för drygt 20 procent av de totala kostnaderna för insatser till

personer med funktionsnedsättning. Det är inom hemtjänst, boendestöd och korttidsplatser som kostnaderna för SoL- och HSL-insatserna ökar mest. Men det beror till stor del på att kostnaderna för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL som utförs i hemtjänst och i boendestöd ska redovisas i den verksamhet där den utförs i det kommunala räkenskapssammandraget, i stället för som tidigare under övriga insatser. Knappt 80 procent av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning avser insatser enligt LSS och assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110).

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och assistansersättning ökade med nästan 15 procent i fasta priser mellan 2007 och 2011, och uppgick 2011 till 38,5 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistans som kommunerna utför som anordnare). Inom LSS är det kommunernas kostnader för personlig assistans som ökar mest. Sedan 2007 har dessa ökat med 24 procent. Fördelningen mellan insatser enligt LSS och assistansersättning och insatser enligt SoL och HSL har de senaste åren varit relativt konstant (tabell 9:5).

Tabell 9:5. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning, förändring mellan åren 2007–2011, miljoner kronor och procent, 2011 års pris samt andel av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. funktionsnedsättning.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring mnkr	%	Andel av funktions- hinders- omsorgen %
Funktionsnedsättning, andel av socialtjänsten	25,3	25,6	25,7	25,9	26,6		1,3	
Insatser till personer med funktionsnedsättning	42 179	43 416	44 953	45 880	48 255	6 076	14,4	100,0
<i>Insatser enligt SoL *</i>	8 664	8 635	8 890	8 949	9 787	1 123	13,0	20,3
Särskilt boende	3 281	3 287	3 398	3 352	3 325	44	1,3	6,9
Ordinärt boende enligt SoL/HSL.	4 707	4 636	4 764	4 940	5 777	1 070	22,7	12,0
Hemtjänst/boendestöd	3 218	2 942	2 990	3 091	4 127	909	28,2	8,6
Korttidsboende	447	419	513	525	587	140	31,4	1,2
Övriga biståndsbedömda insatser**	1 042	1 275	1 261	1 324	1 063	21	2,0	2,2
Öppen verksamhet***	675	712	727	657	685	10	1,4	1,4
<i>Insatser enligt LSS och SFB****</i>	33 515	34 781	36 063	36 931	38 468	4 953	14,8	79,7
Boende	17 636	17 762	18 575	19 126	19 797	2 161	12,3	41,0
Boende vuxna	16 179	16 281	16 961	17 533	18 261	2 082	12,9	37,8
Boende barn	1 457	1 481	1 614	1 594	1 536	79	5,4	3,2
Personlig assistans****	6 374	7 193	7 433	7 522	7 918	1 544	24,2	16,4
Daglig verksamhet	5 375	5 547	5 700	5 934	6 312	937	17,4	13,1
Övriga insatser	4 130	4 279	4 354	4 348	4 441	311	7,5	9,2

*Ny definition fr.o.m. 2007. Nu ingår även insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

**Övriga biståndsbedömda insatser är t.ex. behovsprövad dagverksamhet, kontaktperson, kontaktfamilj, personligt ombud, bostadsanpassningsbidrag och hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes bostad eller i dagverksamhet i de kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende från landstinget.

***Öppen verksamhet är generellt riktade verksamheter där ett deltagande inte förutsätter biståndsbedömning/biståndsbeslut.

****Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2007–2011, Statistiska centralbyrån och Konsumtionsindex 2011, Statistiska centralbyrån.

Kostnader för assistans som kommunerna utför som anordnare har börjat minska

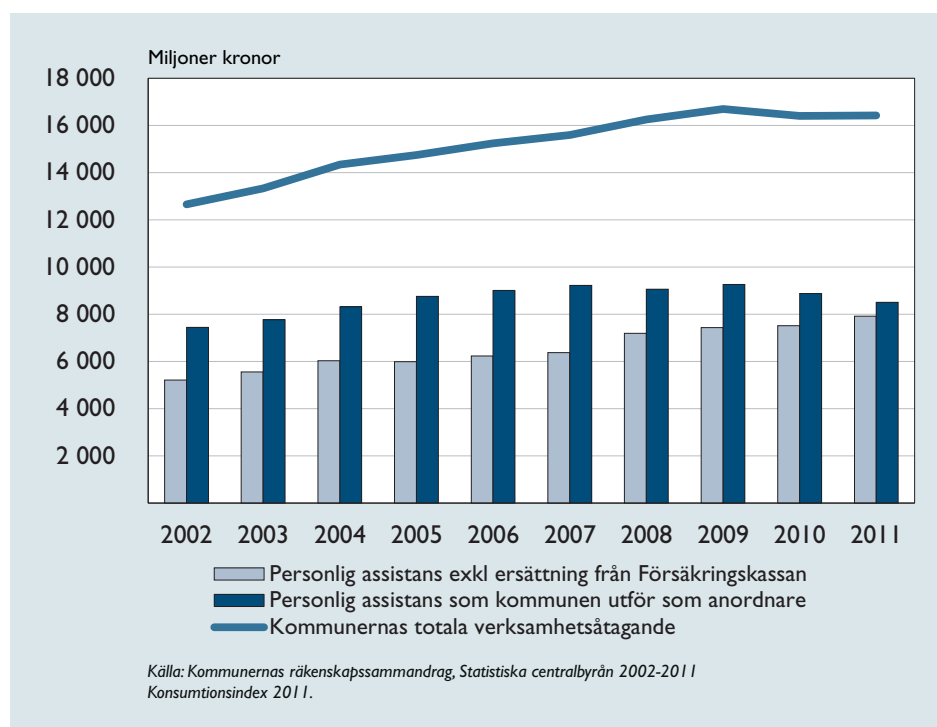
I ett tioårsperspektiv har kommunernas egna kostnader för personlig assistans enligt LSS och assistansersättningen ökat med 52 procent i fasta priser, och uppgick 2011 till 7,9 miljarder kronor. Därutöver har kommunerna kostnader när de utför assistans i egenskap av anordnare. För dessa kostnader får kommunerna ersättning från Försäkringskassan på samma sätt som andra utförare. Den delen av assistansen uppgick 2011 till 8,5 miljarder kronor. Kommunernas hela åtagande kostar alltså totalt 16,4 miljarder kronor. Kommunernas ansvar för de 20 första timmarna av personlig assistans och

