

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Lägesrapport 2014

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.

Artikelnummer	2014-2-3
Omslagsfoto	Matton, Pete Saloutas
Sättning diagram	Edita Västra Aros
Tryck	Edita Västra Aros, februari 2014

Förord

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

Rapporten har utarbetats av Johanna Jupiter (huvudredaktör), Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Övriga medverkade i rapporten är Pär Alexandersson, Danuta Biterman, Sara Dahlin, Karin Flyckt, Thomas Malm, Annika Remaeus och Kristina Stig.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Kunskapsbaserad vård och omsorg	7
Säker vård och omsorg	8
Individanpassad vård och omsorg	8
Jämlik vård och omsorg	9
Tillgänglig vård och omsorg	9
Ekonomiska analyser	10
Inledning	12
Syfte	12
Rapportens upplägg	12
Datakällor	13
Hälso- och sjukvård	14
Aktuell utveckling	16
Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård	27
Säker hälso- och sjukvård	33
Individanpassad hälso- och sjukvård	42
Jämlik hälso- och sjukvård	47
Tillgänglig hälso- och sjukvård	57
Tandhälsa och tandvård	66
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	66
Aktuell utveckling	67
Kunskapsbaserad tandvård	68
Säker tandvård	70
Individanpassad tandvård	72
Jämlik tandvård	73
Tillgänglig tandvård	77
Vård och omsorg till barn och unga	80
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	80
Aktuell utveckling	81
Ökad kunskap om barns och ungas utsatthet	88
Kunskapsbaserad vård och omsorg	93
Säker vård och omsorg	95
Individanpassad vård och omsorg	98
Jämlik vård och omsorg	101

Tillgänglig vård och omsorg	102
Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning	105
Personer med funktionsnedsättning	106
Omfattningen av stöd	106
Kunskapsbaserad vård och omsorg	113
Säker vård och omsorg	116
Individanpassad vård och omsorg	120
Helhetssyn och samordning	124
Tillgänglig vård och omsorg	127
Missbruks- och beroendevård	130
Nationell strategi styr utvecklingen	130
Aktuell utveckling	131
Vad socialtjänststatistiken visar	134
Kunskapsbaserad vård och omsorg	137
Säker vård och omsorg	138
Individanpassad vård och omsorg	139
Jämlik vård och omsorg	140
Tillgänglig vård och omsorg	141
Vård och omsorg om äldre	142
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	142
Aktuell utveckling	143
Kunskapsbaserad vård och omsorg	151
Säker vård och omsorg	158
Individanpassad vård och omsorg	160
Jämlik vård och omsorg	165
Tillgänglighet till vård och omsorg	168
Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer	175
Ekonomiskt bistånd	175
Insatser mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	182
Stöd till våldsoffer	188
Ekonomiska analyser	192
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	192
Vårdens och omsorgens kostnadsutveckling	194
Internationella jämförelser	204
Referenser	214

Sammanfattning

Denna lägesrapport beskriver tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Avsikten med rapporten är att ge en samlad bild av dessa områdens olika verksamheter. Sammanfattningen följer samma struktur som rapporten, som i sin tur bygger på kvalitetsmål och kvalitetsområden för vården och omsorgen. En mer grundlig beskrivning av kvalitetsmålen och kvalitetsområdena finns i rapportens inledning.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Personalens kompetens central

Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter kompetent personal med relevant utbildning. Socialstyrelsen noterar att vissa verksamheter saknar personal med relevant kompetens. Bland annat behöver den psykiatriska heldygnsvården satsa på kompetensutveckling inom flera områden. Till exempel så har personal som arbetar inom den psykiatriska tvångsvården ibland inte grundläggande kunskap om tvångsvårdslagstiftningen. Och hälften av personalen som arbetar med placerade barn på hem för vård eller boende, HVB, saknar relevant utbildning med inriktning mot vård och behandling av barn och unga.

Merparten av personalen inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre har en gymnasial vård- och omsorgsutbildning och bara en mindre del har en eftergymnasial utbildning inom vård och omsorg. Under de senaste fem åren har dock andelen personal med högre utbildning i den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre ökat.

Förbättrade förutsättningar för en kunskapsbaserad vård och omsorg

Socialstyrelsen kan konstatera att förutsättningarna för samlad kunskapsstyrning och kunskapsstöd om effektiva metoder och arbetssätt inom hälso- och sjukvården, tandvården och missbruksvården har förbättrats. Det som har bidragit till detta är bland annat myndighetsgemensamma initiativ, riktlinjer, utvärderingar och rekommendationer. Även intresset för evidensbaserad praktik har ökat inom socialtjänstens arbete med barn och unga och personer med funktionsnedsättning. Här bidrar Socialstyrelsens öppna jämförelser till att det nu finns bättre möjligheter att följa upp utvecklingen mot en mer evidensbaserad praktik.

I vilken utsträckning som vården och omsorgen är kunskapsbaserad påverkar också exempelvis hur säker vården och omsorgen är.

Säker vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Följsamheten viktig för en säker vård

Säker vård kräver att verksamheten baseras på bästa tillgängliga kunskap och att personalen följer de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen konstaterar att följsamheten kan bli bättre inom vissa områden. Även om den antibiotika som förskrivs till vuxna av hälso- och sjukvården och tandvården har minskat något, finns fortfarande stora regionala skillnader. Trots att det finns kunskap om antibiotikaresistens inom detta område, går utvecklingen bara långsamt framåt.

Socialstyrelsen bedömer att personalen har förbättrat sin följsamhet till grundläggande hygienregler. Andelen vårdpersonal som desinfekterar händerna innan de har kontakt med patienten ökar, men det är samtidigt också ett område där följsamheten kan förbättras.

Överbeläggningar ökar

Överbeläggningar och utlokalisering av patienter blir allt vanligare. Socialstyrelsen har i sina granskningar av vården upprepade gånger påpekat 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.

Säker vård och omsorg till barn och unga har fortsatta brister– men förbättringsarbete pågår

Inspektionen för vård och omsorg har funnit flera brister inom vård och omsorg för ensamkommande barn som bor på särskilda HVB jämfört med andra grupper av ungdomar på HVB. Socialstyrelsen vill också fästa uppmärksamheten på problemet med att ensamkommande barn och unga avviker från sin placeringsort. I den gruppen finns även barn och ungdomar som faller offer för människohandel.

Allt fler kommuner använder handläggnings- och dokumentationssystemet Barnens Behov i Centrum (BBIC) som stöd för att göra rättsäkra bedömningar. I slutet av 2013 hade drygt 240 kommuner ordinarie licens för BBIC, vilket var en ökning med omkring 30 kommuner sedan året innan.

Individanpassad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

Genomförandeplanen viktig för delaktigheten

Ensamkommande barn som bor på särskilda HVB känner i mindre utsträckning till sin genomförandeplan än andra barn på HVB. Dessutom har de inte

samma förutsättningar för att få kontakt med sin socialsekreterare. I den jämförelsen är gruppen ensamkommande barn mindre delaktiga.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många personer som får insatser enligt LSS har en genomförandeplan och att många av dem även har varit delaktiga i utformningen av planen. Andelen delaktiga har emellertid minskat jämfört med föregående år. Andelen personer som har en plan är högst för enskilt drivna boenden, 92 procent jämfört med 82 procent för kommunalt drivna boenden.

Fortsatt goda omdömen kring personalens bemötande

Befolkningen ger fortsatt goda omdömen om personalens bemötande inom flera områden inom vård och omsorg. Allra nöjdast är patienterna inom tandvården där så många som 95 procent uppger att de har blivit respektfullt bemötta.

Samtidigt kan Socialstyrelsen konstatera att det finns skillnader mellan olika grupper i hur de har upplevt bemötandet. Den nationella patientenkäten visar exempelvis att äldre patienter med annat modersmål än svenska känner sig sämre bemötta än patienter med svenska som modersmål.

Jämlik vård och omsorg

Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

Ojämlik vård – en fortsatt utmaning

Hur en person upplever personalens bemötande skiljer sig åt beroende på bakgrund. Exempelvis så upplever personer födda utanför Europa, arbetssökande, låginkomsttagare och personer med kort utbildning att de blir respektfullt bemötta inom tandvården i mindre utsträckning jämfört med genomsnittet. Liknande mönster gäller för hälso- och sjukvården.

Skillnader i hälsa och vård mellan personer med olika utbildningsbakgrund är ett genomgående mönster som Socialstyrelsen uppmärksammar, skillnader som också har ökat över tid. Exempelvis så har personer med kort utbildning högre dödlighet och får oftare så kallad undvikbar slutenvård. Kvinnor med kort utbildning använder mer regelbundet lugnande medel och sömnmedel än kvinnor med lång utbildning. Dessutom får personer med kort utbildning i lägre utsträckning åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer för cancervård.

Ett flertal nationella satsningar pågår för att analysera och förklara ojämlikheten samt föreslå åtgärder för att utjämna hälsoskillnader och göra vården mer jämlik.

Tillgänglig vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Väntetidssituationen behöver förbättras

Sverige har generellt fortsatt långa väntetider i vården jämfört med andra OECD-länder. Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten inte har förbättrats för patienter som behöver akutsjukvård och för cancerpatienter. Inte heller tillgängligheten till psykologisk behandling inom primärvården är tillfredsställande. Efter att den nationella vårdgarantin och kömiljarden infördes har dock väntetidssituationen generellt förbättrats för förstabesökspatienter.

Kommunernas webbplatser behöver vara tillgängliga

Socialstyrelsen bedömer att allt fler kommuner har anpassad information om stöd till personer med funktionsnedsättning på sina webbplatser, exempelvis i form av lättläst svenska, talad information och textfiler. Det är fortfarande en för låg andel som erbjuder detta. Inte minst gäller det information på teckenspråk som är speciellt eftersatt.

Information på kommunernas webbplatser om möjligheten för personer med missbruks- och beroendeproblem att överklaga beslut och lämna synpunkter och klagomål har ökat sen den förra granskningen visar Socialstyrelsens öppna jämförelser.

Ekonomiska analyser

Hälso- och sjukvårdens kostnader försätter att öka – men problemet med överbeläggningar kvarstår

Inom hälso- och sjukvården är kostnadsökningen sedan 2008 störst för dag-sjukvård inom den specialiserade vården. Däremot har Sverige i en internationell jämförelse färre sjukhusplatser per invånare. Socialstyrelsen konstaterar att de flesta sjukhus beskriver att de dagligen eller varje vecka har överbeläggningar, och att de lika ofta behöver utlokalisera patienter. Socialstyrelsen ställer sig frågan i vilken utsträckning ökningen av dagsjukvård kan kompensera dimensioneringen av vårdplatser.

Sammanfattande iakttagelser kring kostnadsutvecklingen

Kostnaderna för vården och omsorgen utgör en stor del av samhällsekonomin i Sverige och stod 2012 för 14,2 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 2003 har vården och omsorgens andel av BNP ökat med 0,2 procentenheter.

Hela vård- och omsorgssektorn omsatte 505 miljarder kronor 2012¹. I förhållande till 2003 är det en ökning på knappt 15 procent i fast pris². Hälso- och sjukvården ökade något mer än socialtjänsten.

¹ De totala utgifterna för hälso- och sjukvården är skattade för 2012.

² Vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. För mer detaljerad beskrivning se kapitel *Ekonomiska analyser*.

Liksom förra året ser ökningen olika ut inom olika vård- och omsorgsområden. Här följer några exempel:

- Inom hälso- och sjukvården är kostnadsökningen sedan 2008 störst för primärvård och dagsjukvård inom den specialiserade vården. Primärvården ökade med 6 procent medan kostnaderna för landstingens hela sjukvårdsåtagande ökade med 3 procent.
- Socialtjänstens kostnader ökar mest för insatser till personer med funktionsnedsättning. Äldreomsorgen är dock fortfarande den största kostnadsposten.
- Allt mindre resurser läggs på insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Det är en trend som håller i sig.
- Socialtjänstens kostnader för familjehem fortsätter att öka mest av alla insatser till barn och unga.

Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att varje år redovisa tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten 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.

Syfte

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

Rapportens upplägg

I rapporten redovisas läget i ett fördjupningskapitel för varje verksamhetsområde. Tandvården, missbruksvården och insatser för barn och unga redovisas i separata fördjupningskapitel.

Rapporten består framför allt av tidigare publicerat material som vägts samman i övergripande analyser. Enstaka analyser har dock gjorts särskilt för denna rapport. Det finns här skäl att peka på att lägesrapporten presenterar ett urval av informationen i källorna.

God vård och omsorg

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

Socialstyrelsen har sedan dess utvecklat begreppen ytterligare. I dag används det gemensamma begreppet god vård och omsorg som utgår från bestämmelserna i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och 3 § tandvårdslagen (1985:125), TL, som anger att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och en god tandvård. Begreppet har använts bland annat i rapporten *Nationella indikatorer för God vård* [3] för att beskriva vissa utvalda mål för god kvalitet. Inom socialtjänsten utgår man från begreppet *god kvalitet* som det används i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS [2].

Socialstyrelsen har valt att i denna rapport presentera tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån fem områden som beskriver hur Socialstyrelsen anser att god vård och omsorg ska vara [4]. Rapportens fördjupningskapitel är indelade efter dessa områden.

- *Kunskapsbaserad.* Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.³
- *Säker.* Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- *Individanpassad.* Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.⁴
- *Jämlik.* Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.⁵
- *Tillgänglig.* Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

I årets rapport saknas specifika avsnitt om *effektiv vård och omsorg*. Detta beror på att det inte finns tillräckligt med underlag inom området. Kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten redovisas och analyseras dock i ett eget kapitel.

Datakällor

Analysen och slutsatserna bygger på flera källor:

- Aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Pågående utvärderingar, till exempel utvärderingar av de nationella utvärderingarna: depression, ångest och schizofreni, bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård och tandvård.
- Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Specialbearbetningar och analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister samt nationella kvalitetsregister.
- Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper.
- Specialbearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel Väntetidsdatabasen, Vårdbarometern och Nationella patientenkäten.
- Socialstyrelsens verksamhetstillsyn från och med den 1 juni 2013, Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

³ I detta område ingår evidensbaserad praktik.

⁴ I detta område ingår patientfokuserad hälso- och sjukvård och självbestämmande och integritet.

⁵ I detta område ingår likvärdig socialtjänst.

Hälsa- och sjukvård

I detta kapitel belyser Socialstyrelsen den aktuella utvecklingen inom några vårdområden. Därefter beskrivs den övergripande utvecklingen inom de olika målområdena för god vård. Beskrivningarna fokuserar framför allt på nationella resultat och bara i mindre utsträckning på regionala skillnader.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Medellivslängden för män fortsätter att öka, vilket framför allt beror på att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskar. Kvinnors medellivslängd är däremot oförändrad.
- Hälsoutvecklingen är sämre bland yngre än äldre. Särskilt unga kvinnor har en sämre hälsoutveckling, med ökande psykisk ohälsa och värkbesvär.
- Personer med psykisk sjukdom riskerar sämre hälsa, högre dödlighet och sämre levnadsförhållanden. Hälsa- och sjukvården har svårt att möta en del av dessa patienters behov av psykologisk behandling inom primärvården.
- Hjärtsjukvården varierar mellan landstingen, men det går inte längre att se några könsskillnader när det gäller kärilvidgande behandling. Strokesjukvården fortsätter också att förbättras bland annat genom att fler patienter får tillgång till blodproppslösande behandling. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram målnivåer inom stroke- och hjärtsjukvård.
- Diabetesvården fortsätter att utvecklas med förbättrad blodtryckskontroll och ökad blodtryckssänkande behandling. Positivt är också att de regionala skillnaderna i diabetesvården minskar. Ökande BMI och fortsatt höga blodsockernivåer hos patientgruppen talar dock för att vården även i fortsättningen behöver arbeta med rådgivning och stöd om kost och levnadsvanor.
- Socialstyrelsen har fått tillgång till uppgifter om allt fler tvångsvårdade patienters diagnoser. Rapporteringen av vårdåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården är däremot inte tillräcklig och många utskrivna patienter saknar vårdplan. Män har längre vårdtider än kvinnor, och bara en tredjedel av alla män har en lagstadgad vårdplan vid utskrivningen.
- Samverkan mellan myndigheter för att ta fram kunskapsunderlag till hälsa- och sjukvården ökar. Socialstyrelsen har under året tagit fram riktlinjer för cancer och läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd, samt rekommendationer om palliativ vård och nationell screening.
- De vanligaste skadorna i vården är vårdrelaterade infektioner och läkemedelsrelaterade skador.
- Spridningen av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka, trots att antibiotikaförbrukningen minskar för första gången sedan 2010. Minskningen är störst bland barn och ungdomar. Fortfarande finns det stora regionala skillnader mellan landstingen.

- De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektion, lunginflammation och hud- och sårinfektioner.
- Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård är fortsatt högt, även om de regionala variationerna är stora och äldre är mer nöjda än yngre. Patienterna upplever att de får ett bra bemötande i vården, även om de uppger att hälso- och sjukvården är sämre på att ge tillräcklig information och att göra patienten delaktig. Många patienter inom specialiserad öppenvård anger att de har en långvarig sjukdom eller långvariga besvär.
- Av patienterna inom primärvården anger 61 procent att de har en fast vårdkontakt.
- Socialstyrelsens uppföljningar av hälso- och sjukvården visar att vården inte är jämlik, bland annat när det gäller tillgången till behandling med läkemedel och remittering till specialist. Jämförelser för att mäta jämlikhet i vården visar att det finns skillnader mellan könen, mellan patienter med olika utbildningsnivå och mellan olika landsting. Exempelvis använder kvinnor med kort utbildning oftare lugnande medel och sömnmedel än kvinnor med lång utbildning. Självskad är vanligare bland män och det finns även stora regionala skillnader i självmordsfrekvens. Ett flertal nationella satsningar pågår för att analysera och förklara ojämlikheten samt föreslå åtgärder för att utjämna hälsoskillnader och göra vården mer jämlik.
- Tillgången till läkare har ökat med 13 procent mellan 2006 och 2011. Därmed minskar antalet specialistsjuksköterskor. Fler anställda inom hälso- och sjukvården väljer att arbeta till och med 67 års ålder. Efterfrågan på både läkare och sjuksköterskor förväntas fortsätta att stiga.
- Antalet vårdcentraler ökar inte längre, och 42 procent bedrivs nu i privat regi.
- Antalet öppenvårdsapotek har ökat med nästan 40 procent de senaste fyra åren.
- Tillgängligheten till läkemedel har försämrats efter apoteksomregleringen, vilket framför allt beror på att det blivit vanligare med mindre apotek med mindre lager. Ett arbete pågår för att göra lagerinformation och lagerstatus tillgänglig mellan olika apotek och för kunder.
- Väntetiderna varierar mellan landstingen. För cancerpatienter är väntetiderna fortfarande mycket långa, även om Socialstyrelsens uppföljning visar att väntetidens längd för flera cancerformer har samband med tumörens allvarlighetsgrad. Exempelvis har patienter med metastaserad prostatacancer kortare väntetider än övriga patienter med prostatacancer.
- Inom barn- och ungdomspsykiatri fortsätter de neuropsykiatriska diagnoserna att öka och väntetiderna är fortsatt långa, vilket framför allt beror på en pressad bemanningssituation.

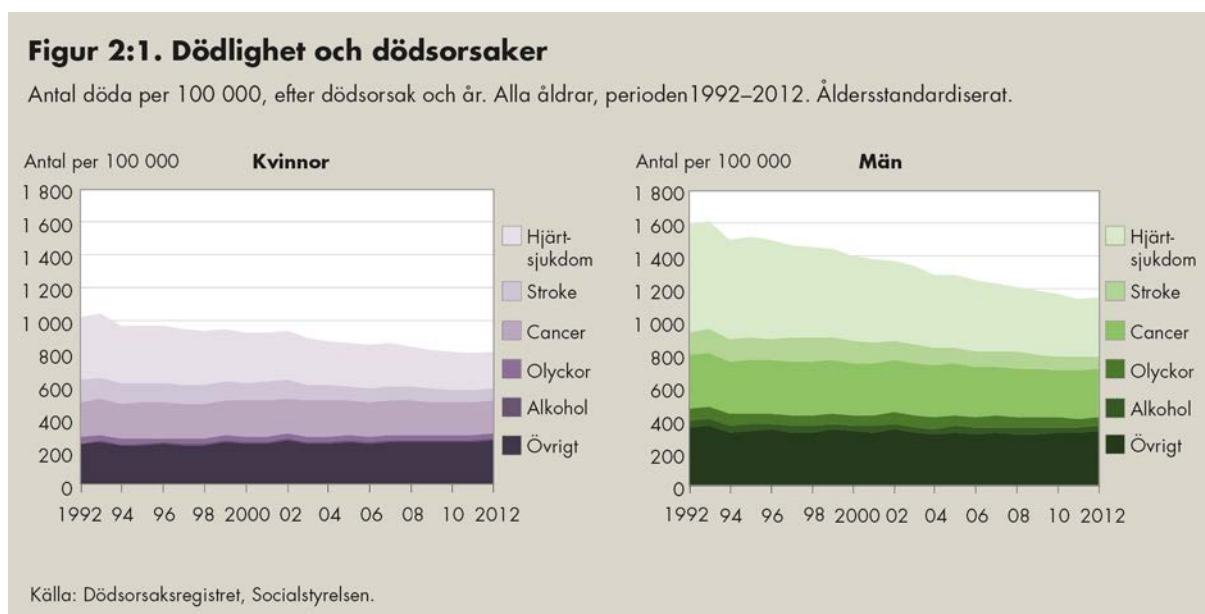
Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för befolkningens aktuella hälsoutveckling samt utvecklingen inom några stora vårdområden.

Medellivslängden fortsätter att öka bland män

I Sverige har medellivslängden under lång tid ökat, bortsett från mindre årliga variationer. År 2012 var medellivslängden 83,5 år för kvinnor och 79,9 år för män [1]. För kvinnor är det en liten minskning och för män en liten ökning jämfört med året innan. Kvinnor lever längre, men könsskillnaderna minskar alltmer eftersom medellivslängden bland män ökar i allt snabbare takt. De vanligaste dödsorsakerna i Sverige är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer [2].

Figur 2:1 visar hur dödligheten i olika dödsorsaker utvecklats de senaste två decennierna. Hjärtsjukdom är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i befolkningen. Den kraftiga minskningen i dödlighet i hjärtsjukdom är den viktigaste orsaken till den ökade medellivslängden. Hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare bland män än bland kvinnor, vilket är en viktig orsak till att kvinnor lever längre. Samtidigt har nedgången i hjärt- och kärlsjukdomar varit större bland män. Det är numera bara i de allra äldsta åldrarna som hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken. I åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak bland både kvinnor och män. I avsnittet *Jämlig hälsa- och sjukvård* beskrivs skillnader i hälsoutveckling utifrån utbildningsnivå. I kapitlet om *Äldre* beskrivs dessa skillnader bland den äldre befolkningen.



Av dem som dör i unga år dominerar olyckor och självmord och även bland de unga är dödligheten högre för män. I åldern 1–14 år är dödsriskerna som lägst och barnadödligheten fortsätter att minska i dessa åldrar. Andelen barn

som insjuknar och som dör i cancer är oförändrad medan en redan låg olycksfallsdödlighet bland barn fortsätter att minska [3]. Barns skador som orsakats av olycksfall beskrivs mer ingående i kapitlet *Barn och unga*.

Sämre hälsoutveckling bland yngre

I allmänhet har yngre åldersgrupper bättre hälsa och färre sjukdomar än äldre. Mycket talar nu för att hälsan i befolkningen förbättrats kraftigt i gruppen över pensionsåldern, medan yngre åldersgrupper inte haft samma positiva hälsoutveckling. Detta gäller både kvinnor och män. Till exempel har övervikt ökat snabbare bland yngre än bland äldre. Hjärt- och kärlsjukdomarna har inte visat samma snabba nedgång i yngre åldersgrupper. Bland yngre kvinnor med kort utbildning har hjärt- och kärlsjukdomarna till och med ökat. Psykisk ohälsa och värkbesvär har också ökat mer i yngre åldersgrupper [4–6].

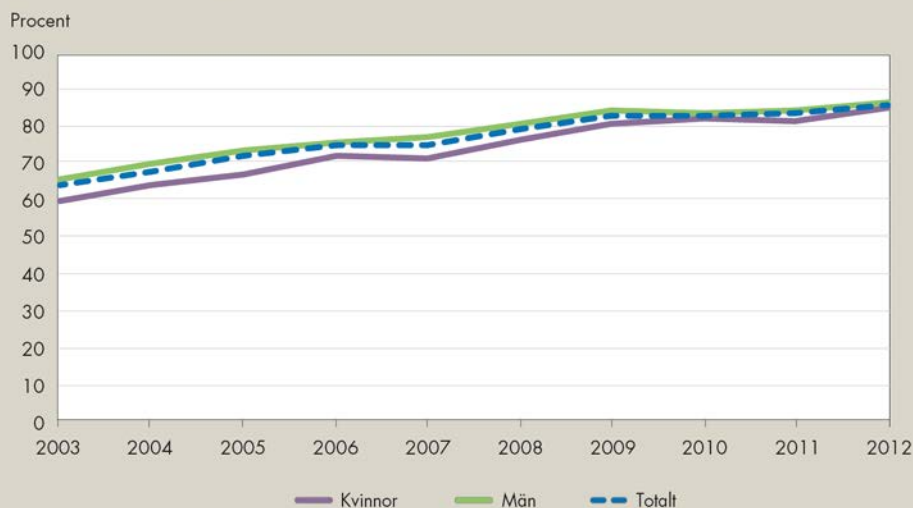
Fortsatt minskning av dödlighet i hjärtinfarkt

Generellt är resultaten för hjärtsjukvården bra och ur flera aspekter fortsätter den svenska hjärtinfarktvården att förbättras [7]. Dödligheten efter hjärtinfarkt har planat ut på senare år efter en lång period av förbättring. Andelen patienter som avlider efter hjärtinfarkt fortsätter dock att minska. Dödligheten i hjärtinfarkt varierar kraftigt i olika åldrar, risken att avlida dubblas i 10-årsintervall efter 60 års ålder. En person som är 70 år löper alltså dubbelt så hög risk att avlida av sin hjärtinfarkt som en 60-åring. Patienter med ST-höjningsinfarkt⁶ får i högre grad än tidigare kärlöppnande behandling (reperfusionsterapi) för att återställa syretillförseln till hjärtmuskeln (figur 2:2) och de könsskillnader som funnits under tidigare år har nu i princip försvunnit.

⁶ ST-höjningsinfarkt är den vanligaste formen av infarkt där ett kranskärl täpps till fullständigt.

Figur 2:2. ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter <80 år.

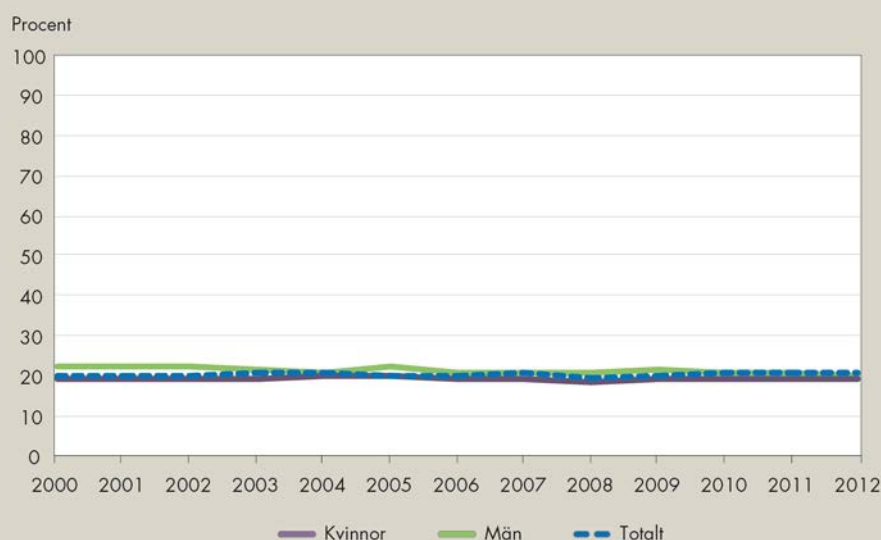


Källa: SWEDEHEART RIKS-HIA.

För patienter med hjärtsvikt har dödligheten och behovet av vård på sjukhus sett ungefär likadan ut under den senaste tioårsperioden (figur 2:3). Det finns inte några signifikanta könsskillnader för indikatorn.

Figur 2:3. Hjärtsvikt

Andel patienter som sjukhusvårdats för hjärtsvikt som återinskrivits eller avlidit inom 30 dagar efter utskrivning. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Strokevården fortsätter att förbättras

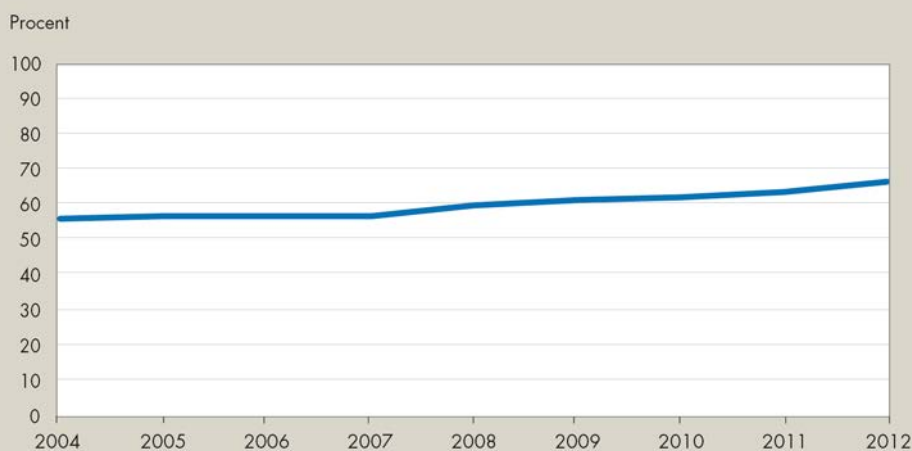
Dödligheten inom ett år efter stroke har under en tioårsperiod sjunkit från 29 till 26 procent. För personer som insjuknar i stroke är det inte möjligt att se några större förändringar i funktionsförmåga under de senaste åren, varken tre månader efter en stroke eller inom ett år. Skillnaderna mellan landstingen är små. Tre månader efter en stroke kan 83 procent av männen och 79 procent av kvinnorna klara av sitt dagliga liv utan att ta hjälp från andra [8].

Trots att strokevården inte uppvisar någon större förändring tyder det på att vården vid strokesjukdom i Sverige fortsätter att förbättras. Det märks bland annat genom att andelen strokepatienter som får tillgång till sekundärpreventiva läkemedel ökar. Det finns skillnader mellan män och kvinnor, men de kan till viss del förklaras av att män i högre utsträckning samtidigt har ischemisk hjärtsjukdom⁷, och därför också behandlats med blodfettssänkande läkemedel redan före insjuknandet i stroke [9].

De senaste åren har andelen patienter som anländer till sjukhus inom tre timmar efter symtomdebut ökat (figur 2:4) och ökningen kan ses för båda könen.

Figur 2:4. Sjukhusvård efter stroke

Andel strokepatienter i riket som anlärt till sjukhus inom 3 timmar efter symtomdebut.



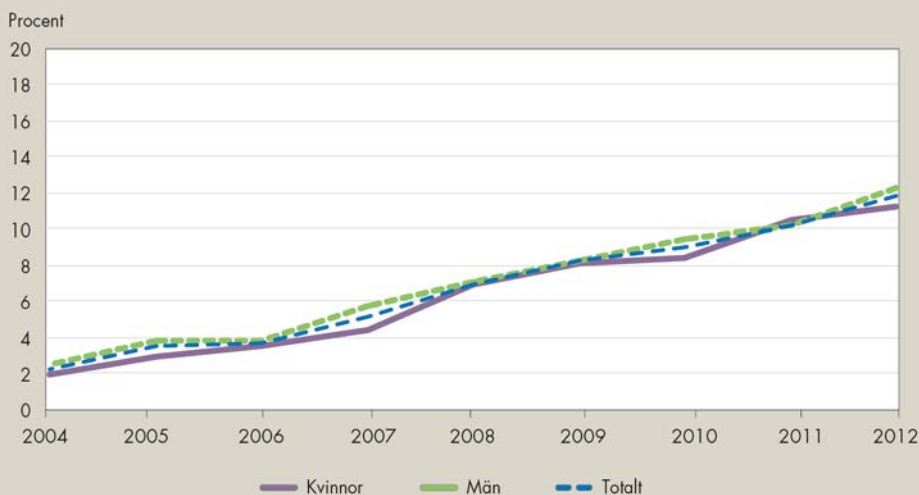
Källa: Riks-Stroke.

Även andelen patienter som får tillgång till blodproppslösande behandling, trombolys, har ökat (figur 2:5).

⁷ Annan hjärtsjukdom med samma orsak.

Figur 2:5. Trombolysbehandling

Andel strokepatienter som får trombolys, av de som uppfyller kriterierna för behandling.



Källa: Riks-Stroke.

Sedan 2011 har en nationell strokekampanj genomförts i landstingens regi. Syftet med kampanjen är att få fler personer med strokesymtom att söka vård i ett tidigare skede. Vid stroke är tidsfaktorn mellan insjuknande och behandling viktig för resultatet, och genom att öka kunskapen om typiska stroke-symtom var förhoppningen att fler strokepatienter skulle bli aktuella för blodproppslösande behandling. De resultat som hittills finns tillgängliga tyder på att kampanjen fallit väl ut. Andelen patienter som kommer till sjukhus tidigt efter insjuknandet ökar nu snabbare än innan kampanjen infördes [9].

Målnivåer inom stroke- och hjärtsjukvård ska fastställas

Under 2013 och 2014 uppdateras de nationella riktlinjerna för strokevård och hjärtsjukvård. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att parallellt med detta fastställa målnivåer för dessa två riktlinjeområden och inom diabetesområdet. Syftet med det är dels att ge hälso- och sjukvården en tydlig kvalitetsnivå att arbeta mot i förbättringsarbetet, dels att målnivåerna ska användas för analyser av hälso- och sjukvårdens kvalitet inom ramen för myndighetens utvärderingar av nationella riktlinjer. De första målnivåerna beräknas vara klara i mars 2014.

Diabetesvården förbättras

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna, och ungefär 85 miljoner människor antas ha sjukdomen i OECD-länderna. Det motsvarar nästan 7 procent av alla i åldrarna 20–79 år [10]. I Sverige är det ungefär 4 procent av befolkningen som har diabetes och 85–90 procent av all diabetes utgörs av typ 2. Medelåldern vid insjuknande är lägre för män än för kvinnor [11]. Trenderna med förbättrad blodtryckskontroll och ökad blodtryckssänkande behandling håller i sig. Andelen personer som når behandlingsmålen för blodtryck ökar. Samtidigt behandlas 40 procent av alla patienter inte i enlig-

het med de nationella riktlinjerna när det gäller högt blodtryck och förhöjda blodfetter [7].

De genomsnittliga blodsockernivåerna försätter samtidigt att stiga bland diabetikerna. Ungefär 49 procent av alla med typ 2-diabetes nådde behandlingsmålet för blodsocker (HbA1c) på 52 mmol/mol medan, 10 procent låg över 73 mmol/mol. Förklaringen till ökningen av blodsockernivåerna de senaste åren är framför allt ökningen av BMI. Det finns även betydande skillnader mellan kvinnor och män. Fler kvinnor når både blodsockermålet och blodtrycksmålet.

Det går att se en positiv trend när det gäller patientgruppens levnadsvanor. Andelen med fetma samt andelen rökare minskar jämfört med tidigare år. I åldern 30–60 år är andelen rökare ungefär 23 procent, en större andel kvinnor än män har ett BMI över 30. Samtidigt går det att se en negativ trend vad gäller fysisk aktivitet. Ungefär 26 procent av männen och 24 procent av kvinnorna är fysiskt inaktiva, det vill säga motionerar aldrig eller bara en gång i veckan. Andelen fetmaoperationer har generellt sett ökat över tid. I början av 2000-talet opererades ungefär 800 patienter varje år, jämfört med 8 300 operationer år 2012. Tre fjärdedelar av alla som opereras är kvinnor och en hög andel av patienterna har kroniska sjukdomar, till exempel diabetes.

Även inom typ 1-diabetes finns det könsskillnader mellan kvinnor och män för blodtryck, blodfetter och BMI. Kvinnor har lägre blodtryck, lägre blodfetter och har därtill lägre BMI än män [11]. Andelen pumpbehandlade har ökat konstant sedan 2008. Var fjärde kvinna med typ 1-diabetes använder insulinpump, jämfört med 17 procent av männen.

Sverige har efter Finland världens högsta insjuknandefrekvens av typ 1-diabetes bland barn och ungdomar i världen. Det totala antalet barn som insjuknar i diabetes ökar inte, men de senaste tjugofem åren har insjuknandet skett i allt lägre åldrar. Följsamheten till det nationella vårdprogrammet för barn- och ungdomsdiabetes har förbättrats de senaste åren. Medelblodsockervärdet bland barn och unga minskar också, vilket är positivt eftersom det minskar risken för komplikationer [3].

De regionala skillnaderna i diabetesvården minskar

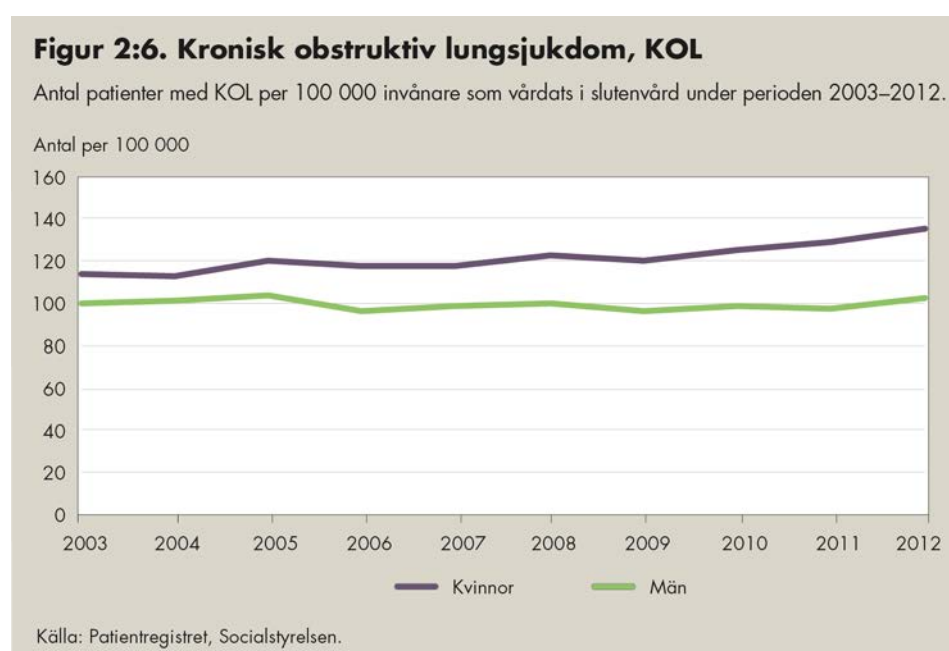
På senare år har de regionala skillnaderna i diabetesvården minskat. Även om det finns tecken på förbättringar, så kommer höga blodsockernivåer, en fortsatt hög andel rökare och ett högt BMI inom patientgruppen att innebära stora utmaningar för diabetesvården även på längre sikt. Risken för hjärt- och kärlsjukdomar är två till tre gånger högre hos patienter med diabetes än hos dem som inte har diabetes [11]. Det talar för att vården även i fortsättningen kommer att behöva motverka riskfaktorerna bland annat genom att arbeta med rådgivning om att sluta röka samt om kost och motion.

Socialstyrelsen kan konstatera att diabetesvårdens resultat är blandade och anser därför att det är fortsatt angeläget att förbättra vården för dessa patienter. Det finns ett flertal förbättringsområden. Till exempel behöver andelen personer med diabetes som har för höga blodsockervärden minska. Denna grupp har en hög risk för komplikationer och gruppen har dessutom ökat

mellan åren [12]. Den snabba utvecklingen inom diabetesvården är en anledning till att riktlinjerna ska uppdateras. Fetmakirurgi har blivit allt vanligare och glukosmätare och insulinpumpar används allt mer. Utvecklingen av egenvård är också en allt viktigare del i behandlingen. Socialstyrelsen har påbörjat uppdateringen av riktlinjerna under 2013.

Sjukvårdens stöd till personer som vill sluta röka varierar

En halv miljon svenskar har sjukdomen KOL och KOL-vården kostar årligen ungefär 9 miljarder kronor i Sverige [13]. Antalet kvinnor som insjuknar i KOL är också högre än antalet män (figur 2:6).



Resultatet för kvalitetsregistret RiksKOL 2012 visar att patienterna har en medelålder på 70 år och att majoriteten är kvinnor. Av RiksKOL:s patienter var 34 procent fortfarande rökare och bara en tredjedel hade erbjudits rökavvänjning. Det var 18 procent av dem som rökte 2011 som hade slutat röka året därpå [14].

Resultatet från Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät visar att andelen personer som röker dagligen har minskat under de senaste åren. År 2012 uppgav 11 procent att de var dagligrökare [15]. Det är något fler kvinnor än män som röker, 12 respektive 10 procent. Antalet kvinnor som får lungcancer har under flera år ökat, men planar nu ut. Det är fortfarande högre risk för män att insjukna i lungcancer [16].

Sambandet mellan tobaksrökning och ohälsa, sjukdom och död är väl känt. Tobaksrökning är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL [17].

Hälsa- och sjukvårdens stöd till personer som vill sluta röka ges främst inom primärvård och i mödra- och barnhälsovård. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas hälsa- och sjukvården i första hand att erbjuda kvalificerade rådgivande samtal till vuxna personer som röker dagligen. Hälsa- och sjukvården kan också föreslå läkemedel som tillägg till samtalen. Tillgången till rådgivande samtal och möjlighet till tobaksavvänjning genom nikotinläkemedel varierar fortfarande mellan landstingen [18].

Socialstyrelsen genomförde hösten 2012 en enkätundersökning om det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälsa- och sjukvården. Undersökningen visade att det sjukdomsförebyggande arbetet har starkt stöd bland sjukvårdspersonalen. Skillnaderna mellan olika yrkesgrupper är stora. Till exempel anger läkare och barnmorskor att de har hög kompetens att ge rådgivning om tobaksbruk, medan dietister och arbetsterapeuter anger att de har god kompetens för att ge råd om fysisk aktivitet och matvanor. Personal inom primärvård och psykiatri upplever i högre grad att de har kompetens om samtalsmetodik än personal inom övrig hälsa- och sjukvård [19].

I Vårdbarometerns⁸ undersökning från 2013 var 81 procent av befolkningen positiv till att diskutera sina levnadsvanor med vårdpersonalen [20]. Resultatet från den nationella patientenkäten 2012 visar att det fortfarande är vanligast att vårdpersonal diskuterade motionsvanor med patienten, därefter diskuterades tobaks- och matvanor. Minst vanligt var det att personalen ställde frågor om alkoholvanor [21].