för vikarier när en annan utförarens personal är frånvarande är ett finansieringsåtagande. Därutöver har kommunerna ett verksamhetsåtagande för dem som väljer kommunen som utförare och dem som inte gör ett aktivt val av utförare.

Kommunernas kostnader för den del av assistansen som de utför i egen skap av anordnare ökade med 14 procent jämfört med 2002. Kostnaden för denna del var som högst 2009, men därefter har kostnaderna minskat något och planat ut, vilket kan förklaras med att ökningen av antalet personer med assistans har avstannat. En förklaring till kostnadsökningen under den tidigare delen av tioårsperioden är delvis att det genomsnittliga antalet assistanstimmar har ökat [2]. Ytterligare en förklaring till kostnadsökningen är att personer som når 65 års ålder får behålla personlig assistans som de tidigare har beviljats enligt 9 § 2p. LSS eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Den bestämmelsen kom 2001. I redovisningen sker det därmed en kontinuerlig förskjutning av kostnader från vård och omsorg om äldre till insatser till personer med funktionsnedsättning (diagram 9:6).

Staten har också kostnader för personlig assistans som enligt en beräkning från Riksrevisionen 2010 uppgick till cirka 16 miljarder kronor.

Diagram 9:6. Kostnadsutveckling för kommunernas totala verksamhetsåtagande för personlig assistans 2002–2011, miljoner kronor, 2011 års pris.



Vård och omsorg om äldre utgör en allt mindre andel av socialtjänsten

Under 2011 beräknades kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre till drygt 172,5 miljarder kronor, vilket är en ökning med 4,6 procent sedan 2007. Som framgår av tabell 9:6 ökade kost-

naderna något mer för kommunernas insatser till äldre jämfört med landstingens.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård till äldre beräknas uppgå till drygt 77,5 miljarder kronor för 2011, utifrån en skattning baserad på äldres andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Region Skåne.

Vård och omsorg om äldre i kommunerna utgör en allt mindre andel av kommunernas verksamhet. Sedan 2002 har äldreomsorgens andel av socialtjänsten minskat med 4,5 procentenheter. Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick till 95,0 miljarder kronor 2011, varav 59 procent gick till särskilt boende, drygt 39 procent till insatser i ordinärt boende och nästan två procent till den öppna verksamheten²⁹. Dock är vård och omsorg om äldre fortfarande socialtjänstens största verksamhet. Kostnaderna för särskilt boende ökade ytterst litet, medan insatser i ordinärt boende har ökat med 8 procent. Hemtjänst och boendestöd har ökat med nästan 18 procent jämfört med 2007. Detta kan vara en effekt av att kommunerna omvandlar sina serviceboenden till trygghetsboenden, som då räknas som ordinarie boenden, vilket gör att personerna där får hemtjänst i stället för vård i särskilt boende. En annan orsak till ökningen är att SCB har ändrat anvisningarna för på vilket sätt som kostnader för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL ska redovisas i det kommunala räkenskapssammandraget. Hälso- och sjukvård som utförs i hemtjänst och boendestöd har tidigare redovisats under övriga insatser men ska nu redovisas i den verksamhet där den utförs. Därför har kostnaderna för övriga biståndsbedömda insatser minskat i motsvarande grad som ökningen av hemtjänstens kostnad (tabell 9:6).

²⁹ Med öppen verksamhet avses generellt inriktade verksamheter som i första hand är avsedda för personer 65 år och äldre och där deltagandet inte förutsätter en individuell behovsprövning eller ett biståndsbeslut.

Tabell 9:6 Kostnadsutveckling för vård och omsorg om äldre 2007–2011, förändring mellan åren 2007–2011, i miljoner kronor och procent, 2011 års pris samt andel av kostnaderna för vård och omsorg om äldre.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring mnkr	%	Andel av vård och omsorg om äldre %
Vård och omsorg om äldres andel av socialtjänsten	54,4	53,9	52,9	52,8	52,4		-2,0	
Vård och omsorg om äldre	90 713	91 176	92 564	93 440	94 973	4 260	4,7	100,0
Särskilt boende	54 333	54 123	55 405	55 123	55 731	1 398	2,6	58,7
Ordinärt boende	34 878	35 530	35 609	36 767	37 699	2 821	8,1	39,7
Hemtjänst/ boendestöd	24 608	22 897	23 885	25 338	29 022	4 414	17,9	30,6
Korttidsboende	5 798	5 495	5 653	5 637	5 828	30	0,5	6,1
Övriga bistånds- bedömda insatser	4 472	7 138	6 071	5 793	2 849	-1623	-36,3	3,0
Öppen verksamhet	1 502	1 522	1 550	1 549	1 543	41	2,8	1,6
Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65+¹	74 249	74 137	75 841	76 423	77 523	3 275	4,4	
Totalt insatser till äldre	164 961	165 313	168 406	169 863	172 496	7 535	4,6	

¹ Kostnaderna har beräknats utifrån äldres andel av kostnaderna i Region Skåne. Denna andel har sedan antagits gälla hela riket och använts på de uppgifter om hälso- och sjukvård som landstingen har lämnat i landstingens räkenskapsammandrag. För kostnader för handikapp- och hjälpmedelsverksamhet har 70 procent antagits gälla äldre. För övriga kostnader har Region Skånes kostnadsandel använts.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2007–2011, Statistiska centralbyrån; Konsumtionsindex 2011, Statistiska centralbyrån och Region Skåne.

Externa köp av verksamhet fortsätter att öka

Kommunerna och landstingen, inklusive regionerna, fortsätter att köpa verksamhet av andra utförare. Landstingen har ökat sina köp av verksamhet med 6,6 procent i förhållande till 2010, medan kommunernas köp har ökat med 5 procent. År 2011 köptes verksamhet inom vård och omsorg³⁰ för totalt 72 miljarder kronor. Landstingen köpte verksamhet för 39,3 miljarder kronor, vilket är 17,5 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Kommunerna köpte verksamhet för 32,6 miljarder kronor vilket är 17,9 procent av socialtjänstens kostnad.

Merparten av landstingens köp görs inom den somatiska vården och primärvården. Inom den somatiska vården köptes verksamhet för 30,1 miljarder kronor 2011 och inom primärvården köptes verksamhet för 12,1 miljarder kronor. Av alla köp inom hälso- och sjukvården köptes 57 procent från

³⁰ Hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst

privata företag. Resterande köptes i huvudsak från andra landsting och regioner samt från landstingsägda företag.

Kommunerna köpte mest verksamhet för vård och omsorg om äldre, totalt 15,5 miljarder kronor. Funktionshinderomsorgen stod för 9,6 miljarder kronor. Inom individ- och familjeomsorgen gjordes de flesta köpen inom barn- och ungdomsvården. Övervägande delen, eller 78 procent, av köpen inom socialtjänsten gjordes från privata företag. Kommunerna köpte även från föreningar och stiftelser för 3,3 miljarder kronor, eller 10,2 procent av köpen. Räknat i kronor så är det främst till verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen som köp från föreningar och stiftelser gjordes (tabell 9:7).

Tabell 9:7 Köp av verksamhet i kommuner och landsting 2011, i procent.

	Lands- ting/ regioner	Kommun/ lands- tingsägda företag	Kommun/ kom- munal- förbund	Privata företag	Staten/ statliga myn- dig- heter	Fören- ingar/ stiftelser	Hushåll/ individer Utlandet	Andel köp
Totalt köp i vård och omsorg	12,0	11,3	1,8	66,5	1,5	5,6	1,2	
<i>Andel köp av hälso- och sjuk- vård</i>	20,9	19,1	0,9	57,0	0,1	1,8	0,1	54,7
Primärvård	2,3	1,1	2,6	93,4	0,0	0,6	0,0	16,8
Specialiserad somatisk vård	32,9	29,6	0,1	35,0	0,1	2,2	0,2	30,1
Specialiserad psykiatrisk vård	27,9	0,5	0,8	65,8	0,0	4,8	0,1	3,4
Tandvård	1,4	51,7	0,0	45,2	1,6	0,1	-0,1	2,6
Övrig hälso- och sjukvård	10,0	1,5	1,1	84,8	1,1	1,4	0,0	1,8
<i>Andel köp av socialtjänst</i>	1,3	1,9	2,9	78,1	3,1	10,2	2,6	45,3
Barn och unga	1,0	0,7	2,8	67,6	13,6	4,4	9,9	6,8
Missbruks- och beroendevård	2,0	0,1	3,9	59,8	12,8	14,5	6,8	3,0
Övrig vuxenvård inkl. familjerätt o familjerådgivning	1,3	1,3	17,2	63,8	1,3	12,2	3,0	0,5
Vård och omsorg om äldre	1,5	2,5	1,2	84,4	0,2	10,1	0,1	21,5
Funktionshinder- omsorg	0,9	2,0	4,7	77,9	0,3	12,4	1,7	13,4

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2011, Statistiska centralbyrån och Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting.