Vård av personer med psykisk sjukdom

Nedan redovisas vård av personer med psykisk sjukdom. Den psykiatriska vården redovisas även i kapitlet *Barn och unga*. Den specialiserade psykiatrin står för ungefär 9 procent av landstingens totala kostnader för hälsa- och sjukvård. Kostnadsutvecklingen har inte varit lika hög som för andra specialiteter, men vårdproduktionen ökar kraftigt.

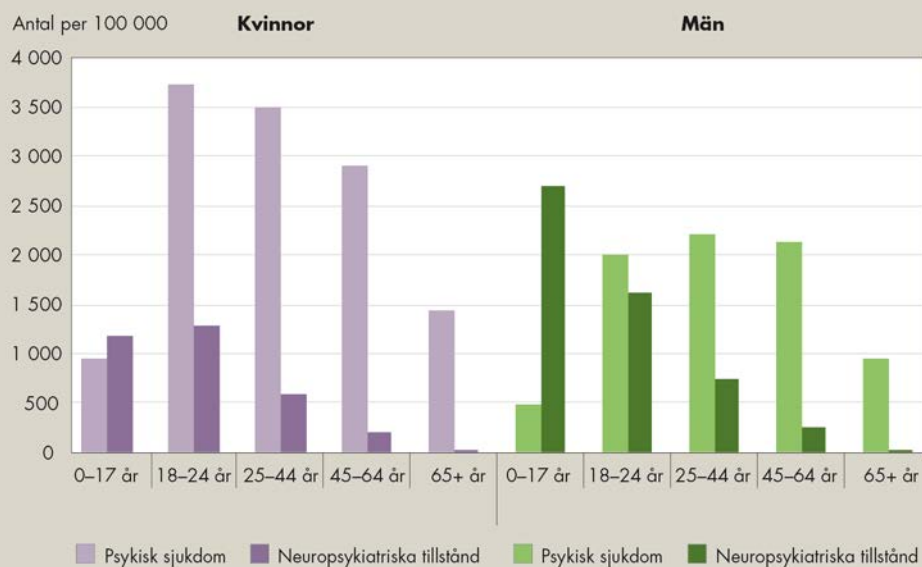
Psykiatrisk öppenvård

De vanligaste psykiatriska tillstånden som behandlas i öppenvården är depression och ångest, och den största gruppen som behandlas är kvinnor i åldern 18–24 år (figur 2:7). Pojkar i åldern 0–17 år vårdas framför allt för neuropsykiatriska diagnoser.

⁸Vårdbarometern är en nationell undersökning som mäter medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälsa- och sjukvård. Preliminära siffror.

Figur 2:7. Psykiatrisk öppenvård

Personer som vårdats i öppenvård för psykisk sjukdom och neuropsykiatriskt tillstånd* år 2012.
Antal per 100 000 invånare.



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

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Psykiatrisk slutenvård

Inom slutenvården är det fler kvinnor än män som vårdas för olika psykiatriska tillstånd (figur 2:8). Den grupp av kvinnor som vårdas i högst utsträckning är åldersgruppen 18-24 år, och den gruppen har också ökat mest under den senaste tioårsperioden. Ökningen har dock avstannat. För övriga åldersgrupper har antalet vårdade per 100 000 minskat något under de senaste åren.

Figur 2:8. Slutenvård för psykisk sjukdom

Patienter som slutenvårdats för psykisk sjukdom* åren 2002–2012. Antal per 100 000 invånare.



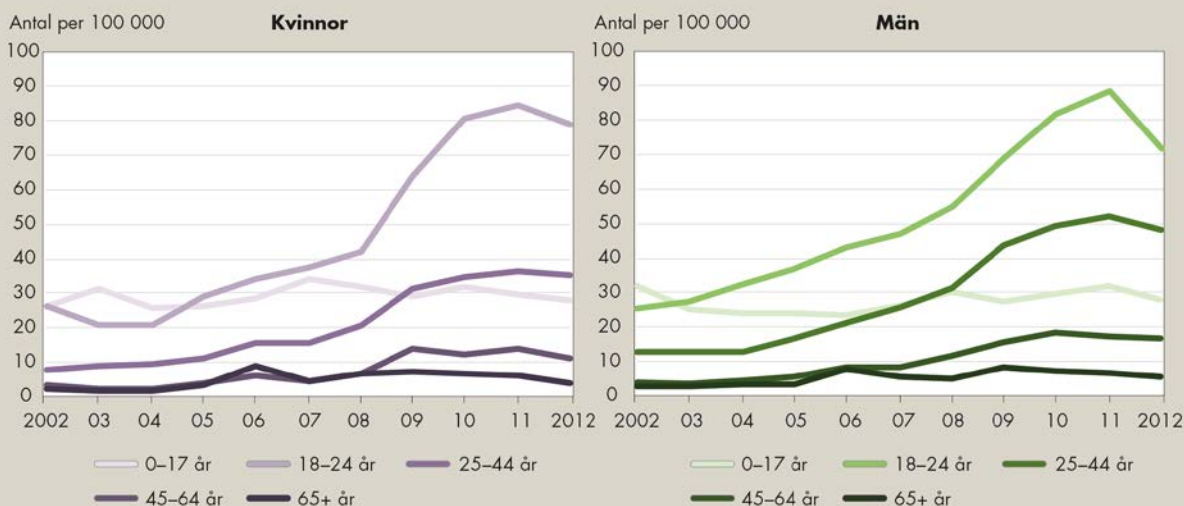
* Avser diagnoserna F20–F29 schizofreni, F30–F39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–F48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom inkl. ångest, F50–F69 beteende- och personlighetsstörning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det är fler män än kvinnor som vårdas för olika neuropsykiatriska tillstånd inom slutenvård (figur 2:9). Majoriteten av dem som vårdas är unga vuxna, i åldern 18-24 år. Den gruppen har också ökat mest under den senaste tioårsperioden. Från och med 2011 går det att se en tydlig nedgång både i antalet män och i antalet kvinnor som vårdas. Inom övriga åldersgrupper har antalet vårdade per 100 000 minskat något under de senaste åren, men inte lika kraftigt.

Figur 2:9. Slutenvård för neuropsykiskrisk tillstånd

Patienter som slutenvårdats för neuropsykiskrisk tillstånd* åren 2002–2012. Antal per 100 000 invånare.



* Avser diagnoserna F80–F99.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk vård ges även med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Ungefär 20 procent av alla patienter i psykiatrisk heldygnsvård vårdas med tvång, men dessa står ändå för nästan hälften av alla vård dagar [22]. De flesta av de tvångsvårdade patienterna vårdas enligt LPT.

Sedan 2009 rapporteras tvångsvård och tvångsåtgärder in till patientregistret vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen bedömer att inrapporteringen av antalet patienter och av vårdtid nu är heltäckande.

Långa vårdtider inom tvångsvården

Under de första åtta månaderna under 2013 rapporterades cirka 16 400 vårdtillfällen in, vilket motsvarade cirka 11 200 patienter. Av de 2 514 patienter som var inskrivna den 31 augusti vårdades cirka 52 procent enligt LPT och 48 procent enligt LRV. Vårdtiden för dessa patienter varierade beroende på om de vårdades enligt LPT eller LRV. Vårdtiderna var kortare för patienter som vårdades enligt LPT (tabell 2:1). Den genomsnittliga vårdtiden för inskrivna personer som vårdades enligt LPT var cirka fem månader och för personer som vårdades enligt LRV var vårdtiden nästan tre år.

Det var 47 procent av kvinnorna och 42 procent av männen som var inskrivna för vård enligt LPT som hade en vårdtid kortare än en månad. För personer som vårdades enligt LRV var det bara 5 procent av kvinnorna och 1 procent av männen som hade så kort vårdtid.

Tabell 2:1. Vårdtid för patienter som ges vård enligt LPT eller LRV

Totalt antal, kvinnor och män. Avser patienter intagna den 31 augusti 2013.

Yrke	LPT-vård			LRV-vård		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
<1 mån	333	257	590	8	12	20
1–3 mån	156	117	273	11	37	48
3–6 mån	77	70	147	13	63	76
6–12 mån	66	71	137	33	144	177
>12 mån	72	102	174	86	640	726
Totalt antal vårdade	704	617	1 321	151	896	1 047

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen får tillgång till uppgifter om diagnos för allt fler patienter som vårdas enligt LPT. För de patienter som skrivits ut under de första åtta månaderna under 2013 fanns det uppgifter om diagnosen för 95 procent. Även om rapporteringen ökar, så rapporteras inte vårdåtgärder i tillräcklig utsträckning. För bara 79 procent av patienterna hade minst en vårdåtgärd rapporterats. De vanligaste vårdåtgärderna var upprättande av vårdplan, strukturerad suicidbedömning och klinisk undersökning av psykiskt tillstånd. En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård (16§ LPT).

Både bland kvinnor och bland män som vårdades enligt LPT var den vanligaste åldersgruppen 25–34 år. Det fanns könsskillnader både när det gällde diagnoser, vårdåtgärder och om patienten fått en vårdplan när han eller hon skrevs ut. Den vanligaste diagnosen bland kvinnor i ålder 25–34 år var personlighetsstörning medan män vårdades under en psykos. Fasthållning var den vanligaste vårdåtgärden bland kvinnor, medan vårdåtgärden bland män framför allt var läkemedelstillförsel under fastspänning. Bara 41 procent av kvinnorna och en tredjedel av de utskrivna männen hade en vårdplan när de skrevs ut.

Sammantaget kan Socialstyrelsen se behov av att förbättra möjligheterna till uppföljning av tvångsvården. Det är fortsatt angeläget att utveckla innehållet i den tvångspsykiatriska vården. Under 2013 gjorde Socialstyrelsen en utvärdering om utvecklingen inom den psykiatriska heldygnsvården. Resultatet från denna utvärdering redovisas nedan i avsnittet *Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård*.

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad 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 [23]. Kunskapsbaserad vård förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning.

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård innebär att val och beslut baseras på rekommendationer som tagits fram utifrån bästa tillgängliga kunskap [24].

I det här avsnittet gör Socialstyrelsen en beskrivning av hur det går att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad vård, till exempel genom myndighetsgemensamma initiativ, men också genom riktlinjer, utvärderingar och rekommendationer. Avslutningsvis redogörs för utmaningar kring personalens kompetens inom den psykiatriska vården.

Hur informations- och utbildningsinsatser som riktar sig till patienter har utvecklats de senaste åren beskrivs i avsnittet *Individanpassad vård*.

Prestationsbaserade överenskommelser blir allt vanligare

Statlig styrning av vård och omsorg genom prestationsbaserad ersättning har blivit allt vanligare [25]. Första gången det användes var i sjukskrivningsmiljarden 2006. År 2013 fanns sex överenskommelser mellan staten och SKL med prestationsbaserad ersättning. Totalt omfattar de 5,3 miljarder kronor. De områden där prestationsbaserad ersättning används är:

- Mest sjuka äldre (1 115,5 mnkr)
- Rehabiliteringsgarantin (1 000 mnkr)
- Sjukskrivningsmiljarden (1 000 mnkr)
- Kömiljarden (1 000 mnkr)
- Psykisk ohälsa (687,5 mnkr)
- Patientsäkerhetssatsningen (525 mnkr).

Det har konstaterats att de prestationsbaserade kraven ger effekter inom vården. Samtidigt finns det fortfarande möjligheter till förbättring. Till exempel kan kraven i högre grad utformas och anpassas efter landstingens olika förutsättningar, eftersom det kan öka incitamenten till förbättring [25]. Socialstyrelsen anser också att det behövs mer långsiktiga insatser, till exempel särskilda utbildningar, för att komma till rätta med kompetens- och resursproblem inom olika delar av vården.

Myndighetsgemensam 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) och Folkhälsomyndigheten. På uppdrag av regeringen har dessa myndigheter tillsammans utvecklat en nationell modell för kunskapsstyrning. 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.

Det myndighetsgemensamma arbetet ökar förutsättningarna för en tydligare styrning av hälso- och sjukvården.

Nationellt programråd för kunskapsstyrning inrättat

I den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), som bildades 2009 samarbetar flera aktörer med att välja vårdområden för kunskapsunderlag. Socialstyrelsen ingår i NSK tillsammans med landstingen och

sjukvårdsregionerna, SKL, Läkemedelsverket, SBU, TLV och Folkhälso-myndigheten. Läkarsällskapet och Sjuksköterskeföreningen ingår också som aktörer i gruppen.

De sex sjukvårdsregionerna i NSK har etablerat nationella programråd för att vidareutveckla samverkan om kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Syftet med programråden är att utjämna variationerna i svensk hälso- och sjukvård.

Under 2012 etablerades det första nationella programrådet inom diabetes med syftet att samverka nationellt för en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård. Satsningen genomfördes inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Utifrån de förbättringsområden som Socialstyrelsen uppmärksammade i sin utvärdering av diabetesvården 2011 har programrådet under 2012 föreslagit åtgärder [12]. Under 2013 har programrådet fortsatt arbetet genom att ta fram utbildningsprogram för personer med diabetes typ 2, vårdprogram för kommunal hälso- och sjukvård och en behandlingsstrategi för personer med höga blodsockernivåer.

Kunskapsguiden når personal inom hälso- och sjukvården

Sedan 2011 finns en nationell webbaserad plattform, Kunskapsguiden [26]. Syftet med Kunskapsguiden är att samla befintlig och ny kunskap inom psykisk ohälsa, vård och omsorg om äldre samt evidensbaserad praktik. Målet är att Kunskapsguiden ska kunna erbjuda bästa tillgängliga kunskap samt stöd och vägledning för hälso- och sjukvårdens personal.

Kunskapsguiden samlar också webbutbildningar från olika aktörer som syftar till att stödja hälso- och sjukvård och socialtjänst i tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap. Alla utbildningar vänder sig till specifika yrkesgrupper, men är tillgängliga för alla. Under 2013 fanns ett flertal utbildningar tillgängliga på Kunskapsguiden med ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

- *Depression och ångestsyndrom – stöd till införande av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer* är en webbaserad handledning som ska ge stöd i arbetet med att införa riktlinjerna i vårdverksamheter.
- *Demens ABC* är Svenskt Demenscentrums webbutbildning som baseras på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.
- *Psykosociala insatser vid schizofreni* är en webbutbildning som ska stödja och underlätta för vårdverksamheter att införa och arbeta med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni och liknande psykoser.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer utifrån bästa tillgängliga kunskap och lämnar rekommendationer till vård och omsorg. Myndigheten genomför även utvärderingar av rekommendationerna, som sedan till exempel ligger till grund för uppdateringar av riktlinjerna. Nedan beskrivs vilka riktlinjer, rekommendationer och utvärderingar som har genomförts under 2013.

Riktlinjer för cancervården har uppdaterats

Socialstyrelsen har under 2013 publicerat uppdaterade och preliminära nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård [27]. Riktlinjerna pekar ut vilka de bästa åtgärderna är och vilka som inte bör användas alls.

Riktlinjerna innehåller även indikatorer för att det på nationell, regional och lokal nivå ska vara möjligt att följa upp hur hälso- och sjukvården använder Socialstyrelsens rekommendationer. Indikatorerna inom bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård har också målsatts, vilket innebär att vården får tydliga kvalitetsmål att sträva mot.

Under våren 2013 har myndigheten diskuterat riktlinjerna tillsammans med huvudmännen och andra intressenter på olika regionala konferenser runt om i landet. Utifrån deras synpunkter bearbetas riktlinjerna till en slutlig version som kommer att publiceras under våren 2014.

Riktlinjer för psykisk ohälsa har tagits fram

Socialstyrelsen har under 2013 tagit fram nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [28]. De nya riktlinjerna är ett komplement till riktlinjerna om psykosociala insatser vid samma tillstånd som publicerades 2011 [29].

Riktlinjerna har tagits fram som del av regeringens särskilda satsning på psykisk ohälsa. En del av Socialstyrelsens uppdrag har varit att revidera de befintliga riktlinjerna på området. Socialstyrelsen har genomfört uppdraget i samverkan med SBU och Läkemedelsverket.

SBU har tagit fram ett vetenskapligt underlag i form av den systematiska litteraturoversikten *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation* [30]. Samtidigt har Läkemedelsverket utifrån samma underlag publicerat behandlingsrekommendationer för denna patientgrupp [31,32]. De båda myndigheternas rekommendationer kompletterar varandra. Medan Socialstyrelsen ger rekommendationer om läkemedelsval vid olika tillstånd, beskriver Läkemedelsverket bland annat läkemedelssäkerhet och behandling hos barn, ungdomar och äldre.

Riktlinjerna om antipsykotisk läkemedelsbehandling är preliminära. Den slutliga versionen publiceras under 2014. Vid nästa uppdatering av rekommendationerna om läkemedelsbehandling respektive psykosociala insatser kommer dessa riktlinjer att göras om till en gemensam.

Det sjukdomsförebyggande arbetet fortsätter

År 2011 kom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [33]. Riktlinjerna innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Under 2013 har Socialstyrelsen tagit fram ett flertal material för att stödja hälso- och sjukvårdspersonalen vid införandet av dessa riktlinjer. Allt material finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats och kan både laddas ner och beställas.

Socialstyrelsen har även kartlagt landstingens behov av stöd för utbildning [19]. Kartläggningen visar att landstingen framför allt behöver stöd för att

utbilda personalen i hur man kan föra samtal om matvanor. År 2012 påbörjades en förstudie av en sådan webbutbildning och i början av 2014 kommer utbildningen att vara färdig att lansera.

För att kunna följa upp riktlinjerna har Socialstyrelsen tagit fram 12 nya koder för att kunna registrera de vårdåtgärder som hör till levnadsvanorna. Några landsting har i pilotprojekt infört dessa koder i primärvården. Region Skåne har till exempel tagit fram en informationsstruktur för att följa upp landstingens insatser för att minska användningen av tobak. Under 2013 har Socialstyrelsen byggt vidare på dessa delprojekt och tagit fram informationsstrukturer⁹ även för alkoholbruk, fysisk aktivitet och matvanor.

Utvärdering av de nationella riktlinjerna

Under 2013 har Socialstyrelsen publicerat tre utvärderingar: en för depression, ångest och schizofreni, en för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård och en för tandvård.

Utvärderingen av nationella riktlinjer inom psykiatrisk vård och omsorg visar att personer med psykisk sjukdom riskerar att få sämre hälsa, ökad dödlighet och sämre levnadsförhållanden jämfört med befolkningen i övrigt [34]. Det finns en ökad risk för dödlighet i kroppsliga sjukdomar för personer med psykisk sjukdom. Till exempel är dödligheten bland män som har schizofreni åtta gånger högre än bland befolkningen i övrigt. Även personer med depressionssjukdom har en förkortad livslängd, drygt 20 år kortare för kvinnor och 17 år kortare för män.

Ytterligare resultat från utvärderingen visar att få personer erbjuds psykologisk behandling inom primärvården. Bara varannan vårdcentral uppger att de kan möta patientens behov. Hälften av vårdcentralerna har mindre än en heltidstjänst för psykologisk behandling.

Resultatet från cancerutvärderingen redovisas under avsnittet *Jämlig vård* och utvärderingen av tandvården i kapitlet *Tandhälsa och tandvård*.

Rekommendationer om palliativ vård har publicerats

Socialstyrelsen har även publicerat den slutliga versionen av *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård* [35]. Detta kunskapsstöd innehåller rekommendationer 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.

Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och det nationella vårdprogram för palliativ vård som Sveriges regionala cancercentrum (RCC) publicerade 2012 [36] kompletterar varandra. De kan tillsammans utgöra en gemensam grund för ett gott omhändertagande av personer i livets slutskede, oavsett diagnos.

Rekommendationer om nationell screening är klara

Socialstyrelsen har vidareutvecklat arbetet med screeningfrågor för att bidra till en ökad nationell samsyn. I mars 2013 publicerades ett förslag till en mo-

⁹ Det vill säga information om vilka åtgärder och vilka övriga variabler som är relevanta för att följa upp levnadsvanorna. Samma koder ska användas i journalsystemen och i kvalitetsregister.

dell för att systematiskt bedöma nationella screeningprogram [37]. Modellen är utvecklad för att kunna tillämpas brett – både på nya och befintliga program för befolkningsbaserad screening. Det innebär att screeningen riktas mot en frisk befolkning för att hitta risker för framtida ohälsa, men inte hos grupper med redan kända risker.

Som en del i utvecklingen av modellen har den samtidigt tillämpats på tre olika screeningprogram inom cancer: bröst-, prostata, - och tjock- och ändtarmscancer. Det har lett till tre preliminära rekommendationer om dessa screeningprogram som publicerades i juni och där slutliga rekommendationer kommer i början av 2014 efter att synpunkterna har kommit in. Screening för bröstcancer med mammografi rekommenderas fortsätta som tidigare och screening för prostatacancer med PSA-prov ska inte införas. Den rekommendation som förändrats mot tidigare är att landstingen bör införa screening för tjock- och ändtarmscancer genom att testa blod i avföringen.

Den psykiatriska heldygnsvården behöver kompetent personal

Socialstyrelsen har utvärderat överenskommelsen mellan regeringen och SKL om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården [38]. Satsningen har framför allt handlat om personalen och deras kompetens. Socialstyrelsen bedömer att satsningen har haft en positiv inverkan när det gäller att öka personalens ambition, ansvarstagande och engagemang för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården. Personalen har också fått mer kunskap om hur de kan driva ett lokalt förbättringsarbete. I satsningen ingick ett stort antal team som har arbetat med genombrottsmetoder för att förbättra kvaliteten inom den psykiatriska heldygnsvården. Resultaten som landstingen redovisar understryker vikten av att personalen har rätt kompetens för att bemöta patienter som vårdas enligt tvångsvårdslagstiftningen.

Socialstyrelsen drar slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Sådana förändringar tar ofta tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år. Det behövs fortsatta åtgärder för att stärka baskompetensen och specialistkompetensen hos olika personalgrupper.

Socialstyrelsen anser att det behövs ytterligare satsningar på kompetensutveckling inom flera områden som rör den psykiatriska heldygnsvården. Det är avgörande för att kunna bedriva god vård att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Kompetensplanerna pekar på stora regionala skillnader och en majoritet av landstingen har svårt att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri. Socialstyrelsen ser också att det behövs en nationell yrkesutbildning för skötare. Anledningen till det är bland annat att det saknas en sammanhållen utbildning som ger kompetens att arbeta med psykiatrisk heldygnsvård.

Satsning på specialistutbildning i psykiatri

För att öka intresset hos nyutbildade läkare för en specialistutbildning i psykiatri anslog regeringen totalt 35,7 miljoner kronor till METIS-projektet

(Mer teori i specialiseringstjänstgöringen) under perioden 2007–2012. Projektet drevs av Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) och handlade främst om att utveckla och förstärka specialistkompetenskurserna i psykiatri. Slutrapporten visar att 22 ämneskurser har utvecklats och att 92 kurser hållits för sammanlagt 2 309 kursdeltagare. I rapporten framkommer att METIS-projektet kan ha haft en positiv effekt på den ökade tillströmningen av ST-läkare till de psykiatriska specialiteterna. Om projektet har bidragit till en ökning av antalet nyutfärdade specialistbevis kan ses i statistiken först 2017.

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete [23]. 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.

I det här avsnittet 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 läkemedelsförskrivning.

Nationella satsningar

Den nationella överenskommelsen för att förbättra patientsäkerheten i vården fortsätter. Överenskommelsen löper under 2011–2014. Socialstyrelsen har uppdraget att följa upp överenskommelsen och bedöma i vilken grad landstingen har uppfyllt de grundläggande kraven och målen.

I överenskommelsen för 2013 hade samtliga landsting uppfyllt alla grundkrav och även målen för fyra av de sex indikatorerna. Kraven och indikatorerna var i huvudsak inriktade på att upprätta handlingsplaner för att förbättra patientsäkerhetskulturen. Fokusområden i överenskommelsen handlar om

- strukturerad journalgranskning
- mätningar av trycksår, vårdrelaterade infektioner och överbeläggningar
- följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- användning och tillämpning av olika IT-stöd
- rutiner vid utskrivning för korrekt läkemedelslista
- minskad antibiotikaanvändning.

Strukturerad journalgranskning genomförs

I överenskommelsen för 2013 bestämdes att strukturerad journalgranskning ska utföras inom alla landsting på samtliga sjukhus och även ha inletts på kliniknivå. Samtliga landsting har genomfört sådana mätningar. Under de första sex månaderna 2013 har totalt 9 995 journaler från 63 sjukhus granskats. Samtliga landsting uppger också att de påbörjat journalgranskning på kliniknivå. Resultatet visar att patienter drabbades av en skada i 15 procent

av alla vårdtillfällen. Andelen vårdtillfällen med skada ökade med patientens ålder, däremot fanns det inga könsskillnader. Över hälften av alla skador var övergående, men 44 procent ledde till förlängd vårdtid och drygt 5 procent ledde till bestående skada eller att patienten avled [39].

Rapportering och anmälningar av skador i vården ökar

Antalet patientklagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården har under det senaste decenniet ökat. Patientnämnderna tog emot 29 517 ärenden under 2012 jämfört med 18 546 ärenden år 2000. En förklaring till ökningen kan vara att patienterna i högre grad känner till vart de kan vända sig för att klaga [40].

Tabell 2:2. Patientnämnderna

Avser antal ärenden år 2013, per kön och vårdområde.

Område	Somatisk specialistvård	Primärvård*	Psykiatrisk specialistvård
Vård och behandling			
Kvinnor	4 100	2 018	738
Män	2 856	1 228	613
Ej känt	783	170	75
Bemötande, information, kommunikation			
Kvinnor	1 422	942	375
Män	842		243
Ej känt	198		24
Organisation, regler, resurser			
Kvinnor	2 175	1 272	497
Män	1 743	778	419
Ej känt	316	71	35
Totalt antal ärenden kvinnor och män	14 445	7 109	3 019

* Inkl. mödra- och barnhälsovård.

Källa: Socialstyrelsen.

De vanligaste klagomålen rör somatisk specialistvård med totalt 14 445 ärenden. Kvinnor anmäler oftare än män. Under 2012 gjordes 55 procent av alla anmälningar av kvinnor och 38 procent av anmälningarna gjordes av män.¹⁰ De flesta klagomålen rörde vård och behandling.

Inom den psykiatriska specialistvården gjordes totalt 3 019 anmälningar. Även här gällde anmälningarna framför allt brister i vård och behandling. Kvinnor stod för en något högre andel av alla klagomål även inom den psykiatriska vården.

Patientnämnderna bedömer själva att det är allvarligare behandlingsärenden som ökar. De pekar också på en viss ökning av ärenden som rör vård vid cancersjukdomar.

¹⁰ 7 procent angav inte kön.

Vårdgivaren ska anmäla och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas lex Maria (SOSFS 2005:28).

Under de senaste åren har anmälningar enligt lex Maria ökat. Antalet inkomna ärenden ökade från 2 143 år 2012 till 2 225 år 2013.

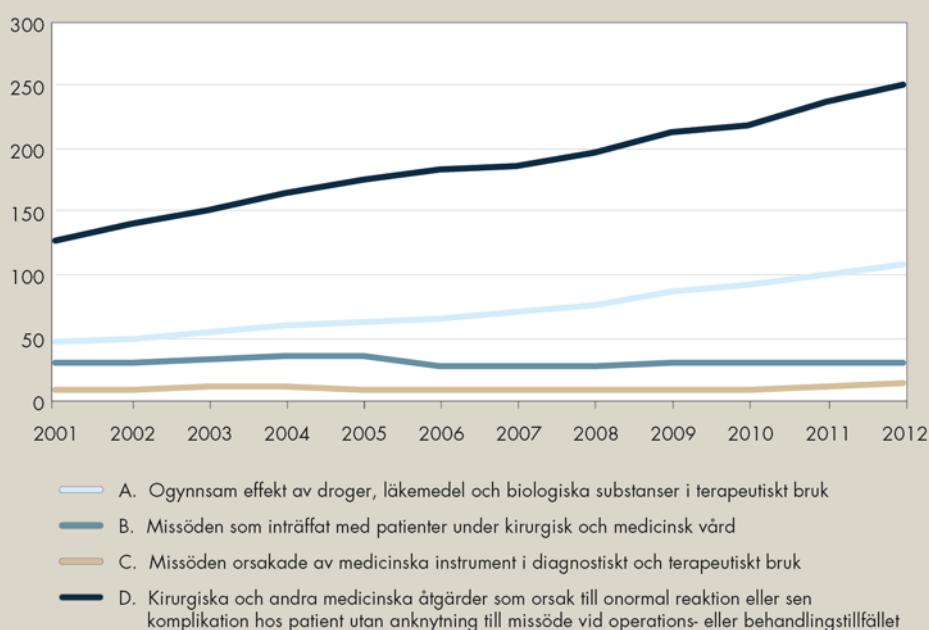
Anmälningar från patienter till patientförsäkringen har också ökat. Men det är fortfarande bara en mindre del av alla skador som inträffar som blir rapporterade och benägenheten att rapportera in händelser är låg [41]. Inom ramen för patientsäkerhetsöverenskommelsen har landstingen utarbetat handlingsplaner med åtgärder som syftar till att förbättra patientsäkerhetskulturen, bland annat för dessa anmälningar.

Vårdgivarnas rapportering av olika skador till patientregistret ökar också. Patientregistret omfattar alla patienter som vårdas i slutenvård och öppen specialiserad vård. Den ökande rapporteringen gäller komplikationer hos patienter som har orsakats av vårdens behandling men utan att ett missöde inträffade under vårdtillfället (linje D i figur 2:10) samt läkemedelsbiverkningar (linje A i figuren). Rapporteringen av missöden är relativt konstant över åren (linje B och C i figuren).

Figur 2:10. Yttre orsaker till skador och förgiftningar

Antal skadade patienter per 100 000 invånare. Totalt, alla åldrar.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patienterna kan anmäla vårdskador till patientförsäkringen vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) och få ersättning för skador som hade gått att undvika. År 2012 anmäldes omkring 12 900 skador till LÖF. Det är en ökning med 9 procent jämfört med 2011 [42]. Ökningen bedöms delvis vara en följd av den nya patientsäkerhetslagens krav i 3 kap. 8 § om skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador (2012:957). Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om möjligheten att begära ersättning. Ett annat skäl till ökningen, menar LÖF, kan vara att landstingen arbetar alltmer aktivt med patientsäkerhet, vilket ökar kunskapen om försäkringen. I 39 procent av ärendena som beslutades 2012 beviljades patienten ersättning. Skador inom ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymen 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.

Under 2012 betalades det ut totalt 477 miljoner kronor i ersättningar till patienter och efterlevande i Sverige.

Överbeläggningar ökar

Överbeläggningar och utlokalisering av patienter blir allt vanligare. Socialstyrelsen har i sina granskningar av vården upprepade gånger påpekat 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 gemensamma definitioner och ett antal indikatorer för att kunna mäta effekter av överbeläggningar och vilka orsaker som ligger bakom bristen på vårdplatser.

Antalet disponibla vårdplatser har minskat under hela 2000-talet fram till 2010 [43]. 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 påpekat 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.

Samtliga landsting har genomfört mätningar av antalet disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliserade patienter och rapporterat till den databas som SKL administrerar. Totalt rapporterades år 2012 uppgifter in från 130 enheter varav 46 är psykiatriska och 84 är somatiska enheter.

Resultaten publiceras månadsvis på SKL:s hemsida. Under september månad 2013 sjönk andelen överbelagda patienter totalt sett från 2,5 till 2,2 överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser [44]. Problemen med överbeläggningar varierar utifrån olika specialiteter. Ett flertal sjukhus har använt mätningarna för att förbättra och omfördela sina vårdplatser.

Socialstyrelsen bedömer att den nationella databasen ger möjlighet till en kontinuerlig uppföljning som bidrar till att patienter i högre grad får tillgång till säkra vårdplatser [45].

Patientsäker läkemedelsanvändning

En stor del av alla de skador som uppstår i vården kan kopplas till användningen av läkemedel. Det finns många olika anledningar till läkemedelsrelaterade problem. Patientsäkerhetsöverenskommelsen och Nationella läkemedelsstrategin är två satsningar som syftar till att minska läkemedelsrelaterade vårdskador, men landsting, myndigheter och andra centrala aktörer arbetar också med en rad egna initiativ. Nedan redovisar vi några aktuella utvecklingsinitiativ inom läkemedelsområdet.

När det gäller läkemedlets egenskaper är det i första hand Läkemedelsverkets och dess europeiska motsvarighet EMA som ansvarar för att säkerställa att riskerna med att använda ett läkemedel inte är oproportionerliga i förhål-

lande till nytta. Som ett led i den Nationella läkemedelsstrategin tar Läke- medelsverket fram en elektronisk biverkningsrapportering från sjukvården som även gör det möjligt att återkoppla tillbaka till sjukvården.

Tillgång till korrekt information om patientens läkemedel

Olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering är exempel på patientsäkerhetsrisker som kan uppstå när ordnatören inte har en samlad bild av patientens läkemedelsanvändning. I dag finns denna informa- tion spridd i olika system, vilket är bakgrunden till att landstingens e- hälsoorganisation CeHis nu skapar en nationell läkemedelslista som blir en del av den sammanhållna journalföringen. Även detta projekt är knutet till läkemedelsstrategin. Listan, som kommer att lagras i Nationell ordinations- databas (NOD), kommer att ge behörig personal en heltäckande bild av pati- entens läkemedelsanvändning, oavsett vem som gjort ordinationen och var. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att skapa en nationell databas för ordina- tionsorsak. Till en början kommer den att innehålla farmakologiska ordina- tioner i öppenvården. Informationen om ordinationsorsak kommer att lagras i den nationella databasen.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

Socialstyrelsen anser att läkemedelsfel i vårdens övergångar är ett område som behöver förbättras. Idag brister ofta kommunikationen och informa- tionsöverföringen mellan olika vårdenheter, men även mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Landstingens arbete med den nationella sats- ningen för ökad patientsäkerhet handlar om att förbättra rutiner för att före- bygga dessa problem. Det behövs till exempel bättre och tydligare rutiner för läkemedelsavstämningar för att förebygga läkemedelsfel när patienter skrivs in eller ut från sjukhus, byter vårdenheter eller vårdnivå. Att komma till rätta med fel i vårdens övergångar blir dessutom allt viktigare på grund av att pati- entens rörlighet ökar genom det fria vårdvalet, större specialisering inom vården och tillämpningen av vårdgarantin. Ökad rörlighet leder till att patien- ter idag ofta har kontakt med flera vårdgivare som var och en registrerar och förvaltar journalinformation lokalt. Sammanhållen journalföring mellan öp- pen- och slutenvården samt e-hälsoprojektet Nationell patientöversikt (NPÖ), är två av de projekt som pågår för att delvis lösa behovet av smidigare in- formationsöverföring. Socialstyrelsen ser positivt på dessa initiativ.

Antibiotikaresistens ett allt större problem utanför vården

Antibiotikaresistens bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet i bakteriella infektioner, vilket medför både personligt lidande och stora kostnader för samhället. Antibiotikaanvändningen är ett av flera insatsområden som är viktiga i arbetet mot antibiotikaresistens. Viktigt är också arbetet för en god vårdhygien. Vårdmiljöer innebär speciella risker, dels ökad resistensutveckling på grund av hög antibiotikaanvändning, dels risk för spridning av bakte- rier till patienter med nedsatt infektionsförsvar.

Antibiotikaresistenta bakterier sprids inte längre bara inom vård och om- sorg, utan återfinns allt mer även i andra delar av samhället. Det märks bland

annat när det gäller MRSA-bakterier¹¹, som de senaste åren huvudsakligen hittats bland personer som inte har smittats i vården. Antalet fall av MRSA-bakterier i befolkningen har ökat under det senaste decenniet. År 2001 rapporterades 425 fall, jämfört med 2 097 fall rapporterades [7]. Ökningen är störst i yngre åldersgrupper. Det är svårt att stoppa spridningen och utvecklingen av resistens i samhället, och för att ha kvar verksamma antibiotika krävs att det används vid behov och på rätt sätt.

För att bromsa utvecklingen med antibiotikaresistens krävs också en samordnad insats. Därför har Socialstyrelsen tillsammans med Jordbruksverket fått ett regeringsuppdrag att ansvara för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Samverkansuppdraget innefattar bland annat vård och omsorg och pågår fram till 2017. En nationell samverkansgrupp bestående av 18 myndigheter och Stramarådet¹² har bildats. Under 2014 ska en handlingsplan för samverkan tas fram.

Antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka

Spridningen av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka i Sverige och under 2012 har ett flertal utbrott med antibiotikaresistenta bakterier rapporterats på sjukhus och inom annan vård.

Nedan beskrivs två varianter av tarmbakterier som blir allt vanligare som orsak till infektioner på sjukhus. Inom sjukvården är förkortningen för dessa bakterier ESBL¹³ och VRE¹⁴.

Tarmbakterier med så kallad ESBL-produktion är ett exempel på ett ökande problem. År 2012 anmäldes 7 225 sådana fall, vilket är en ökning med 28 procent jämfört med 2011. ESBL förekommer vid urinvägsinfektion, men de flesta fall som diagnosticeras är bärare utan symtom. Ett mindre antal utbrott rapporterades 2012, framförallt från neonatalavdelningar och äldreboenden. ESBL-bakterier är ofta multiresistenta, men kan i allmänhet behandlas med en typ av brett verkande antibiotika. Ett särskilt hot är därför utvecklingen av en variant av ESBL¹⁵ där bakterierna också är resistenta mot den bredverkande antibiotikan. Socialstyrelsen införde 2012 anmälningsplikt för laboratorier samt smittspårningsplikt.

VRE är en annan viktig orsak till vårdrelaterade infektioner, framför allt bland högriskgrupper som intensivvårdspatienter. Prematura barn är en annan sårbar grupp patienter med en högre infektionsrisk. Under 2012 fick ungefär fem procent av alla neonatalvårdade en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion [7]. Trots stora vårdhygieniska insatser i flera län i samband med tidigare utbrott, så ökade det totala antalet VRE-fall återigen under 2012 [46].

Antibiotikaanvändningen minskar

Antibiotikaförbrukningen minskar nu för första gången sedan mätningarna infördes 2010. Det finns stora skillnader i olika delar av landet, Västerbotten

¹¹ Meticillinresistenta bakterier.

¹² Stramarådet är ett rådgivande organ med syfte att bistå Smittskyddsinstitutet. Den 1 januari 2014 avvecklades Smittskyddsinstitutet och Folkhälsomyndigheten övertog myndighetens uppdrag.

¹³ Extended spectrum beta-lactamase, ESBL, är ett samlingsnamn för mer än 500 olika enzymer.

¹⁴ Vankomycinresistenta enterokocker.

¹⁵ ESBL_{CARBA}

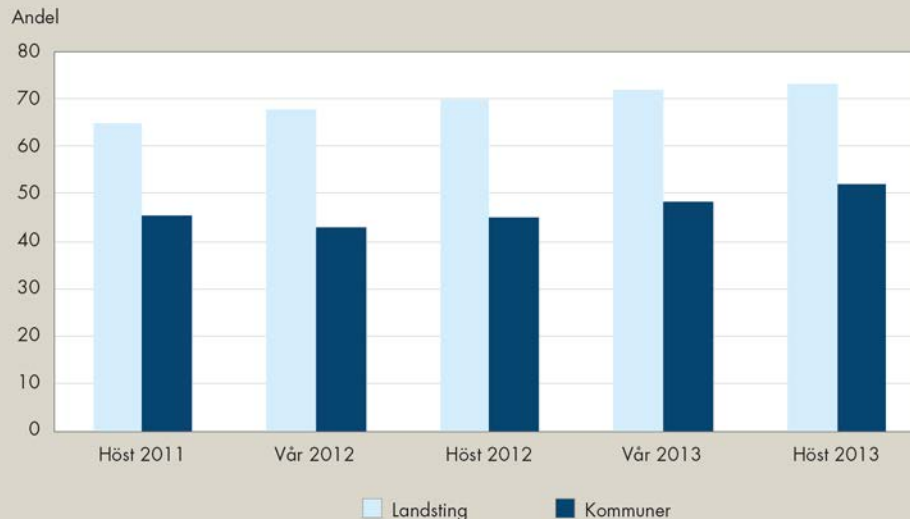
har minst antal utskrivna recept, 272 stycken recept per 1000 invånare och år, medan Region Skåne har flest med 382 recept per 1000 invånare och år [47]. Uppsala och Jönköping står för den största minskningen, där förbrukningen minskade med 12 procent. Det är bland barn och ungdomar som minskningen är som störst, vilket beskrivs närmare i kapitlet *Barn och unga*. Tandvårdens antibiotikaföreskrivning beskrivs i kapitlet *Tandvård och tandhälsa*.

Föreskriften för basal hygien ändras

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att personalen följer grundläggande hygienregler. En hög följsamhet till hygienrutiner och klädregler kan bidra till en minskad smittspridning. Nationella observationsstudier genomförs regelbundet för att mäta följsamhet inom landstingen och kommunernas verksamheter. Resultatet visar på förbättringar under åren 2011–2013 (figur 2:11). I landstingen följer 74 procent alla klädregler och hygienrutiner. Variationen mellan landstingen är fortfarande stor, mellan 58 procent och 91 procent [48]. Andelen av vårdpersonalen som desinfekterar händerna före kontakt med patienten stiger, men det är samtidigt det område där följsamheten kan förbättras.

Figur 2:11. Följsamhet hygienrutiner

Andel av vårdpersonalen som i landsting och kommuner följer samtliga hygien- och klädregler. Punktprevalensmätningar hösten 2011–hösten 2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien m.m. inom hälso- och sjukvården revideras för närvarande för att även inkludera den vård och omsorg som regleras i socialtjänstlagen (2001:453). Avsikten är att samma rutiner ska gälla, oavsett vilken verksamhet som utför en vårdinsats. Den reviderade föreskriften planeras att träda i kraft under 2014.

De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektion, lunginflammation och hud- och sårinfektion. I genomsnitt förlänger en vårdrelaterad infektion vårdtiden med 4 dygn. Genomsnittskostnaden för en sådan in-

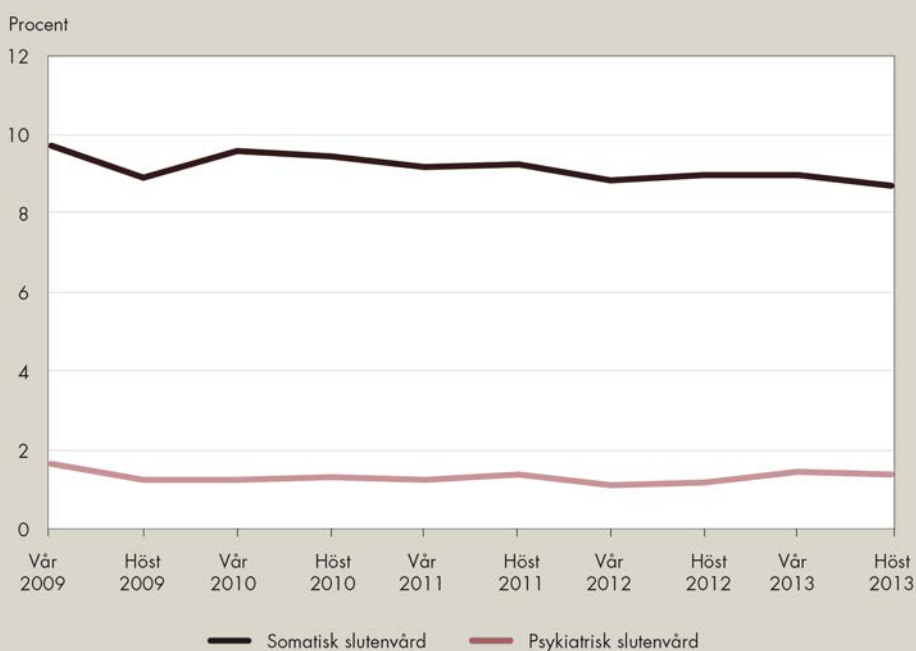
fektion beräknas till 8 000 kronor, vilket totalt innebär en kostnad på 56 miljoner kronor varje år [7].