Kostnadsjämförelser mellan olika verksamheter

Socialtjänsten är mer personalintensiv än hälso- och sjukvården

En nyhet i denna lägesrapport är att vi jämför personalkostnadernas andel i förhållande till kostnaderna för det egna åtagandet i kommuner och landsting. Det är dock bara kommunernas och landstingens direkta personalkostnader för den anställda personalen som ingår i jämförelsen. Personalkostna-

der för köpt verksamhet och verksamhet som lagts ut på entreprenad ingår inte här, vilket är problematiskt. Genom att uppgifter saknas om hur stor personalvolymen är i den verksamhet som bedrivs i annan regi erhålls inte en fullständig bild av personalsituationen inom vård och omsorg. Mer om detta återfinns i kapitlet *Kompetens och kompetensförsörjning*.

Socialtjänsten är mer personalintensiv än hälso- och sjukvården. Av kostnaderna avser 55 procent personalkostnader i socialtjänsten, medan motsvarande uppgift för hälso- och sjukvården är 41 procent. Från 2007 har personalkostnadernas andel av de totala kostnaderna sjunkit i både kommunernas och landstingens verksamheter med 3,6 respektive 1,4 procentenheter. Insatser enligt LSS och socialförsäkringsbalken, familjerätt och familjerådgivning var mest personalintensiv inom socialtjänsten under 2011, där 74 respektive 71 procent av kostnaderna var personalkostnader. Generellt är individ och familjeomsorgen inte särskilt personalintensiv. Inom hälso- och sjukvården var specialiserad psykiatrisk vård, och då särskilt inom psykiatrisk slutenvård, den verksamhet som var mest personalintensiv, där 60 respektive 66 procent av kostnaderna var personalkostnader (tabell 9:8).

Det som påverkar personalkostnadernas andel av de totala kostnaderna för verksamheten är bland annat hur stor del av verksamheten som bedrivs av alternativa utförare, det vill säga den delen av kommunernas och landstingens ansvar som har lagts ut på entreprenad eller utförs av alternativa utförare i ett valfrihetssystem (check- eller pengasystem). I och med att lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, infördes 2009 skapades nya förutsättningar för att införa valfrihetssystem i socialtjänsten, i insatser enligt LSS och i hälso- och sjukvården.

Tabell 9:8. Andelen personalkostnader i respektive verksamhet 2007 och 2011, förändring mellan åren 2007–2011 i offentlig vård och omsorg, i procent.

	2007*	2011	Förändring procentenheter
Socialtjänst	58,8	55,2	-3,6
Vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning, totalt	64,3	60,2	-4,1
Vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning enligt SoL och HSL	65,0	61,0	-4,1
Vård och omsorg om äldre enligt SoL/HSL	N/A	61,6	
Insatser, SoL/HSL till personer med funktionsnedsättning	N/A	54,4	
Insatser enligt LSS/SFB	83,5	73,9	-9,6
<i>Individ- och familjeomsorg</i>	<i>35,0</i>	<i>35,0</i>	<i>0,0</i>
Vård för vuxna med missbruksproblem	38,9	39,8	1,0
Barn och ungdomsvård	45,7	48,5	2,8
Övriga insatser till vuxna	46,0	43,3	-2,7
Ekonomiskt bistånd	17,7	16,3	-1,4
Familjerätt och familjerådgivning	69,1	70,5	1,4
Landstingens hälso- och sjukvård*	42,1	40,7	-1,4
Primärvård	34,0	32,7	-1,2
<i>Specialiserad somatisk vård</i>	<i>42,2</i>	<i>40,7</i>	<i>-1,5</i>
Somatisk slutenvård	50,3	44,1	-6,2
Specialiserad somatisk öppenvård	34,0	36,4	2,3
<i>Specialiserad psykiatrisk vård</i>	<i>62,6</i>	<i>60,3</i>	<i>-2,3</i>
Psykiatrisk slutenvård	70,5	65,5	-5,0
Specialiserad psykiatrisk öppenvård	56,6	56,7	0,1
Tandvård	55,3	52,1	-3,1
Övrig hälso- och sjukvård	33,5	33,7	0,1

*Landstingens uppgifter är för år 2008.

N/A = uppgifterna finns inte tillgängliga.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2007–2011, Statistiska centralbyrån och Landstingens räkenskapsammandrag, Rikstotal 2008–2011, Statistiska centralbyrån.