Den senaste mätningen av vårdrelaterade infektioner genomfördes av SKL under hösten 2013. Andelen infektioner hade då sjunkit något till 8,7 procent, vilket är den lägsta nivån hittills. Mellan landstingen varierade resultatet från drygt 4 procent till knappt 13 procent.

Inom den somatiska slutenvården förekommer vårdrelaterade infektioner i högre grad hos män än hos kvinnor. I figur 2:12 redovisas utvecklingen av vårdrelaterade infektioner inom somatisk slutenvård och psykiatrisk slutenvård.

Figur 2:12. Vårdrelaterade infektioner

Andelen patienter med vårdrelaterad infektion inom somatisk och psykiatrisk slutenvård. Punktprevalensmätningar våren 2009–hösten 2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Fortsatt utveckling av Infektionsverktyget

Sveriges Kommuner och Landsting har ansvarat för utvecklingen av ett nationellt enhetligt IT-stöd, "Infektionsverktyget", som ska användas i lokalt förbättringsarbete. Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra kvaliteten i användningen av antibiotika.

Socialstyrelsen anser att Infektionsverktyget bör utvecklas vidare till att även omfatta öppenvården och kommunal hälso- och sjukvård.

Individanpassad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen patienternas erfarenheter av vården genom mätningar i den nationella patientenkäten. Myndigheten redovisar även utvecklingen mot en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård.

Patienternas erfarenheter av vården

Ett sätt att följa upp att hälso- och sjukvården bedrivs med god kvalitet är att fråga dem som berörs hur de upplever att vården är och vilken nytta den gör. Landstingen och regionerna har gemensamt beslutat att följa upp patienternas erfarenheter av hälso- och sjukvård genom Nationell patientenkät. Sedan 2009 genomförs enkätundersökningarna på uppdrag av landstingen och samordnas av SKL. Enkäterna skickas hem till slumpmässigt utvalda patienter och innehåller frågor om hur de upplever sin senaste kontakt med vården.

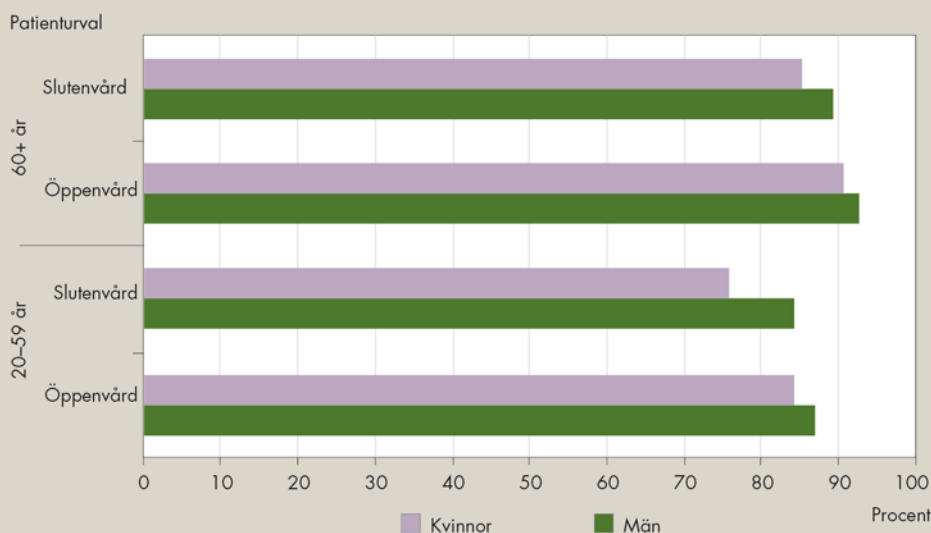
Nedan belyser Socialstyrelsen några av de indikatorer som speglar hur individanpassad vården är utifrån resultaten från den nationella patientenkätens mätningar genomförda under 2012. Två områden redovisas från den nationella patientenkäten, dels totalt antal svarande i mätningar inom akutmottagningar och primärvård, dels en redovisning från mätningen inom den specialiserade öppen- och slutenvården 2012, där ett patienturval gjorts som redovisas i figurer. Den specialiserade öppenvården berör patienter som har besökt en mottagning medan slutenvården berör patienter som varit inlagda på sjukhus. Slutligen ägnas ett avsnitt åt att belysa tillgången till fast vårdkontakt och att beskriva hur patienter inom den specialiserade öppenvården som har uppgett att de är långvarigt sjuka upplever vården.

Många patienter var nöjda med bemötandet

En god hälso- och sjukvård innebär bland annat att patienten upplever ett gott bemötande vid kontakt med vården. Patienterna gav goda omdömen för bemötandet. På frågan om de kände att de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt svarade mellan 81–89 procent av patienterna som besökt primärvård och akutmottagningar ja, helt och hållet. Genomgående svarade en stor andel patienter att de fått ett gott bemötande inom vården.

Figur 2:13. Bemötande

Andel patienter som svarat "ja, helt och hållet" på frågan: "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?", efter besök inom specialiserad öppen- och slutenvård, 2012.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och landsting.

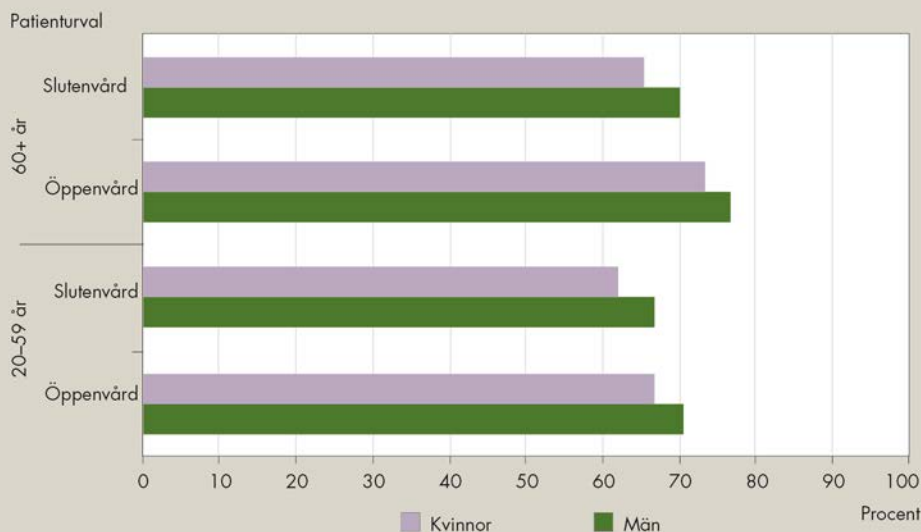
Figur 2:13 visar att äldre personer som fått vård inom den specialiserade öppen- och slutenvården gav något högre betyg på frågan om de fått ett respektfullt bemötande, än vad yngre personer gjorde. Män var nöjdare än kvinnor. Nio av tio patienter i åldersgruppen 60 år och uppåt uppgav att de fått ett gott bemötande inom den specialiserade öppenvården.

Patienter inom specialiserad slutenvård var mindre nöjda med informationen

Att patienter får information för att kunna hantera sitt tillstånd mäts med frågan "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?". Mellan 57 och 60 procent av patienterna som besökt primärvård och akutmottagningar svarade att de hade fått tillräckligt med information. Ungefär sex av tio patienter ansåg de fått tillräckligt med information.

Figur 2:14. Tillräcklig information

Andel patienter som svarat "ja, helt och hållet" på frågan: "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?", efter besök inom specialiserad öppen- och slutenvård, 2012.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges kommuner och landsting.

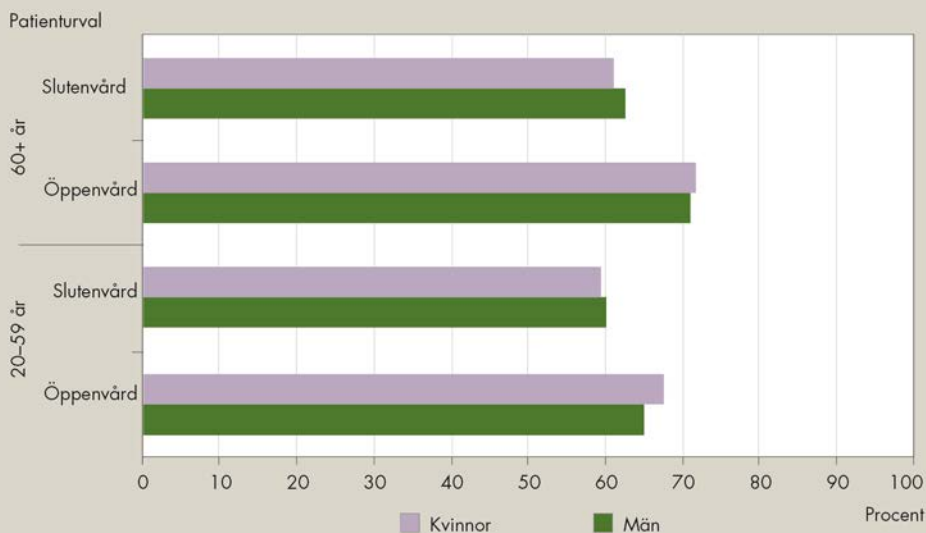
Enligt figur 2:14 svarade sju av tio patienter i åldrarna 20–59 år som besökt den specialiserade öppen- och slutenvården att de fått tillräcklig information om sitt tillstånd. Äldre personer gav något högre omdömen än vad yngre personer gjorde. Patienter i specialiserad öppenvård var mer nöjda med informationen än patienter som besökt slutenvården.

Kvinnor var mer delaktiga i sin vård och behandling

En indikator för patientens delaktighet är att beskriva hur patienten upplever att han eller hon får delta i planeringen och genomförandet av sin vård och behandling. I enkäten ställs frågan "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?". Mellan 59 och 64 procent av de patienter som hade besökt primärvård och akutmottagningar uppgav att de kände sig helt och hållet delaktiga.

Figur 2:15. Delaktighet

Andel patienter som svarat "ja, helt och hållet" på frågan: "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?", efter besök inom specialiserad öppen- och slutenvård, 2012.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Figur 2:15 visar att kvinnor som hade besökt den specialiserade öppen- och slutenvården i högre utsträckning än män kände sig delaktiga i besluten om sin vård och behandling. Delaktighet var den enda fråga där kvinnor uppgav högre omdömen än män. Den specialiserade öppenvården fick högre omdömen än slutenvården.

Patienter saknade fast vårdkontakt inom primärvården

Patienter har enligt lag rätt till en fast vårdkontakt (1982:763). Särskilt för äldre personer och multisjuka, som ofta behöver insatser och stöd från flera håll, är det viktigt med en samordning av dessa kontakter. I mätningen inom primärvården svarade 61 procent av patienterna att de hade en fast vårdkontakt på sin vårdcentral. Nio av tio patienter svarade även att det var mycket eller ganska viktigt att de fick träffa samma läkare vid besök inom primärvården.

Socialstyrelsen har tidigare genomfört en uppföljning som visat att de flesta vårdcentraler och ungefär hälften av sjukhusklinikerna inte tilldelat sina patienter en fast vårdkontakt [49]. Socialstyrelsen gjorde då bedömningen att det fanns ett behov av informations- och utbildningsinsatser och har därefter tagit fram ett flertal broschyrer och handböcker.

Män som är långvarigt sjuka får mer information

Cirka 70 procent av alla patienter inom den specialiserade öppenvården angav att de hade en långvarig sjukdom eller besvär som de haft i över sex månader.

Två av tio patienter som var 60 år eller äldre och långvarigt sjuka svarade att behandlaren inte frågat om tidigare sjukdomar eller hälsoproblem som var

relevanta vid det aktuella besöket. Äldre personer upplever detta i större utsträckning än yngre personer. Ungefär hälften av patienterna angav att de hade varit sjuka i mer än tre år.

En majoritet av de långvarigt sjuka ansåg att behandlaren hade haft en helhetssyn på deras situation när det gällde behandlingen. Det går inte att se några större skillnader i relation till ålder, men däremot svarar män i högre utsträckning än kvinnor att de har fått tillräckligt med information om sin sjukdom och hur den kan påverka deras dagliga liv.

Över 10 procent av patienterna, oavsett kön eller ålder, svarade att det inte gjordes någon vårdplanering inför deras fortsatta besök. Svarsalternativet ”ej aktuellt” har exkluderats i sammanhanget.

Befolkningens inställning till hälso- och sjukvården är fortsatt positiv

Förtroendet för svensk hälso- och sjukvård mäts genom Vårdbarometerns undersökning. Mätningen genomförs årligen och återspeglar den vuxna befolkningens kunskaper om, förväntningar på och attityder till svensk hälso- och sjukvård.

År 2013 omfattar undersökningen samtliga landsting och regioner [20]. Andelen i befolkningen som 2013 uppgav att de har förtroende för hälso- och sjukvården var 60 procent. Samtidigt var variationerna mellan olika landsting och regioner stora. Av de tillfrågade ansåg 78 procent att de har tillgång till den sjukvård de behöver och 63 procent instämde helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till besök på vårdcentraler eller motsvarande var rimliga. Resultatet visar på en marginell försämring jämfört med föregående år.

Skillnaderna mellan kvinnor och män är mycket små när det gäller hur de upplever tillgången till vård. Däremot finns det skillnader mellan åldersgrupperna, där de äldre i högre grad upplever att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Tid för patienten

Sverige har flest antal läkare per tusen invånare jämfört med övriga OECD-länder. Trots det är antalet läkarbesök per invånare och år lågt [50]. I internationella studier tillhör Sverige ett av de sämre länderna när det gäller den tid som patienter och läkare uppskattar att läkarna ägnar åt varje patient.

Läkarbesöken mellan OECD-länderna varierar mellan 6 och 7 konsultationer per person och år. Variationerna beror delvis på kulturella skillnader, men också på skillnader i hälso- och sjukvårdssystemen. I Korea och Japan görs till exempel 13 besök per person och år, jämfört med 3 eller färre besök per person i Sverige. Det låga antalet läkarbesök i Sverige beror bland annat på att sjuksköterskor inom primärvården tar hand om fler besök.

I en internationell jämförelse går det att se att svensk hälso- och sjukvård har vissa brister när det gäller att möta individuella behov och att hålla patienterna välinformerade. Patienterna involveras inte heller aktivt i vården för att uppnå goda vårdresultat. Trots att det har skett en positiv utveckling över tid när det gäller informations- och utbildningsinsatser till patienter går det

att göra mer. En högre patientcentrering¹⁶ i vården skulle kunna ge bättre vårdresultat, och även bidra till att sänka kostnaderna inom vården [51].

Samverkan och samordning mellan olika vårdgivare är ett annat område där hälso- och sjukvården kan förbättras väsentligt. Bristande samordning och samverkan påverkar också patientens upplevelse av vårdkvaliteten. Det är angeläget att samverkan mellan patienten och den som utför vården ökar.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [52]. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad ska sjukvården sträva efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genom att prioritera dem som har störst behov (2 § HSL 1982:763).

I det här avsnittet redovisar vi hälsoskillnader, skillnader i vård och behandling samt nationella och regionala initiativ för en mer jämlik hälso- och sjukvård.

Skillnaderna i hälsa ökar

Hälso- och sjukvårdens roll i att minska sociala hälsoskillnader har i allt större utsträckning uppmärksammats och diskuterats under senare år.

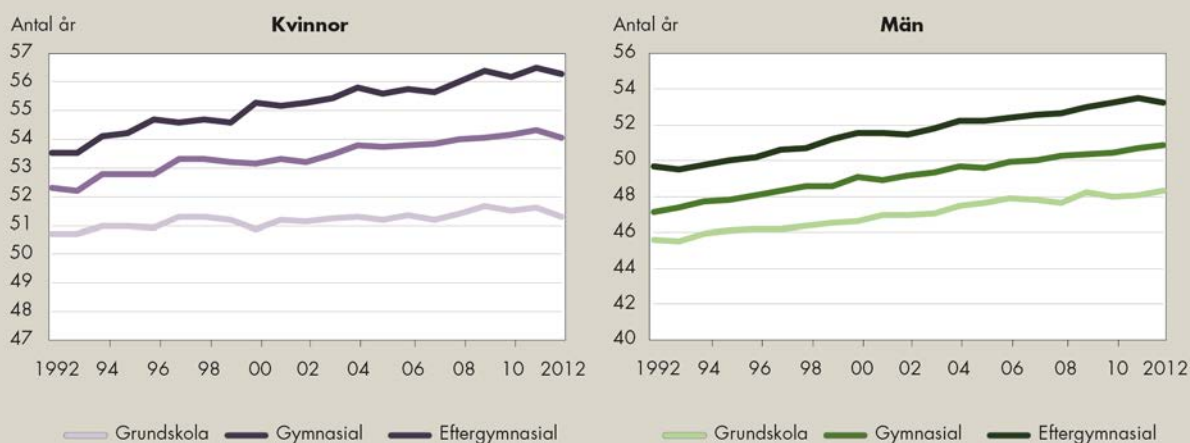
Totalt sett ökar medellivslängden, men inte för alla befolkningsgrupper. Mellan grupper med olika utbildningsnivå skiljer sig till exempel den återstående medellivslängden vid 30 års ålder (figur 2:16). Personer med enbart grundskoleutbildning lever kortare än personer med eftergymnasial utbildning.

Skillnaderna i hälsa har också ökat mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. 30-åriga kvinnor med eftergymnasial utbildning förväntas leva i genomsnitt fem år längre än kvinnor med grundskoleutbildning. Denna skillnad har fördubblats sedan 1991. För männen har skillnaden ökat från 4 till 5,5 år under samma tjugoårsperiod.

¹⁶Till exempel att patienten görs delaktig, ses som medaktör och att man utgår ifrån en helhetssyn på patienten.

Figur 2:16. Utvecklingen av livslängder i grupper med olika utbildning

Förväntad återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå. Perioden 1992–2012.



* Beräkningen inkluderar enbart personer födda i Sverige.

Källa: Statistiska centralbyrån.

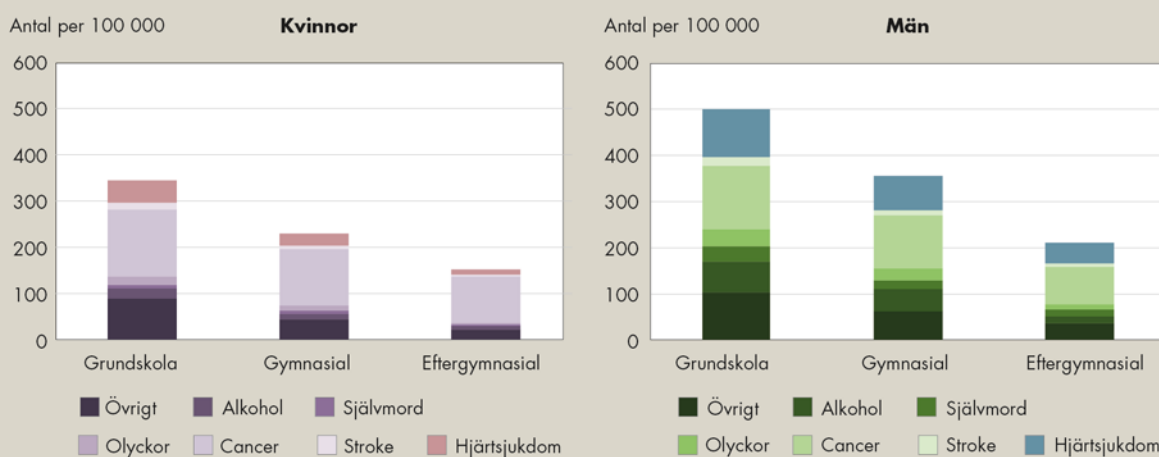
Gruppen med grundskoleutbildning är mindre i dag än för tjugo år sedan. Samtidigt har inkomstklyftorna ökat och osäkerheten på arbetsmarknaden har blivit större, särskilt för personer med kort utbildning. Rökning och övervikt är vanligare bland personer med låg utbildning och starkt förknippade med socioekonomisk utsatthet [6].

Olika utbildningsnivå ger skillnader i dödlighet

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är det intressant att se hur dödlighetsmönstret ser ut bland personer med grundskole- och eftergymnasial utbildning. Figur 2:17 visar skillnader i dödlighet mellan utbildningsgrupperna i ålderna 35–64 år uppdelat på olika dödsorsaker. I denna åldersgrupp har män generellt högre dödlighet än kvinnor. Samtidigt är utbildning en viktig faktor i sammanhanget, eftersom män med eftergymnasial utbildning har betydligt lägre dödlighet än kvinnor med förgymnasial utbildning. Oavsett utbildningsnivå beror de flesta av de förtida dödsfallen på cancer. En anledning till de sociala skillnaderna är rökning som inte minskar bland kvinnor med kort utbildning.

Figur 2:17. Dödlighet och dödsorsaker efter utbildning

Kvinnor och män 35–64 år, genomsnitt 2009–2011. Åldersstandardiserat.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Bland kvinnor är dödligheten i cancer 50 procent högre bland dem med grundskoleutbildning jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning. Dödligheten i hjärtsjukdom är ungefär fem gånger högre bland kvinnor med grundskoleutbildning. Cancer och hjärt- och kärlsjukdomar står för den största skillnaden i dödlighet mellan kvinnor med eftergymnasial utbildning och kvinnor med grundskoleutbildning.

Bland män är cancerdödligheten 70 procent högre bland dem med grundskoleutbildning och dödligheten i hjärtsjukdomar är drygt två gånger högre jämfört med män med eftergymnasial utbildning. Hjärt- och kärlsjukdomar står för den största totala skillnaden i dödlighet mellan män med eftergymnasial utbildning och grundskoleutbildning. Alkohol, olyckor och självmord är vanligare dödsorsaker bland män än bland kvinnor och står också för en större del av skillnaderna i dödlighet mellan män med olika utbildningsbakgrund.

Mot bakgrund av dessa skillnader har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att analysera vilken betydelse det har för folkhälsan och hälso- och sjukvården att allt fler skaffar sig en högre utbildning, samtidigt som det fortfarande finns grupper med en låg utbildningsnivå. Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter ska samverka med Folkhälsomyndigheten i detta arbete och uppdraget ska slutredovisas i september 2015.

Ojämlig vård och behandling

Öppna jämförelser av jämlik vård publicerades i december 2013 [53]. Jämlik vård speglas genom att olika bakgrundsvariabler, som till exempel utbildningsnivå, kopplas till indikatorer som redan i dag finns tillgängliga. Indikatorerna presenteras utifrån variablerna kön, bostadsort (i form av län), ålder och utbildningsnivå. Socialstyrelsens hälsodataregister har samkörts med SCB:s utbildningsregister. I detta avsnitt presenteras ett antal områden som speglar jämlikhetsperspektivet inom vård och behandling:

- undvikbar slutenvård
- självmord eller självmordsförsök
- regelbunden användning av lugnande/sömnmedel
- hjärtsjukvård
- stroke
- läkemedelsbehandling vid schizofreni.

Undvikbar slutenvård är vanligare bland dem med kort utbildning. När det gäller undvikbar slutenvård¹⁷ finns det skillnader såväl mellan könen som mellan landstingen. Män vårdas i högre utsträckning för de aktuella diagnoserna. Både kvinnor och män med kortare utbildningsnivå slutenvårdas i högre utsträckning. Variationen mellan landstingen är stora och tycks inte heller minska över tid [53].

Kunskapen om vad som ligger bakom undvikbar slutenvård har ökat de senaste åren. En liten grupp sjuka äldre står för majoriteten av återinläggningarna. Ungefär en femtedel av alla återinläggningar av personer som är 65 år eller äldre sker inom 30 dagar. Majoriteten av den undvikbara slutenvården orsakas av diagnoser som astma, diabetes, KOL, hjärtsvikt och kärlkramp. Ett antal akuta tillstånd inkluderas också i definitionen, där rätt behandling som ges inom rimlig tid bedöms kunna förhindra inläggning på sjukhus.

De skillnader som ses beror inte enbart på faktorer som patientens ålder eller socioekonomi. En stor del av skillnaderna kan också förklaras av faktorer inom hälso- och sjukvården, till exempel olika arbetssätt och olika ”trösklar” för inskrivning. I de fall där orsakerna går att åtgärda är det angeläget att vården förhindrar onödiga återinläggningar. Det kan exempelvis göras genom ett förbättrat sekundärpreventivt arbete och omhändertagande i öppna vårdformer.

Stora könsskillnader i självmordsfrekvens

Internationella studier visar att över 90 procent av alla personer som har begått självmord eller genomfört ett självmordsförsök har en psykiatrisk diagnos [10]. Individens sociala situation är viktig, låg inkomst, alkohol- och missbruksproblem och arbetslöshet är alla förknippade med en ökad självmordsrisk. Det går även att se samband mellan länder i ekonomisk kris och självmordsfrekvens i befolkningen. Könsskillnaderna är stora.

Självmordsdödligheten i Sverige fortsätter att vara relativt konstant över tid. År 2012 begicks 1530 självmord, vilket är fler än 2011 och 2010 men något färre än 2009 [53]. Det är stora könsskillnader, och mer än dubbelt så många män som kvinnor begår självmord. Det finns även stora skillnader mellan landstingen, framförallt när det gäller självmord bland män.

Närmare 60 procent av de personer som begick självmord under 2010 hade inte haft kontakt med psykiatrien de närmaste 12 månaderna innan självmordet [34]. Självmordsstatistiken i Sverige innefattar ofta både så kallade säkra och osäkra självmord. De osäkra, där man inte vet om det är ett självmord eller en olycka, brukar uppskattas till ungefär 20 procent av det totala antalet.

¹⁷ Med undvikbar slutenvård menas ett vårdtillfälle där en inläggning eller en återinläggning hade kunnat undvikas.

De senaste åtta åren har självmordsdödligheten inte förändrats och variationen mellan landstingen tycks bestå. Skillnaden är tydlig för män med olika utbildningsnivåer. Män med kort utbildning har betydligt högre självmordsdödlighet. Sedan nittiotalet har skillnaderna ökat [53].

Kvinnor använder oftare sömnmedel eller lugnande medel

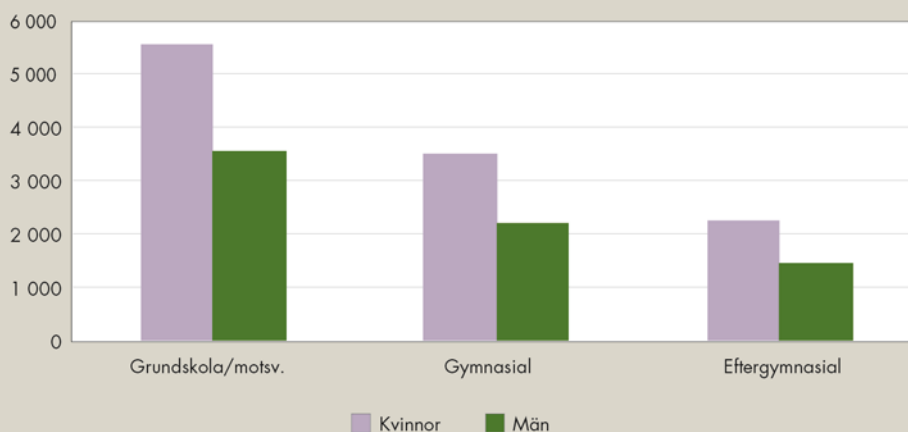
Det finns tydliga könsskillnader i regelbunden användning¹⁸ av lugnande medel och sömnmedel, men även stora skillnader mellan landstingen [53]. Att det finns skillnader i användningen, kan bero på praxisskillnader mellan landstingen i hur man förskriver läkemedlen. Samtidigt kan de skillnader som ses i förskrivning inte helt förklaras av motsvarande könsskillnader i rapporterade sömnbesvär.

Det finns också en tydlig skillnad gällande oro och ångest sett till utbildningsnivå, vilket kan spegla att den psykiska ohälsan är ojämlikt fördelad. Skillnaden i användning utifrån utbildningsnivå är särskilt stor bland kvinnor (figur 2:18). Kvinnor med kort utbildning använder betydligt mer lugnande än kvinnor med lång utbildning.

Figur 2:18. Lugnande medel/sömnmedel

Antal personer med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, 30–64 år efter utbildningsnivå, 2012. Åldersstandardiserade värden

Antal per 100 000



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är godkända för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används också för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Bensodiazepiner kan ge biverkningar, speciellt vid hög konsumtion och vid långtidsbruk. Den kognitiva förmågan påverkas och medlen kan verka aggressivitetshöjande. De kan även framkalla beroende och missbruk och är narkotikaklassade.

¹⁸ Med regelbunden användning menas personer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år.

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att fortsatt uppmärksamma skillnader i läkemedelsförskrivning, inte minst när det gäller läkemedel som kan vara beroendeframkallande.

Skillnader i resultat inom hjärtvården

När det gäller resultat inom den svenska hälso- och sjukvården finns det en variation bland vilka patienter som 12–18 månader efter en hjärtinfarkt hämtat ut blodfettssänkande läkemedel [53]. Hög blodfettssnivå är en viktig riskfaktor för förnyad hjärt- och kärlsjukdom. Ungefär 80 procent av patienterna bör ha en blodfettssänkande behandling om man utgår ifrån att bara patienter med förhöjt kolesterolvärde ska behandlas. Flera landsting ligger signifikant under den nivån för kvinnor. Det skiljer cirka 6 procent mellan män och kvinnor och över tid har dessa skillnader ökat. Sett till utbildningsnivå är skillnaderna små.

Dödligheten efter hjärtinfarkt har sjunkit de senaste decennierna, både i Sverige och jämfört med ett internationellt perspektiv [10]. Det beror framför allt på ett allt bättre akut omhändertagande och bättre behandlingsformer. Trots goda resultat finns det skillnader. Jämfört mellan olika länder är dödligheten 30 dagar efter en sjukhusvårdad hjärtinfarkt mellan 3 och 27 procent. Sverige är ett av länderna med bäst resultat.

Återinskrivning eller död efter vård vid hjärtsvikt varierar mellan landstingen [53]. Skillnaderna kan bero på kvalitetsskillnader, olika inskrivningsindikationer och olika diagnossättningspraxis. Hjärtsjukvårdens förändring över tid beskrivs även i avsnittet *Aktuell utveckling*.

Små skillnader inom strokevården

Strokesjukdomar står för ungefär 8 procent av alla dödsfall i OECD-länderna [10]. Den vanligaste formen av stroke, ischemisk stroke, står för 85 procent av alla dessa fall. Den kliniska behandlingen vid stroke har kraftigt förbättrats de senaste decennierna, vilket har lett till en högre överlevnad. Trots det finns det stora skillnader, exempelvis för tillgång till vård vid strokeenheter. Generellt så har länder med bra resultat för sin hjärtsjukvård även bra resultat för sin strokevård. Skillnaderna mellan länderna antas bero på skillnader i det akuta omhändertagandet.

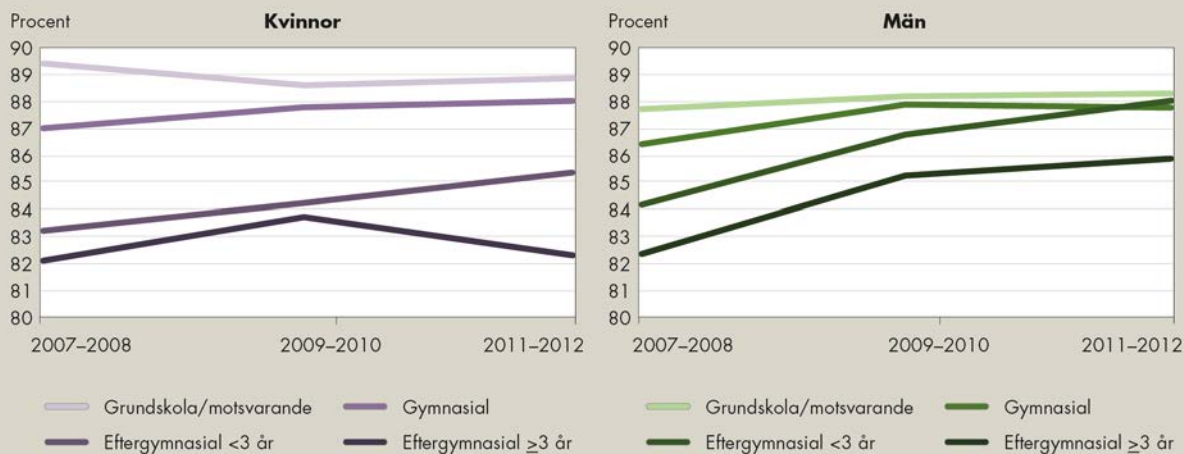
Sett till de svenska resultaten varierar återinskrivning efter stroke mellan landstingen, och ligger på ungefär 9 procent för både kvinnor och män [53]. Det finns skillnader mellan landstingen i hur stor andel av patienterna som förskrivs blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter en stroke. Dessa skillnader beror troligen på olika förskrivningspraxis. Däremot är det små skillnader mellan olika utbildningsnivåer. Strokevårdens förändring över tid beskrivs också i avsnittet *Aktuell utveckling*.

Vanligare att kvinnor får antipsykotisk behandling vid schizofreni
Antipsykotisk behandling är viktigt för patienter med schizofreni. Totalt sett har cirka 87 procent av patienterna som vårdats för schizofreni hämtat ut läkemedel sex månader efter utskrivning [53]. Inga tydliga skillnader ses mellan könen, men det finns skillnader mellan landstingen. När det gäller utbildningsnivåer kan vissa skillnader ses, främst bland kvinnor (figur 2:19).

Kvinnor med lägre utbildningsnivåer får läkemedelsbehandling i något högre utsträckning.

Figur 2:19. Antipsykotiska läkemedel

Andel patienter med antipsykotiska läkemedel 6 månader efter vård för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Patienter 35–79 år, efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Schizofreni är en folksjukdom där hälften av de drabbade löper stor risk för funktionsnedsättning sett i ett långtidsperspektiv. Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd utgör en stor andel av alla som har en psykisk funktionsnedsättning, ungefär 30 000 till 40 000 personer behöver insatser till följd av sjukdomen.

I de nyligen publicerade riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd visas att kontinuerlig antipsykotisk behandling har effekt på psykotiska symtom och att det minskar risken för tidig död [29]. Antipsykotisk behandling har därför fått högsta prioritet i riktlinjens rekommendationer.

Cancervården är ojämlik

Socialstyrelsen har utvärderat bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården utifrån indikatorerna i de nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård [54]. Ett särskilt syfte har varit att belysa kvaliteten utifrån socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå och födelseland. Ett annat syfte har varit att ta reda på om det finns skillnader mellan landstingen när det gäller patienternas tillgång till de åtgärder inom diagnostik och behandling som de nationella riktlinjerna rekommenderar.

Utvärderingen visar att det finns stora skillnader mellan de olika landstingen och regionerna. Prostatacancervården uppvisar till exempel stora variationer och landstingens resultat skiljer sig. Socialstyrelsen pekar ut några förbättringsområden inom prostatacancervården. Till exempel att landstingen bör öka andelen män som skelettundersöks vid prostatacancer med hög risk,

att öka andelen aktiv monitorering¹⁹ vid prostatacancer med ”låg risk” samt öka andelen behandlingar med syfte att bota prostatacancer med ”mellan risk” och ”hög risk” [54].

Resultaten för bröstcancervården är genomgående bra. Variationerna är små mellan landstingen och Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen ser positiv ut. En förklaring till detta är att vården har hög följsamhet till rekommenderade åtgärder i nationella riktlinjer och vårdprogram.

Tjocktarms- och ändtarmscancervården har också förbättrats de senaste åren, men fortfarande finns betydande skillnader mellan landstingen.

Utvärderingen belyste även socioekonomiska skillnader. För samtliga indikatorer inom tjocktarms- och ändtarmscancervården hade personer med en lägre utbildningsnivå ett sämre resultat än högutbildade. De fick också i lägre utsträckning de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer. Samma tendens, fast i mindre utsträckning, fanns även för indikatorerna inom bröst- och prostatacancervården. Utvärderingen pekar på att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att landstingen ökar tillgången till diagnostik, behandling och olika stödjande åtgärder för dem med sämre socioekonomisk situation.

Pågående nationella och regionala satsningar

Regeringen har under 2012–2016 en särskild satsning på jämlik vård. Fokus är bland annat tillgänglighet, ökat patientinflytande, läkemedel, cancervård och vård vid psykisk ohälsa. Skillnader i bemötande vid vård och behandling av olika grupper i befolkningen ses också som angeläget att åtgärda [55]. Flera nationella och regionala satsningar pågår inom området jämlik vård. Ett urval presenteras nedan.

Nationell plattform jämlik hälsa och vård

För att vända trenden med en ökande ojämlikhet inom hälsa och vård har Socialstyrelsen, SKL, Folkhälsoinstitutet, Diskrimineringsombudsmannen (DO) tillsammans med ett flertal organisationer bildat en nationell, myndighets- och organisationsövergripande plattform för jämlik hälsa och vård. Syftet med plattformen är att hitta system och metoder för att identifiera och åtgärda skillnader i hälsa, bemötande och tillgång till vård. Flera andra aktörer har också ställt sig bakom plattformen. 2012 anordnades en första konferens och i mars 2014 anordnas den andra på temat Jämlik vård på lika villkor. Plattformen anordnar också årliga nationella workshoppar.

Socialstyrelsens uppdrag inom jämlikhetsområdet

Socialstyrelsen har flera uppdrag inom området jämlik vård. Öppna jämförelser är ett exempel på publikationer där jämlikhetsaspekten lyfts fram, till exempel genom att resultat redovisas per utbildningsnivå, kön och mellan olika landsting. Från och med 2013 har Socialstyrelsen ett samlat uppdrag från regeringen att årligen fortsätta göra särskilda öppna jämförelser av jämlik vård.

¹⁹ Aktiv monitorering är en metod som innebär att man istället för att operera eller strålbehandla direkt, under tid följer upp patienter med lågrisktumörer för att bedöma vilken behandling som ska ges.

Socialstyrelsen belyser jämlik vård och hälsa i flera rapporter, ofta som ett perspektiv av flera. Under 2013 har myndigheten till exempel publicerat rapporten *Barn och ungas hälsa* och rapporten *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige* [56].

Socialstyrelsens utvärderingar av hälso- och sjukvården i Sverige har länge visat att vården inte är jämlik, skillnader finns bland annat i tillgänglighet och bemötande. Det finns även skillnader i tillgång till olika vårdinsatser, som behandling med läkemedel och remittering till specialist, där lågutbildade missgynnas. I den lägesbeskrivning av jämlikhet i hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen överlämnade till regeringen 2011 föreslås en rad åtgärder på olika nivåer för att öka jämlikheten i vården [57]. Utbildningsinsatser och ökat fokus på att utveckla vården i utsatta områden är ett par åtgärder som föreslås. Dessutom föreslås förbättrad tillgänglighet för utsatta grupper genom att man identifierar och avvecklar barriärer inom vården, samt att utveckla uppsökande verksamhet i områden med hög ohälsa. Socialstyrelsen föreslår också att regeringen bör överväga att tillsätta en nationell kommission i syfte att minska sociala och regionala skillnader i hälsa och vård.

Regeringen har därefter lanserat en strategi för jämlik vård som till stora delar bygger på Socialstyrelsens rapport. De vårdområden som lyfts fram är cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt tandvård. Strategin gäller fram till år 2016.

Socialstyrelsen har under 2012 och 2013 genomfört ett uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om bemötande (regeringsuppdrag dnr S2012/4531/FS). Myndigheten har samverkat med DO i detta arbete och samrått med SKL, Famna, Vårdföretagarna samt ett antal intresseorganisationer och patientföreningar. I rapporten ger Socialstyrelsen förslag till utbildningsinsatser samt förslag till pilotprojekt för att testa dessa insatser.

Malmökommissionen – ett regionalt initiativ

Hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller att utjämna hälsoskillnader. Ett exempel på en regional satsning som syftar till att minska den ojämlika hälsan är Malmökommissionen. Kommissionen fick under 2012 i uppdrag att ta fram vetenskapligt underbyggda strategier för hur skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen kan minska. Kommissionens slutrapport innehåller två övergripande rekommendationer som sammanlagt täcker in 24 mål och 72 åtgärder indelade i sex områden [58]. Hälso- och sjukvården är ett av dessa områden där kommissionen föreslår ett flertal åtgärder:

- Att mödrahälsovård ska erbjudas på lika villkor, med fortsatt samverkan med andra aktörer.
- Att barnhälsovård ges förutsättningar att erbjudas på lika villkor, exempelvis genom att hembesök görs till alla familjer med nyfödda barn.
- Att förbättra villkoren för en socialt jämlik mammografiscreening genom att göra den gratis och utforma kallelser på flera olika språk.
- Att analysera läkarbesök i öppenvård för att utreda orsaken till skillnaden mellan läkarbesök och faktisk sjuklighet i olika stadsdelar.

- Att erbjuda hälsokontroller till alla som fyllt 80 år.

SKL:s uppdrag Vård på lika villkor

År 2011 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting som gällde insatser för att främja en mer jämlik vård. Överenskommelsen pågår under perioden 2011–2014. Överenskommelsen för 2013 omfattar ett fortsatt genomförande av projektet Vård på lika villkor. Projektet är ett pilotarbete med första linjens hälso- och sjukvård för att identifiera effektiva och innovativa sätt att öka jämlikheten i vården. Fokus är på de grupper som inte nås av vården i dag och grupper som har en ökad risk för ohälsa.

Program för Hållbar jämställdhet

Under perioden 2009–2013 pågick en särskild satsning vid SKL för att säkerställa en mer likvärdig service i kommuner, landsting och regioner. Syftet har varit att utveckla arbetssätt och metoder inom vård och omsorg som ska leda till ökad jämställdhet. Det har till exempel handlat om att utveckla uppföljning utifrån könsuppdelad statistik, genomföra utbildningsinsatser och att utvärdera biståndsbedömd hemtjänst. En av slutsatserna från utvärderingen av satsningen är att det behövs en nationell samordning och styrning av jämställdhetsarbetet [59].

SKL genomför sedan 2006 även en satsning på sjukskrivningsmiljarden. Syftet är att utveckla kvaliteten och effektiviteten i sjukskrivningsprocessen för kvinnor och män. De nationella initiativ som omfattas är bland annat införande av elektroniska läkarintyg, jämställd sjukskrivning och förbättrad kvalitet i läkarintygen.