Kostnad per plats i olika boenden varierar stort

Kostnaden för olika typer av boenden inom vård och omsorg skiljer sig åt, och kostnaderna har utvecklats helt olika sedan 2007. Kostnaden per plats i särskilt boende för äldre har jämfört med 2007 ökat med nästan 5 procent, medan kostnaden per plats i särskilt boende för personer med funktionsnedsättning har minskat betydligt i jämförelse med 2007. Platskostnaden för bostad med särskild service enligt LSS har däremot ökat med drygt 6 procent. De stora skillnaderna mellan de två boendetyperna för personer med funktionsnedsättning kan bero på att vårdtyngden hos de boende varierar

stort mellan åren och mellan boendeformerna, men det kan också bero på personalförändringar. Kostnadsförändringen per person i bostad med särskild service kan i sin tur också bero på att antalet boende per gruppboende har ökat (tabell 9:9).

Ett vårdtillfälle i slutenvården kostade 46 990 kronor år 2011, vilket är drygt 5 procent mer än 2007.

Tabell 9:9 Kostnad per plats för boenden till äldre och personer med funktionsnedsättning, förändring mellan åren 2007–2011, kronor och procent, 2011 års priser, medianvärdet.

	2007	2008	2009	2010	2011	Förändring kronor	%
Boenden/plats							
Särskilt boende äldre	606 205	613 954	N/A	628 002	635 593	29 388	4,8
Särskilt boende funktionsnedsättning	626 281	578 672	N/A	703 889	548 714	-77 567	-12,4
Bostad med särskild service	700 789	705 215	809 060	726 302	745 046	44 257	6,3

N/A = uppgifterna finns inte tillgängliga

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 2007–2009, Socialstyrelsen; Egna bearbetningar 2010–2011; Konsumtionsindex 2011; Statistiska centralbyrån.

Referenser

Inledning

1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2012.
2. Nationella indikatorer för God vård- Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer-Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2009.
3. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
4. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2010.

Kompetens och kompetensförsörjning

1. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2013. Tillgång och efterfrågan på utvalda personbalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
3. Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2009-2025. Barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Arbetskraftsbarometern 12. Utsikterna på arbetsmarknaden för 52 utbildningar. Report No.:2012:2. Statistiska centralbyrån; 2012.
5. Var finns jobben? Bedömning för 2012 och första halvåret 2013; Arbetsförmedlingen; 2012.
6. Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet; Socialdepartementet; 2010.
7. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012. Tillgång och efterfrågan på utvalda personbalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2012.
8. <http://www.regeringen.se/sb/d/15804/a/202219>
9. <http://regeringen.se/sb/d/14015/a/161683>
10. <http://www.regeringen.se/sb/d/15804/a/202217>
11. Statens psykiatrisatsning 2007–2011– slutrapport. Statskontoret; 2012.
12. Verksamhetsanknutna statsbidrag till kommuner och landsting. En studie av hur bidragen följs upp och utvärderas. Statskontoret; 2007.
13. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/effektivtforandring/sarbete>
14. Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare – uppföljning av ett försök inom två sjukvårdsregioner med låg tillgång på specialister i psykiatri. Delrapport 3. Socialstyrelsen; 2012.

15. www.sou.gov.se/lakarutbutr/index.htm
16. <http://www.projektcarpe.se/>
17. Underlag till Socialstyrelsens strategiska analys för sakområdet tandvård. Socialstyrelsen; 2010.
18. Interkulturellt socialt arbete. Socialstyrelsen; 2010.
19. Rätten till sjukvård på lika villkor. Diskrimineringsombudsmannen; 2012.
20. Underlag från utredare Kristina Stig, Socialstyrelsen, 2012-11-23.

Hälso- och sjukvård

1. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
2. www.scb.se
3. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40 (Supplement 9).
4. Dödsorsaker 2011. Socialstyrelsen; 2012. Sveriges officiella statistik.
5. Folkhälsan i Sverige årsrapport 2012. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2012.
6. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
7. Patientregistret för 2010 ur ett DRG-perspektiv. Socialstyrelsen; 2012.
8. Geografisk tillgänglighet till läkemedel. En analys av omregleringen av apoteksmarknaden – Slutrapport. Tillväxtanalys rapport 2012:11. Tillväxtanalys; 2012.
9. En omreglerad apoteksmarknad, delrapport 2. Statskontoret 2012:19. Statskontoret; 2012.
10. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – Analys och prognos maj 2012. Socialstyrelsen; 2012.
11. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2013 -tillgång på och efterfrågan av utvalda personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
12. Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. Socialstyrelsen; 2012.
13. Vårdbarometern, Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Befolkningsundersökning 2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
14. Vårdbarometern, 2012. Sveriges Kommuner och Landsting; preliminära uppgifter.
15. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.

16. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig på www.fhi.se.
17. Cancer incidence in Sweden 2011 – Cancerförekomst i Sverige 2011. Socialstyrelsen; 2012.
18. www.enrokfrioperation.se
19. Tobaksavvänjning i vården – prioriterat men trevande. En rapport om strategier och kompetensförsörjning för tobaksslutarstöd och hälsoorientering av hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
20. Luftvägsregistret Årsrapport 2011 års resultat. RiksKOL; 2012
21. Ännu bättre cancervård. Rapport om SKL:s insatser 2012, inom ramen för överenskommelsen om nationella cancerstrategin. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
22. Kvinnors deltagande i mammografiscreening i Malmö och kopplingen till sociala determinanter. Sophia Zackrisson, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad; 2012.
23. Kartläggning av sambandet mellan deltagande i mammografi och socio-demografiska faktorer. Demoskop 2012-10-05 på uppdrag av Cancerfonden.
24. Ta med en vän – ett projekt för att öka cellprovstagningen i nordöstra Göteborg. Slutrapport 2012-09-10. Tillgänglig på www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/cancervard/utvecklingsarbeten_cancervard/cancervard_tidigupptackt/lokala-screeningprojekt
25. Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Rapport oktober 2012. Socialstyrelsen; 2012.
26. Årsrapport Swedeheart 2011. Swedeheart; 2012.
27. Årsrapport Rapport från Riks-Stroke 2011. Riks-Stroke; 2012.
28. Nyhetsbrev april 2012, Riks-Stroke. Tillgänglig på www.riks-stroke.org/content/swedish/newsletters/Riks-Stroke_nyhetsbrev_april_2012.pdf
29. Nationella Diabetesregistret. Årsrapport 2011 års resultat. Nationella Diabetesregistret; 2012
30. Statens psykiatrisatsning 2007-2011 – slutrapport. Statskontoret; 2012.
31. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016. Regeringskansliet; 2012.
32. Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare – Uppföljning av ett försök inom två sjukvårdsregioner med låg tillgång på specialister i psykiatri – Delrapport 3, juni 2012. Socialstyrelsen; 2012.
33. Nationell patientenkät. Tillgänglig på www.npe.skl.se
34. Nationell uppföljning och utvärdering av psykiatriområdet. Utveckling av grunddata och nationella indikatorer. Socialstyrelsen; 2012.
35. Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd. Socialstyrelsen; 2012.
36. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2011. Socialstyrelsen; 2012.

37. Beskrivning av vårdutnyttjande för psykiatriska patienter. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2012.
38. Lägesrapportering 2012 Redovisning av inrapporterade uppgifter om tvångsvårdsåtgärder till patientregistret. Socialstyrelsen; 2012.
39. Holm H, Björkdahl A, Björkenstam E. Tvångsvård med frågetecken. Läkartidningen 2011;108(34): 1544–45.
40. Bättre vård- Mindre tvång. Förbättringar av den psykiatriska heldygnsvården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
41. Ulrich RS, Bogren L, Lundin S. Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. Konferensartikel, ARCH 12: Architecture/Research/Care/Health Perspectives on Nordic Welfare Environment. Chalmers, Göteborg, November 12–14, 2012.
42. Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Socialstyrelsen; 2009.
43. Health at a Glance Europe 2012. OECD; 2012.
44. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårds-lagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
45. Sammanställning av Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen för år 2011. Socialstyrelsen; 2012.
46. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer, indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
47. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009-2011. Socialstyrelsen; 2012.
48. Väntetider inom cancervården – från remiss till start av behandling. Socialstyrelsen; 2011.
49. Väntetider inom cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Socialstyrelsen; 2012.
50. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. Socialstyrelsen; 2012.
51. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
52. Väntetider till vård i ett internationellt perspektiv. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
53. www.vantetider.se
54. Patientsäkerhetssatsning 2012 – uppföljning och samlad bedömning av utfall. Dnr 5.2-42980/2012. Socialstyrelsen; 2012.
55. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
56. Skador i vården. Resultat från en nationell mätning med strukturerad journalgranskning under perioden januari–mars 2012. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
57. Patientsäkerhetskultur. Sammanfattning av resultat från landstingens mätningar av patientsäkerhetskultur. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
58. www.patientforsakring.se

59. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter – Slutrapport. Socialstyrelsen; 2012.
60. Nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner rapport 16 nov. Socialstyrelsen; 2012.
61. SWEDRES|2011. A Report on Swedish Antibiotic Utilisation and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet; 2012.
62. Sveriges Kommuner och Landsting, tillgänglig på www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-matningar/vri-och-bhk-resultat
63. En modell för förbättrad handhygien. Rena händer räddar liv. Smittskyddsinstitutet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
64. Städning i vårdlokaler SIV. Vårdhygieniska riktlinjer och rekommendationer för städ- och vårdpersonal. Svensk Förening för Vårdhygien, 2012.
65. Tillgång till vårdhygienisk kompetens – rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Socialstyrelsen; 2011.
66. Infektionsverket. Center för eHälsa i samverkan. www.cehis.se
67. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård. Socialstyrelsen, 2012.
68. Nationell utvärdering 2011. Diabetesvård. Socialstyrelsen; 2012.
69. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer. Preliminär version. Socialstyrelsen; 2012.
70. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2012.
71. www.nfsd.se
72. Sällsynta sjukdomar - En slutrapport om nationell funktion och förslag till strategi 2012-10-31. Socialstyrelsen; 2012.
73. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2011.
74. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
75. Fördjupad redovisning utifrån rapporten ”Ojämna villkor för hälsa och vård”. Socialstyrelsen; 2012.
76. Hälso- och sjukvårdens utvecklingsmöjligheter i arbetet med nyanlända invandrare. Rapport 2012-09-24, dnr 10/0454. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
77. Bättre KOL-vård. Små förändringar gör skillnad. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
78. Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport. Diskrimineringsombudsmannen; 2012.