Socialstyrelsen tar fram rekommendationer för sjukskrivning utifrån sjukdomar och tillstånd. Rekommendationerna är vägledning för läkare och Försäkringskassan. Under 2013 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att genomlysas alla diagnoser, för att se om det finns omotiverade könsskillnader i rekommendationerna. Arbetet har genomförts i samverkan med sakkunniga och slutredovisades i december 2013. Resultatet visar bland annat att deltidssjukskrivning oftare rekommenderas vid kvinnodominerade sjukdomar. Informationen om våldsutsatthet och hur det påverkar hälsotillståndet behöver också förtydligas.

Diskriminering i hälso- och sjukvården

Under 2013 tog DO emot 76 ärenden som gällde hälso- och sjukvården. Av dessa handlade 40 ärenden om händelser inom specialistvården och 18 ärenden avsåg primärvården. Ett av de problem som förekommer i anmälningar till DO är kränkande bemötande inom hälso- och sjukvården.

Forskning och erfarenheter som presenteras i olika rapporter visar att vissa grupper av patienter upplever att de får ett sämre bemötande än andra [57,60]. Resultat från Nationella patientenkäten inom primärvård, psykiatrisk och somatisk öppenvård visar till exempel att patienter med annat modersmål än svenska mindre ofta än de som har svenska som modersmål upplever att de får ett gott bemötande när de kontaktar sjukvården.

I mindre undersökningar har det också konstaterats att HBT-personer som grupp i högre utsträckning än heterosexuella undviker att söka vård, trots ett större behov. Brist på tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning riskerar också att utesluta denna grupp från att söka vård på samma villkor som den övriga befolkningen.

DO har de senaste åren haft ett särskilt fokus på diskriminering inom sjukvården. Till exempel har de genomfört en granskning av hur landstingen arbetar för lika rättigheter och möjligheter i arbetslivet. DO ingår i den nationella plattformen för jämlik vård.

Ny lag ger papperslösa samma rättigheter som asylsökande

I juli 2013 trädde en ny lag i kraft som ger utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som asylsökande. Den heter lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Lagen ger papperslösa rätt till

- vård som inte kan anstå
- mödrahälsovård
- vård vid abort
- preventivmedelsrådgivning.

I lagen står det att papperslösa har rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som inte kan "anstå". Begreppet innefattar all hälso- och sjukvård och tandvård som bedöms vara nödvändig omedelbart, men även sådan som med en måttlig fördröjning kan medföra allvarliga följder och ett mer omfattande vårdbehov för individen. Barn som lever som papperslösa i Sverige har rätt till subventionerad fullständig hälso- och sjukvård och regelbunden tandvård på samma sätt som bofasta barn. Papperslösa får sammantaget samma rätt till hälso- och sjukvård som asylsökande (lag 2008:344).

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att föreslå hur begreppet "vård som inte kan anstå" kan tillämpas i bedömningar om vård till papperslösa. Arbetet sker i samverkan med SKL och företrädare för vårdprofessionerna. Uppdraget slutredovisas under våren 2014.

Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgänglighet och väl fungerande vårdkedjor är viktiga kvalitetsaspekter, både i ett patient- och verksamhetsperspektiv. Fragmenterad vård och långa väntetider är en vanlig orsak till klagomål inom hälso- och sjukvården.

I det här avsnittet redovisar Socialstyrelsen tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal, tillgång till behandling och läkemedel samt uppföljning av väntetider inom olika vårdgrenar.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal

Tillgången till barnmorskor, sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och läkare i förhållande till befolkningen fortsätter att öka. Antalet läkare syssel-

sätta i hälso- och sjukvård har ökat med 13 procent mellan 2006 och 2011, antalet specialistläkare med 11 procent, antalet röntgensjuksköterskor med 3 procent och antalet sjuksköterskor och barnmorskor med 6 procent. Antalet specialistsjuksköterskor har däremot minskat med 15 procent sedan 1995 och med 3 procent sedan 1996 [61].

Rörligheten mellan länderna inom EU- eller EES-området har ökat för hälso- och sjukvårdens personalgrupper. De inflyttade är lika många eller något fler än de utflyttade. Det positiva nettoflödet är störst för läkare.

Trenden att medianåldern ökar för läkare och sjuksköterskor håller i sig. Detta gäller särskilt för specialistläkare och specialistsjuksköterskor. Allt fler väljer också att arbeta fram till och med 67 års ålder, andelen läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård som är 65 år eller äldre har exempelvis ökat från 3 procent 1995 (689 läkare) till 8 procent 2011 (3 043 läkare).

Socialstyrelsen bedömer att efterfrågan är större än tillgången på läkare, framförallt när det gäller erfarna läkare och specialistläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Läkare utbildade i ett annat land kommer även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen bedömer också att arbetsmarknaden för sjuksköterskor med grundutbildning präglas av tilltagande brist. Arbetslösheten är låg, etableringsgraden efter examen hög och migrationen låg, vilket tyder på att efterfrågan är minst lika stor som tillgången. Efterfrågan är också stor på vidareutbildade sjuksköterskor, framförallt inom psykiatri och-, anestesi- och intensivvård. Även röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor i geriatrisk vård och operationssjuksköterskor efterfrågas. Efterfrågan på specialiserade sjuksköterskor kan förväntas stiga de närmaste åren. Flera landsting har börjat utveckla olika former av utbildningstjänster för att göra specialistutbildningarna mer attraktiva för sjuksköterskor. Det kommer emellertid att ta flera år innan en utökad utbildningstakt kan motverka utflödet i form av pensionsavgångar och övergångar till annan verksamhet.

Besöken inom primärvården ökar

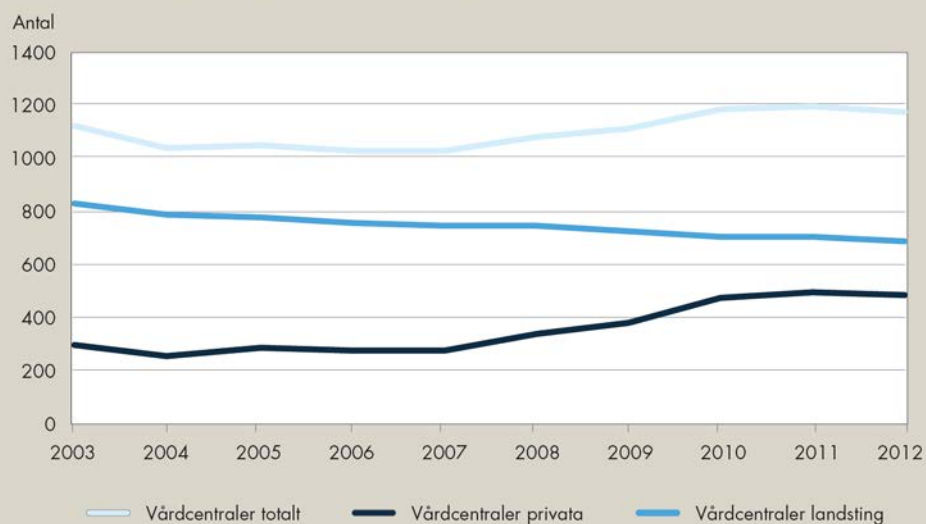
Under 2012 gjordes 26,7 miljoner mottagnings- och hembesök av läkare inom svensk hälso- och sjukvård. Det är en svag ökning jämfört med året innan, då antalet besök var 26,6 miljoner. Av de besök som gjordes 2012 var nästan 14 miljoner besök i allmänläkarvården, ett oförändrat resultat jämfört med året innan [43]. Det är inte läkarbesöken, utan besök hos andra personalkategorier som ökar mest. Hemsjukvård, barnhälsovård och mödravård står för högst andel av de ökande besöken. Under 2012 gjordes totalt 33,4 miljoner besök, jämfört med året innan då antalet besök var 32,9 miljoner.

Om man ser till antalet besök för alla vårdområden gjorde varje invånare 6,9 besök. Om man ser till besöksutvecklingen per vårdområde, så har primärvårdsbesökens ökning avstannat. Besöken till läkare inom den specialiserade psykiatriska vården och inom den specialiserade somatiska vården fortsätter att öka, men inte lika kraftigt som tidigare år.

Det totala antalet vårdcentraler i Sverige har minskat något (figur 2:20). Av alla vårdcentraler drivs nu 42 procent i privat regi.

Figur 2:20. Antal vårdcentraler i Sverige

Totalt antal samt uppdelat på privata och landstingsdrivna vårdcentraler.

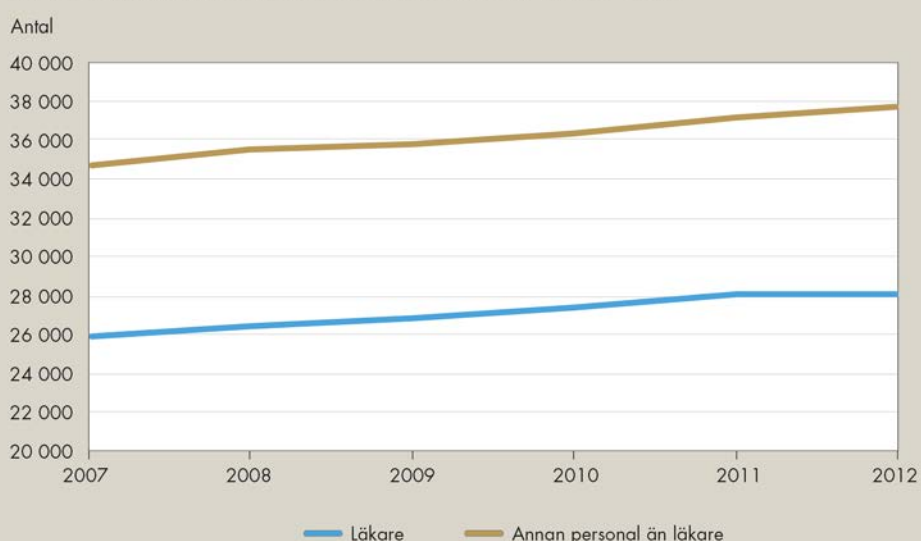


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Totalt sett har antalet besök ökat över tid, men mellan åren 2011 och 2012 är ökningen inte längre lika kraftig (figur 2:21).

Figur 2:21. Besöksutveckling

Antal besök i landsting och regioner, alla vårdområden, år 2007–2012.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting.

Under 2012 gjordes 17 miljoner besök inom den somatiska specialistvården, om man räknar in hembesöken. De flesta av dessa besök gjordes hos läkare. Antalet vårdtillfällen inom den slutna somatiska specialistvården var drygt

1,5 miljoner år 2012, vilket är en svag ökning jämfört med året innan. Den somatiska dagsjukvården, som bland annat innefattar dagkirurgi, diabetesvård, dialys- och cytostatikabehandling, ökar inte. Produktionen som genomförs av andra vårdgivare har minskat från 6 procent 2011 till 5,5 procent 2012.

Inom den specialiserade psykiatriska vården gjordes nästan fem miljoner besök år 2012. Ungefär 20 procent av mottagningsverksamheten bedrivs av annan vårdgivare, vilket är en svag ökning jämfört med året innan. Antalet vårdtillfällen inom den slutna specialiserade psykiatriska vården var drygt 105 000, också det var en ökning jämfört med föregående år.

Det totala antalet disponibla vårdplatser fortsätter att minska något. Totalt fanns det 2,6 disponibla vårdplatser per invånare under 2012. Överbeläggningar redovisas i avsnittet *Säker vård*. Tillgång till vårdplatser redovisas även i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Öppenvårdsapoteken blir fler

Den 1 juli 2009 omreglerades apoteksmarknaden. Medan det före omregleringen endast fanns en enda kedja som ägde samtliga apotek (statliga Apoteket AB), hade antalet olika apoteksaktörer ökat till 29 under våren 2013 [62]. Även antalet öppenvårdsapotek²⁰ var då betydligt större än motsvarande tidpunkt fyra år tidigare. Den 1 maj 2013 fanns 1 280 öppenvårdsapotek i Sverige jämfört med 924 den 1 juli 2009. Detta innebär en ökning med nästan 40 procent. De flesta nya apotek har etablerats i tätorter.

Vissa problem med tillgång till läkemedel

Ökningen av antalet apotek har lett till en förbättrad geografisk tillgänglighet. Det är nu 90 procent av befolkningen som når det närmaste apoteket inom 10 minuters bilfärd. För större delen av befolkningen, närmare 99 procent, är avståndet kortare än 20 minuter [63]. De genomsnittliga veckoöppettiderna har också ökat och drygt en tredjedel av apoteken har söndagsöppet.

I Statskontorets utvärdering av omregleringen av apoteksmarknaden konstaterar myndigheten att apoteksmarknaden överlag fungerar bra, men att inte alla mål med omregleringen uppfyllts helt. Ett exempel är att bättre geografisk tillgänglighet till ett apotek inte nödvändigtvis innebär att det är lättare för konsumenterna att få tag på de läkemedel de behöver. Statskontoret bedömer att tillgängligheten till läkemedel har försämrats efter omregleringen. En av orsakerna anses vara att fler och genomsnittligt mindre apotek har lett till mindre lager. Etableringen har framför allt skett i områden där det redan finns en hög apotekstäthet.

Frågan om tillgänglighet av läkemedel har även lyfts i Läkemedels- och apoteksutredningens första delbetänkande [64]. Utredaren lämnade ett antal förslag för att förbättra tillgängligheten till läkemedel, bland annat i form av en statlig databas med lagerinformation. Sveriges apoteksaktörer utvecklar redan nu ett system som i realtid kommer att visa tillgängligheten för ett visst läkemedel inom ett visst geografiskt område via de olika kedjornas lagerin-

²⁰ Med öppenvårdsapotek menas apotek som vänder sig till allmänheten, jämfört med slutenvårdsapotek som distribuerar läkemedel på sjukhus.

formation. Information om lagerstatus blir tillgänglig för allmänheten någon gång under 2014 och kommer att finnas på webbplatserna fass.se och sverigesapoteksforening.se.

En annan slutsats i Statskontorets utvärdering är att förutsättningarna för att utföra korrekta receptexpedieringar och ge råd till kunderna har försämrats något efter omregleringen. Ett av underlagen till denna slutsats är en enkätundersökning till apotekspersonal, där mer än hälften säger sig uppleva en försämring inom dessa områden. En förklaring till dessa brister är enligt de anställda att det inte finns tillräckligt med tid vid expedieringen för att ge nödvändig information och rådgivning om hur läkemedlen ska användas.

Mer läkemedel säljs utanför apoteken

Sedan november 2009 är det möjligt att köpa receptfria läkemedel på andra försäljningsställen än apotek. I april 2013 hade sammanlagt 5 670 ställen anmält att de skulle sälja vissa receptfria läkemedel. Det handlar framför allt om varuhus och livsmedelsaffärer, men det går även att köpa receptfria läkemedel på bensinstationer, i närbutiker och i kiosker [65]. Av den totala försäljningen av receptfria läkemedel i Sverige 2012 såldes 82 procent på apotek jämfört med 84 procent året innan. Det var 18 procent som såldes via övrig handel jämfört med 16 procent året innan. I tabell 2:3 presenteras kostnadsfördelningen mellan apoteken och andra försäljningsställen.

Tabell 2:3. Försäljning av egenvårdsläkemedel

Försäljning av egenvårdsläkemedel* uppdelad per försäljningskanal samt totalbelopp, 2009–2012.

Försäljning av egenvårdsläkemedel (i miljoner kronor)						
År	Exklusive moms			Inklusive moms		
	På apotek	Övrig handel	Totalt	På apotek	Övrig handel	Totalt
2009	3 318	104	3 422	4 148	130	4 278
2010	3 136	482	3 618	3 919	602	4 521
2011	3 096	592	3 688	3 870	740	4 610
2012	3 141	712	3 853	3 926	890	4 816

* Ej handelsvaror.

Källa: Apotekens Service AB.

Mätt i DDD²¹ (definierad dygnsdos) utgörs försäljningen av receptfria läkemedel på apotek 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 som efterfrågas mycket. Inom övrig handel har smärtstillande medel och avsvällande nässprayer en ännu mer dominerande ställning än på apoteken, medan exempelvis fluorsköljning bara säljs i liten utsträckning.

²¹ DDD, definierade dygnsdoser, är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling av läkemedlets huvudindikation. DDD/1 000 invånare/dag är ett sätt att mäta läkemedelskonsumtion i en befolkning.

Väntetiderna vid akutmottagningar visar brister

Socialstyrelsen har sedan 2010 haft regeringens uppdrag att ta fram ett förslag på ett system för att följa väntetider och kvalitet vid akutmottagningar på sjukhus. Via tre enkäter till landstingen har väntetiderna för åren 2012–2013 kartlagts. Resultatet visar på stora skillnader mellan landstingen. Bristerna beror enligt landstingen på problem med jourssystem, överbeläggningar, bemanning samt många patienter med lindriga åkommor.

I december 2013 lämnade Socialstyrelsen en slutrapport om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar till regeringen. Väntetiden på landets akutmottagningar blir allt längre och skillnaderna i landet är stora. I Piteå får genomsnittspatienten vänta i 20 minuter på att träffa en läkare jämfört med genomsnittspatienten på Sahlgrenska akutmottagning som får vänta längst i hela landet, 1 timme och 53 minuter. Genomsnittet för den totala vistelsetiden vid akutmottagningar har ökat över tid och är nu 2 timmar och 46 minuter [66].

Telefontillgängligheten är oförändrad

SKL sammanställer uppgifter om telefontillgänglighet och väntetid till besök hos läkare i primärvården. I den nationella vårdgarantin anges att den som söker primärvård ska få kontakt samma dag och om det finns behov av att träffa en läkare ska det ske inom sju dagar.

Uppföljningarna visar att den genomsnittliga telefontillgängligheten för hela landet har varit närmare 90 procent de senaste åren. För våren 2013 varierade telefontillgängligheten mellan 78 och 99 procent [67].

I mätningen våren 2013 hade 93 procent av alla patienter fått en tid inom sju dagar. Det är ett resultat som varit stabilt under de senaste åren. Variationen mellan landstingen och regionerna är däremot stora. Region Halland och Region Gotland tar emot 98 procent av sina patienter inom sju dagar, medan bara 80 procent av patienterna i Dalarna får ett läkarbesök inom sju dagar.

Oförändrade väntetider inom specialistvård

I den nationella väntetidsdatabasen registreras nationella uppgifter för uppföljning av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Totalt var det 241 941 patienter som hade fått en remiss och väntade på ett besök hos läkare i september 2013. Andelen som hade väntat längre än 90 dagar var 16 procent. Det är en förändring med två procent sedan året innan, vilket innebär oförändrade väntetider.

Den nationella patientenkäten för patienter som vårdats på sjukhus under 2012 visar att 66 procent av patienterna ansåg att väntetiden till behandling var acceptabel. Åtta procent uppgav att de inte hade behövt vänta medan 26 procent ansåg att väntetiden var för lång. Andelen patienter som inte behövt vänta är oförändrad. För övriga resultat ses en svag förbättring jämfört med enkäten år 2010.

Undersökningen för den öppna specialiserade sjukhusvården visar att 48 procent fick en tid för besök så snart de önskade. Det var 40 procent som inte

hade några önskemål och 12 procent ansåg inte att de fick tid så snart som de skulle vilja. Resultatet är relativt oförändrat jämfört med tidigare år.

Kömiljarden fortsätter

Under många år har försök gjorts att åtgärda långa väntetider inom hälso- och sjukvården genom nationella och lokala initiativ. Vårdgarantier har funnits i olika former de senaste tjugo åren. År 2010 blev vårdgarantier för besök och behandling lag (2010:243) och mellan åren 2009 och 2011 överfördes stimulansmedel från staten till landstingen genom den så kallade kömiljarden. Villkoren för att ta del av dessa medel var att landstingen uppfyllde vissa nationellt fastställda mål för väntetider inom den specialiserade vården. Kömiljardsatsningen fortsätter under perioden 2012–2014.

Villkoret för att under 2012 få del av kömiljarden var att landstingen erbjöd minst 70 procent av patienterna besök i den specialiserade vården inom 60 dagar och behandling inom 60 dagar. Nio av tio landsting uppfyllde något av kriterierna. Resultatet varierar mellan de olika landstingen, både generellt och mellan specialiteterna. Drygt 70 procent av alla patienter fick vänta kortare tid än 60 dagar på vård.

Regeringen och SKL träffade under perioden 2007–2011 särskilda överenskommelser om tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I 2012 års överenskommelse ingick en särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa. År 2013 ingår denna satsning i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Resultatet redovisas sist i detta avsnitt.

Stor spridning i ersättning till landstingen

Kraven på landstingen för att få del av kömiljarden och sättet att följa upp prestationerna har varierat under åren. Under 2012 var det några landsting som inte levde upp till kraven för besök, operation eller åtgärd inom 60 dagar, medan andra landsting klarade kraven fullt ut. Detta ledde till att ersättningen varierade mellan landsting från 0 kronor till 544 kronor per invånare. Spridningen i resultatet visar att väntetidssituationen är mycket olika i landstingen. Spridningen i ersättningens storlek har ökat under åren.

Både positiva och negativa effekter av kömiljarden

Socialstyrelsens uppföljning för åren 2009–2011 visar att kunskapen om vårdgarantin och dess regler i allmänhet är svag hos hälso- och sjukvårdspersonal och bland befolkningen. Kömiljarden har också kritiserats för att ersättningen går till de landsting som redan har korta väntetider. Möjligheten att få ta del av stimulansmedlen riskerar också att leda till att väntetider i andra delar av vårdkedjan än de som omfattas av ersättningen förlängs och att det sker en underrapportering av exempelvis antalet väntande.

De positiva effekter som vårdgaranti och kömiljard lett fram till är ökat patientinflytande över hur och när vården ges. Reformerna har också ökat landstingens motivation till att arbeta med effektivisering och samarbete i vårdkedjorna. Samtidigt har det påpekats att vårdgarantin och kömiljardens inriktning på nybesök ändrar prioriteringarna och medverkar till att andra patienters vårdbehov inte kan tillgodoses på ett bra sätt. Undanträngningen

har dock varit svår att mäta. Socialstyrelsen har genomfört några specialstudier som visat på ett samband mellan förlängda återbesökstider och tidpunkt för mätning av hur landstingen uppfyller kömiljardens krav.

Internationella jämförelser av väntetider

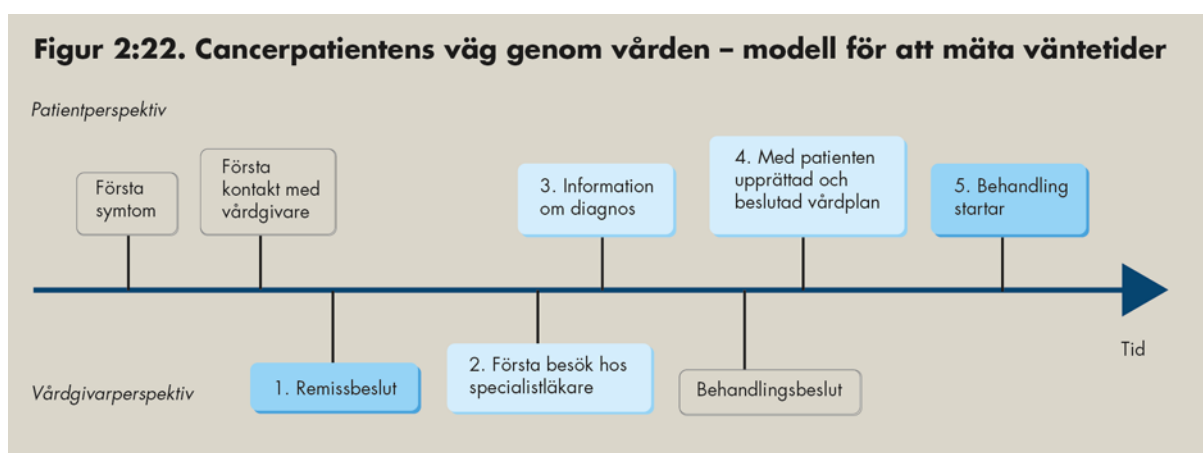
I internationella studier hamnar Sverige ofta i topp vid jämförelser av kvalitet inom olika hälso- och sjukvårdssystem, undantaget väntetider och tillgång till vård. Jämförelser mellan olika OECD-länder visar att väntetiderna skiljer sig kraftigt åt, exempelvis för höft- och knäoperationer och gråstarrsoperationer [10]. Om jämförelsen görs mellan länder som har liknande sjukvårdssystem blir skillnaderna mindre. Till exempel har Kanada, Norge och Storbritannien ungefär lika långa väntetider som Sverige inom planerad kirurgi [68].

Flera länder har infört väntetidsgarantier för att förbättra tillgången till planerad vård. Samtidigt finns det också studier som visar att det skiljer sig mellan olika länder var i vårdprocessen man startar att mäta, vilka vårdområden som mäts och hur patientens väg genom vården ser ut. Detta gör det väldigt svårt att jämföra väntetider.

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 2:22).



Socialstyrelsen har under 2013 för tredje gången genomfört en mätning av väntetider för nio olika cancerformer [69]. Underlaget till mätningen hämtas från kvalitetsregistren för de olika cancerformerna.

Någon större förändring av väntetiderna har inte skett sedan den första mätningen som genomfördes 2011. Väntetiderna i cancervården är fortfarande långa, och i många fall oacceptabla. De regionala skillnaderna är också stora. Medianväntetiden för prostatacancer är 140 dagar i Västra Götalands län jämfört med 210 dagar i Stockholms län. För flera cancerformer får patienterna i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar.

Tabell 2:4. Medianväntetid för olika cancerformer

Regionala variationer, förhållande mellan landsting med längsta och kortaste väntetider de senaste tre åren.

Cancerform	Min	Max
Urinblåsa	25	76
Njure	38	105
Prostata intermediär- och högriskgrupp	111	251
Prostata metastaserad	28	102
Huvud- och hals	35	76
Tjocktarm	29	69
Ändtarm	41	76
Lunga	18	56
Malignt melanom	15	55
Bröst	8	32

Källa: Väntetider i cancervården. Delrapport oktober 2013. Stockholm, Socialstyrelsen 2013.

Det finns fortfarande stora skillnader i väntetider för behandling av olika cancerformer. Väntetiden är ofta relaterad till tumörens allvarlighetsgrad. De patienter som vid mättillfället hade en allvarligare tumörform, exempelvis vid prostatacancer, hade kortare väntetider.

Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

Under 2007–2012 har landstingen fått 1,3 miljarder kronor i statsbidrag för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Resultatet från Socialstyrelsens uppföljning av tillgänglighetssatsningen visar att väntetiderna till BUP inte har förbättrats under perioden 2011–2013, samt att bemanningssituationen är fortsatt pressad inom många landsting [70]. De neuropsykiatriska diagnoserna fortsätter att öka. Tillgänglighetssatsningen och dess resultat beskrivs mer ingående i kapitlet *Barn och unga*.

Tandhälsa och tandvård

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

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

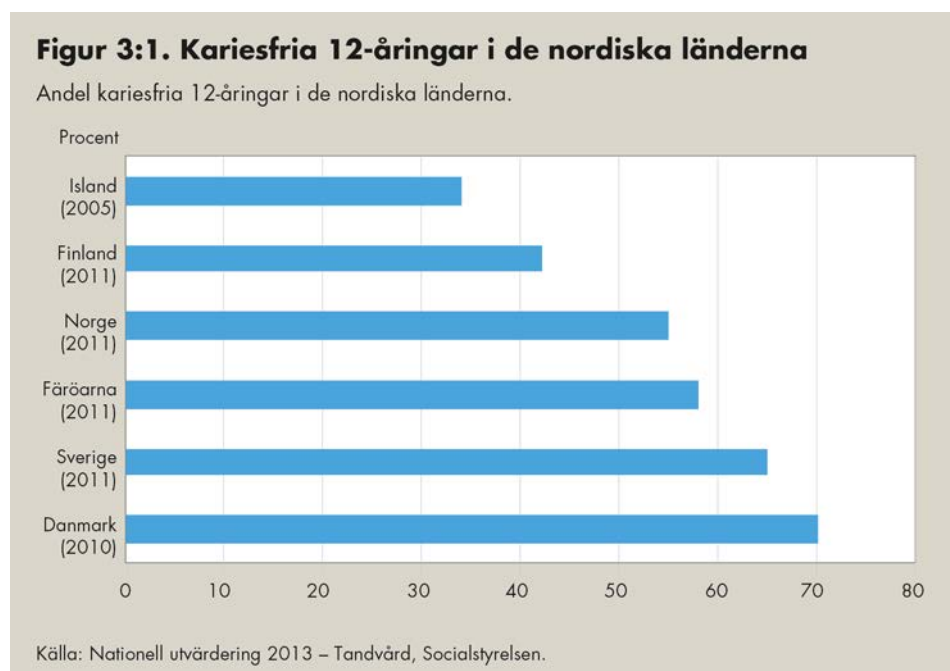
- Majoriteten av befolkningen har en god tandhälsa och besöker tandvården regelbundet. Drygt 70 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökte tandvården för en undersökning under perioden 2009–2011. Samtidigt kvarstår skillnaderna i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper som arbetslösa och utlandsfödda.
- Allt färre barn drabbas av karies, men även här finns det stora skillnader i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund.
- Majoriteten av befolkningen är nöjda med tandvården. Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvårdens kvalitet visar att 95 procent anser sig ha blivit respektfullt bemötta när de besökt tandvården.
- Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdens kvalitet visar att de allra flesta patienter är nöjda med bemötandet i tandvården och med den information de får för att själva kunna förebygga tandsjukdomar. Samtidigt visar resultaten också att personer födda utanför Europa, arbetssökande, låginkomsttagare och lågutbildade känner sig respektfullt bemötta i lägre utsträckning än genomsnittet. Informationen från tandvårdens sida om behandlingsalternativ och behandlingskostnad behöver också förbättras.
- Många äldre har problem med munhälsan, men trots det är det ovanligt att munhälsan tas upp av kommunernas handläggare när de bedömer äldres biståndsbehov. Endast fem procent av handläggarna uppger att de alltid tar upp munhälsa och tandvård vid sina bedömningar.
- Det är fortsatt stora skillnader i antibiotikaföreskrivningen över landet beroende på olika praxis.
- Socialstyrelsen bedömer att uppföljningen av tandvården skulle kunna förbättras genom att tandhälsoregistret utvecklas, bland annat genom att inkludera barn och unga.

Aktuell utveckling

Majoriteten har god tandhälsa

Befolkningen har generellt sett en god tandhälsa. I Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2012 uppgav 71 procent av svarspersonerna i gruppen 20 år och äldre att de har god eller mycket god tandhälsa [1].

Även barn och unga har generellt en god tandhälsa och andelen kariesfria barn och ungdomar ökar. År 2011 var 79 procent av 6-åringarna kariesfria. Samma år var 65 procent av 12-åringarna kariesfria, vilket kan jämföras med 63 procent år 2010. En nordisk jämförelse av andelen kariesfria 12-åringar visar att Sverige ligger mycket bra till. Endast Danmark har en större andel kariesfria med 70 procent kariesfria 12-åringar (figur 3:1).



För 19-åringar följs andelen approximativt kariesfria upp, det vill säga andelen 19-åringar som är kariesfria på tändernas sidoytor. Andelen approximativt kariesfria 19-åringar har ökat från 36 procent 1985 till 66 procent 2011 [1].

Vanligt att äldres munhälsa missas vid biståndsbedömning

Det är vanligt att äldre har problem med mun och tänder. Det visar resultaten från Tandläkarförbundets enkät till ansvariga för biståndshandläggning i kommunerna från 2013 [2]. Var femte handläggare upplever att sköra eller sjuka hemmaboende ofta har dålig tandhälsa och svårt att sköta sin munhygien. Samtidigt uppgav bara fem procent att de alltid tar upp munhälsa och tandvård när de bedömer äldres biståndsbehov. Detta är en försämring jämfört med den enkätundersökning som Tandläkarförbundet genomförde 2011 [3].

Skälen till att de inte tar upp tandvård och munhälsa är att det ofta ses som något som ingår i personlig omvårdnad, och som därmed ska ingå i utförarnas (sjuk- eller hemvårdens) verksamhetsplaner. Biståndshandläggarna fattar enbart rambeslut om hjälp med omvårdnad och har inga rutiner för att ta upp frågor om tandvård.

Majoriteten av de biståndshandläggare som svarade att de uppmärksammar de äldres munhälsa följer inte upp hur det gick vid tandvårdsbesöket. Resultaten från 2013 års enkät visar att mindre än hälften av biståndshandläggarna känner till vad som ingår i en munhälsobedömning. Vidare uppger endast 32 procent av biståndshandläggarna att de erbjuder information och utbildning om munhälsa och tandvård. Tandläkarförbundet konstaterar att det finns ett stort behov av rutiner för hur kommunerna ska hantera tandvårdsfrågorna vid mötet med äldre och att det finns stort behov av att lyfta tandvårdsfrågornas betydelse. Socialstyrelsen delar denna uppfattning.

Kunskapsbaserad tandvård

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

Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdens kvalitet

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av tandvården. Med utgångspunkt i indikatorerna i Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 och Övergripande nationella indikatorer för god tandvård [4,5] har Socialstyrelsen jämfört och utvärderat kvaliteten och effektiviteten i svensk tandvård. Utvärderingen visar att det finns stora skillnader mellan landstingen och regionerna för flera av indikatorerna, till exempel inom områdena bemötande och information till patienterna. Socialstyrelsen har identifierat ett antal förbättringsområden utifrån resultaten och bedömningarna.

Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer handlar bland annat om att tandvården kan förbättras genom att

- vårdgivarna arbetar för att alla patienter som besöker tandvården känner sig respektfullt bemötta
- vårdgivarna arbetar för att förbättra informationsinsatserna om behandlingsalternativ och behandlingskostnad till patienterna
- vårdgivarna ser över och anpassar sina rutiner för antibiotikaförskrivning till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna
- vårdgivarna förbättrar arbetet för att andelen vuxna som ges sjukdomsbehandling mot karies ökar
- huvudmännen arbetar för att minska de regionala skillnaderna i förekomst av karies hos barn och ungdomar
- utveckla tandhälsoregistret, bland annat genom att inkludera barn och unga [6].

Nytt regionalt kompetenscentrum inom äldre tandvården

Akademiskt centrum för äldre tandvård (ACT) bildades 2013 och är ett samarbete mellan Institutionen för Odontologi vid Karolinska Institutet, Folk-tandvården i Stockholms län och Stockholms sjukhem [7]. Centrumet bedriver klinisk äldre tandvård, utbildning och kompetensutveckling inom oral hälsa hos äldre och forskning inom äldre tandvård och gerodonti för att öka kunskapen om oral hälsa och förbättra äldres tandhälsa i Stockholms län. Ett viktigt uppdrag vid ACT är att sprida den information och kunskap som tagits fram eller utvärderats vid centrumet. Ambitionen är att centrumet ska få nationell status.

Inom området finns sedan tidigare Centrum för äldre tandvård i Västra Götaland som arbetar med att bygga upp kunskap och kompetens kring äldres munhälsa, och som också arbetar med att sprida denna bland annat till vårdpersonal. Detta centrum har tagit fram ett webbaserat forum för kompetensutveckling där vårdpersonal kan få konsultation om bland annat vårdplanering. Centrumet samverkar även i olika forskningsprojekt för att få fram ny kunskap om äldres munhälsa.

Hälsodata och kvalitetsregister

Socialstyrelsens tandhälsoregister har byggts ut

Socialstyrelsens tandhälsoregister inrättades 1 juli 2008. Tandhälsoregistret innehåller uppgifter om patienter som har behandlats med åtgärder inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. De uppgifter som registreras är information om patienternas diagnoser, behandlingar och antalet kvarvarande och intakta tänder. Den 31 oktober 2013 innehöll registret uppgifter om cirka 6,4 miljoner unika individer, 79,4 miljoner diagnoser och 84,4 miljoner behandlingsåtgärder.

Från och med 1 januari 2013 innehåller registret även uppgifter om på vilka grunder särskilt tandvårdsbidrag har lämnats, och på vilken grund en patient har fått tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Registret används för forskning och statistikändamål. Ett exempel där uppgifter från registret har använts är vid Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvårdens kvalitet 2013.

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 inom tandvården, samt att registrera patienttillfredsställelse, tuggfunktion, implantatförluster och övriga komplikationer. I dag finns det stora kunskapsluckor när det gäller behandlingsresultat och komplikationer vid implantatbehandling.

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa)

Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) ska medverka till att förbättra munhälsa när det gäller karies och parodontit genom att utveckla kvalitet och behandlingsresultat inom tandvården. Registret ska även bidra

till att utveckla verksamheten både på kliniknivå och på nationell nivå. Dessutom används uppgifter från registret i olika forskningsprojekt, och Socialstyrelsen använde registret som datakälla i den nationella utvärderingen av vuxentandvården 2013.

Sammanlagt innehåller SKaPa uppgifter om 1,8 miljoner vuxna patienter och nästan 300 000 barn och ungdomar år 2013. Uppgifter om diagnostik och behandling kommer från cirka 600 kliniker [8].

Hösten 2013 var 12 landsting och regioner anslutna till SKaPa. Planen är att samtliga landsting och regioner ska anslutas till registret inom kort. SKaPa har även tecknat avtal med Praktikertjänst för att ansluta privata mottagningar. Den första privata mottagningen anslöts till registret hösten 2012 och tanken är att privattandvården ska anslutas successivt. Detta är viktigt eftersom stora delar av vuxentandvården sköts av privattandvården.

Säker tandvård

En säker tandvård minskar risken för vårdskador och ökar patientsäkerheten.

Landstingen har olika rutiner när det gäller lex Maria

Någon nationell sammanställning över hur många patienter som skadas i tandvården finns inte. De anmälningar av vårdskador som fram till sommaren 2013 gjordes till Socialstyrelsen enligt lex Maria ger heller inte någon fullständig bild av vårdskadorna inom tandvården eftersom det inte är alla allvarliga händelser som anmäls. Det kan bero på olikheter i rutinerna för anmälningar mellan olika vårdgivare. Socialstyrelsens utvärdering av tandvården visar stora skillnader mellan landstingen när det gäller sådana olikheter [1]. Under 2012 fattade Socialstyrelsen beslut i 51 lex Maria-ärenden som rör tandvård.

Från och med 1 juni 2013 sköts handläggningen av lex Maria-anmälningarna och klagomålshanteringen av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (3 kap 5 § och 7 kap 10 § lag (2012:957) om ändring i patientsäkerhetslagen 2010:659). Uppgifter från Socialstyrelsen och IVO visar att de båda myndigheterna fattade 79 beslut i lex Maria-ärenden som rörde tandvård under 2013.

Statistiken från Socialstyrelsen för 2012 visar att 6 procent av de enskilda klagomålen som kom in gällde verksamhetsområdet tandvård. Tandvården är också den verksamhet som får mest kritik i förhållande till antal enskilda klagomål. Tandvården stod 2012 för 10 procent av Socialstyrelsens beslut med kritik. De vanligaste bristerna finns inom diagnos och behandling men även inom dokumentation [9].

Skillnaderna i antibiotikaförskrivning över landet fortsatt stora

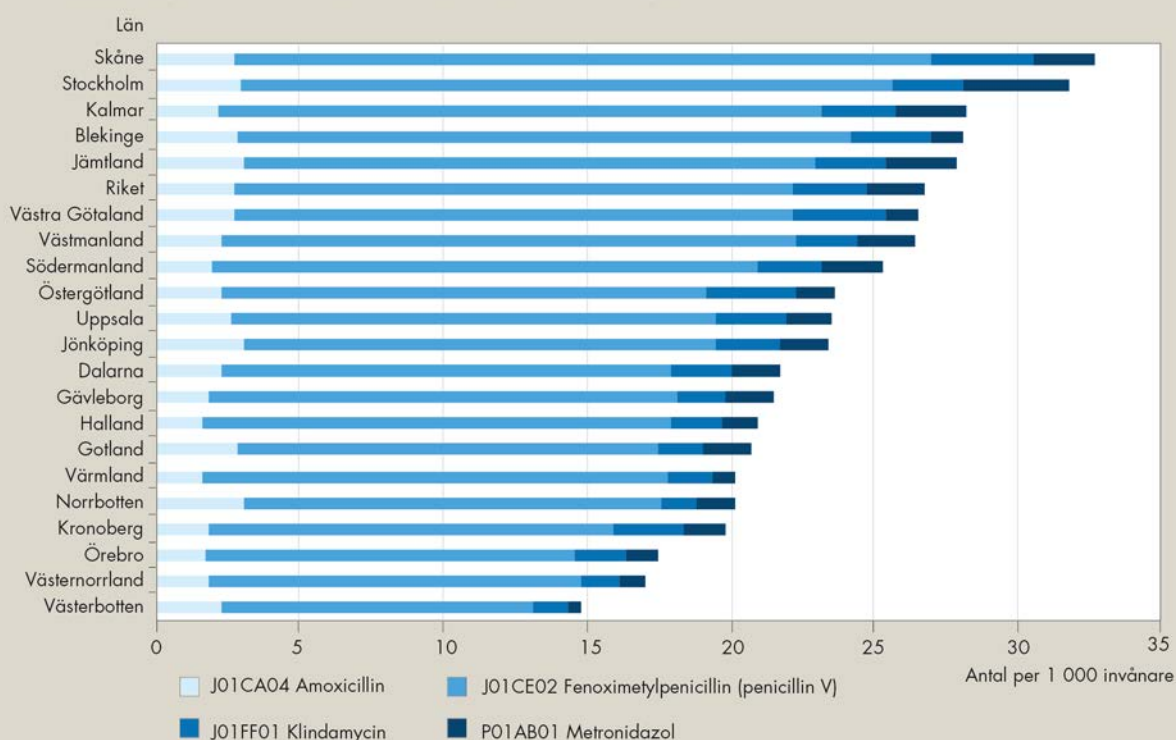
Under 2012 stod tandvården för cirka 7 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvården (ingen förändring jämfört med 2011). Under 2012 minskade tandläkares förskrivning av antibiotika med 3 procent [10]. V-penicillin (Pc-

V) utgjorde precis som tidigare år 75 procent av all antibiotika som förskrivs av tandläkare.

Det är fortsatt stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivning inom tandvården. Tandläkare i Stockholm och Skåne skriver precis som tidigare år ut dubbelt så mycket antibiotika som tandläkare i Västerbotten (figur 3:2). Jämfört med 2012 har dock förskrivningen minskat något [11].

Figur 3:2. Antibiotikaförskrivning av tandläkare

Antal förpackningar per 1 000 invånare, 1 september 2012–31 augusti 2013.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Situationen inom barntandvården är likartad. Även här finns det stora skillnader i antibiotikaförskrivning mellan landstingen. Varför det är så stora regionala skillnader i antibiotikaanvändningen är inte känt, men eftersom behovet är ungefär lika stort över hela landet tyder de stora skillnaderna på en skillnad i praxis [6]. När följsamheten till rekommendationerna från Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården ökar bör skillnaderna med tiden jämnas ut.

I Skåne arbetar folktandvården aktivt för att minska förskrivningen och därmed bromsa utvecklingen av antibiotikaresistens. Man satsar på utbildning i antibiotikaförskrivning till personalen för att öka följsamheten till riktlinjerna och har även satt upp mål för hur mycket förskrivningen ska minska. Hittills i år har antibiotikaförskrivningen minskat med 20 procent jämfört med 2012, uppger folktandvården i Skåne [12].

Individanpassad tandvård

Individanpassad eller patientanpassad tandvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet. Vården ska planeras i samråd med patienten och det är viktigt att patienten bemöts med respekt och lyhördhet för sina specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar (3 § TL).

Många nöjda med tandvården och bemötandet

Socialstyrelsens utvärdering av tandvården visar att 95 procent av patienterna anser sig ha blivit respektfullt bemötta när de besökt tandvården. Mest nöjda var de i Uppsala län där 98 procent av befolkningen var nöjda med bemötandet vilket kan jämföras med 91 procent i Västmanland.

Samtidigt som 95 procent av alla anser sig ha blivit respektfullt bemötta finns det stora skillnader i upplevt bemötande mellan personer med olika socioekonomisk bakgrund och mellan personer med olika födelseland [1]. Personer födda utanför Europa, arbetssökande, låginkomsttagare och lågutbildade känner sig respektfullt bemötta i lägre utsträckning än genomsnittet. Socialstyrelsen betonar därför i sina rekommendationer att det är viktigt att tandvården i mötet med patienten arbetar för att alla ska bli respektfullt bemötta som individer [6].

Befolkningen är överlag nöjd med tandvården. Det visar mätningen av nöjdhetsindex för 2013 från Svenskt kvalitetsindex [13]. Precis som tidigare år är befolkningen mer nöjda med privattandvården än med folktandvården. Nöjdhetsindex för privattandvården ligger på 85,4 av 100 medan nöjdhetsindexet för folktandvården är knappt 10 poäng lägre.

Blandad bild av hur tandvården lyckas med sitt informationsansvar

För en god tandhälsa är det viktigt att patienten är delaktig i den egna vården. Tandvården har därför ett ansvar när det gäller att informera patienterna om deras hälsotillstånd och hur de ska utföra egenvård på bästa sätt [1]. Majoriteten av patienterna var nöjda med den information de hade fått från tandvården för att själva kunna förebygga tandsjukdomar [1]. Totalt uppgav 86 procent av svarspersonerna i Socialstyrelsens befolkningsenkät att de hade fått tillräcklig information. Detta innebär att tandvården lyckas väl med sitt informationsansvar avseende egenvård. Samtidigt måste resultaten tolkas med viss försiktighet eftersom Socialstyrelsens enkät hade en svarsfrekvens på 60,3 procent.

Patienter som ska genomgå omfattande behandling har även rätt att få tillräcklig information om behandlingsalternativ (10 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd). Med omfattande behandling avses bland annat protetiska åtgärder som krona, bro eller implantat. I Socialstyrelsens utvärdering av tandvården var det 42 procent som uppgav att de fått en omfattande behandling [1]. Av dessa 42 procent var det 33 procent som uppgav att de hade fått tillräcklig information om behandlingsalternativ.

Personer födda utanför Europa och arbetslösa svarade i lägre utsträckning än andra grupper att de hade fått tillräcklig information om egenvård och information om behandlingsalternativ. Detta innebär att tandvården inte lyckats särskilt väl med sitt informationsansvar i dessa båda frågor.

Enligt 4 § TL har patienten även rätt till information om vad behandlingen kommer att kosta. Detta är en viktig faktor eftersom olika behandlingsmetoder kan betyda avsevärda skillnader i behandlingskostnad för patienten. 36 procent uppgav att de hade fått information om behandlingens kostnad vid sitt senaste besök. Nästan hälften av gotlänningarna och västmanlänningarna uppgav att de fått information om behandlingskostnad medan endast en fjärdedel av svarspersonerna i Kronoberg och Dalarna uppgav samma sak [1].

Födelseland och socioekonomi har ett blandat genomslag i frågan. Låginkomsttagare hade exempelvis fått information om behandlingskostnad i högre grad än höginkomsttagare, vilket kan bero på att låginkomsttagare mer aktivt efterfrågar information om kostnader.

Det är negativt att endast 36 procent uppgav att de fått information om behandlingens kostnad. Detta innebär att tandvården inte lyckats särskilt väl med sitt informationsansvar i detta avseende. Socialstyrelsen bedömer att tandvården kan förbättras genom att vårdgivarna ökar informationsinsatserna om behandlingsalternativ och behandlingskostnader [6].

Jämlik tandvård

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

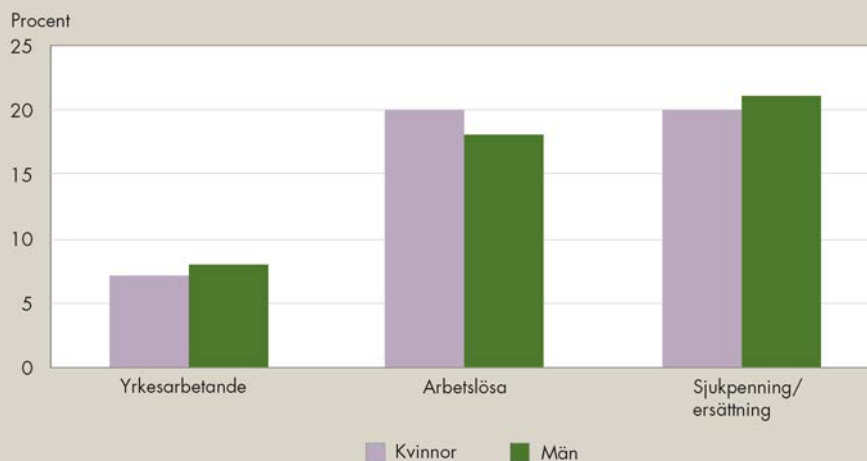
Fortsatt stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper

Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2012 bekräftar de stora skillnaderna i tandhälsa mellan olika grupper som tidigare uppmärksammats i rapporter från Försäkringskassan och Socialstyrelsen [1].

De tydliga skillnaderna i självskattad tandhälsa mellan olika grupper bekräftas även i Folkhälsoinstitutets årliga enkätundersökning *Hälsa på lika villkor* [14]. Yrkesarbetande har märkbart bättre självskattad tandhälsa än arbetslösa och personer med sjukpenning eller sjukersättning (figur 3:3). Samtidigt har den självskattade tandhälsan förbättrats något i gruppen med sjukpenning eller sjukersättning sedan 2011 men i gengäld har den försämrats i gruppen arbetslösa. Enkäten hade en svarsfrekvens på cirka 50 procent varför resultaten måste tolkas med viss försiktighet.

Figur 3:3. Andel personer som uppger sig ha dålig tandhälsa

Efter sysselsättning och kön, 16–84 år.

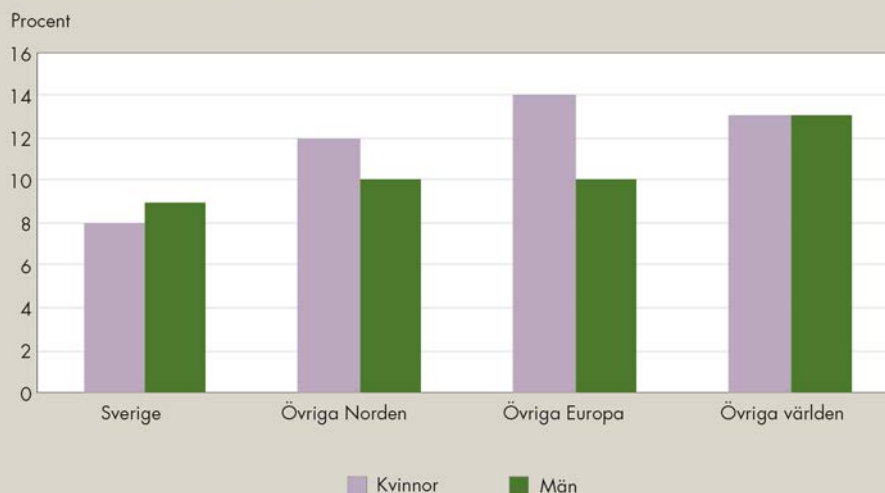


Källa: Folkhälsoenkäten 2013, Folkhälsoinstitutet.

Födelseland har också fortsatt stor betydelse för självupplevd tandhälsa. Svenskfödda hade precis som tidigare år markant bättre självskattad tandhälsa än personer födda utanför Europa (figur 3:4). Skillnaden i tandhälsa mellan olika grupper har dock minskat jämfört med tidigare år. Detta gäller särskilt män födda i övriga världen där andelen med dålig självrapporterad tandhälsa sjunkit från 21 procent 2011 till 13 procent 2012 [15].

Figur 3:4. Andel personer som uppger sig ha dålig tandhälsa

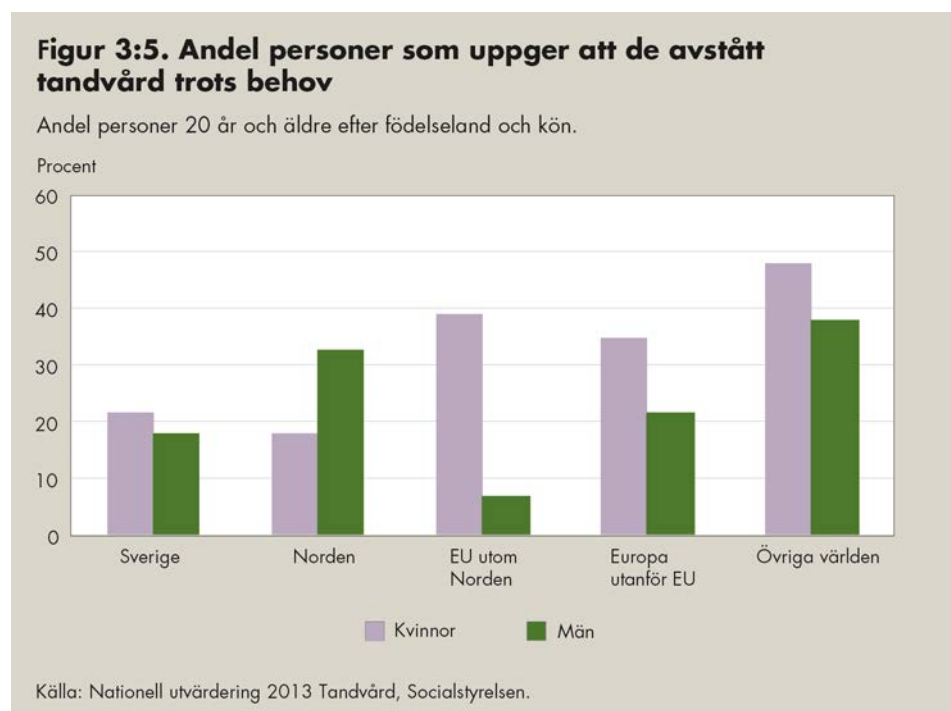
Efter födelseland och kön, 16–84 år.



Källa: Folkhälsoenkäten 2013, Folkhälsoinstitutet.

Vanligt att avstå från tandvård trots behov

Det är relativt vanligt att avstå tandvård trots att man har behov av det. I Socialstyrelsens befolkningsenkät från 2012 uppgav 22 procent att de hade avstått tandvård en eller flera gånger trots behov [1]. Utlandsfödda hade avstått från tandvård trots behov i större utsträckning än svenskfödda (figur 3:5).



Kvinnor födda i EU-länder utanför Norden hade avstått tandvård trots behov i betydligt högre grad än män i samma grupp. Låginkomsttagare, arbetslösa och långtidssjukskrivna hade också avstått från tandvård trots behov i högre utsträckning än andra.

Ekonomiska orsaker är även fortsättningsvis den vanligaste anledningen till att avstå från tandvård trots behov. I den senaste nationella folkhälsoenkäten uppgav 60 procent av de som avstått från tandvård trots behov att de hade gjort det av ekonomiska orsaker [14]. Socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda angav ekonomiska orsaker till att de hade avstått från tandvård trots behov i högre utsträckning än andra. Denna bild bekräftas av Socialstyrelsens befolkningsundersökningar [1].

En betydande andel av befolkningen har avstått från tandvård av ekonomiska skäl

Samtidigt som majoriteten av befolkningen uppger sig ha en god tandhälsa och regelbunden kontakt med tandvården har nästan var tredje person inte besökt tandvården för undersökning under perioden 2009 – 2011 [1]. Av dessa är det som vi sett en betydande andel som har avstått från tandvård trots att de har ett behov.

En betydande andel av befolkningen avstår tandvård av ekonomiska skäl. Var femte svarsperson i Socialstyrelsens utvärdering uppgav att de helt eller delvis hade avstått från tandvård av ekonomiska skäl. Socioekonomiskt utsatta och utlandsfödda avstod från tandvård av ekonomiska skäl i högre utsträckning än andra grupper. Exempelvis uppgav hälften av de utlandsfödda att de hade avstått från tandvård av ekonomiska skäl, vilket kan jämföras med 17 procent av de förvärvsarbetande [1].

Det utökade stödet till personer med sjukdom eller funktionsnedsättning

Den 1 januari 2013 trädde det nya tandvårdsstödet för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i kraft. Det utökade stödet består av två delar. 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. Socialstyrelsen har även tagit fram meddelandebladet *Nya föreskrifter om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning* (nr 14/2012) med mer information om vad som står i föreskrifterna.

1. 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.
2. 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 som ett led i arbetet att göra tandvården mer jämlik.

Stora skillnader i tandhälsa hos barn och unga

Samtidigt som tandhälsan förbättras bland barn och unga finns det fortfarande stora skillnader i tandhälsan mellan olika grupper. Det finns ett tydligt samband mellan föräldrars och barns tandhälsa. Karies är betydligt vanligare hos barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. De starkaste riskfaktorerna bland barn och unga för att få karies är att

- föräldrarna är födda utanför Norden och Västeuropa
- familjen får ekonomiskt bistånd
- föräldrarna har låg utbildning
- föräldrarna är unga och själva har dålig tandhälsa [16].

Vidare finns en ökad risk att barnen inte alls kommer till tandvården om de har en ensamstående förälder, en ung förälder, om familjen får ekonomiskt bistånd eller om föräldrarna har låg utbildning.

De regionala uppföljningar av barns och ungas tandhälsa som görs bekräftar denna bild och visar på fortsatta stora skillnader i tandhälsa mellan barn och unga med olika socioekonomisk bakgrund. I Stockholms län skiljer sig tandhälsan markant mellan olika geografiska områden varför länet har delats in i olika vårdbehovsområden. På så sätt får vårdgivarna likvärdiga förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Tandhälsan har dock förbättrats mest hos 19-åringarna i de minst utsatta områdena, vilket gör att skillnaderna i tandhälsa därmed faktiskt ökat över tid eftersom tandhälsan i de mest utsatta områdena inte förbättrats särskilt mycket de senaste tre åren [17].

Tandvården har en viktig roll när det gäller barn som far illa

Barnombudsmannen har uppmärksammat att det är en minoritet av tandläkarna som fullgör skyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. De allra flesta barn- och ungdomar besöker tandvården regelbundet vilket innebär att den borde ha goda möjligheter att upptäcka övergrepp och försummelse [18]. Barn som lider av vanvård har ofta brister i munhälsan. Barns munhälsa avslöjar därför mycket om hur deras behov av vård och omsorg tillgodoses av föräldrarna [19].

Den 1 januari 2013 infördes en förändring i socialtjänstlagen om när anmälningsskyldiga ska anmäla till socialnämnden. Både hälso- och sjukvården och tandvården omfattas av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Tidigare skulle anmälan göras vid kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Förändringen i lagstiftningen tjänar bland annat till att göra det lättare för anmälaren att avgöra när en anmälan ska göras [20].

Socialstyrelsen har tagit fram vägledningen *Barn som far illa eller riskerar att fara illa* som ska stödja hälso- och sjukvården och tandvården i deras arbete med att identifiera barn som far illa eller riskerar att fara illa och fullgöra den lagstadgade anmälningsskyldigheten till socialnämnden.

Tillgänglig tandvård

Enligt 3 och 8 §§ TL ska tandvård vara lätt tillgänglig och planeringen av tandvård ska ske med utgångspunkt i befolkningens behov.

Hög besöksfrekvens

Under treårsperioden 2009–2011 besökte 71 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) tandvården för undersökning. Kvinnor hade högre besöksfrekvens än män, vilket stämmer överens med tidigare studier av Försäkringskassan och Socialstyrelsen [1].

Personer i åldrarna 50–59 år var den grupp som besökte tandvården för undersökning i högst utsträckning. I denna åldersgrupp besökte 81 procent av kvinnorna tandvården för undersökning under treårsperioden. Det var dock

stora skillnader i besöksfrekvens mellan personer födda i Sverige och personer födda utomlands. Sett över en treårsperiod besökte 75 procent av dem som är födda i Sverige tandvården för en undersökning jämfört med 49 procent av dem som är födda i ett annat land.

Det var också stora skillnader i besöksfrekvens mellan länen. I Jönköpings län besökte 73 procent av befolkningen tandvården under en treårsperiod vilket kan jämföras med 63 procent i Norrbottens län [1].

Tillgång på tandvårdspersonal

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) följer löpande tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i riket. Tillgången på tandläkare i Sverige ökade något 2011 jämfört med 2010. Det betyder att minskningen av antalet tandläkare under perioden 1995–2009 har avbrutits. Det återstår att se om det är tillfälligt eller om det rör sig om ett trendbrott [21].

Tandhygienistkåren fortsätter som tidigare år att växa i absoluta tal, men inte när det gäller antal tandhygienister per 100 000 invånare. År 2011 uppgick antalet tandläkare i tandvården till drygt 7 600 personer och antalet tandhygienister uppgick till drygt 3 800 personer [21]. Omkring 46 procent av tandläkarna och 43 procent av tandhygienisterna arbetar i privat regi.

Mer än 95 procent av tandhygienisterna är kvinnor medan könsfördelningen bland tandläkarna är mer jämn. År 2011 uppgick andelen kvinnliga tandläkare till 53 procent.

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 [21].

År 2011 fanns det 80 tandläkare och 40 tandhygienister per 100 000 invånare i riket. Västra Götalandsregionen, Stockholms län och Uppsala län hade högst tandläkartäthet i landet med 89, 87 respektive 85 tandläkare per 100 000 invånare. Lägst tandläkartäthet fanns det i Västernorrlands län och Gävleborgs län med 66 respektive 64 tandläkare per 100 000 invånare (tabell 3:1).

Tabell 3:1. Legitimerad tandvårdspersonal efter län, antal per 100 000 invånare, november 2011

Län	Tandhygienister	Tandläkare	Totalt
Stockholm	34	87	120
Uppsala	42	85	127
Södermanland	39	75	114
Östergötland	37	70	106
Jönköping	47	79	126
Kronoberg	29	76	106
Kalmar	34	69	103
Gotland	31	77	108
Blekinge	37	72	109
Skåne	39	82	120
Halland	38	74	112
Västra Götaland	38	89	128
Värmland	75	69	144
Örebro	46	74	120
Västmanland	39	74	113
Dalarna	59	67	126
Gävleborg	73	64	137
Västernorrland	35	66	101
Jämtland	42	78	120
Västerbotten	41	84	125
Norrbotten	43	77	120
Hela Riket	40	80	121

Källa: Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2011, s. 77. Socialstyrelsen; 2013.

Anm: Avrundningen av enskilda tal gör att totalsiffran ibland inte ser ut att stämma.

Tillgång på personal kan tyda på att det finns en regional skillnad i tillgänglighet till tandvård, men är ett för grovt mått för att användas för en bedömning av om tandvård ges i rimlig tid [6].

Vård och omsorg till barn och unga

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen utvecklingen av vård och omsorg till barn och unga enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Socialstyrelsen beskriver också aspekter på barns och ungas behov av vård, omsorg och stöd. Detta kapitel återger och kompletterar rapporten *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013* som Socialstyrelsen gav ut våren 2013. Det gäller särskilt psykisk ohälsa och vården och omsorgen för placerade barn och unga.

Kostnadsutvecklingen inom vården och omsorgen till barn och unga beskrivs i kapitlet *Ekonomiska analyser*. Uppgifter om barns och ungas 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 vård och omsorg till barn och unga.

Vilka Socialstyrelsen räknar som barn och unga varierar beroende på lagstiftning, men i detta avsnitt avses personer i åldrarna 0–24 år. Barn blir juridiskt vuxna vid 18 års ålder, som också är den övre åldersgränsen för dem som enligt artikel 1 i FN:s konvention om barnets rättigheter omfattas av konventionen.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Antalet barn och unga som har kontakt med den specialiserade öppenvården på grund av psykisk ohälsa ökar. Ökningen är tydligast för neuropsykiatriska diagnoser och för pojkar upp till och med 17 års ålder.
- Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats inom den sociala barn- och ungdomsvården fortsätter också att öka. Ensamkommande barn och unga står för en stor del av denna ökning.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar på en ökning i användandet av evidensbaserade metoder. Socialstyrelsen kan konstatera att utvecklingen är positiv, samtidigt visar resultaten i årets lägesrapport på behov av förbättringar. Tillståndet försätter exempelvis att vara problematiskt gällande tillgången till effektiva metoder. Detta gäller bland annat på hem för vård (HVB) och i stödet till barn och unga med psykisk ohälsa. Myndigheten kan också konstatera att kompetensen brister i HVB och är sårbar inom barn- och ungdomspsykiatri.
- FN:s barnkonvention används allt mer på policynivå, men det återstår emellertid mycket arbete innan alla barn både får möjlighet att komma till tals inom vården och omsorgen, och får individanpassade insatser utifrån sina behov.

- Det finns skillnader inom vården och omsorgen till barn och unga, bland annat mellan huvudmän, mellan pojkar och flickor, mellan placerade barn och unga och deras jämnåriga, samt mellan ensamkommande barn och andra placerade barn. Socialstyrelsen anser att det behövs fördjupade analyser om dessa skillnader på nationell nivå som stöd för vården och omsorgen att uppmärksamma och minska skillnaderna mellan olika verksamheter och grupper.
- Kunskapen ökar om sambandet mellan olika sorters utsatthet under uppväxten och om sambandet mellan tidig utsatthet och senare behov av vård och omsorg. Det understryker betydelsen av tidig upptäckt, tidigt stöd och väl fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola.

Aktuell utveckling

Samhällets insatser för barns och ungas hälsa, vård och omsorg sker både genom främjande och förebyggande verksamheter som möter i stort sett alla barn, och genom specialiserade verksamheter som möter barn och unga med större och ofta långvariga stödbehov.

Positiv bild av den somatiska hälso- och sjukvården

Den neonatala dödligheten är låg i Sverige jämfört med övriga Europa. I riket som helhet var den neonatala dödligheten 1,6 barn per 1 000 levande födda under perioden 2007–2011, vilket motsvarar cirka 170 barn per år. Antalet varierade mellan 0,9 och 2,8 bland landsting och regioner. Den statistiska osäkerheten är dock stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små [1].

Ungefär 10 procent av alla nyfödda vårdades på en neonatalavdelning under 2012. Den allra mest sårbara patientgruppen är prematura barn som kräver högspecialiserad vård på neonatalavdelningen. Olika livsuppehållande åtgärder medför exempelvis att man använder katetrar, som i sig utgör en infektionsrisk. Prematura barn kräver nästan utan undantag antibiotikabehandling, samtidigt som dessa barn föds utan en egen uppsättning bakterier, vilket medför en risk att de får del av sjukhusets ”normalflora”. Under 2012 fick ungefär 5 procent av alla neonatalvårdade en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion [1].

Infektioner är en mycket vanlig orsak till att barn har kontakt med hälso- och sjukvården. De flesta luftvägsinfektioner beror på virussmitta och går över av sig själva. Under 2012 behandlades dock 25 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är förstahandsvalet penicillin V. Variationen mellan landstingen var stor, 14–28 procent. I riket var andelen penicillin V-behandlade barn 71 procent. Någon absolut målnivå finns inte, men resultaten för de landsting som har högst andel penicillin V ger en god fingervisning om vilka resultat som är möjliga att uppnå.

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn och ungdomar i Sverige. En viktig indikator i barn- och ungdomsdiabetesvården är me-

delblodsocker (HbA1c). I riket som helhet uppnådde knappt 36 procent av barnen år 2012 ett målvärde där HbA1c ska vara lägre än 57 mmol/mol, 35 procent av flickorna och knappt 37 procent av pojkarna. Denna andel har varit oförändrad eller svagt sjunkande i riket sedan 2006, men ökade mellan 2011 och 2012 med mer än tre procentenheter. Resultaten varierar relativt mycket mellan landstingen, 27–66 procent. Att färre än 40 procent når behandlingsmålet visar att det finns en påtaglig förbättringspotential i många landsting. Detsamma gäller variationen mellan landstingen.

Skillnaderna mellan landsting och regioner är mindre när det gäller vaccinationer för mässling, påssjuka och röda hund. I januari 2013 hade 97,4 procent av alla barn födda 2009 vaccinerats. De allra flesta landsting har en vaccinationsfrekvens på 97–98 procent. Det finns dock grupper av föräldrar som väljer att inte låta vaccinera sina barn och vaccinationstäckningen har i några kommuner ibland setts sjunka under 90 procent. Det har därför förekommit lokala utbrott av i synnerhet mässling [2].

Skador vanlig anledning att söka vård

Skador fortsätter att vara en av de vanligaste orsakerna till att barn och unga söker vård. Som framgår av tabell 4:1 sökte nära 182 000 barn i åldern 0–17 år vård vid en akutmottagning för att få en skada behandlad under 2011, vilket motsvarar ungefär 10 procent av alla barn.

De flesta skador skedde på fritiden, medan cirka 18 procent inträffade under tid i förskola och skola. Transportolyckor svarade för omkring 12 procent av skadorna, drygt 1 procent av skadorna beräknades bero på våldshandlingar och knappt 1 procent på avsiktligt självtillfogade skador [3]. Bland små barn (1–5 år) är fallolyckor den vanligaste orsaken till att söka akut sjukvård. Något fler fallolyckor inträffar utomhus än inomhus [4].

Tabell 4:1. Barn och unga 0–17 år som sökt vård vid akutmottagning för behandling av skada 2011

Nationell antalsskattning och könsfördelning.

Ålder	Skattat antal	Skattat antal per 100 000 barn	Andel pojkar	Andel flickor
0–6 år	63 300	8 119	55 procent	45 procent
7–12 år	58 900	9 840	57 procent	43 procent
13–17 år	58 600	10 820	61 procent	39 procent

Källa: Injury Database (IDB) Sverige 2011, Socialstyrelsen.

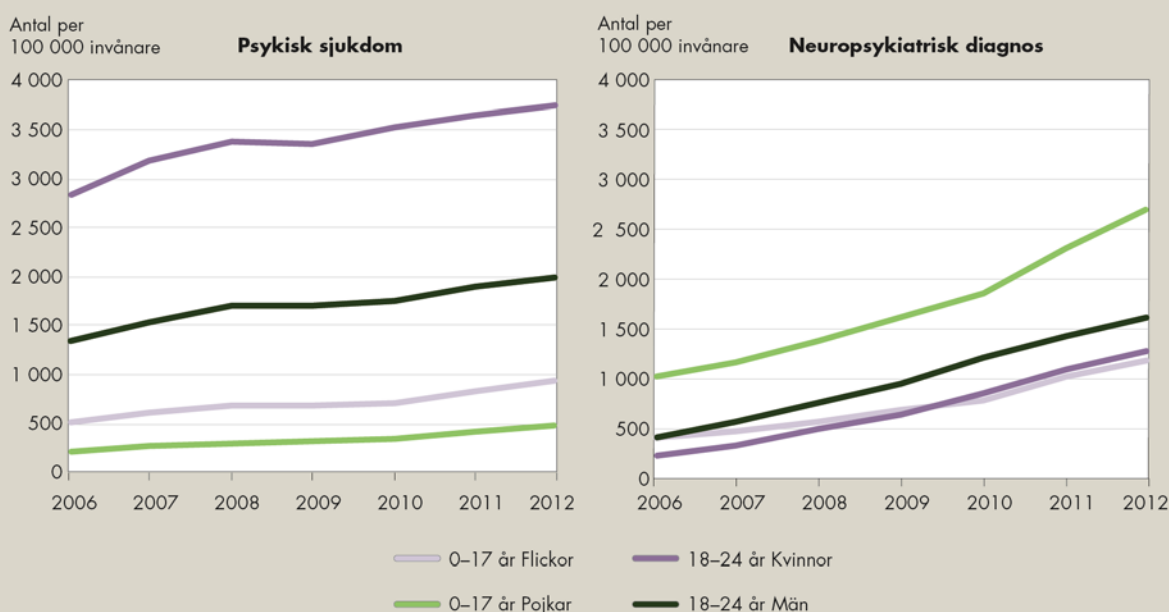
I barnaåren har dödsfall till följd av olyckor nästan halverats under det senaste decenniet, från 48 barn år 2002 till 25 barn år 2012 [5]. Under ungdomsåren är risken att avlida till följd av en olycka dock betydligt högre. Dödsfall till följd av självmord och olyckor står tillsammans för 70 procent av dödligheten bland män och för drygt 50 procent bland kvinnor i åldern 15–29 år. Risken att avlida under ungdomsåren har, till skillnad mot alla andra åldersgrupper, varit i stort sätt oförändrad i drygt ett decennium. Självmorden minskar inte bland ungdomar, vilket de gör för andra åldersgrupper [1].

Fortsatt ökning inom psykiatrisk öppenvård

Andelen barn och unga som har kontakt med den specialiserade öppenvården på grund av psykisk ohälsa fortsatte att öka under 2012. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar att det framför allt handlar om att adhd, autism och Aspergers syndrom ökar, och att ökningen är tydligast för pojkar upp till och med 17 års ålder (figur 4:1). Andelen barn och unga som har kontakt med öppenvården till följd av psykisk sjukdom som schizofreni, depression och ångest fortsätter också att öka, dock inte lika dramatiskt som när det gäller neuropsykiatriska diagnoser (figur 4:1).

Figur 4.1. Psykiatrisk öppenvård

Antal patienter vårdade i specialiserad öppenvård med psykisk sjukdom respektive neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos*.



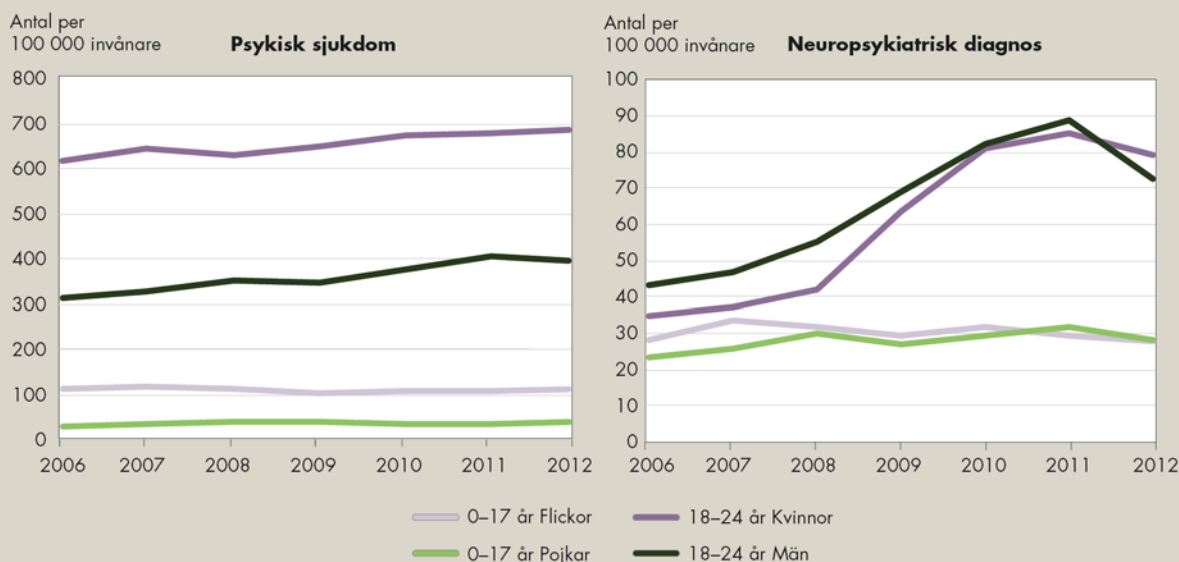
* Psykisk sjukdom avser diagnoserna: F20-29 schizofreni, F30-39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40-48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest, F50-69 beteendestörning och personlighetstörning. Neuropsykiatrisk diagnos avser F80-99.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Relativt få barn och unga vårdas inom den psykiatriska slutenvården. De senaste årens trend med en ökning av andelen unga i åldern 18-24 år som vårdas för neuropsykiatriska diagnoser bröts under 2012 (figur 4:2). I övrigt förändrades andelen barn och unga som vårdades för neuropsykiatriska diagnoser eller psykisk sjukdom relativt litet mellan 2012 och de närmast föregående åren (figur 4:2). Vård för psykisk sjukdom är vanligare bland flickor och kvinnor än bland pojkar och män, både inom sluten- och öppenvård. När det gäller neuropsykiatriska tillstånd är öppenvård vanligare bland pojkar och män än bland flickor och kvinnor, medan slutenvård är ungefär lika vanligt för båda könen.

Figur 4.2. Psykiatrisk slutenvård

Antal patienter vårdade i slutenvård med psykisk sjukdom respektive neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos. Observera de olika skalorna.



Psykisk sjukdom avser diagnoserna: F20–29 schizofreni, F30–39 förstämningssyndrom inkl. depression, F40–48 neurotiska, stressrelaterade och somatoforma inkl. ångest, F50–69 beteendestörning och personlighetstörning. Neuropsykiatrisk diagnos avser F80–99.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Sammantaget (visas inte i figur) fick omkring 3,1 procent av pojkarna och 2,1 procent av flickorna i åldern 0–17 år någon form av psykiatrisk vård under 2012²². Det motsvarar 31 000 pojkar och 19 000 flickor i åldersgruppen. I åldern 18–24 år handlade det om 3,5 procent av männen och 4,9 procent av kvinnorna, vilket motsvarar 17 000 män och 22 000 kvinnor i åldersgruppen.

Social barn- och ungdomsvård

Antalet placerade barn och unga fortsätter att öka

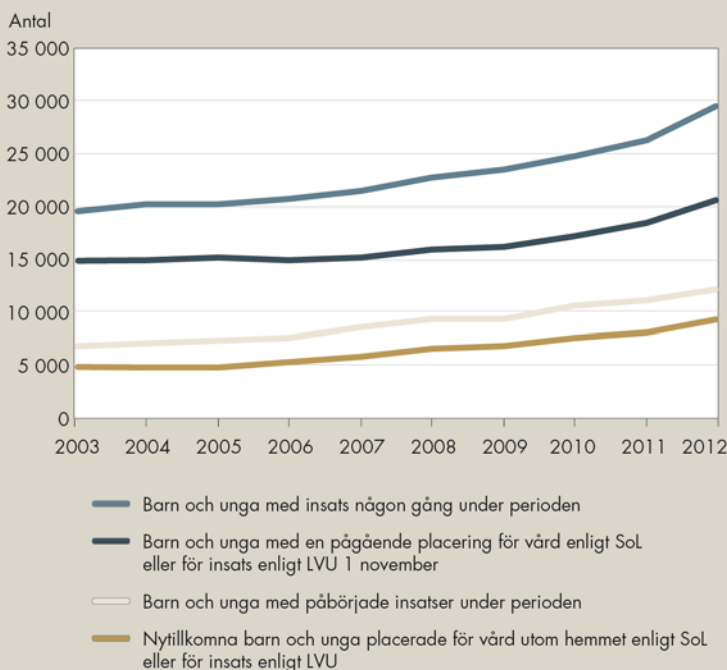
Samhällsvården, eller heldygnsvården som den också kallas, omfattar i huvudsak två placeringsformer, familjehem och hem för vård eller boende (HVB). En undergrupp av HVB är de särskilda ungdomshem som tar emot unga som behöver särskild tillsyn på grund av sitt eget beteende. Behovet av sådana hem tillgodoses av staten genom Statens institutionsstyrelse (SiS). Heldygnsvården kan vara frivillig enligt SoL eller ges med stöd av LVU.

Antalet barn och unga som får någon form av heldygnsinsats fortsätter att öka (se figur 4:3).

²² Avser psykisk sjukdom och/eller neuropsykiatriska tillstånd, dvs. diagnoserna F20–F48, F50–F69 och/eller F80–F99, inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård sammantaget.

Figur 4.3. Heldygnsinsatser inom socialtjänsten

Heldygnsinsatser barn och unga 0–20 år. Fyra mått på heldygnsvård enligt Sol och/eller LVU.



Källa: Barn och unga – insatser 2003–2012. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (Sol) och lagen med särskild bestämmelser om vård av unga (LVU), Socialstyrelsen.

Sedan 2003 har andelen barn och unga som fått heldygnsinsatser ökat. Den 1 november 2012 hade cirka 20 800 barn och unga till och med 20 års ålder fått en heldygnsinsats, och sammanlagt hade cirka 29 600 barn och unga i den åldern fått en heldygnsinsats utanför hemmet någon gång under året. Av dessa var ungefär 9 300 nyttillkomna, det vill säga de hade inte varit placerade någon gång under de föregående fem åren. Familjehem och jourhem var de i särklass vanligaste placeringsformerna. Bland barn och unga med pågående insats den 1 november 2012 var 61 procent av dem som fick vård enligt Sol och 69 procent av dem som fick vård enligt LVU placerade i familjehem.

I likhet med tidigare år var det fler pojkar än flickor som fick en heldygnsinsats under 2012. Knappt 60 procent var pojkar och drygt 40 procent var flickor. Det var dessutom något vanligare att pojkarna var placerade på HVB jämfört med i familjehem. Vidare var det vanligast att unga i åldern 13–17 år vårdades inom heldygnsvården. Åldersgruppen 13–17 år har dominerat under i stort sett hela 2000-talet och har också ökat under senare år, främst bland pojkarna.

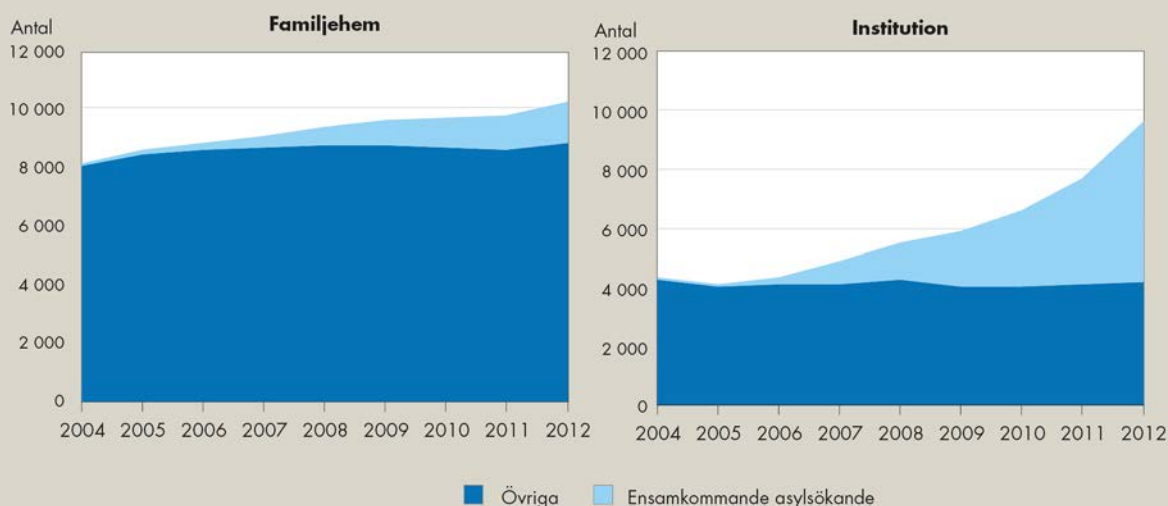
De senaste årens ökning av antalet placeringar i jourhem och nätverkshem, det vill säga hos anhöriga eller andra närstående, fortsatte också under 2012 [6].

Ensamkommande står för en stor del av ökningen i HVB

Som framgår av figur 4:4 står ensamkommande barn och unga för en stor del av ökningen inom heldygnsvården, särskilt på HVB. År 2012 utgjorde ensamkommande asylsökande en knapp majoritet av ungdomarna i åldern 13–20 år inom HVB eller § 12-hem. Antalet ensamkommande barn och unga som ansöker om asyl i Sverige har ökat kraftigt under senare år, från knappt 400 barn år 2004 till drygt 3 500 barn år 2012 [7]. Ensamkommande barn placeras oftast i HVB, både när det gäller tillfälligt boende i ankomstkommunen och mer stadigvarande boende i vistelsekommunen [8].

Figur 4.4. Heldygnsplacerade barn och unga

Barn och unga 13–20 år som varit heldygnsplacerade på familjehem respektive institution (HVB eller §12 LVU-hem) enligt Sol eller LVU någon gång under året fördelat efter ensamkommande asylsökande och övriga. Åren 2004–2012.



Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Beräkningen har avgränsats till åldersgruppen 13–20 år, där en klar majoritet av de ensamkommande asylsökande barnen ingår.²³

Fortsatt ökning av privata aktörer inom heldygnsvården

De senaste decenniernas utveckling med allt fler privata aktörer inom HVB-vården fortsätter. Hälften av alla barn och unga som var placerade i HVB den 1 november 2012 bodde i HVB som drivs i enskild regi [6]. Under 2000-talet har det också blivit allt vanligare med privata företag och organisationer som rekryterar familjehem som de erbjuder kommunerna i kombination med så kallade konsulentstöd [1].

Enligt en undersökning som Socialstyrelsen gjorde i början av 2013 uppskattades det att cirka hälften av landets kommuner anlät familjehem där tre barn och unga var placerade, medan det uppskattades att en tredjedel av

²³ Beräkningen utgår från att heldygnsplacerade barn och unga kan antas vara ensamkommande asylsökande om de är födda utanför Norden, inte var folkbokförda i Sverige året innan de placerades för första gången, inte hade några folkbokförda föräldrar i Sverige vid placeringen och saknade föräldravårdnadshavare vid placeringen.

kommunerna anlidade familjehem där fyra barn och unga var placerade. Det finns också exempel på att familjehem kan bli mer eller mindre yrkesmässiga och bedriva verksamhet som liknar HVB. Socialstyrelsen anser att frågan om införandet av ett register över familje- och jourhem bör utredas. Ett sådant register innebär att arbetet med förteckningarna över familjehemsplacerade barn kan utvecklas och utvidgas, vilket gör det möjligt att kontinuerligt följa utvecklingen inom området [9].

Stabilisering av den sociala öppenvårdens insatser

Öppenvårdens insatser har ökat kraftigt sedan 2002, men under de senaste åren har antalet insatser legat på ungefär samma nivå. Ungefär 28 200 barn och unga hade en eller flera av de redovisade öppenvårdsinsatserna den 1 november 2012. Fler pojkar än flickor hade öppenvårdsinsats, 56 procent var pojkar och 44 procent var flickor. Cirka 25 500 barn och unga fick behovsprövat personligt stöd någon gång under året. Ungefär 19 200 barn och unga hade en kontaktperson eller kontaktfamilj och cirka 10 200 fick någon gång under år 2012 insatsen strukturerat öppenvårdsprogram [6].

Familjerätt och familjerådgivning

Flera insatser inom familjerätten har legat på ungefär samma nivåer under de senaste åren. Under 2012 berördes cirka 19 400 barn av samarbetsamtal och cirka 9 800 barn av upplysningar från socialtjänst till domstol. Antalet avtal om boende, vårdnad eller umgänge var cirka 4 200 och antalet utredningar om medgivande till adoption var cirka 1 300 [10].