Tandvård och tandhälsa

1. Hälsa på lika villkor. Nationell folkhälsoenkät. Statens folkhälsoinstitut; 2012.
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
3. Befolkningens tandhälsa 2009. Socialstyrelsen; 2010.
4. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011
5. Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012. Socialförsäkringsrapport 2012:7. Försäkringskassan; 2012.
6. Pensionärer om sin munhälsa och tandvård. Resultat av enkät till äldre våren 2012. Sveriges tandläkarförbund; 2012.
7. Tre åtgärder för bättre tandhälsa hos äldre. Policydokument Sveriges tandläkarförbund. PRO, SPRF, RPG, SKPF; 2012.
8. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2011 års verksamhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
9. Den uppsökande tandvården – viktig för äldres munhälsa. Centrum för äldretandvård. Folktandvården Västra Götaland: Sveriges kommuner och landsting, 2012.
10. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012. En analys av barnmorskor, sjuksköterskor, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen; 2012.
11. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010. Socialstyrelsen; 2012.
12. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
13. Pressmeddelande offentlig sektor 2012, s. 4. Svenskt kvalitetsindex; 2012.
14. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende. Socialstyrelsen; 2011.
15. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
16. Nyttjandet av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008. Försäkringskassan; 2011.
17. Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012. Socialförsäkringsrapport 2012:7. Försäkringskassan; 2012.
18. Tandvårdsreformen 2008. När den alla? Riksrevisionen 2012:12; 2012.
19. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2010. Socialstyrelsen; 2012.
20. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
21. När tänderna får vänta. Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården. Socialförsäkringsrapport 2012:10. Försäkringskassan; 2012.

22. Tillsynsrapport 2012. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.
23. Journalföring inom tandvården. Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket; 2012.
24. SWEDRES 2011. A report on Swedish Antibiotic Utilisation and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet; 2012.
25. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
26. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
27. Indikationer för antibiotikaproylax i tandvården. Ny rekommendation. Läkemedelsverket; 2012.
28. Årsrapport 2011. SKaPa; 2012.
29. Bisfenol A i dentala material. Socialstyrelsen; 2012.
30. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
31. Lundegren N. Oral Health and Self-perceived Oral Treatment need of Adults in Sweden. Malmö University; 2012.
32. När tänderna får vänta. Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården. Socialförsäkringsrapport 2012:10. Försäkringskassan; 2012.

Vård, omsorg och annat stöd till personer med funktionsnedsättning

1. Insatser och stöd till kvinnor och män med funktionsnedsättning. Kartläggning och analys av könsskillnader inom LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2010.
2. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2012.
3. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.
4. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen; 2011
5. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv – en kartläggning av vårdcentraler och socialtjänstkontor. Socialstyrelsen; 2010.
6. Metoder för brukarinflytande och brukarmedverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen; 2012.
7. Vägledning för brukarmedverkan. Socialstyrelsen; 2013.
8. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.

9. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin – delrapport 1. Socialstyrelsen; 2012.
10. Nationella Nätverket för Samordningsförbund <http://www.nnsfinsam.se/soek.aspx> Hämtad 2012-12-12.
11. Socialstyrelsens bearbetning av inkomna ärenden, november 2012.
12. Lex Sarah – nya bestämmelser den 1 juli 2011. Hämtad 2012-12-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/lexsarah/nyabestammelseromlexsarah>
13. Socialstyrelsens bearbetning av inkomna ärenden, december 2012.

Missbruk och beroendevård

1. Socialstyrelsens verksamhet inom alkohol-, narkotika-, tobaks- och dopningsområdena under perioden oktober 2011–30 september 2012. Socialstyrelsen; 2012.
2. Drogutvecklingen i Sverige 2011. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2011.
3. Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2012.
4. Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, 2012. Socialstyrelsen; 2012.
5. <http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/11>
6. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri. Socialstyrelsen; 2012.
7. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Uppföljning av överenskommen mellan regeringen och SKL. Delrapport 2. Statskontoret; 2012.
8. Tillsynsrapport 2012. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2012.
9. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård 2012. Socialstyrelsen; 2012.

Vård och omsorg om äldre

1. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen; 2010.
2. Svedberg, L. von Essen, J. Jegermalm, M. Svenskarnas engagemang är större än någonsin – Insatser i och utanför föreningslivet. Artikel i arbetsrapportserie, nr 68. Stockholm. Ersta Sköndal högskola; 2010.
3. Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser. Stockholm. Socialstyrelsen; 2012.
4. Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Lägesbeskrivning 2012. Stockholm. Socialstyrelsen; 2012.
5. RUT vanligast efter 85. Artikel publicerad i tidskriften Velfärd. Statistiska centralbyrån; 2011.
6. Behovsbarometern – äldre. En undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg. Socialstyrelsen; 2011.

7. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
8. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport; Socialstyrelsen; 2012.
9. Hälso- och sjukvårdsrapport; Socialstyrelsen; 2009.
10. Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre – stöd för vård- och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner; Socialstyrelsen; 2012.
11. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre - Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser; Socialstyrelsen; 2011.
12. Stimulansbidrag LOV – Delrapport 2012; Socialstyrelsen; 2012.
13. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande; Socialstyrelsen; 2012.
14. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012 – en analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad; Socialstyrelsen; 2012.
15. Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2012.
16. Var finns jobben? Bedömning för 2012 och första halvåret 2013. Arbetsförmedlingen; 2012.
17. Arbetskraftsbarometern 11. Utsikterna på arbetsmarknaden för 72 utbildningar. Information om utbildning och arbetsmarknad 2011:3. Statistiska centralbyrån; 2011.
18. Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet. Socialdepartementet; 2010.
19. Trender och Prognoser 2011. Befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på år 2030. Statistiska centralbyrån; 2012.
20. Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg; Socialstyrelsen. 2004.
21. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende 2012; Socialstyrelsen; 2012.
22. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen; 2012.
23. Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2004 57(1):6–14).
24. Äldre med regelbunden medicinering – Antalet läkemedel som riskmarkör; Socialstyrelsen; 2012.
25. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
26. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Socialstyrelsen; 2006.
27. Palliativguiden - vägvisaren till lindrande vård, 2010, Nationella rådet för palliativ vård; 2012.
28. Årsrapport för Svenska palliativregistret för verksamhetsåret 2011. Palliativregistret; 2012.

29. Äldre HBT-personer i kommunernas vård och omsorg om äldre – en kartläggning. Socialstyrelsen; 2013.
30. Ej publicerad intern sammanställning av lex Sarah-anmälningar och handläggning av dessa. Socialstyrelsen; 2012.
31. Prestationsersättning till lokala värdighetsgarantier. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsens avrapportering till regeringen den 20 februari 2012.
32. Lägesrapport om prestationsersättning till lokala värdighetsgarantier. Socialstyrelsens avrapportering till regeringen den 15 oktober 2012.
33. Metodbilaga Äldreguiden, Socialstyrelsen; 2012.

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer

Ekonomiskt bistånd

1. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen; 2012.
2. http://www.statskontoret.se/upload/Uppdrag/2012/Uppdrag_Arbetsf%C3%B6rmedlingens-insatser-ekonomiskt-bist%C3%A5nd.pdf
3. Uppgifter från utredare Mikael Thörn, Socialstyrelsen, 2012-12-07.
4. Uppgifter från utredare Kristina Eriksson, Socialstyrelsen, 2012-11-15.

Hemlöshet

1. Bostadsmarknaden 2012–2013 Med slutsatser från bostadsmarknadsenkäten 2012. Boverket; 2012.
2. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011, omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
3. Boendelösningar för hemlösa personer – en kunskapsöversikt. En systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar. Socialstyrelsen; 2009.
4. En fast punkt. Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer. Socialstyrelsen; 2010.
5. Kronofogden 2012. F:\2012\lägesrapport\2013\2012 Kronofogden.mht. Hämtad 2012-10-26.
6. Sveriges officiella statistik. Insatser år 2011 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna. Socialstyrelsen; 2012.
7. Hemlös 2012. Stockholms Stadsmissions årliga hemlöshetsrapport. Tema EU-medborgare som lever i hemlöshet i Sverige. Stockholm Stadsmission; 2012.
8. Social rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
9. Tsamperi, S. "Housing first, the pathways Model to End Homelessness for people with Mental Illness and Addiction. Hazelden; 2010.
10. <http://eohw.horus.be/code/EN/pg.asp?Page=1155>. Hämtad 2012-10-26.

11. Hemlöshet – många ansikten mångas ansvar, Genomförande av regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, slutrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
12. Samordning för att motverka och förebygga hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden S2012.010. Regeringskansliet; 2012.
13. Öppna jämförelser hemlöshet. Socialstyrelsen; 2012.

Våld

1. Öppna jämförelser gällande socialtjänstens stöd till brottsoffer. Socialstyrelsen; 2012.
2. Uppgifter från utredare Dick Lindberg, Socialstyrelsen, 2012-12-06. Dnr 20116/2011.

Ekonomiska analyser

1. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos – Maj 2012, Socialstyrelsen 2012.
2. SOU 2012:6 Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning, Betänkande av utredningen om assistansersättningens kostnader.

Databaser:

Kommunernas räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån, Landstingens räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån, De svenska hälso-räkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån, Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting, OECD hälsodatabas, Health Data OECD 2011.