Socialstyrelsen har kartlagt hur ofta socialnämnden utnyttjar möjligheten att ansöka om vårdnadsöverflyttning i samband med att det har förekommit våld i en familj. Resultatet visar att socialnämnden ansöker om detta i stor utsträckning när det har förekommit dödligt våld i familjen. Det kan dock vara svårt att hitta en lämplig person att flytta över vårdnaden till om barnet saknar nätverk, till exempel för att den närmsta släkten inte bor i landet eller det inte finns någon lämplig person i barnets närhet att flytta över vårdnaden till [11].

Inom den kommunala familjerådgivningen ökade antalet ärenden under 2012. De uppgick till ungefär 33 000, vilket var en ökning med 6 procent jämfört med föregående år. Totalt berördes ungefär 43 000 barn upp till 18 års ålder direkt eller indirekt av dessa ärenden [12].

Styrning, struktur och samsyn – för bättre samverkan

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har viktiga roller för barns och ungas välfärd, men behöver ofta samverka med andra verksamheter, inte minst skolan. Särskilt när det gäller placerade barn och unga har Socialstyrelsen rekommenderat en bättre samverkan för att förbättra deras uppväxtmiljö, hälsa och möjlighet till egen försörjning i vuxen ålder [13].

Under senare år har flera regionala och lokala former av samverkan kring barn och unga utvecklats och prövats. Styrning, struktur och samsyn är centrala områden för framgångsrik samverkan. Och det finns kunskapsstöd som

visar att samverkan som utvecklas tillsammans med ett systematiskt arbets-sätt ger positiva och snabba resultat för barnen.

Utifrån det vi vet i dag finns det några aspekter som det är viktigt att huvudmännen tar hänsyn till när de planerar verksamheten och tecknar avtal med de olika verksamhetsutövarna. Det handlar om att ge tydliga uppdrag och göra en tydlig ansvarsfördelning mellan verksamheterna. Det handlar också om att definiera en tydlig målgrupp, sätta upp tydliga mål, göra uppföljningar och utvärderingar samt att ha ett tydligt brukarfokus [14].

Kommunernas socialtjänst har en viktig roll för att samverkan om insatser för barn och unga som behöver insatser från flera aktörer ska fungera. De behöver därför ha upparbetade rutiner för både intern och extern samverkan. I Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården i slutet av 2012 redovisade 66 procent av kommunerna²⁴ att de hade interna rutiner för hur samordningen skulle ske med verksamheten för ekonomiskt bistånd och 67 procent hade rutiner för samordning med verksamheten familjerätt. Bara omkring 50 procent sade dock att de hade interna rutiner för samordning med verksamheten för personer med funktionsnedsättning och med socialpsykiatri [15].

Det blir allt vanligare att den sociala barn- och ungdomsvården och andra aktörer gör överenskommelser om att samverka [1]. Socialstyrelsen konstaterar i en utvärdering att arbetet med öppna jämförelser har bidragit till att kommunerna har förbättrat förutsättningarna för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården, exempelvis genom överenskommelser för samverkan mellan barn- och ungdomsvården och andra viktiga aktörer [13]. Allt fler kommuner tecknar överenskommelser om samverkan med landstingen. I slutet av 2012 hade 69 procent av kommunerna samverkansöverenskommelse med barn- och ungdomspsykiatri medan 66 procent hade det med polisen och 60 procent med barnhälsovården [15].

Ökad kunskap om barns och ungas utsatthet

Barns och ungas hälsa, vård och omsorg beskrivs ofta utifrån olika utsatta gruppers behov och olika verksamheters insatser. Det finns starka skäl att också betona sammanhanget mellan olika sorters utsatthet under uppväxten och sammanhanget mellan tidig utsatthet och senare ohälsa, inte minst psykiska problem och sjukdomar. Verksamheter som möter barn och unga – och deras föräldrar – behöver ha kunskap om olika risk- och skyddsfaktorer och om effektiva sätt att tidigt upptäcka dessa risker och ge rätt stöd.

I *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013* visade Socialstyrelsen att upplevelser av svår oro och ångslan under ungdomstiden medför starkt förhöjda risker för död, vård på sjukhus, psykisk sjukdom och självmordsförsök [1]. I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen resultat från andra studier och analyser som pekar på de komplexa och långsiktiga sammanhang som ofta

²⁴ Inklusive stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm.

hänger samman med psykisk ohälsa och med andra stödbehov under barn- och ungdomsåren.

Upprepad utsatthet ökar risken för psykisk ohälsa

Olika former av övergrepp mot barn och unga brukar ofta studeras och bemötas var för sig. De barn och unga som är utsatta för flera olika former av övergrepp, kränkningar och brott blir därför inte alltid fullt synliga, varken i kunskapsutvecklingen eller inom vården och omsorgen.

Örebro universitet har studerat effekterna av när flera former av övergrepp förekommer samtidigt i en studie som de har genomfört med stöd från Socialstyrelsen. Studien *Resumé* har genomförts genom intervjuer och enkäter bland 2 500 personer i åldern 20–24 år. Dessa personer har fått svara på frågor som gällde om de varit utsatta för olika övergrepp under uppväxten, vilket stöd de i så fall fått, hur de har upplevt stödet och hur de mår i dag. Gruppen är slumpmässigt vald från hela Sverige, men på grund av att många avböjde att delta är gruppen inte helt representativ.

De resultat som Örebro universitet hittills har analyserat och sammanställt visar att även om pojkar och flickor hade varit utsatta för övergrepp på olika sätt, så hade de pojkar och flickor som varit utsatta för olika former av övergrepp störst risk för att drabbas av psykisk ohälsa.

Sammantaget uppgav de som deltog i studien att de hade utsatts för fler övergrepp och kränkningar under tonårstiden än tidigare under uppväxten, med reservation för att de kan ha haft svårt att minnas i detalj vad som hände under de första levnadsåren. Att vara utsatt för fysiska övergrepp och egendomsbrott samt att bevittna våld var signifikant vanligare bland pojkar. Flickor var mer utsatta för verbala kränkningar, sexuella övergrepp och försummelse i hemmet. Även när det gäller var utsattheten ägde rum och vem som var förövare fanns det skillnader mellan pojkar och flickor. Generellt sett var hemmet den miljö där flickor var mest utsatta, medan pojkar oftare var utsatta i skolmiljöer och på offentliga platser. Verbala kränkningar var dock vanligast i skolmiljöer bland både pojkar och flickor, medan sexuella övergrepp var vanligast på offentliga platser för båda könen. Andra barn och ungdomar i skolan (eller på en arbetsplats exempelvis under sommaren) var de vanligaste förövarna av fysiska övergrepp för såväl pojkar som flickor. Även när det gällde övriga former av utsatthet spelade andra barn och ungdomar en framträdande roll, vid sidan av vuxna personer som föräldrar och främlingar.

De som hade varit utsatta för övergrepp, kränkningar, försummelse och egendomsbrott hade vid intervjutillfället sämre psykisk hälsa och andra beteendeproblem än de som inte hade varit det. Det gällde särskilt för dem som berättade om flera olika former av utsatthet.

Dessa resultat pekar på viktiga utmaningar för vården, omsorgen och andra verksamheter som möter barn och unga. Det handlar inte minst om betydelsen av att förebygga, men också om att tidigt upptäcka pojkar och flickor som är utsatta på flera olika sätt och ge dem rätt stöd i förhållande till deras erfarenheter och upplevelser [16]. Det understryker i sin tur vikten av kunskap om riskfaktorer och av en väl fungerande samverkan mellan de verk-

samheter och professioner som möter barn i de olika sammanhang där de kan vara utsatta för övergrepp, kränkningar, försummelse och egendomsbrott.

Fler barn än vad som varit känt växer upp med missbruk och sjukdom i familjen

Barn vars föräldrar har fysiska, psykiska eller sociala problem är en annan sårbar grupp, där såväl placeringar i heldygnsvården som psykisk ohälsa är vanligare än bland andra barn och unga. Verksamheter som kommer i kontakt med föräldrarna behöver därför i högre grad uppmärksamma hur deras situation påverkar barnen och ha en handlingsberedskap för hur man ska tillmötesgå barnens behov [17].

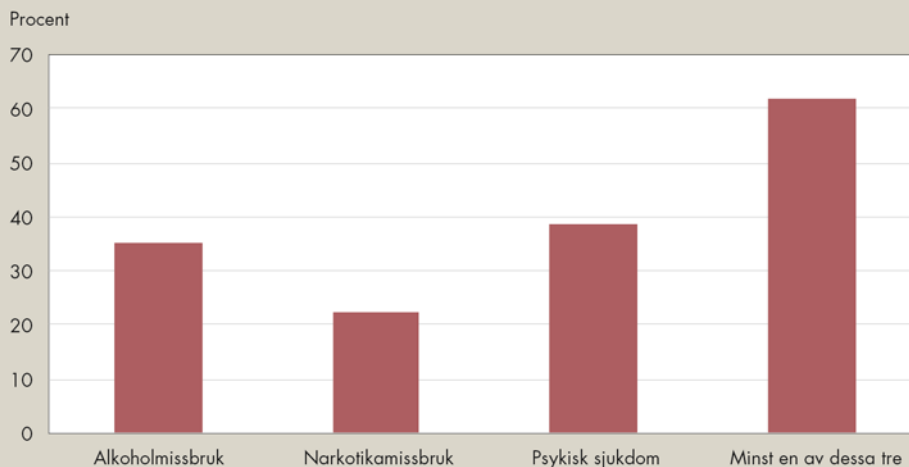
Sedan 2011 pågår en nationell satsning för att stödet till dessa barn ska bli mer ändamålsenligt och bättre samordnat mellan olika aktörer. Satsningen gäller barn och unga i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, och när en förälder oväntat avlider eller där det förekommer våld [1]. Mindre studier av olika verksamheters arbete för att stödja dessa barn bekräftar att beredskapen är begränsad för att stödja dessa grupper av barn med dokumenterat högre risk för egen ohälsa [18, 19].

Den första samlade kartläggningen, som bygger på analyser av registerdata, visar att fler barn och unga än vad som tidigare varit känt lever i hem med missbruk eller allvarlig sjukdom. Nästan 8 procent av de barn som föddes 1987–1989 hade minst en förälder som vårdats inlagd på sjukhus på grund av psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika under barndomen, det vill säga innan de hade fyllt arton år. Under ett enskilt år handlar det om cirka 26 000 barn som har minst en förälder som vårdats på sjukhus grund av psykisk sjukdom eller missbruk.

Missbruk, sjukdom och dödsfall hos föräldrar drabbar framför allt barn som befinner sig i en utsatt social position i det svenska samhället. Föräldrars missbruk eller psykiska sjukdom är också vanliga orsaker till att barn placeras i familjehem eller HVB i Sverige (figur 4:5). Av barn som vårdats mer än fem år i den sociala dygnsvården har 61 procent åtminstone en förälder som vårdats inlagd på grund av missbruk eller psykisk sjukdom, och 23 procent har en förälder som har avlidit innan barnet fyllt arton år [20].

Figur 4.5. Barn som har en pappa eller mamma som vårdats inneliggande på sjukhus för missbruk och/eller psykisk sjukdom under deras barndom

Andel barn födda 1973–1989 som varit placerade i socialtjänstens heldygnsvård.



Källa: Hjern A, Manhica H A. Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitet och Chess; 2013.

Ensamkommande barn behöver mer individualiserat stöd

Antalet ensamkommande barn och unga som ansöker om asyl i Sverige har ökat kraftigt under senare år, från knappt 400 år 2004 till drygt 3 500 år 2012 [7]. Migrationsverket har det övergripande ansvaret för mottagandet, medan socialnämnden ansvarar för att de ensamkommande barnen och unga får det stöd av samhället som de behöver [8].

De flesta ensamkommande asylsökande är tonåriga pojkar eller unga män. Enligt Socialstyrelsens beräkningar var drygt 25 procent under 16 år när de kom till Sverige, drygt 30 procent var 16 år gamla, knappt 30 procent var 17 år och 8 procent var mellan 18 och 20 år gamla.

Ensamkommande barn och unga behöver insatser från flera aktörer, exempelvis skolan och socialtjänsten, vilket kräver samverkan för att barnets eller den unges behov och rättigheter ska tillgodoses på bästa sätt. De har många vuxna stöd- och resurspersoner runt sig, men riskerar att förbli ensamma om ingen har eller tar det övergripande ansvaret för deras vardagsliv i Sverige. För att ensamkommande barn och unga ska få en verklig möjlighet till delaktighet och medinflytande i frågor som berör dem, behöver också tolk användas i större utsträckning än vad som sker i dag.

Vård, omsorg, utbildning och andra insatser för ensamkommande barn och unga behöver också bli mer individanpassade, det visar en kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört. Dessutom behöver det emotionella stödet i vardagen bli bättre, liksom tillgängligheten till psykiatriskt stöd eller behandling för de som lider av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen rekommenderar pla-

cering i familjehem och mindre, mer familjelika hem för vård eller boenden (HVB), liksom olika former av stödboenden efter avslutad placering i HVB. För ensamkommande barn och unga är det viktigt med ett eget rum i boendet [21]. En studie av samtliga sjätte- och niondeklassare som gjordes i Sverige år 2009, visade att elever med flyktingursprung som inte bodde med sina föräldrar, rapporterade mycket höga nivåer av psykisk ohälsa [22].

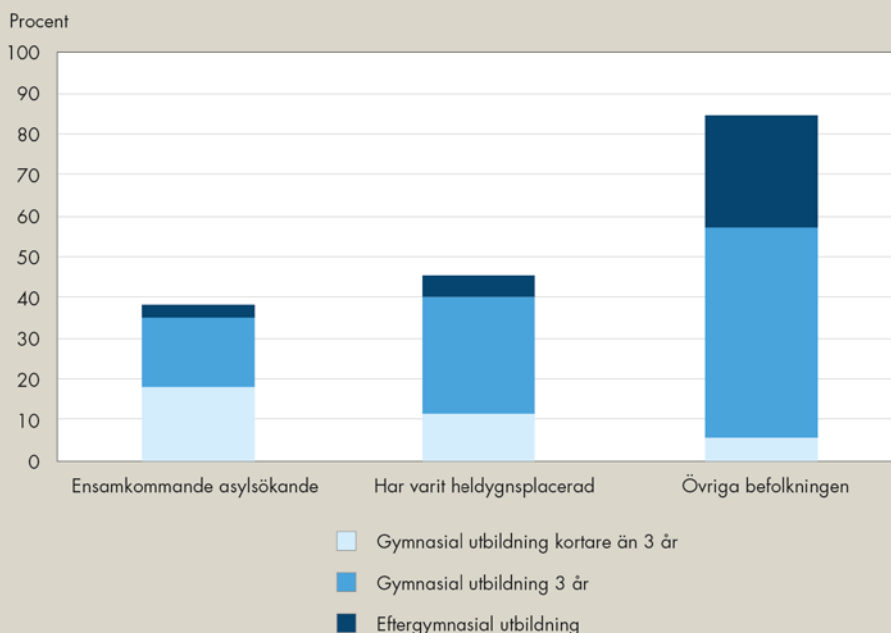
Socialstyrelsens studier visar att förskrivningen av psykofarmaka är betydligt högre bland dem som är placerade på institution, jämfört med andra grupper av barn [13]. De har också i lägre omfattning en psykiatrisk diagnos vid förskrivning av psykofarmaka [1]. Resultaten baseras på registeranalyser och det är ännu inte klart vad som ligger bakom dessa skillnader. I dag är drygt hälften av alla ungdomar som är placerade på institution ensamkommande asylsökande, men ännu finns inga specifika uppgifter om deras psykofarmakaanvändning. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en fördjupad studie av användningen av psykofarmaka bland placerade barn och unga. Resultaten av studien kommer att redovisas i oktober 2014. Socialnämnden ansvarar för placerade barns och ungas utbildning, och därmed även för ensamkommande barns skolgång. Skolverket och Skolinspektionen har funnit att kommuners sätt att hantera nyanländas skolgång är mycket olika. De nyanlända eleverna får inte heller alltid den undervisning de har rätt till [8].

Bland ensamkommande asylsökande som fått uppehållstillstånd och som bott i Sverige i minst fem år hade 38 procent vid 22 års ålder uppnått en utbildning som motsvarade minst gymnasienivå (figur 4:6), enligt Socialstyrelsens beräkningar. Motsvarande andel bland jämnåriga i övriga befolkningen var 84 procent. Andelen skilde sig inte åt mellan dem som placerats i familjehem och dem som bodde på HVB.

Bland de ensamkommande asylsökande var de kortare gymnasieutbildningarna vanliga, exempelvis samlat betygsdokument, Komvux eller olika arbetsmarknadsutbildningar. Andelen ensamkommande som uppnått minst en treårig gymnasieutbildning var 20 procent, jämfört med 79 procent i övriga befolkningen. Motsvarande andel bland andra jämnåriga som haft heldygnsinsats i familjehem eller på institution, och som inte räknades som ensamkommande asylsökande enligt beräkningarna här, var 34 procent (figur 4:6).

Figur 4.6. Utbildningsnivå vid 22 års ålder

Andel med minst gymnasieutbildning bland unga som varit heldygnsplacerade, varav ensamkommande asylsökande* redovisas separat, samt övriga befolkningen. Födda 1988–1990, åren 2010–2012.



* Ensamkommande asylsökande som fått uppehållstillstånd och varit i Sverige minst 5 år.

Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen samt Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kunskapsbaserad vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning.

Fler kommuner använder standardiserade bedömningsmetoder

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar på en ökning i användandet av evidensbaserade metoder. Socialstyrelsen kan konstatera att utvecklingen är positiv, samtidigt visar resultaten i årets lägesrapport på behov av förbättringar. Allt fler kommuner och stadsdelar använder standardiserade bedömningsmetoder, men variationen är betydande mellan olika användningsområden. Medan 78 procent använde standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av barn och unga med missbruk eller andra sociala problem, var det bara 7 procent som använde standardiserade bedömningsmetoder vid utredningar av föräldraförmåga och familjeklimat.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn och ungdomsvården visar att:

- inom den strukturerade öppenvården använde 42 procent av kommunerna manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn och unga i familjer med psykosocial problematik
- 57 procent av kommunerna tillhandahåller öppenvård som biståndsbeslutad insats genom manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt och normbrytande beteende
- knappt 30 procent använde manualbaserad psykosocial behandling för ungdomar med antisocialt eller normbrytande beteende.

När det gäller systematisk uppföljning var andelarna lägre. Det var 39 procent av kommunerna som sade att de hade följt upp resultat av insatser i öppenvård på gruppnivå, och 23 procent att de hade gjort sådana uppföljningar av dygnsvården [15]. Dessutom uppgav 30 procent av kommunerna att de hade gjort systematisk uppföljning på gruppnivå av insatser till barn som bevittnat våld [23].

Nyrekryteringar en utmaning inom social barn- och ungdomsvård

Det finns flera utmaningar för att säkerställa kompetensen i den sociala barn- och ungdomsvården, det visar en kartläggning som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomförde 2013.

Av det totala antalet sysselsatta handläggare var minst var tredje nyanställd. Uppgiften är inget mått på personalomsättning, eftersom det är okänt om de nyanställda har ersatt personer som slutat eller om nyanställningen är ett resultat av utökningar av personalstyrkan. Däremot säger den något om omfattningen av uppgiften att ta emot och introducera och eventuellt också skola in nya medarbetare. Det säger också något om hur situationen ser ut när det gäller den tillgängliga arbetskapaciteten för att handlägga och följa upp barn- och ungdomsvårdsärenden.

Arbetet med rekrytering och inskolning av nya medarbetare är ojämnt fördelat mellan kommunerna. I en femtedel av de svarande kommunerna hade bara en enstaka eller ingen rekrytering ägt rum, medan hälften eller mer än hälften av arbetsstyrkan hade rekryterats under 2012 och de första tre månaderna 2013 i en fjärdedel av kommunerna [24].

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger också en bild av de utmaningar som möter kommunerna när det gäller kompetensen inom socialtjänsten. I slutet av 2012 uppgav 47 procent av kommunerna att de hade individuella kompetensutvecklingsplaner för handläggarna inom barn- och ungdomsvården, men bara 19 procent sade att de hade en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling [15]. I början av 2013 uppgav 31 procent av kommunerna att de hade en aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling för stöd till barn som bevittnat våld [23].

Regeringen har under 2013 inlett en satsning på kompetensutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen har i ett första steg kunnat fördela statsbidrag på 20 miljoner kronor för inventering av kompetensläge och kompetensbehov, och 37 miljoner kronor för lokala utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser [25]. Eftersom det inte genom-

förts någon utvärdering av satsningen kan Socialstyrelsen inte uttala sig om några resultat.

Bristande kompetens på HVB

Personalens kompetens är en viktig indikator för kvalitet i vården på HVB, vilket var ett granskningsområde för Socialstyrelsens tillsyn under 2012. Resultat och erfarenheter av det arbetet har sammanställts av IVO, som bedömer att kvaliteten i den vård som erbjuds på HVB i många fall kan ifrågasättas.

Granskningen visar att hälften av personalen saknar utbildning med inriktning mot vård och behandling av barn och ungdomar, och att drygt en tredjedel saknar utbildning utöver gymnasiet. Dessutom tycktes många verksamheter sakna tillräcklig kunskap om metoder i arbetet och välja metoder och arbetssätt utan vetenskapligt stöd. Manualbaserade förhållningssätt och förhållningssätt var mindre vanliga på HVB med inriktning på ensamkommande barn än på övriga HVB.

IVO konstaterar att personal med relevant grundutbildning har större förutsättningar att välja rätt behandlingsinsats, tillämpa en metod som den är tänkt att tillämpas, och överhuvudtaget hjälpa barnet. En eftergymnasial utbildning med inriktning mot socialt eller pedagogiskt behandlingsarbete skulle kunna ge de grundkunskaper som krävs, bedömer IVO [26].

Socialstyrelsen har i en kartläggning av ensamkommande barns och ungas behov pekat på att det behövs ytterligare analyser och utvärderingar av om de metoder och insatser som används för dem bygger på forskning och har avsedd effekt [21].

Sårbar bemanning inom barn- och ungdomspsykiatri

I den senaste uppföljningen som Socialstyrelsen gjorde som en del av regeringens tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa påtalade alla landsting sårbarheten i bemanningen inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Flertalet landsting har haft vakanser under året och svårigheter att rekrytera barnpsykiatriker, i synnerhet erfarna barnpsykiatriker. Det har också varit svårt att rekrytera erfarna psykologer och psykologer med psykoterapeutisk examen [27].

De metoder som används för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga och för att få tidiga insatser mot psykisk ohälsa saknar till stor del stöd i forskningen. En fortsatt kunskapsutveckling inom dessa områden är därför angelägen, liksom fortsatta genomgångar av kunskapsläget [28, 29].

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på lagen samt vara tydlig och förutsägbar.

Särskilda risker vid läkemedel till barn

Socialstyrelsen anser att läkemedelsbehandling till barn ur ett patientsäkerhetsperspektiv behöver utvecklas. Precis som för vuxna är läkemedel en vik-

tig behandlingsmetod för barn och unga under 18 år, men den är också förknippad med stora risker. Särskilda risker är dock förknippade med att ge läkemedel till barn och unga under 18 år. Ofta saknas det dokumentation om dosering, effekt och säkerhet för dessa patienter, och många läkemedelsordinationer till barn görs utanför de godkända indikationerna (så kallad off-label). I brist på vetenskaplig dokumentation vilar läkemedelsbehandling av barn därför förhållandevis tungt på beprövad erfarenhet och egna rutiner som barnläkarkåren har utvecklat. Läkemedelsbehandling av barn kräver också kunskap om de förutsättningar som gäller för barn i olika åldrar. Barn omsätter till exempel läkemedel olika snabbt beroende på var de befinner sig i tillväxtkurvan. Även läkemedlens biverkningar kan yttra sig på olika sätt beroende på barnets ålder och utveckling [1]. Ett initiativ för att samla erfarenhetsbaserad kunskap om läkemedelsbehandling av barn pågår på Astrid Lindgrens barnsjukhus, där en databas (ePed) har utvecklats som kan användas som ett administrativt stöd för läkemedelsordination och hantering.

Andra övergripande patientsäkerhetsfrågor behandlas i kapitlet om hälso- och sjukvård.

Rättssäker utredning och dokumentation

En rättssäker handläggning av ärenden och att sätta barnets behov i centrum är viktiga grundförutsättningar för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården. Ett sätt att göra en rättssäker bedömning är att använda handläggnings- och dokumentationssystemet *Barns behov i centrum* (BBIC), som främjar en helhetssyn och kontinuitet i myndighetsutövningen [30]. I slutet av 2013 hade drygt 240 kommuner ordinarie licens för BBIC, vilket var en ökning med omkring 30 kommuner sedan året innan. Endast 5 kommuner i landet använder inte BBIC alls.²⁵

År 2012 uppgav 74 procent av landets kommuner och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm att de hade rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp [15].

Fler brister i HVB för ensamkommande barn

Ett HVB får ha ordningsregler för ungdomar som vistas där, men reglerna får inte innebära inskränkningar i grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Det får inte heller förekomma inslag i behandlingen som kan uppfattas som tvång eller vara förknippade med hot om sanktioner. De HVB där sådana brister uppmärksammats har ålagts av tillsynsmyndigheten att upphöra med restriktioner och sanktioner och att omarbete sina ordningsregler. IVO bedömer att de flesta HVB numera är medvetna om att de åtgärder som är tillåtna på en SiS-institution inte är lagliga i kommunala eller privata verksamheter [26]. IVO:s tillsyn har återkommande funnit fler brister i HVB för ensamkommande barn än på andra HVB. En förklaring till kvalitetsbristerna är att behovet av nya HVB för barn som kommer till Sverige utan sina vårdnadshavare ökade under kort tid. Ibland har kommuner startat HVB med kort varsel,

²⁵ För antal licenser: sök på BBIC i DHS.

utan att de ansvariga och personalen har satt sig in i vilka bestämmelser som gäller. I de enskilda verksamheterna har de flesta kvalitetskraven gjorts tydliga redan i tillståndsprövningen, medan huvudmännen för de offentliga verksamheterna uppmärksammas på kraven först vid tillsynens inspektioner. IVO:s intryck är dock att kvaliteten generellt sett har blivit bättre. Kunskapen om bestämmelserna har ökat och brister har åtgärdats.

På SiS-institutionerna har tillsynen uppmärksammat brister i hur beslut om särskilda befogenheter dokumenteras och i hur ungdomarna underrättas om besluten. Följsamheten till tillsynens krav kan skilja mellan olika SiS-institutioner, och även mellan avdelningar på samma institution [26].

Ensamkommande barn som avviker riskerar att bli offer för människohandel

Många ensamkommande barn avviker från sin placeringsort. Ungefär 10 procent av de 3 578 barn som kom till Sverige 2012 rapporterades senare som avvika. Det finns en överhängande risk för att dessa barn på olika sätt kan komma att utnyttjas som papperslös svart arbetskraft, eller bli offer för människohandel. I en nationell kartläggning som genomförts av Länsstyrelsen i Stockholms län har totalt 166 barn registrerats som misstänkta offer för människohandel eller människohandelsliknande brott under 2009–2011. De flesta barnen vistades i kommunerna som ensamkommande [21].

Socialstyrelsen bedömer att ensamkommande barn och unga som avviker från sin placeringsort är något som behöver belysas ytterligare. Det kan bland annat göras genom att större uppmärksamhet ges åt behoven hos de barn och ungdomar som ska överföras till ett annat Dublinland eller som har fått avslag på sin asylansökan²⁶.

I Stockholmsområdet finns det ett handlingsprogram upprättat mellan socialtjänsterna i ett par grannkommuner, Migrationsverket och Gränspolisens. Syftet med handlingsprogrammet är att samordna de åtgärder som behöver vidtas när ett ensamkommande barn avviker. För att stärka skyddet för ensamkommande barn och ungdomar som avviker har vissa kommuner infört som rutin att inte avsätta den gode mannen²⁷ trots att barnet har avvikit [21].

Lex Sarah-anmälningar

I 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL och i 24 b–24 g §§ och 23 e § LSS finns bestämmelserna om lex Sarah. Lex Sarah gäller även för verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse. Enligt lex Sarah ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och

²⁶ Dublinförordningen (se Europeiska rådets förordning (EG) nr 343/2003) gäller i EU:s medlemsländer samt i Norge, Island, Liechtenstein och Schweiz. Genom Dublinförordningen reglerar länderna vilket land som ska ansvara för asylprövningen.

²⁷ Den gode mannen träder in i både vårdnadshavarens och förmyndarens (oftast föräldrars) ställe och ska därmed ansvara för barnets personliga förhållanden och sköta dess angelägenheter. Däremot ska god man inte sköta barnets dagliga omvårdnad och tillsyn och är inte heller försörjningspliktig för barnet.

omsorg (IVO). Socialstyrelsen har därefter tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah genom (SOSFS 2011:5).

Under perioden januari–november 2013 har Socialstyrelsen och IVO fattat beslut i drygt 50 ärenden²⁸ som avsåg anmälningar enligt lex Sarah som gäller vård och omsorg om barn och unga. Även om dessa anmälningar endast utgjorde omkring 8 procent av alla lex Sarah-anmälningar till tillsynsmyndigheten, var det ändå fler än under 2012. Nästan hälften av de beslutade anmälningsärendena avseende vård och omsorg till barn och unga gällde socialtjänstens myndighetsutövning, medan mindre andelar gällde HVB och SiS särskilda ungdomshem. De vanligaste orsakerna till missförhållandet var brister i rutiner och riktlinjer, kommunikation samt organisation, bemanning och arbetsledning.

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad.

Oklart om barnets bästa i praktiken

Att vården och omsorgen utgår från enskilda barns och ungas behov och ger dem möjligheter att komma till tals, är en del av arbetet både för en evidensbaserad praktik och en säker vård och omsorg. Vid en evidensbaserad praktik ska den berörda individens situation särskilt vägas in. Krav på att verksamheter ska arbeta för barnets bästa och låta barn komma till tals i ärenden som rör dem finns i flera lagar inom det sociala området. FN:s konvention om barnets rättigheter är en viktig utgångspunkt i allt detta arbete.

Barnkonventionen används allt mer på policynivå av lagstiftare, statliga myndigheter, regionala och lokala huvudmän samt av olika professioner. Särskilt barnkonventionens artiklar om barnets bästa och barnets rätt att komma till tals har lett till ett utvecklingsarbete inom socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsområdet [31].

Det är dock oklart hur långt användningen av barnkonventionen kan följas i enskilda beslut som gäller barn. Regler om exempelvis barnets bästa och barnets rätt eller möjligheter att komma till tals är utformade på olika sätt i lagarna inom det sociala området. Exempelvis anges i 1 kap. 2 § SoL att vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas och att vad som är bäst för barnet ska vara avgörande vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn. Av 11 kap. 10 § SoL följer också att när en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Några motsvarande bestämmelser finns inte i HSL, även om Patientmaktsutredningen har föreslagit en reglering av barnets bästa också där [31]. I slutet av 2012 uppgav 43 procent av kommunerna att de hade undersökt och använt barns och föräldrars upp-

²⁸ Avser inkomna ärenden där Socialstyrelsen/IVO har fattat beslut och där de regionala tillsynsenheterna inrapporterat data som översänts till Socialstyrelsen/IVO. Under hela 2013 fattades det beslut i 110 ärenden inom området barn och unga, vilket är en ökning cirka 30 ärenden jämfört med föregående år. Analysen i detta avsnitt grundar sig endast på beslutade och inrapporterade ärenden perioden 1 januari–1 november 2013.

fattning för att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården. Skillnaderna var stora mellan kommunerna [15].

Socialstyrelsen kartlade 2011 kommunernas styrdokument för ekonomiskt bistånd. Barnperspektivet nämndes i 80 procent av de granskade styrdokumenterna, men beskrevs utförligt endast i en fjärdedel av dem. Ett specifikt barnperspektiv – det vill säga vad som är bäst för det enskilda barnet – anläggs sällan konsekvent i särskilda delar och behovsposter som umgängesresor, hyresskulder och vräkningar och dator och Internet. Det finns positiva exempel på välutvecklat arbete med barnperspektiv i styrdokumenterna, men Socialstyrelsens slutsats är att barnperspektivet i många fall endast omnämns som en formsak utan att omsättas i konkret handling. Resultaten från kartläggningen stärks av iakttagelser från den sociala tillsynen [32]. Samtidigt använde nästan 69 procent av landets kommuner år 2012 en strukturerad utredningsmall som omfattar området ”Barns situation och sysselsättning” som stöd för handläggaren vid utredningar inom ekonomiskt bistånd [33].

Tanken är att barn med funktionsnedsättning, precis som andra barn, ska kunna få växa upp hos sina föräldrar. Men om detta inte är möjligt, till exempel för att barnet har stort omvårdnadsbehov, kan barnet erbjudas insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Bostaden bör vara utformad som en vanlig bostad och fungera så hemlikt som möjligt [Prop. 1992/93:159 s. 80]. I *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* står det också att barn som inte kan bo hemma ändå ska bo i en familjeliknande miljö [artikel 23, femte punkten].

Socialstyrelsen rekommenderar därför små grupper med två till fyra platser i bostäder med särskild service enligt 9 § 8 LSS (SOSFS 2012:6). Om syftet med insatsen är att möjliggöra skolgång på annan ort (internatboende), kan fler barn och ungdomar bo tillsammans, under förutsättning att var och en tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Högsta förvaltningsdomstolen har i en dom uttalat att en bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS i vissa fall kan ha tolv platser om det är förenligt med kvalitetskraven i 6–7 § LSS [34]. Ett av kvalitetskraven är att när åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Det aktuella boendet som togs upp i målet var avsett för normalbegåvade ungdomar med autismspektrumstörning, som studerar vid en gymnasieskola eller deltar i praktik utanför själva boendet [HFD 2013-07-01, mål nr. 3450-12 respektive mål nr 3452-12].

Regeringens barnrättighetsutredning ser nu över behovet av ytterligare åtgärder för att införliva FN:s barnkonvention i svensk lagstiftning och rättstillämpning.

Barn och unga på HVB trivs – men det är tveksamt om de får hjälp

Samtal med placerade barn och unga är en viktig del av tillsynen HVB. Barn och ungdomar ges möjlighet att prata med inspektören och berätta hur de har det.

IVO har nyligen sammanfattat resultat och erfarenheter från de inspektioner som man har genomfört under åren 2010–2013. IVO konstaterar att de flesta barn och unga på HVB säger att de känner sig trygga och att de upplever vistelsen som meningsfull. Trots att ungdomarna på SiS-institutioner kan genomgå yttlig kroppsbesiktning, drogtester och andra begränsningsåtgärder är även dessa ofta positiva till vistelsen. Men det finns också ungdomar som inte är nöjda och som framför klagomål vid tillsynens inspektioner.

Tre fjärdedelar av barn och unga på HVB bedöms vara delaktiga i verksamheten. Flertalet barn och unga känner också sin socialsekreterare, som de har regelbunden kontakt med. Men inspektörerna har mött ungdomar som varit besvikna på socialsekreterare som är svåra att nå och inte ringer tillbaka. Ensamkommande barn och unga är inte delaktiga i samma grad som övriga barn och unga på HVB, har inte samma förutsättningar att ha kontakt med sin socialsekreterare och känner i mindre utsträckning till sin genomförandeplan.

Sedan 2013 kompletteras tillsynens samtal med en enkät till barn och unga om hur trygga de är på sitt HVB och om de tycker att de får vara delaktiga. De flesta som besvarar enkäten berättar att personalen lyssnar, visar dem respekt och finns till hands dygnet runt. De uppger också att de är nöjda med skola och fritidsaktiviteter. De ungdomar som är missnöjda säger ofta att de inte känner till planeringen av sin behandling och att de saknar förtroende för personalen. De berättar om personal som inte tar sig tid att prata med dem, att de inte får hjälp och inte får lära nya färdigheter. Några anser att det är för lite personal, framförallt på kvällarna. Ungdomar är också ibland missnöjda för att de inte får gehör för sina synpunkter. Minst nöjda med delaktigheten och med om personalen lyssnar på deras synpunkter och klagomål är ungdomarna på SiS-institutioner.

IVO konstaterar att de flesta barn och unga som de har träffat trivs – men att det är tveksamt om de får rätt hjälp med tanke på den bristande kompetensen och metodkunskapen på många HVB som IVO också konstaterat [35].

Tillsynsombud stödjer barn i familjehem

Mellan 2010–2013 har det pågått en försöksverksamhet där tillsynsinspektörer har varit ombud för barn och unga i familjehem, så kallade tillsynsombud. Tillsynsombudens uppdrag har varit att fokusera på barnen och att skilja på rollen som inspektör och projektets uppdrag. De har ansvarat för att ha kontakter och skapa en relation med de barn och unga som tackat ja till att vara med i försöket.

Resultaten hittills visar att de flesta barnen är nöjda med sitt tillsynsombud, även om ombudet inte har inneburit någon påtaglig skillnad för dem. Tillsynsombud har dock rapporterat att de har kunnat medverka till förändringar i placeringen av barn. Tillsynsombuden bedömer också att alla placerade barn bör erbjudas ett eget ombud som enbart har fokus på barnet och kan bevaka att barnperspektivet och barnets röst beaktas [36].

Information om läkemedelsbiverkningar är ett förbättringsområde inom barnsjukvården

Våren 2013 genomfördes den andra mätningen med Nationell patientenkät inom barnsjukvården. Avsikten var att fånga målsmans eller vårdnadshavares erfarenheter av och synpunkter på vården, utifrån sitt barns perspektiv. Barn till och med 17 år ingick i mätningen som omfattade barnmottagningar och barnavdelningar i samtliga landsting eller regioner, samt 11 landsting eller regioner med renodlade barnakutmottagningar. Svarsfrekvensen var cirka 50 procent, vilket innebär att det inte går att dra alltför långtgående slutsatser av resultaten.

Föräldrarna var överlag mycket nöjda och tyckte att barnen blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. De flesta upplevde att de fick tillräckligt med tid hos läkaren och att de fick svar som de förstod på sina frågor. Samtidigt uppgav många föräldrar att de inte hade blivit uppmärksammade på eventuella biverkningar av sitt barns nya läkemedel. Andra förbättringsområden för barnsjukvården är, enligt resultaten, möjligheten att påverka tidpunkten för vårdtillfället och varningssignaler på en försämring av hälsotillståndet som familjen eller barnet ska vara uppmärksamma på [37].

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Som framgått i detta kapitel finns det flera viktiga skillnader inom vården och omsorgen av barn och unga. Det gäller skillnader inom landet såväl som mellan pojkar och flickor och mellan andra grupper, till exempel placerade barn och unga i förhållande till deras jämnåriga. Trots detta är jämlikheten i vårdens och omsorgens insatser till barn och unga mindre studerad och analyserad i Sverige än sociala skillnader i hälsa och välfärd bland barn och unga. Det finns starka skäl att betona vikten av att bedriva fortsatta och fördjupade analyser också av jämlikheten i vården och omsorgen för att möta olika hälso- och välfärdsproblem.

Hälso- och sjukvården har flera verksamheter (mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagningar) som regelbundet träffar flertalet barn och unga och är inriktade på att förebygga ohälsa. Dessa verksamheter har stor betydelse för att utjämna sociala skillnader i hälsa. Men trots god regional täckning finns det ändå grupper som inte når i tillräckligt stor utsträckning. Exempelvis behöver barnhälsovården utveckla ytterligare insatser för att förebygga psykisk ohälsa bland barn i utsatta familjer [1].

Andra verksamheter inom vården och omsorgen är särskilt inriktade på att upptäcka utsatthet hos barn och unga och att ge stöd och skydd. Dessa verksamheter står inför fortsatt stora utmaningar för att ge utsatta barn och unga goda förhållanden, både på kort och på lång sikt.

Rättigheter och förhållanden för placerade barn och unga har varit i fokus under senare år. Dessa barn och unga har ofta sämre hälsa, både psykisk och somatisk, än övriga i åldersgruppen. Dödligheten är nära fem gånger så hög bland unga som är eller har varit placerade jämfört med andra i ålders-

gruppen 15–24 år. Vidare är det två till tre gånger så vanligt med låga betyg hos placerade barn jämfört med andra jämnåriga med samma begåvningsnivå. De placerade barnen har dessutom betydligt lägre utbildningsnivå i vuxen ålder än andra jämnåriga. Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen rekommenderat bättre samverkan mellan kommuner, landsting och andra aktörer, samt tidiga satsningar på barn och ungas uppväxtmiljö, hälsa och utbildning [1, 13].

Att hälso- och sjukvården för ensamkommande barn och unga inte är likvärdig i landet har framkommit vid en kartläggning som Socialstyrelsen gjort. På många håll är det svårt att remittera ensamkommande barn till barn- och ungdomspsykiatri (BUP), både för akuta behov av vård och för längre tids behandling och uppföljning. Vissa BUP-mottagningar tar inte emot ungdomar som fyllt 16 år för nyinskrivning och vissa tar inte emot barn och ungdomar som befinner sig i en asylprocess. Detta skapar ett behandlingsvakuum för de barn och unga som blir utan vård. Även den somatiska vården framstår som fragmentarisk i förhållande till ensamkommande barns behov [21].

Tillgänglig vård och omsorg

Väntetiderna till BUP har inte förbättrats

Under 2007–2012 har landstingen fått 1,3 miljarder kronor i statsbidrag med syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen har baserats på årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL. Från 2009 har satsningen varit prestationsbaserad och kopplad till överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti för målgruppen. Den förstärkta vårdgarantin innebär att barnet ska få komma på ett första besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar, och därefter till fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. I de årliga överenskommelserna för 2011–2013 har samma målnivåer använts för det prestationsbaserade bidraget. För att uppfylla det första målet ska 90 procent av patienterna ha fått ett första besök inom 30 dagar och för att uppfylla det andra ska 80 procent av patienterna ha fått påbörja en beslutad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Väntetiderna till BUP har inte förbättrats under 2012–2013. År 2011 klarade 14 av 21 landsting båda målen för samtliga krav i måluppfyllelsen av den förstärkta vårdgarantin. År 2012 klarade 13 av 21 landsting båda målen för samtliga krav, och år 2013 klarade 14 landsting båda målen för samtliga krav. Resultatet för 2013 visar sammantaget på ett sämre resultat jämfört med de två föregående åren. Av tabell 4:1 framgår att Värmland, Dalarna och Västerbotten fortsatt har stora svårigheter att uppfylla målen. Några av de landsting som inte klarat den förstärkta vårdgarantin har också en hög andel patienter som har väntat längre än 90 dagar, det vill säga över gränsen för den nationella lagstadgade vårdgarantin (4 § och 3 g–3 h § (1982:763), HSL).

Tabell 4:2. Upppfyllelse tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri, genomsnitt januari-oktober 2012 och januari-oktober 2013. Procent.

	Genomförda första besök		Start av fördjupad utredning eller behandling	
Landsting	Inom 30 dagar, andel i procent		Inom 30 dagar, andel i procent	
	2012	2013	2012	2013
Stockholm	91	92	68	75
Uppsala	95	91	93	94
Sörmland	95	93	99	98
Östergötland	99	95	98	98
Jönköping	91	97	94	96
Kronoberg	90	97	65	56
Kalmar	99	97	97	97
Gotland	97	98	99	94
Blekinge	98	99	98	98
Skåne	90	92	92	95
Halland	96	92	72	72
Västra Götaland	92	89	86	88
Värmland	68	35	94	23
Örebro	85	92	85	94
Västmanland	96	98	87	93
Dalarna	63	51	77	38
Gävleborg	84	93	70	85
Västernorrland	91	94	95	92
Jämtland	95	94	98	93
Västerbotten	32	40	33	26
Norrbotten	91	90	89	81
Riket	88	88	79	82

Kommentarer

Landsting som inte har klarat måluppfyllelsen 2012 och 2013 är fetmarkerade. Följande målnivåer gäller: 90 procent för genomförda första besök respektive 80 procent för start av fördjupad utredning eller behandling.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

Utöver prestationskraven har överenskommelsen mellan staten och SKL för 2013 även omfattat två grundkrav, som landsting och regioner måste uppfylla för att få ta del av medlen. Dels ska det finnas överenskommelser samt handlingsplaner om samverkan kring barn, unga och vuxna med psykisk funktionsnedsättning, dels ska landsting och kommuner tillhandahålla webbaserad information eller motsvarande om vart barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård, stöd och hjälp. Socialstyrelsen har bedömt att samtliga landsting har uppfyllt båda grundkraven och att de allra flesta kommuner har gjort det. Flera av de godkända webbsidorna har dock brister och Socialstyrelsen har inte granskat hur lättillgänglig informationen är. Det är därför viktigt att utvecklingen av webbsidorna fortsätter [38].

Landstingen ger blandat ”ris och ros” för tillgänglighetssatsningen. Flera anser att statsbidraget är ovärderligt för att de ska kunna klara tillgängligheten, det har varit positivt för att klara de personalförstärkningar som behövs och för att förändra arbetssätt och verksamhetsstrukturer. Flera landsting menar också att målet att ett barn inte ska behöva vänta länge på ett första besök är bra. Samtidigt uttrycker många landsting en oro över negativa effekter av målet om en påbörjad fördjupad utredning eller behandling. Kritiken handlar bland annat om negativa effekter på behandlingsinsatserna, genom att fokus riktas mot tillgänglighet i form av kvantitet och inte på kvalitet i utredningar och behandlingar. Några landsting framför också kritik mot hur och vad man mäter, som till exempel enbart starten av utredningen och behandlingen [27].

Den sociala barn- och ungdomsvården

Allt fler kommuner uppger att de har professionellt bemannad socialjourverksamhet för barn- och ungdomsärenden utanför kontorstid. I slutet av 2012 svarade 66 procent av kommunerna att de hade sådan verksamhet. Två år tidigare var det bara 45 procent som sade att de hade en professionellt bemannad socialjour.

Allt fler kommuner har också information om den sociala barn- och ungdomsvården på sin webbplats. I slutet av 2012 hade 86 procent information på webben om hur man anmäler att barn far illa, 73 procent om hur man kan framföra synpunkter och klagomål, 71 procent om vart man vänder sig efter kontorstid om man behöver akut hjälp och 38 procent om hur man överklagar ett beslut. Inom ett par områden har informationen på webben dock minskat. Det gäller information om vad det innebär att vara exempelvis kontaktperson, kontaktfamilj eller familjehem och om möjligheterna att göra en intresseanmälan om detta på webben [15].

Tillgången till information utformad direkt för barn och unga är också varierande. Barnombudsmannen har besökt landets 290 kommuner på nätet i syfte att hitta information riktad till denna grupp. Resultatet visade att drygt 57 procent av kommunerna har webbsidor med någon form av riktad information som vänder sig direkt till barn. Det är stor variation på vad denna information innehåller när det gäller tilltal, form, kontaktuppgifter, länkar med mera [39].

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av det stöd som ges till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt habilitering enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Analyserna av insatsen personlig assistans omfattar endast stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS.

I kapitlet utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden, till exempel kunskapsbaserad vård och omsorg, självbestämmande, tillgänglighet samt säker vård och omsorg. Ett genomgående tema är regionala skillnader i det individuella stödet. Kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning diskuteras i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Det finns fortfarande stora regionala skillnader inom habiliteringens verksamhet. Habiliteringens omfattning ser olika ut i olika delar av landet. Även om en del av skillnaderna troligen kan förklaras av att behovet är olika stort i olika delar av landet, spelar sannolikt även andra faktorer in, såsom tillgång till specialistkompetenser, resurstilldelning och regionala prioriteringar.
- De lokala och regionala lokala skillnaderna inom socialtjänstens verksamhet kvarstår, i synnerhet när det gäller uppföljning av beslut om insatser. Samtidigt går utvecklingen i rätt riktning, till exempel följer allt fler kommuner upp samtliga beslut om daglig verksamhet samt bostad med särskild service enligt LSS. Socialstyrelsen kan även konstatera att kompetensen bland LSS-handläggare är hög; år 2012 utfördes 95 procent av samtliga handläggningstimmar av handläggare med socionomexamen.
- Arbetet med att införa en evidensbaserad praktik i socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning går i positiv riktning. Den statliga satsningen på att stödja en evidensbaserad praktik i stödet till denna målgrupp har medfört att samtliga regioner och kommuner har sökt medel för utvecklingsarbete. Det är ännu för tidigt att se några effekter av denna satsning, men på sikt kommer den att innebära en ökad kvalitet i insatserna.
- Antalet brukare inom vuxenhabilitering är klart lägre än inom barn- och ungdomshabilitering, trots att behoven ofta kvarstår i vuxen ålder. Socialstyrelsen bedömer att det finns anledning att ifrågasätta om behoven av vuxenhabilitering tillgodoses i dag.
- Omsättningen inom personlig assistans enligt LSS är stor, det vill säga socialtjänsten fattar många nya beslut om insatsen och för många brukare upphör insatsen. Personlig assistans beviljas till personer med varaktiga behov, och

det är osäkert hur förändringar i beslut påverkar livskvaliteten för den enskilde. Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa denna utveckling, med fokus på vilka insatser som ges i stället, och i vilken utsträckning dessa insatser främjar den enskildes delaktighet och självbestämmande.

- Förutsättningarna för att kunna gå över från daglig verksamhet till lönearbete eller praktikplats måste bli bättre, bland annat genom att man samordnar och skapar rutiner. Till exempel kan samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan öka förutsättningarna, tillsammans med att socialtjänsten regelbundet prövar den enskildes arbetsförmåga.
- Många kommuner saknar anpassad information om de sociala stöden, både på sina hemsidor och på socialkontoren. Andelen kommuner som har översatt information till teckenspråk är särskilt låg. En anpassad information gynnar personer med nedsatt funktionsförmåga oavsett ålder, det vill säga även äldre personer. Små förbättringar har skett över tid, och Socialstyrelsen bedömer därför att tillgänglighetsarbetet behöver prioriteras högre. Att tillgängligheten på kommunernas webbplatser förbättras är särskilt viktigt, med tanke på kommunernas arbete med att digitalisera välfärdstjänsterna.
- Allt färre kommuner bedriver uppsökande verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning för att informera dem om deras rättigheter och vilka stöd de har rätt till. Socialstyrelsen anser att denna minskning är bekymmersam, eftersom många i målgruppen lever isolerat.

Personer med funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada²⁹. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. Vi använder oss även av begreppet funktionshinder både när vi vill beskriva begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, och när politikområdet avses.

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.

Omfattningen av stöd

Personer med funktionsnedsättning kan få olika former av stöd från socialtjänsten. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har med stöd av 4 kap. 1 § SoL rätt till bistånd av socialnämnden. Även personer med funktionsnedsättning kan alltså få insatser enligt SoL, men vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.

²⁹ Ytterligare information finns på Socialstyrelsens hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>

För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de så kallade personkretsar som definieras i 1 § 1–3 LSS:

- Personkrets 1: Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.
- Personkrets 2: Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Personkrets 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 den dagliga livsföringen och därmed ger ett omfattande behov av stöd eller service.

I detta avsnitt redogör vi för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa två lagar. Kapitlet innehåller även en redogörelse för viss utveckling inom landstingens habiliteringsverksamhet.

Stöd i det egna hemmet är fortfarande vanligare än särskilt boende

Med stöd av 4 kap. 1 § SoL kan personer med funktionsnedsättning beviljas till exempel hemtjänst eller boendestöd. År 2012 fick 16 400 personer hemtjänst och ungefär 18 300 personer fick 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)³⁰.

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, och 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 0–64 år enligt socialtjänstlagen 2012, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden

Insatser	Kvinnor			Män		
	0-19 år	20-44 år	45-64 år	0-19 år	20-44 år	45-64 år
Särskilt boende	4	330	1 310	5	530	1 940
Hemtjänst i ordinärt boende	135	1 940	6 590	212	1 520	6 000
Boendestöd	80	4 790	4 340	100	4 710	4 240

Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 april 2012, Socialstyrelsen; 2013.

³⁰ I begreppet hemtjänst ingår också avlösning av anhörigvårdare, men i detta kapitel avser vi endast individuellt biståndsprövad hemtjänst.

Antalet personer med funktionsnedsättning som får heldygnsomsorg är lägre än antalet som får stöd i det egna hemmet, och 2012 bodde cirka 4 100 personer 0–64 år i särskilt boende³¹ (tabell 5:1). Män beviljas särskilt boende i högre utsträckning än kvinnor, oavsett ålder.

Det totala antalet personer i särskilt boende ökar med stigande ålder och de som är 45–64 år utgör närmare 80 procent av dem som får denna insats.

Fler män än kvinnor får insatser enligt LSS

År 2010 fick drygt 64 000 personer en eller flera insatser enligt LSS (tabell 5:2). Det totala antalet insatser var 112 100. Den i särklass vanligaste insatsen var daglig verksamhet, som drygt 31 000 personer var beviljade. Det finns emellertid skillnader mellan olika åldrar. Korttidsstillsyn och korttidsvistelse är de vanligaste insatserna bland barn och unga upp till 22 år, hos personer mellan 23 och 64 år är i stället daglig verksamhet och boende de vanligaste insatserna.

Fler män än kvinnor får insatser enligt LSS, och det gäller för alla insatser. Särskilt stor är könsskillnaden dock när det gäller korttidsvistelse, avlösarservice och korttidsstillsyn, där två tredjedelar av insatserna ges till pojkar och män. Även inom denna lagstiftning beviljas män särskilda boendeformer (det vill säga bostad med särskild service enligt LSS) i högre utsträckning än kvinnor. Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat könsskillnaderna inom LSS och konstaterat att könsskillnaderna i antal insatser delvis kan förklaras av att antalet pojkar och män med vissa diagnoser är fler än antalet flickor och kvinnor. Det gäller bland annat diagnoserna autism och autismliknande tillstånd, cerebral pares, ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Det går emellertid inte att utesluta att handläggare bedömer behoven hos män och kvinnor olika.

Tabell 5:2. Antal personer 2012 med insatser enligt LSS uppdelat på kön och ålder, avrundade värden

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

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

³¹ Med särskilt boende 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 § tredje stycket SoL.

Det finns även skillnader inom olika insatser, till exempel när det gäller hur många timmar som beviljades. Antal timmar ledsagarservice per vecka enligt det verkställda LSS-beslutet varierade från några enstaka timmar till ungefär 40 timmar per vecka [1]. Det vanligaste var 1–5 timmar per vecka, vilket gällde för 66 procent av alla med ledsagarservice. Andelen var ungefär lika hög som för året innan. Dessa skillnader kan bero på skillnader i behov, men ytterligare orsaker kan vara lokala riktlinjer och bristande tillgång till ledsagare.

Många gånger har samma person flera insatser, och ett exempel på en insats som ofta kompletteras med andra insatser är personlig assistans. År 2012 hade 3 880 personer den insatsen, och av dessa hade dessutom:

- nio procent hemtjänst enligt SoL
- sex procent kontaktperson enligt LSS
- nio procent korttidsvistelse enligt LSS.

Insatser enligt SoL ökar mer än insatser enligt LSS

Socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka i omfattning. Sedan 2008 har antalet insatser enligt SoL ökat med 16 procent³² och insatser enligt LSS har ökat med 6 procent³³ (tabell 5:3). Ökningen gäller dock inte alla insatser, utan framför allt boendestöd enligt SoL, bostad med särskild service till vuxna enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS. Exempel på insatser som har minskat i antal är ledsagarservice, korttidsvistelse samt korttidstillsyn enligt LSS.

Även antalet personer som får insatser enligt LSS ökar. År 2012 fick 64 200 personer en eller flera insatser enligt LSS, vilket motsvarar en ökning med 9 procent sedan 2008.

³² Hemtjänst, boendestöd och särskilt boende.

³³ Exklusive insatsen råd och stöd

Tabell 5:3. Antal insatser enligt SoL och LSS år 2008–2012, avrundade värden*

	2008	2009	2010	2011	2012
Insatser enligt LSS					
Personlig assistans	3 500	3 360	3 560	3 760	3 900
Ledsagarservice	9 660	9 640	9 290	9 160	8 700
Kontaktperson	18 420	19 150	19 500	19 460	19 600
Avlösarservice	3 350	3 380	3 390	3 390	3 400
Korttidsvistelse	10 230	9 980	10 010	9 880	9 700
Korttidsstillsyn	5 170	5 140	5 160	5 010	4 800
Boende, barn och unga	1 400	1 430	1 440	1 330	1 200
Boende, vuxna	22 320	22 870	23 430	23 920	24 400
Daglig verksamhet	28 080	28 970	30 250	31 150	32 200
Insatser enligt socialtjänstlagen					
Särskilt boende	4 510	--	4 280	4 340	4 100
Hemtjänst i ordinärt boende	16 800	--	16 670	16 580	16 400
Boendestöd	12 170	--	15 130	17 500	18 300

* Insatser enligt SoL är till och med 64 år och insatser enligt LSS är alla åldrar.

Källa: 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), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2012 (2013), 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 april 2011 (2012), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2012 (2013).

Stort flöde till och från personlig assistans

Personlig assistans enligt LSS har ökat med cirka 11 procent mellan 2008 och 2012³⁴. Socialstyrelsens analyser visar emellertid att flödet till och från insatsen är stort, varje år består 24–29 procent av insatserna av nya beslut³⁵ och för 23–27 procent upphör insatsen (tabell 5:4). Omsättningen är således stor, och för många brukare tycks insatsen inte vara långvarig. Den stora omsättningen inom personlig assistans kan bero på flera saker. Det kan till exempel vara så att personlig assistans inte är en självklar rättighet och att den ofta prövas vid socialtjänstens uppföljningar. Så vad händer med personer för vilka den personliga assistansen upphör? Följande analys av förändringarna mellan två år ger delvis svar på frågan.

³⁴ Här avses stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligena kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS.

³⁵ Avser åren 2008–2012.

Tabell 5:4. Flödet till och från personlig assistans år 2008–2012, redovisat på nya beslut och beslut som upphört

År	Antal personer med personlig assistans	Antal som hade personlig assistans året innan	Nya beslut om personlig assistans	Antal beslut om personlig assistans som upphört
2008	3 475	2 480	990	830
2009	3 370	3 550	820	930
2010	3 560	2 540	1 030	830
2011	3 780	2 740	1 050	830
2012	3 880	2 880	1 000	900

Källa: Socialstyrelsens egna bearbetningar av registret över insatser enligt LSS.

Mellan 2011 och 2012 upphörde den personliga assistansen för 904 personer. År 2012 hade 11 procent av dessa insatser enligt SoL, exempelvis hemtjänst och 26 procent hade insatser enligt LSS, till exempel bostad med särskild service (figur 5:1)³⁶.

Figur 5:1. Flödet till och från personlig assistans enligt LSS år 2011–2012

Det är inte möjligt att fullt ut analysera hur verksamheterna tillgodoser behoven hos de som mister personlig assistans. Socialstyrelsen har dock tidigare framhållit att exempelvis hemtjänsten och dess fokus på omsorg inte går att jämföra med personlig assistans, vars utformning har ett större fokus på delaktighet i samhällslivet än hemtjänst [2].

Det faktum att så många nya beslut fattas samtidigt som många upphör ger Socialstyrelsen anledning att fortsätta följa utvecklingen inom personlig assistans enligt LSS.

Stora regionala skillnader inom habiliteringen

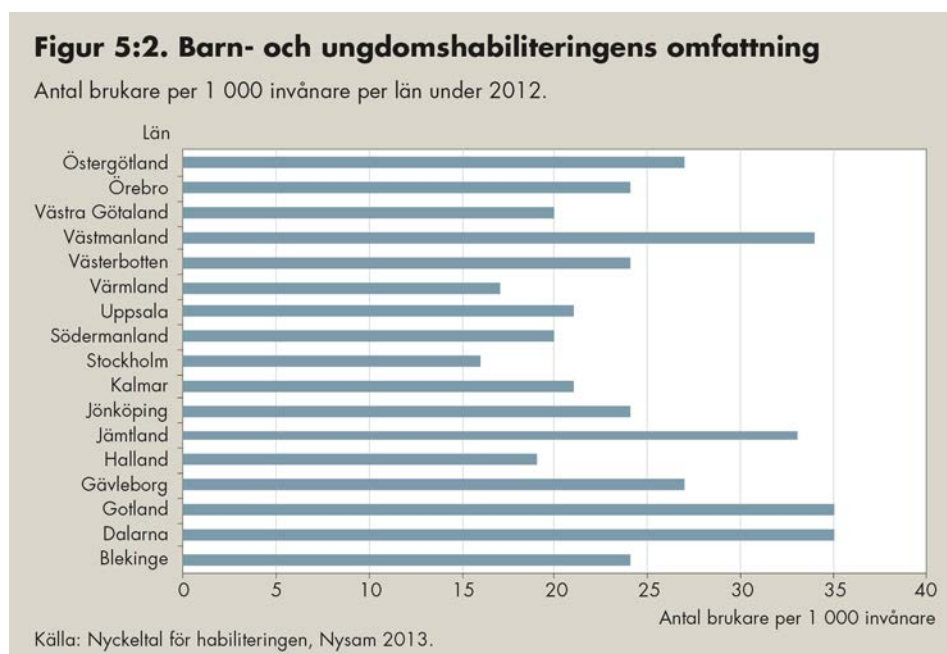
Habiliteringens insatser ges inom olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan till exempel vara av medicinsk, pedagogisk, psykologisk och teknisk art. Insatserna syftar till att hjälpa människor att upprätthålla

³⁶ Vidare hade 11 procent trygghetslarm och/eller matlåda beviljat enligt SoL och 48 procent hade ingen insats enligt SoL eller LSS.

olika funktioner och skapa förutsättningar för deras delaktighet i samhällslivet.

Fler barn och unga får habiliteringsinsatser än vuxna, visar uppgifter från Nysam³⁷ [3]. Uppgifterna täcker inte alla län, men tillräckligt många för att Socialstyrelsen ska kunna dra vissa slutsatser och se mönster.

Habiliteringens omfattning ser olika ut i olika delar av landet. Figur 5:2 visar antalet brukare per 1 000 invånare inom barn- och ungdomshabiliteringen, och mellan vissa län är skillnaden över 100 procent. Antalet brukare varierar mellan 15 och 35 per 1 000 invånare. Till viss del förklaras skillnaderna av att behovet är olika stort i olika delar av landet, men även andra faktorer spelar sannolikt in, såsom tillgång till specialistkompetenser, resurstilldelning och regionala prioriteringar.

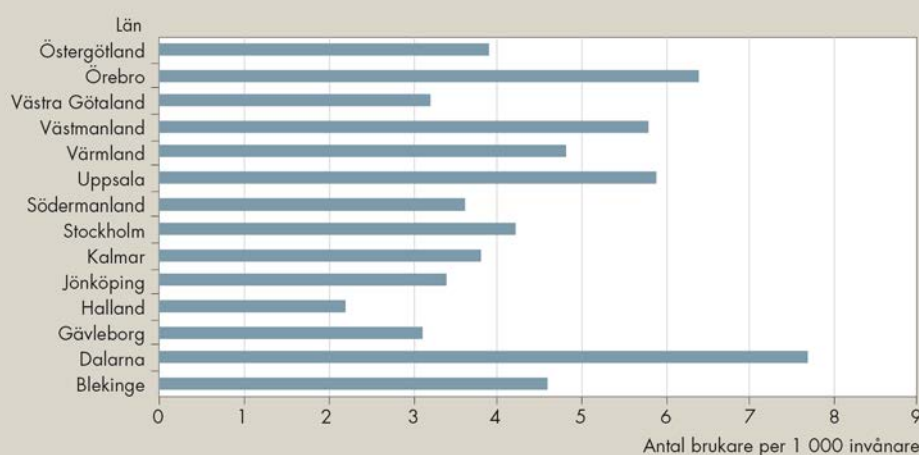


Antalet brukare inom vuxenhabiliteringen är lägre än inom barn- och ungdomshabiliteringen, omkring 2–8 brukare per 1 000 invånare (figur 5:3). Antalet brukare inom vuxenhabiliteringen skiljer sig dessutom mellan olika län, i Dalarnas län är till exempel antalet brukare närmare 4 gånger högre än i Gävleborgs län. Mot bakgrund av uppgifterna i figur 5:2 och 5:3 finns det anledning att ifrågasätta om dagens behov av vuxenhabilitering tillgodoses.

³⁷ Nysam har i 20 års tid tagit fram nyckeltal för jämförelse inom sjukvård och omsorg, nyckeltalen för landstingens habilitering utgår från Socialstyrelsen definition av God Vård. Mer information finns på www.nysam.com.

Figur 5:3. Vuxenhabiliteringens omfattning

Antal brukare per 1 000 invånare per län under 2012.



Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En viktig del i arbetet för en kunskapsbaserad vård och omsorg är att arbetet ska vara evidensbaserat. En evidensbaserad praktik innebär systematisk användning av bästa tillgängliga kunskap vid beslut om insatser till enskilda personer. Besluten ska även fattas utifrån den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

Under 2013 påbörjade Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt landets kommuner insatser för att stödja en evidensbaserad praktik, som bland annat innefattar att fördela statliga medel för regionalt och lokalt utvecklingsarbete [4]. Arbetet fokuserar på tre områden:

1. Förstärka delaktigheten för barn och unga med funktionsnedsättning.
2. Förstärka brukarmedverkan.
3. Initiera, genomföra och utveckla systematiskt uppföljning.

Under 2013 har samtliga regioner och län ansökt om medel samt formulerat mål för sitt utvecklingsarbete inom de tre ovanstående områdena. Majoriteten av länen, 19 stycken, har valt att fokusera särskilt på brukarmedverkan, 15 har valt att arbetat med barns och ungas inflytande och 13 arbetar med systematiskt uppföljning. Det är 10 län och regioner som arbetar med samtliga tre områden, sex arbetar med två områden och fem fokuserar endast på ett område. Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att samtliga län och regioner har initierat ett utvecklingsarbete.

Det är ännu för tidigt att säga något om hur utvecklingsarbetet kommer att falla ut, men vissa, närliggande uppgifter finns att tillgå i öppna jämförelser av stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning, till exempel hur många kommuner som använder brukarundersökningar och hur många som regelbundet följer upp beslut.

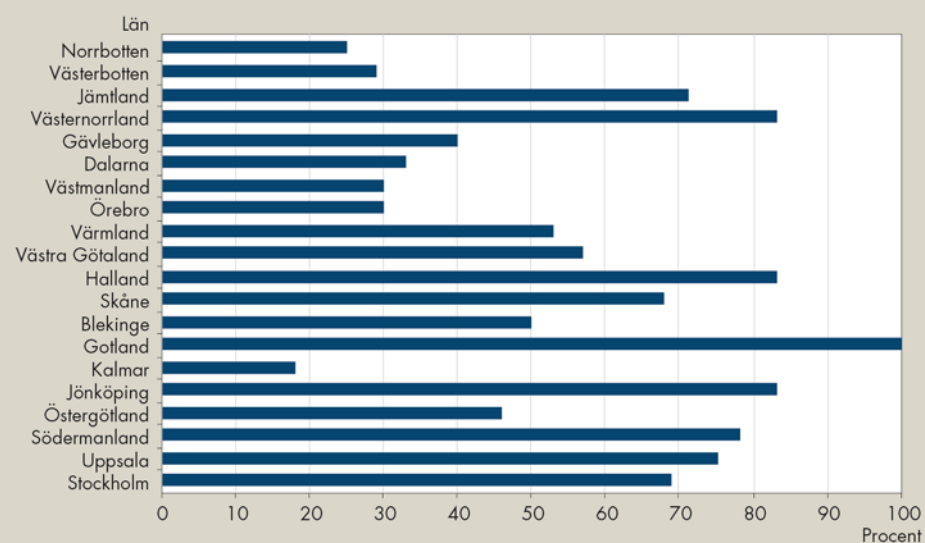
Varannan kommun använder brukarundersökningar

Drygt varannan kommun (56 procent) använder brukarundersökningar för att utveckla den egna verksamheten [5]. Detta är en ökning sedan föregående år med tre procent [2]. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att de flesta kommuner har inrättat ett råd för funktionshindersfrågor [2], men för att dessa råd ska ha ett reellt inflytande krävs det att verksamheterna använder de synpunkter och förslag som kommer in. Det är därför bekymmersamt att endast varannan kommun använder dessa undersökningar i sin verksamhetsutveckling.

Det är också stora skillnader mellan kommunerna, och figur 5:4 visar att andelen kommuner på länsnivå som använder sig av brukarundersökningar varierar mellan knappt 20 procent och 100 procent. Denna variation pekar ytterligare på behovet av att kommunerna satsar på ökad brukarmedverkan, och inte bara en formell sådan utan även en reell.

Figur 5:4. Brukarmedverkan i verksamhetsutvecklingen

Andel kommuner i respektive län som använder brukarundersökningar i verksamhetsutvecklingen under 2012.



* Underlag saknas från Kronobergs län.

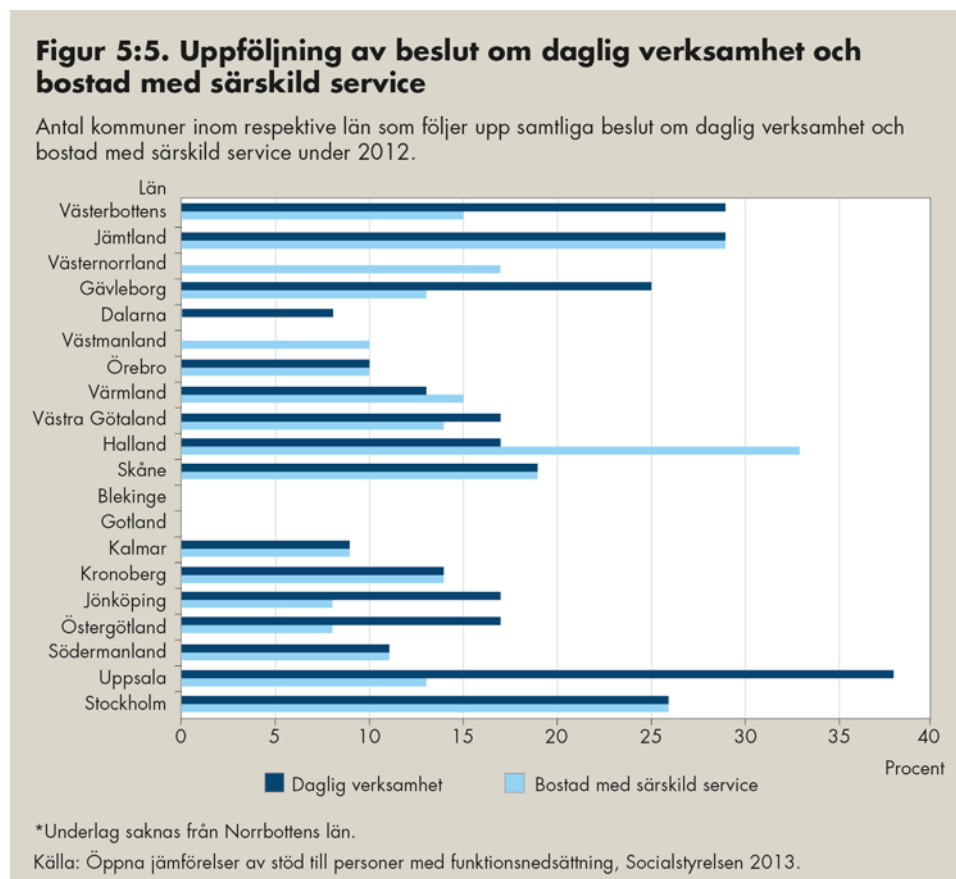
Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2013.

Allt fler kommuner följer upp beslut om daglig verksamhet och boende

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

Andelen kommuner som följer upp samtliga beslut om insatserna bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS ökar, men är fortfarande låg. År 2012 följde 15 procent av kommunerna upp samtliga beslut om bostad med särskild service, år 2011 var andelen 11 procent. Inom daglig

verksamhet är andelen något högre, 17 procent år 2012 jämfört med 13 procent året innan.



Det finns stora regionala skillnader i hur många kommuner som följer upp besluten. Figur 5:5 visar att i fyra län följer ingen kommun upp samtliga beslut om bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS. Motsvarande andel som följer upp samtliga beslut om bostad med särskild service är tre län. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att andelen beslut som följs upp har samband med antal ärenden per handläggare; ju fler ärenden, desto färre uppföljningar [2].

Den låga andelen kommuner som följer upp samtliga beslut tillsammans med de stora regionala skillnaderna visar hur angeläget det är att kommunerna prioriterar detta.

Kompetensen inom LSS-handläggning är hög

Kompetensen inom socialtjänstens handläggning av LSS är hög, år 2012 utfördes 95 procent av samtliga handläggningstimmar av handläggare med socionomexamen. Motsvarande andel 2011 var 92 procent. Skillnaderna mellan kommunerna är små, och i de flesta fall ligger andelen mellan 90 och 100 procent [5].

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på lagen samt vara tydlig och förutsägbar. I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på anmälningar av allvarliga missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.

Arbetet att komma tillrätta med allvarliga missförhållanden fortsätter

Arbetet med att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning sker på flera sätt, till exempel via Inspektionen för vård och omsorg (IVO), verksamheternas eget kvalitetsarbete och genom anmälningar enligt lex Sarah i 7 kap. 6 § första stycket och 14 kap. 3–6 §§ SoL samt 23 e § första stycket och 24 b–24 e §§ LSS [6]. Enligt lex Sarah ska nämnden eller den som driver yrkesmässig enskild verksamhet snarast anmäla ett allvarligt missförhållande till IVO. Detta gäller även när det finns en risk för att ett allvarligt missförhållande ska uppstå³⁸.

Under perioden januari–november 2013 har 213 lex Sarah-anmälningar kommit in till Socialstyrelsen/IVO³⁹ som rör insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning i åldrarna 0–64 år⁴⁰. Antalet anmälningar har ökat något sedan föregående år⁴¹ [2].

De flesta anmälningarna inom funktionshindersområdet kommer från kommunalt driven verksamhet (cirka 70 procent), medan en mindre andel (cirka 30 procent) kommer från enskilt driven verksamhet. Fördelningen är samma som för tidigare år.

Det finns vissa regionala skillnader i antalet anmälningar. Antalet är till exempel tre gånger högre i Skåne, Kronoberg och Blekinge län än i Stockholms län och Gotland (figur 5:6). Antalen är emellertid små och det går därför inte att dra för stora slutsatser, till exempel om skillnaderna beror på skillnader i förekomst av allvarliga missförhållanden eller skillnader i inrapporteringsbenägenhet.

³⁸ Bestämmelsen gäller från den 1 juli 2011.

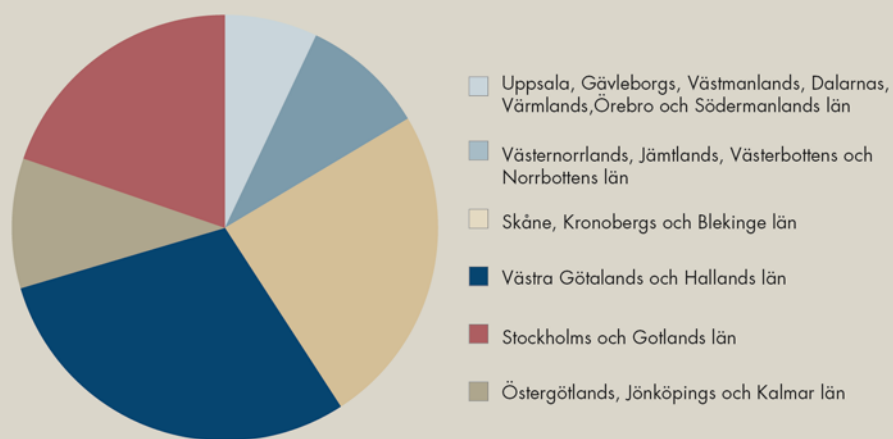
³⁹ Den 1 juni 2013 övergick Socialstyrelsens tillsynsverksamhet till den nybildade Inspektionen för vård och omsorg.

⁴⁰ Avser inkomna ärenden där Socialstyrelsen/IVO har fattat beslut och där de regionala tillsynsenheterna inrapporterat data som översänts till Socialstyrelsen/IVO.

⁴¹ Under hela 2013 fattades det beslut i 320 ärenden inom området funktionsnedsättning, vilket är en ökning med cirka 30 ärenden jämfört med föregående år. Analysen i detta avsnitt grundar sig endast på beslutade och inrapporterade ärenden perioden 1 januari–1 november 2013.

Figur 5:6. Anmälningar enligt Lex Sarah

Anmälningar per region, januari–november 2013, verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2013.

De flesta lex Sarah-anmälningarna inom LSS-området rör bostad med särskild service för vuxna och personlig assistans (tabell 5:5). Majoriteten av anmälningarna inom SoL rör i sin tur särskilt boende samt hemtjänst eller boendestöd.

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

Beslutade och inrapporterade anmälningar, under perioden januari–november 2013.

Verksamhet	Andel
Insatser enligt LSS	
Boende barn och unga	4,4
Boende, vuxna	40,9
Daglig verksamhet	8,3
Korttidsstillsyn	1,1
Korttidsvistelse	6,6
Myndighetsutövning	0,6
Övrigt	2,2
Personlig assistans	35,9
Total andel	100
Insatser enligt SoL	
Hem för vård eller boende	6,3
Hemtjänst/boendestöd	34,4
Korttidsboende	3,1
Myndighetsutövning	9,4
Särskild boendeform	37,5
Övrigt	9,4
Total andel	100

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

Felaktigt utförd insats var fortfarande det mest förekommande allvarliga missförhållandet, och motsvarade drygt 20 procent av anmälningarna. Näst vanligast var att den beviljade insatsen inte hade blivit utförd alls. Inom undergruppen personlig assistans var det tvärtom vanligast att insatsen inte blivit utförd alls än att den blivit felaktigt utförd. Fysiskt våld eller övergrepp från personal förekom i lite mer än 10 procent av fallen inom funktionshindersområdet.

Bristande rutiner och riktlinjer vanligaste orsaken

Verksamheterna anger framförallt brister i rutiner och riktlinjer som orsaker till allvarliga missförhållanden (tabell 5:6). Faktorer som har att göra med organisation, bemanning och arbetsledning utgör de näst vanligaste orsakerna. I 94 fall av 213 angavs orsaker inom fler än ett område.

Tabell 5:6. Orsaker* till allvarliga missförhållanden samt risk för allvarliga missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning

Beslutade och inrapporterade anmälningar januari–november 2013.

Orsakområde	Andel
Kommunikation och information	26,3
Utbildning, kompetens och handledning	22,5
Organisation, bemanning och arbetsledning	31,0
Lokaler, teknik och utrustning	13,2
Rutiner och riktlinjer	45,1
Övrigt	133,8

* Ett ärende kan ha flera orsaker.

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

De som bedriver verksamheter där ett allvarligt missförhållande uppstår ska vidta lämpliga åtgärder för att undanröja och minimera risken för ytterligare missförhållanden⁴². Åtgärderna som har vidtagits under den aktuella perioden är en direkt återspeglning av vilka orsaksfaktorer som har identifierats. Riktlinjer och rutiner – som var den vanligaste orsaken till ett allvarligt missförhållande – var också den kategori där flest åtgärder vidtogs (tabell 5:7). På motsvarande vis var åtgärder som hade att göra med lokaler, teknik och utrustning minst vanliga.

Tabell 5:7. Åtgärder* som vidtagits för att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning

Beslutade och inrapporterade anmälningar, januari–november 2013

Åtgärdsområde	Andel
Kommunikation och information	44,6
Utbildning, kompetens och handledning	39,0
Organisation, bemanning och arbetsledning	47,0
Lokaler, teknik och utrustning	19,3
Rutiner och riktlinjer	65,7
Övrigt	11,3

* Flera åtgärder kan ha vidtagits för ett ärende.

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

⁴² Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Det framgår av 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS.

I cirka en tredjedel av fallen ledde händelsen till allvarigare åtgärder – till en polisanmälan eller arbetsrättsliga åtgärder, eller både och. I de allra flesta fall har Socialstyrelsen/IVO bedömt att verksamheten som rapporterade in det allvarliga missförhållandet har vidtagit tillräckliga åtgärder. I ett fåtal fall har myndigheterna bedömt att det är nödvändigt att verksamheterna vidtar ytterligare åtgärder (knappt fyra procent). I tre procent av fallen har Socialstyrelsen/IVO öppnat ett eget tillsynsärende [7].

Även på nationell nivå pågår ett utvecklingsarbete som på sikt kommer att skapa bättre förutsättningar för säker vård och omsorg. Socialstyrelsen har i uppdrag att tillsammans med bland annat IVO öka kunskapen om god vård och omsorg till personer med nedsatt beslutsförmåga. Arbetet kommer att resultera i ytterligare stöd till verksamheterna när det gäller användningen av arbetsmetoder som är baserade på bästa tillgängliga kunskap, för att till exempel minska risken för begränsningar och tvång.

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, liksom hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen bland annat för den enskildes inflytande i planeringen av det egna stödet.

Andelen brukare med genomförandeplaner minskar

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

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många personer som får insatser enligt LSS har en genomförandeplan och att många av dem även varit delaktiga vid utformningen av planen. Andelen delaktiga brukare har emellertid minskat jämfört med föregående år [2,5]:

- Inom bostad med särskild service har 83 procent av alla enheter i landet aktuella genomförandeplaner för samtliga brukare. På 89 procent av dessa boenden hade alla brukare med en genomförandeplan också varit delaktiga i arbetet med att utforma eller att följa upp dem.
- Andelen boenden där samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan är högst inom enskilt drivna boenden, 92 procent jämfört med 82 procent inom kommunalt drivna boenden [5].
- Inom daglig verksamhet är andelen enheter som upprättat genomförandeplaner för samtliga deltagare 65 procent. Inom nästan alla dessa en-

heter hade samtliga deltagare (91 procent) också varit delaktiga i att utforma planen eller att följa upp den.

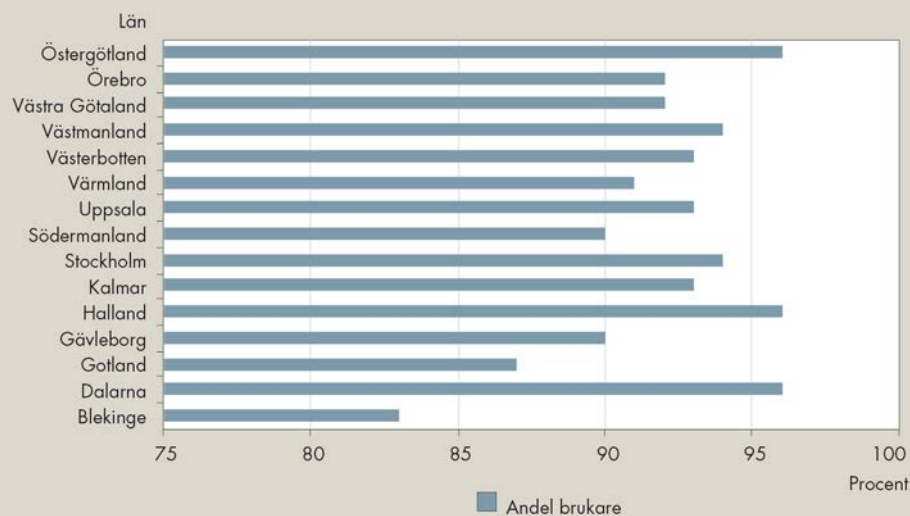
- Inom daglig verksamhet är det vanligare att enskilt drivna verksamheter har genomförandeplaner för samtliga deltagare, 83 procent jämfört med 63 procent inom kommunalt drivna [5].

Många kan påverka sin habiliteringsplan

Uppgifter från Nysam pekar på att majoriteten av brukarna kan påverka sin habiliteringsplan[3]. Inom barn- och ungdomshabiliteringen uppskattade mellan 80 och 95 procent av brukarna att de har möjlighet att påverka sin habiliteringsplan (figur 5:7). Inom vuxenhabiliteringen är färre län representerade, vilket gör att det inte är lika enkelt att jämföra. Uppgifterna i figur 5:8 tyder dock på att en hög andel brukare inom vuxenhabiliteringen har möjlighet att påverka sin habiliteringsplan.

Figur 5:7. Självskattat inflytande inom barn- och ungdomshabiliteringen

Brukares möjlighet att påverka innehållet i habiliteringsplanen per län under 2012*.



* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Andelen brukare som upplever att de kan påverka habiliteringen är hög, även i jämförelse med patienters erfarenheter av andra vårdområden. Sedan 2009 följer landstingen och SKL upp patienters erfarenheter av hälso- och sjukvård genom Nationell patientenkät⁴³. Resultaten från de nationella patientenkäterna visar bland annat följande [2]⁴⁴:

- 70 procent av patienterna (eller deras föräldrar) inom den öppna barnsjukvården kände sig delaktiga i beslut.

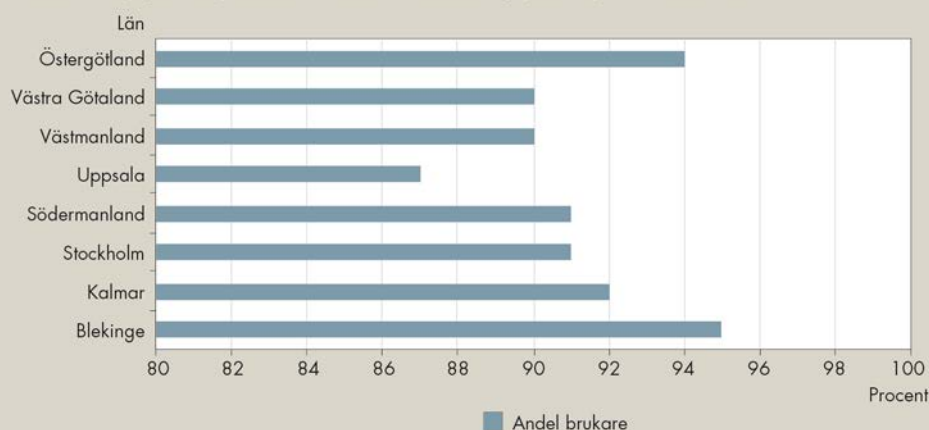
⁴³ Enkäten skickas hem till slumpmässigt utvalda patienter och innehåller frågor om hur patienterna upplevde sin senaste kontakt med vården.

⁴⁴ Delaktighet i patientenkäterna definieras som delaktighet i den utsträckning patienterna själva önskade.

- 45 procent av patienterna inom den psykiatriska öppenvården kände sig delaktiga i beslut.
- 60 procent av patienterna inom primärvården kände sig delaktiga i beslut.

Figur 5:8. Självskattat inflytande inom vuxenhabiliteringen

Brukares möjlighet att påverka innehållet i habiliteringsplanen per län under 2012*.



* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

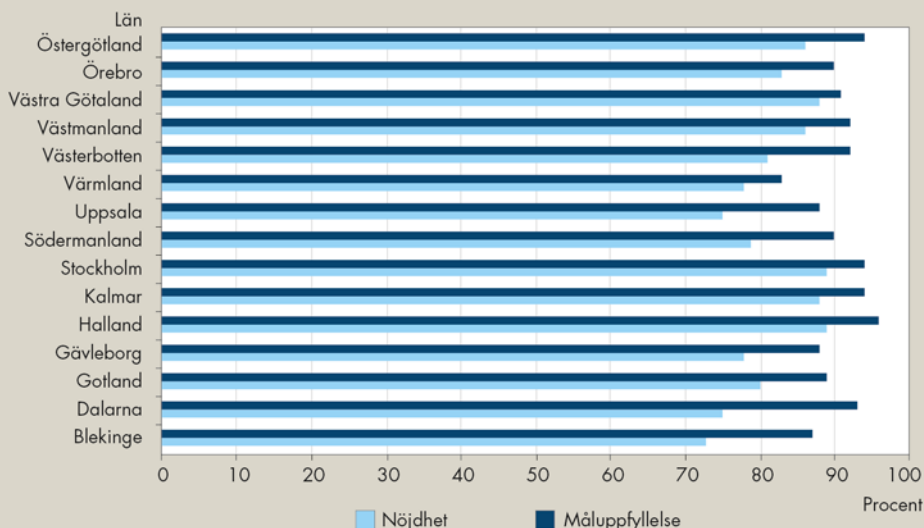
Många brukare nöjda med habiliteringen

En utgångspunkt för habiliteringens verksamhet är den enskildes delaktighet och inflytande. Verksamheternas svar på utvärderingsformulär visar att måluppfyllelsen för habiliteringens insatser är hög [3]⁴⁵. Inom barn- och ungdomshabiliteringen ligger andelen mellan 75 och 90 procent. Motsvarande andel inom vuxenhabilitering ligger mellan 60 och 90 procent (figur 5:9 och figur 5:10). Uppgifterna täcker inte samtliga län, och de grundar sig på inskickade utvärderingsformulär där det finns ett visst bortfall. Uppgifterna bör därför tolkas med försiktighet. Likväl ger uppgifterna en viktig bild av verksamhetens måluppfyllelse.

⁴⁵ Måluppfyllelsen definieras som den procentuella andelen brukare som bedömt att den enskilda habiliteringsmålen uppfyllts i hög grad eller i tillräckligt hög grad.

Figur 5:9. Måluppfyllelse och nöjdhet inom barn- och ungdomshabiliteringen

Brukares bedömningar av måluppfyllelsen av habiliteringens insatser respektive nöjdhet av habiliteringens insatser* under 2012.



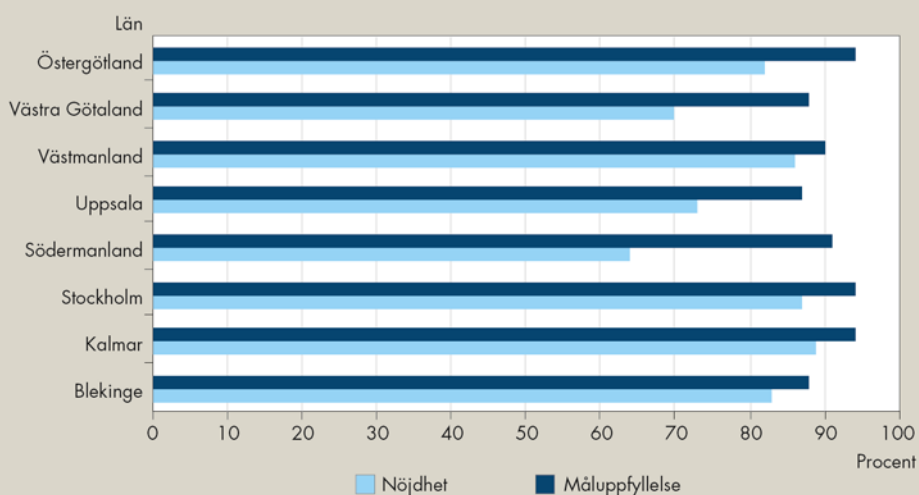
* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Många brukare tycks vara nöjda med habiliteringens insatser (figur 5:9 och 5:10). Andelen nöjda brukare ligger ungefär på samma nivå inom barn- och ungdomshabilitering som inom vuxenhabilitering, mellan 85 och 95 procent beroende på län. Socialstyrelsen bedömer att detta måste ses som ett gott betyg till habiliteringens verksamheter.

Figur 5:10. Måluppfyllelse och nöjdhet inom vuxenhabilitering

Brukares bedömningar av måluppfyllelsen av habiliteringens insatser respektive nöjdhet av habiliteringens insatser* under 2012.



* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Helhetssyn och samordning

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer höga krav på insatsernas 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.

Antalet kommuner som erbjuder en individuell plan har ökat något

En individuell plan utgör ett viktigt verktyg för samordning och samverkan kring den enskilde. Personer som har beviljats någon eller några av de tio insatserna enligt 9 § LSS ska därför erbjudas en sådan plan. Det följer av 10 § LSS. Förutsättningarna för att dessa personer ska erbjudas en individuell plan har ökat något, men är fortfarande begränsade. År 2012 hade 62 procent av kommunerna rutiner för att erbjuda dessa planer, motsvarande andel året innan var 57 procent [2]. Ökningen beror troligen på ett ökat genomslag för bestämmelsen som trädde i kraft 1 januari 2010 om att den som är beviljad en insats enligt LSS också ska erbjudas en individuell plan.

Den individuella planeringen ska utgå från den enskildes önskemål. En plan kan omfatta flera insatser som till exempel insatser enligt SoL och LSS, 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 i samband med beslut om en insats. Socialstyrelsens bedömning att fler bör få en individuell plan kvarstår därför.

Den formaliserade samverkan har fortfarande brister

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 kommunala verksamheter. Samverkansöverenskommelser med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och socialpsykiatri eller äldreomsorgen⁴⁶ är vanligast, 60 procent respektive 50 procent av kommunerna har sådana överenskommelser [5]. Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen. Överenskommelser med andra verksamheter inom kommunen är ovanligare, till exempel har endast 45 procent av kommunerna överenskommelser med den sociala barn- och ungdomsvården.

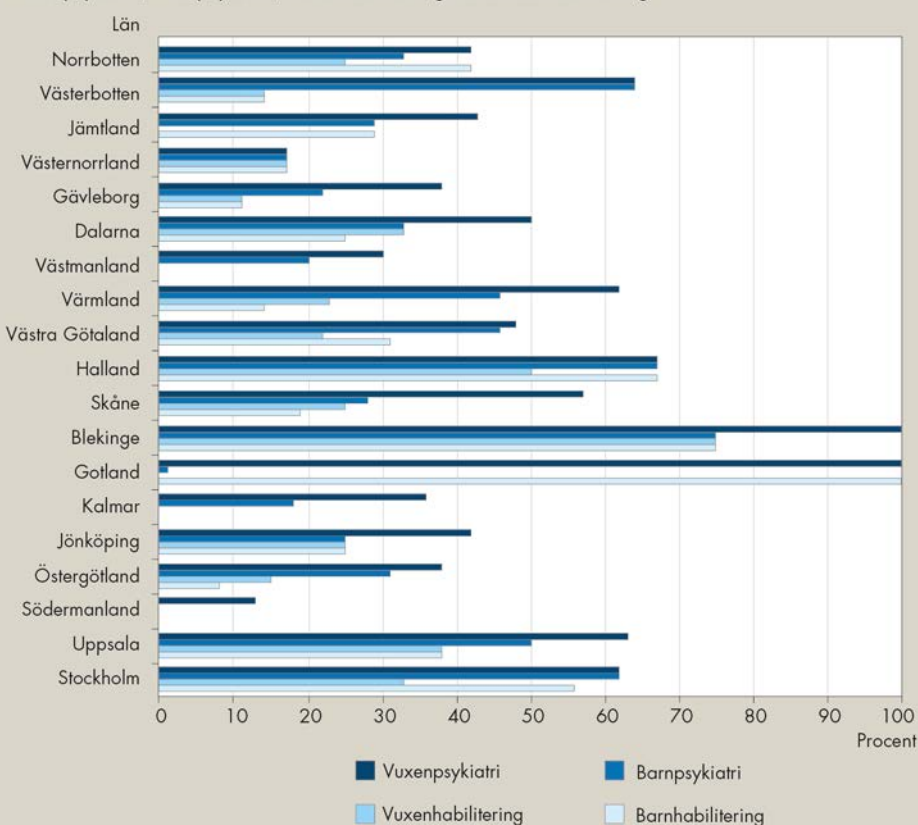
Långt ifrån alla kommuners LSS-verksamheter har överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och verksamheter. Knappt 50 procent av kommunerna har överenskommelser med landstingens vuxenpsykiatri. Andelen är ytterligare något lägre för barnpsykiatri 40 procent. Detta är emeller-

⁴⁶ 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.

tid en ökning från året innan, då motsvarande andel var omkring 40 respektive 30 procent [2,5].

Figur 5:11. Samverkansöverkommelser på ledningsnivå

Andel kommuner inom respektive län som har samverksansavtal på ledningsnivå inom vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, vuxenhabilitering samt barnhabilitering.



* Underlag saknas för Kronobergs och Örebro län.

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2013.

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

Figur 5:11 visar att de regionala skillnaderna är stora, och att andelen kommuner med samverkansöverenskommelser varierar mellan länen.

Personer med insatser enligt LSS behöver ofta insatser från habiliteringen och det är viktigt att stödet kring den enskilde samordnas. Socialstyrelsen anser därför att det är anmärkningsvärt att så få kommuner har samverkansöverenskommelser med habiliteringsverksamheterna.

Ingen ökning i övergångar till arbete

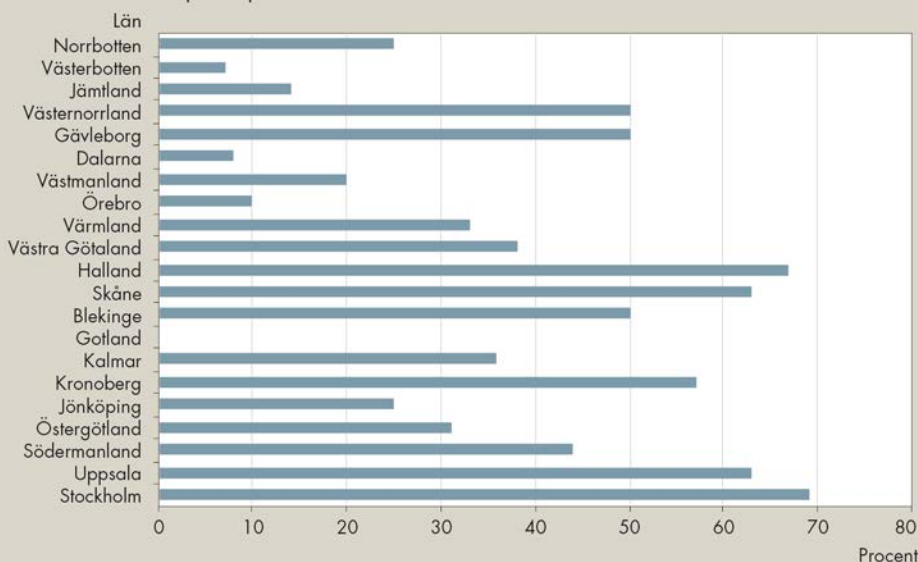
Möjligheterna att gå från daglig verksamhet till lönearbete uppmärksammas allt mer, både av regeringen och av andra aktörer. Få personer gör dock denna övergång. I 42 procent av landets kommuner gick en eller flera perso-

ner över från daglig verksamhet till praktik eller lönearbete under 2012 [5], andelen är oförändrad sedan året innan. Detta betyder att i 58 procent av kommunerna gick ingen person med daglig verksamhet över till arbete eller praktikplats under det senaste året.

Figur 5:12 visar dessutom att de regionala skillnaderna i övergång till praktik eller arbete är stora. Förutsättningarna för arbete ser förvisso olika ut i olika delar av landet, men de stora skillnaderna pekar ändå på en viss förbättringspotential.

Figur 5:12. Övergång från daglig verksamhet till arbete eller praktikplats

Andel kommuner inom respektive län där minst en person gått från daglig verksamhet enligt LSS till arbete eller praktikplats under 2012.



Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2013.

Det saknas information om hur många av de med daglig verksamhet som har en arbetsförmåga som medger arbete eller praktikplats. Detta komplicerar analyserna av övergångar från daglig verksamhet, eftersom det är svårt att avgöra hur stor andelen övergångar bör vara. Trots de metodologiska svårigheterna bedömer Socialstyrelsen ändå att analysen är viktig, eftersom många personer med daglig verksamhet har en mycket nedsatt arbetsförmåga, och daglig verksamhet många gånger är det bästa alternativet.

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 brukare går vidare till arbete eller praktikplats. I Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning presenteras tre sådana förutsättningar [5]:

- Andelen kommuner som har en rutin för att pröva möjligheten till arbete eller praktikplats för personer med daglig verksamhet enligt LSS varje år.

- Andelen kommuner som följer upp samtliga beslut om daglig verksamhet enligt LSS varje år.
- Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassan.

Andelen kommuner som uppfyller någon av ovanstående punkter är emellertid låg, vilket tyder på att möjligheterna till övergångar är begränsade. Endast 14 procent av kommunerna har rutiner för att pröva den enskildes möjligheter till arbete eller praktikplats varje år. Något fler kommuner följer upp samtliga beslut om daglig verksamhet, 17 procent [5]. Detta är förvisso en ökning sedan året innan, men nivån är fortfarande låg.

Endast 12 procent av kommunerna har överenskommelser om samverkan i LSS-ärenden med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Andelen har emellertid ökat något sedan året innan, då andelen var 11 respektive 8 procent [2,5].

Sammanfattningsvis kan Socialstyrelsen konstatera att få personer med daglig verksamhet går vidare till arbete eller praktikplats, samtidigt som förutsättningarna för sådana övergångar fortfarande tycks vara bristfälliga. Socialstyrelsen anser vidare att arbetet med att öka dessa förutsättningar bör öka både på nationell och på lokal nivå, för att på så sätt minska risken för inlåsningseffekter, det vill säga att de personer med funktionsnedsättning som skulle kunna gå vidare till arbete eller praktikplats hindras av bristande samordning och rutiner.

Tillgänglig vård och omsorg

Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I detta avsnitt uppmärksammar Socialstyrelsen utvecklingen inom den uppsökande verksamheten samt redovisar hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning.

Socialtjänstens uppsökande verksamhet minskar

Kommunernas uppsökande verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning har försämrats [5]. Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet har minskat från 51 procent till 44 procent och andelen kommuner som inventerat målgruppens behov tillsammans med landstinget har minskat från 46 procent till 42 procent. Dessutom har kommunernas riktade informationssatsningar till målgruppen blivit färre.

Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering, och Socialstyrelsen anser därför att den minskande uppsökande verksamheten är bekymmersam. Det är angeläget att socialtjänstens verksamheter prioriterar arbetet med att informera människor om deras rättigheter och vilket stöd de har rätt till.

Tillgången till anpassad information är fortfarande begränsad

Tillgången till anpassad information på kommunernas hemsidor har blivit bättre, men är fortfarande begränsad [5]:

- Lättläst svenska: 40 procent av kommunerna, motsvarande andel föregående år var 41 procent.
- Teckenspråk: 7 procent av kommunerna, motsvarande andel föregående år var 1 procent.
- Talad information: 40 procent av kommunerna.
- Textfil: 53 procent av kommunerna, motsvarande information föregående år var 38 procent.

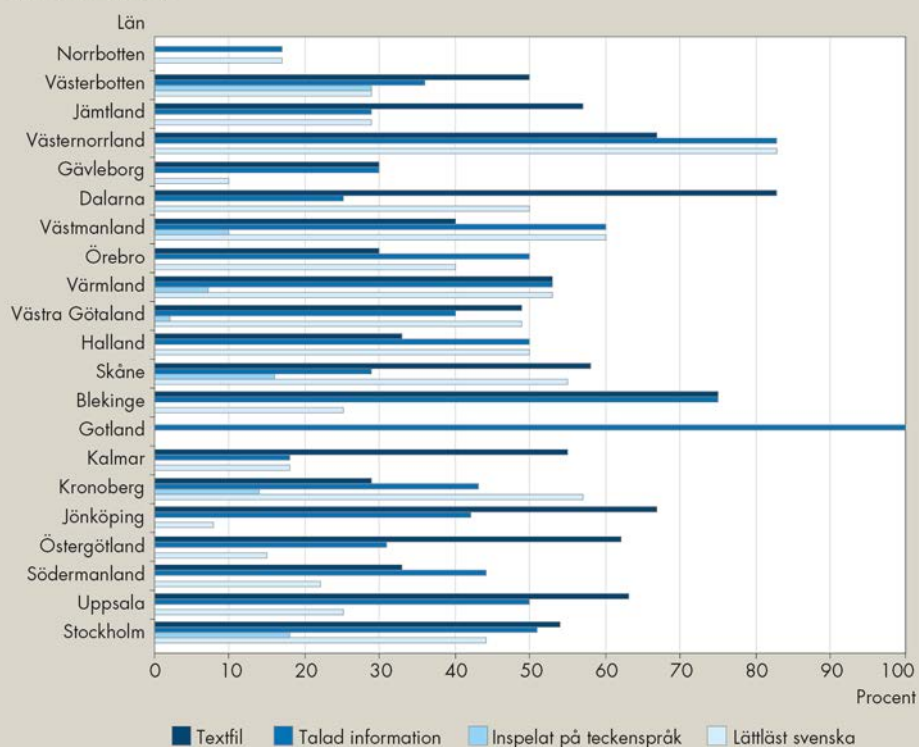
Även om tillgängligheten fortsätter att bli bättre, är det fortfarande tydligt att sådan tillgänglighet som inte rör den fysiska miljön är eftersatt.

Information som är otillgänglig 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. Den bristande tillgängligheten för personer med hörselnedsättning är särskilt anmärkningsvärd; endast 7 procent av kommunerna har information om insatser enligt LSS inspelad på teckenspråk på sin webbplats.

Kommunernas tillgänglighet skiljer sig mellan olika delar av landet (figur 5:13). Inom vissa landsting har exempelvis inte en enda kommun information om insatser enligt SoL och LSS inspelat på teckenspråk.

Figur 5:13. Tillgänglig information på kommuners webbplatser

Andel kommuner som har anpassad information om stöd till personer med funktionsnedsättning på sina webbplatser.



Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2012.

Andelen kommuner som tillhandahåller anpassad information på socialtjänstkontoren är också låg:

- Inläst version 7 procent av kommunerna.
- Daisy⁴⁷ 3 procent av kommunerna.
- Teckenspråk 2 procent av kommunerna.

Personer som behöver anpassad information finns i alla åldrar, även bland äldre. Socialstyrelsen menar att det är anmärkningsvärt att så få kommuner tillhandahåller information om socialtjänstens insatser i anpassade format. Det är också tydligt att förbättringarna går sakta, och enligt myndigheten är det därför angeläget att detta arbete intensifieras.

⁴⁷ DAISY är digitala talböcker.

Missbruks- och beroendevård

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för hur missbruks- och beroendevården har utvecklats sedan den förra lägesrapporten 2013. Till de missbruks- och beroenderelaterade verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvården hör bland annat tillnyktringsverksamhet och abstinensvård som bland annat omfattar åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, exempelvis olika aktiviteter i dagverksamheter, arbetsrehabilitering och vård i behandlingshem. I vissa fall 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.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Andelen unga som dricker alkohol har fortsatt att sjunka. Ungefär hälften av alla niondeklassare och knappt 80 procent av gymnasieeleverna uppger att de har druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Motsvarande andelar för tio år sedan var cirka 73 respektive 90 procent.
- Allt fler dör med en narkotikarelaterad diagnos. De narkotikarelaterade dödsfallen var 529 stycken år 2012, varav 134 kvinnor och 395 män. Nivån är den högsta någonsin, även i relation till befolkningsutvecklingen.
- Omfattningen av tvångsvården enligt LVM har minskat i ett längre tidsperspektiv. Totalt har antalet utskrivningar minskat med cirka 50 procent sedan 1994.
- Socialtjänstens tillämpning av tvångsvård visar på skillnader på regional nivå. Socialstyrelsen kan konstatera att tvångsvårdens fördelning inte har något samband med höga nivåer av missbruk i länen.
- Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser uppger drygt 70 procent av kommunerna att de regelbundet erbjuder stöd till de anhöriga till sina patienter med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen konstaterar att både kommuner och landsting fortfarande kan bli bättre på att kartlägga målgrupperna och deras behov samt att följa upp det egna arbetet inom missbruks- och beroendevården.

Nationell strategi styr utvecklingen

Regeringens strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) perioden 2011–2015 har som 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 till sju långsiktiga politiska mål med en rad delmål. Följande långsiktiga mål bedöms ha särskild relevans för Socialstyrelsens verksamhet:

- Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak (mål nr 2).

- Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska (mål nr 4).
- Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål nr 5).
- 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

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen bland annat för den aktuella utvecklingen när det gäller konsumtionsmönster och dödlighet kopplat till missbruk i befolkningen. Vi berör även den pågående utredningen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Andelen unga som dricker alkohol fortsätter att sjunka

Andelen unga som dricker alkohol fortsätter att sjunka och ligger i dag på den lägsta nivå som någonsin uppmätts i Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings mätningar.⁴⁸ I senaste mätningen uppger ungefär hälften av alla niondeklassare och knappt 80 procent av gymnasieeleverna att de har druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Motsvarande andelar för tio år sedan var cirka 73 respektive 90 procent. Alkoholkonsumtionen har också fortsatt att minska och ligger i dag i årskurs 9 på cirka hälften av den nivå som uppmättes i början av 00-talet (då nivåerna var som högst) [1].

Ökad riskkonsumtion och ökade missbruksrelaterade problem bland äldre

Socialstyrelsen anser att missbruks- och beroendevården bättre behöver möta äldre med missbruksrelaterade problem. Äldre har tidigare druckit mindre alkohol än yngre. Men enligt en epidemiologisk studie [2] är de som i dag är 60–70 år, som ofta har god ekonomi och ordnade förhållanden, och som har vuxit upp med en liberal syn på alkohol, mellanöl och hasch, en specifik riskgrupp för missbruks- och beroendeproblem. De har tidigt etablerat relativt höga konsumtionsnivåer och riskerar att få ökade problem vid inträdet i pensionsåldern.

Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

Hösten 2012 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av den läkemedelsassisterade behandlingen av personer med opiatberoende, även kallad LARO-behandling. Resultaten visade att behandlingsformen hade ökat i omfattning, och att det fanns stora regionala skillnader när det gällde behandlingens tillgänglighet. En annan slutsats var att flera frågor behövde fördjupas, bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS

⁴⁸ Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har haft ansvaret för mätningarna sedan 1986.

2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende och för registreringen i Socialstyrelsens läkemedelsregister [3]. Enligt Socialstyrelsens läkemedelsregister har en ökning skett av antalet LARO-patienter de fem senaste åren, från cirka 3 150 personer 2008 till cirka 3 700 personer 2012.

Våren 2013 gav regeringen Socialstyrelsen ett förnyat uppdrag att öka kunskapen om behandlingsformen. Aspekter som ska belysas är behandlingens omfattning och tillgänglighet, förskrivningen av de aktuella läkemedlen, eventuellt läckage av läkemedlen och de dödsfall som bedöms vara relaterade till läkemedlen. Även möjligheten att göra uppföljningar på individnivå ska belysas. Myndigheten avser att i samband med detta uppdrag genomföra en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27). Som en del av översynen har Socialstyrelsen genomfört en hearing med profession, experter och brukare.

Uppdraget befinner sig i uppstartsfasen, och ännu finns inga delresultat färdiga. Viktiga pågående aktiviteter är dock en inventering av LARO-verksamheterna i landet samt en enkät med syfte att närmare beskriva tillgängligheten till behandlingen och behandlingens innehåll. Dessutom har uppgifter om polisbeslag av LARO-läkemedel börjat samlas in. Genom informationen på de beslagtagna förpackningarna kan detta sannolikt bidra till att närmare beskriva läkemedlens ursprung. Även dödligheten i och utanför programmen ska studeras och kopplas till läkemedelseffekter.

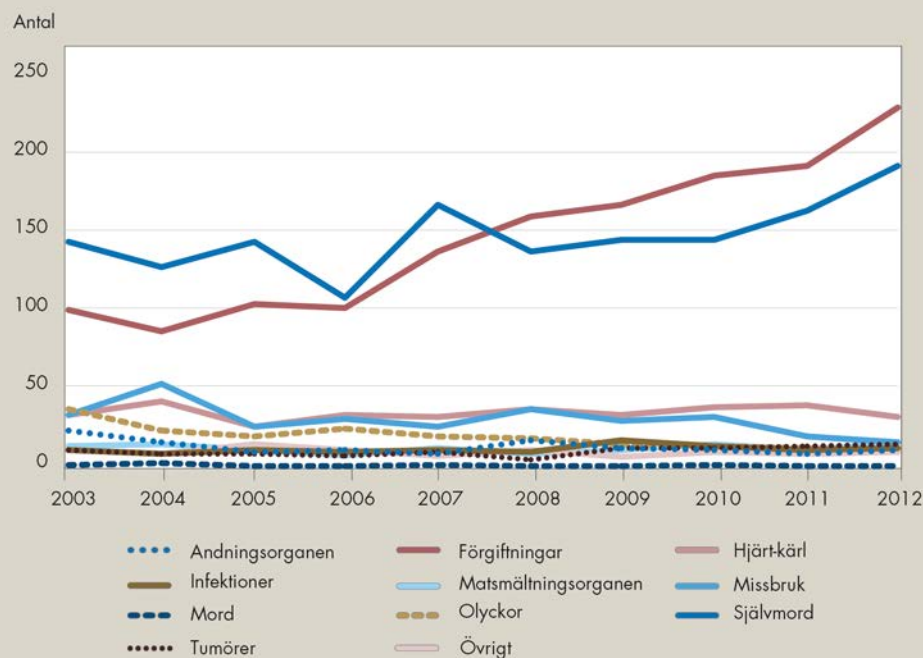
De narkotikarelaterade dödsfallen ökar

Allt fler dör med en narkotikarelaterad diagnos. År 2012 var de narkotikarelaterade dödsfallen 529 stycken, varav 134 kvinnor och 395 män. Nivån var den högsta någonsin, även i relation till befolkningsutvecklingen. Figur 6:1 visar dödsfallen fördelade på den underliggande dödsorsaken.

En viktig förklaring till ökningen är de dödsfall som faller in i kategorin förgiftningar och som kan avse både traditionella gatudroger och läkemedel. En annan betydande kategori i sammanhanget har varit och är i ökande grad självmord (inkluderar även skadehändelser med oklar avsikt).

Figur 6:1. Narkotikarelaterade dödsfall och underliggande dödsorsak

Antal drogrelaterade dödsfall per år och underliggande dödsorsak, 2003–2012.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Statistiken innehåller också dödsfall där drogen inte har något tydligt medicinskt samband med själva dödsfallet, som till exempel tumörsjukdomar (87 stycken 2003–2012) och mord (5 stycken 2003–2012). Förklaringen till att dessa dödsfall räknas som narkotikarelaterade ligger i konstruktionen av det index som används för narkotikarelaterad död; det räcker med att minst en dödsorsak räknas som narkotikarelaterad oberoende av dess förklaringsvärde. Det kan handla om en bidragande dödsorsak men där den underliggande och huvudsakliga dödsorsaken är någon annan, till exempel självmord. Summeras de dödsfall som enligt de underliggande dödsorsakerna har sin förklaring i andningsorganens sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, mord, självmord, tumörsjukdomar och övriga sjukdomar, så utgjorde dessa hälften av de narkotikarelaterade dödsfallen.

Den sammantagna bilden är att de dödsfall som räknas in i den officiella statistiken har en avsevärd variationsbredd när det gäller kopplingen till preparaten i fråga. I ena änden av spektrumet kan det finnas fall där kopplingen är mycket direkt i form av överdoser, medan det i den andra änden kan handla om förekomsten av ett narkotiskt läkemedel för till exempel smärtbehandling. Ökningen är dock i sig alarmerande, och frågan kommer att vara föremål för fördjupade analyser bland annat inom Socialstyrelsens så kallade LARO-projekt.

Barn i familjer med missbruk

Det saknas ofta ett familje- och föräldraskapsperspektiv i missbruks- och beroendevården. Forskning har visat att en rad kända riskfaktorer är vanligare i familjer med missbruk än i andra familjer, till exempel psykisk ohälsa och våld. Barn med föräldrar med alkoholproblem utvecklar oftare än andra själva missbruk som unga vuxna [4].

När det gäller barn och unga i familjer med missbruk har Socialstyrelsen initierat och stödjer ett utvecklingsarbete i fem kommuner som handlar om att samordna socialtjänstens utredningar och insatser för barn och föräldrar i familjer med missbruk eller beroende.

I utvecklingsarbetet ska kommunerna ta fram rutiner och samordnade arbetssätt så att

- barn som lever i familjer med missbruk upptäcks så tidigt som möjligt
- utredningar genomförs med tvärprofessionell kompetens
- insatser för adekvat stöd erbjuds till såväl barn, föräldrar som hela familjen
- systematisk uppföljning genomförs.

Utvecklingsarbetet påbörjades i november 2012 och pågår till och med första halvåret 2014 [5].

Socialstyrelsen har också ett nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inom ramen för SKL:s satsning Kunskap till praktik finns det processledare i alla län. De har dels kartlagt föräldrar i missbruks- och beroendevården och deras barn, dels genomfört en fördjupningsutbildning för ett förstärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården [6].

Socialstyrelsen har även genomfört en registerstudie om förekomsten av alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser bland spädbarn och mödrar (fetalt alkoholsyndrom) för åren 2001–2010.⁴⁹ Totalt fick 37 individer diagnosen fetalt alkoholsyndrom (FAS) under denna tioårsperiod. Drygt hälften, 20 individer, fick diagnosen när de var äldre än 16 år. Studien visar även att det finns stora regionala skillnader, 10 diagnoser sattes i Västra Götalandsregionen, 6 i Region Skåne och 4 i Stockholms läns landsting [7].

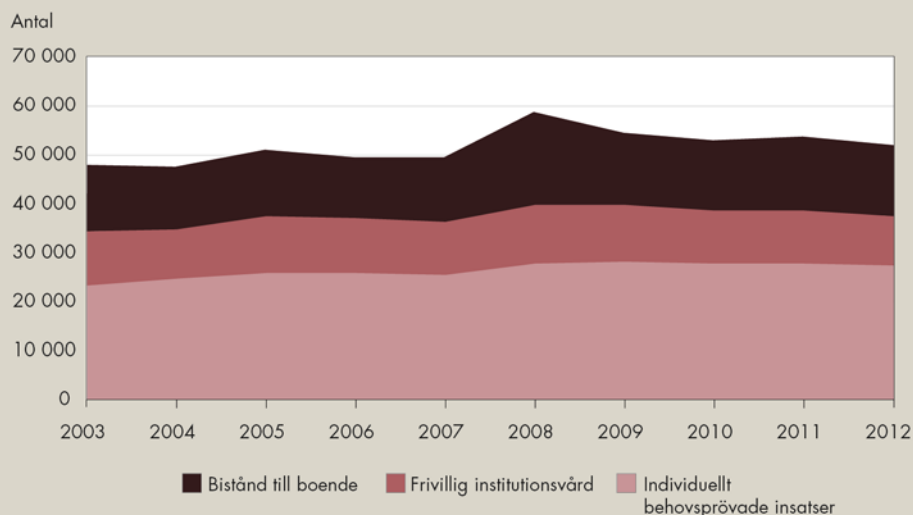
Vad socialtjänststatistiken visar

Med Socialstyrelsens officiella statistik för 2012 som utgångspunkt redovisar Socialstyrelsen här vad som hänt inom socialtjänsten sedan föregående år och hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv.

Figur 6:2 ger en översiktlig bild av hur av de tre vanligaste insatserna för socialtjänstens biståndsbeslut inom missbruks- och beroendevård har utvecklats under de senaste tio åren.⁵⁰

⁴⁹ Registerbearbetningen rör medicinska födelseregistret (MFR) och patientregistret (PAR).

⁵⁰ 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.

Figur 6:2. Antal inskrivningar och bistandsbeslut till öppenvård 2003–2012

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2003–2012, Socialstyrelsen.

Jämförelser med föregående statistiskår visar att det har skett små förändringar i antalet insatser från socialtjänsten för den aktuella målgruppen. Tabell 6:1 visar dock att samtliga insatser enligt SoL, utom frivillig institutionsvård, har minskat något sedan 2011.

Av de vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem som hade pågående insatser den 1 november 2012 hade drygt 6 200 personer bistånd för boende (en ökning med 3 procent) och cirka 11 200 personer hade individuellt behovsprövade öppna insatser (en minskning med drygt 1 procent).

Tabell 6.1. Antal kvinnor och män som den 1 november år 2011 och 2012 har fått behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård, bistånd som avser boende samt tvångsvård på institution.

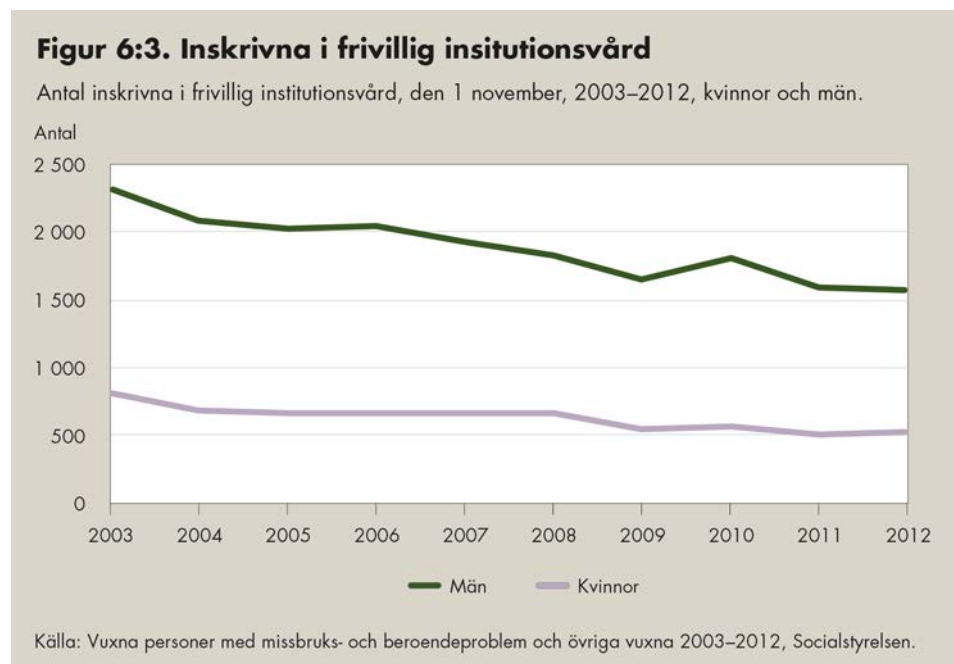
Procentuell förändring mellan 2011 och 2012. Avrundade värden.

Län	2011	2011	2012	2012	Förändring år 2011–2012 (%)
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Både kvinnor och män (total grupp)
Individuellt behovsprövade insatser	3 500	7 800	3 400	7 800	-1
Frivillig institutionsvård	500	1 600	500	1 600	0
Bistånd till boende	1 400	4 600	1 450	4 750	3
Tvångsvård på institution	110	170	85	165	-11

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2011–2012, Socialstyrelsen.

Frivillig institutionsvård har minskat under ett längre tidsperspektiv

Figur 6: 3 visar antalet män och kvinnor som var inskrivna i frivillig institutionsvård på mät dagen mellan 2003 och 2012, det vill säga den 1 november varje år. Mellan 2003 och 2012 har antalet personer som får frivillig institutionsvård minskat med 32 procent bland män och 33 procent bland kvinnor. Den 1 november 2012 vårdades 2 100 personer med missbruks- och beroendeproblem i frivillig institutionsvård enligt SoL.



Antalet tvångsvårdade personer med missbruks- och beroendeproblem har minskat över tid

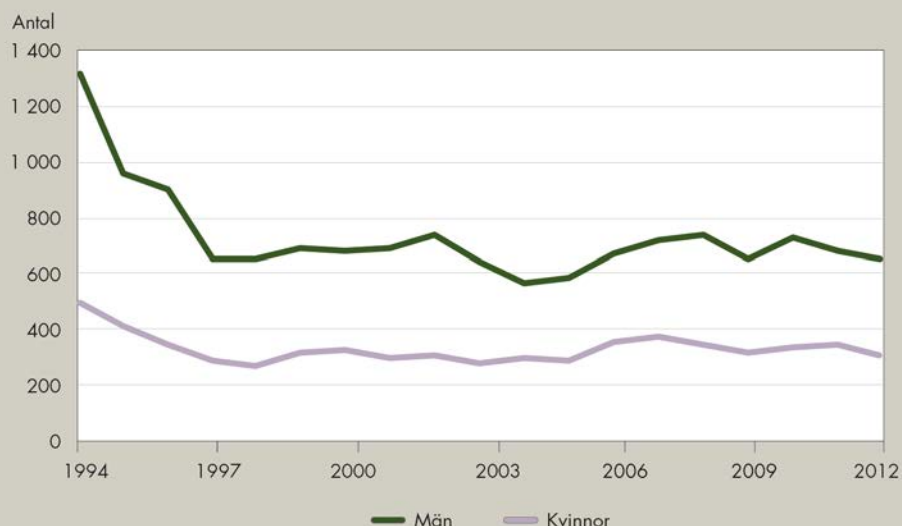
Tvångsvård enligt LVM sker efter beslut från förvaltningsrätten efter en ansökan från socialnämnden. Tvångsvården ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Enligt 13 § LVM får socialnämnden besluta att en missbrukare omedelbart ska omhändertas, om det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av denna lag, och rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Omfattningen av tvångsvården har minskat i ett längre tidsperspektiv (figur 6:4), och sedan 1994 har det totala antalet utskrivningar minskat med

cirka 50 procent.⁵¹ Antalet män som skrivs ut har minskat med cirka 50 procent och antalet kvinnor med cirka 40 procent.

Figur 6:4. Utskrivningar från tvångsvård

Antal utskrivningar från tvångsvård av personer med missbruks- och beroendeproblem, 1994–2012, män och kvinnor.



Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 1994–2012, Socialstyrelsen.

Olika skäl för tvångsomhändertagande

Socialstyrelsen har också analyserat antalet vårdade per åldersgrupp och typ av missbruk. Den 1 november 2012 vårdades 265 personer i åldern 18 år eller äldre i LVM-hem⁵². Av dessa var 66 procent män. Åldersgruppen 18–29 år var störst (36 procent), följt av gruppen 30–39 åringar (17 procent).

Personer under 30 år som tvångsvårdas enligt LVM vårdades nästan uteslutande på grund av narkotikamissbruk. Äldre personer som vårdades hade oftare problem med alkohol.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

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

⁵¹ 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.

⁵² Hem för tvångsvård av personer med missbruksproblem, enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

Kunskapsbaserade behandlingsinsatser kan tillämpas i högre utsträckning

Forskning om missbruk och beroende bedrivs både internationellt och nationellt. Forskningen gäller alkohol, droger samt spel om pengar. Under senare år har det tillkommit en rad farmakologiska behandlingsalternativ som förbättrar behandlingsresultaten när det gäller alkohol- och opiatberoende. Patienter med missbruks- och beroendeproblem har också i stor utsträckning neuropsykiatriska tillstånd, och de har i många fall god hjälp av långtidsbehandling med centralstimulerande medel som har effekt även på missbruket eller beroendet [8].

Ett flertal psykosociala behandlingsformer som anpassats till beroendområdet har visat goda resultat när det gäller beroendetillstånd såväl hos vuxna som unga. Framför allt gäller det olika varianter av kognitiv beteendeterapi, KBT, men även psykodynamiska terapier. Även psykologiska metoder, till exempel i form av motiverande samtalsbehandling, har introducerats och används i allt större omfattning. Andra behandlingsinsatser är bland andra Community Reinforcement Approach och 12-stegsprogram som visat sig effektiva i forskning [9].

Samtidigt är det tydligt att nya kunskapsbaserade behandlingsinsatser tillämpas endast i liten omfattning i det praktiska vårdarbetet. Missbruksutredningen *Bättre insatser vid missbruk (SOU 2011:35)*, konstaterade att få huvudmän kunde erbjuda mer än en psykosocial behandlingsform med kunskapsstöd för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem. Detta gäller samtliga yrkesgrupper som har kontakt med patienter med beroendeproblem [9].

SKL:s satsning Kunskap till praktik har sedan 2008 bland annat stöttat kommuner och landsting i att utvärdera missbruks- och beroendevården, utbildat personal i kunskapsbaserade behandlingsmetoder samt erbjudit fördjupningskurser för olika yrkeskategorier [9]. Utvärderingen av Kunskap till praktik visade att andelen personal som rapporterade att de regelbundet använde standardiserade bedömningsinstrument och rekommenderade behandlingsmetoder ökat sedan satsningen startade år 2008 [10].

Beroendemedicin föreslås bli ny läkarspecialitet

Socialstyrelsen föreslår i en utredning att beroendemedicin blir en reglerad specialitet eftersom en reglering som en egen specialitet i form av gren- eller tilläggspecialitet kan bidra till att minska de problem som i dag ses i omhändertagandet av beroendepatienter [8].

Säker vård och omsorg

I 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL och i 24 b–24 g §§ och 23 e § LSS finns bestämmelserna om lex Sarah. Lex Sarah gäller även för verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse. Enligt lex Sarah ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS. Den som bedriver verksam-

heten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialstyrelsens har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Ökning av beslutade lex Sarah-ärenden

Under 2013 fattades det beslut i 37 ärenden inom området missbruk, vilket är en fördubbling jämfört med tidigare år. Anledningen till ovan nämnda ökning av lex Sarah-anmälningar är okänd. Detta kan vara ett tecken på att anmälningsplikten enligt lex Sarah blir alltmer känd.

Tillsyn av LARO-verksamheter

Under 2012–2013 genomförde Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet Syd inspektioner av sju verksamheter som erbjuder läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO). I anknytning till tillsynen har enheten även granskat två hem för vård eller boende (HVB), som tar emot personer som har en pågående läkemedelsassisterad behandling eller önskar att få behandlingen, samt inspekterat en kriminalvårdsanstalt.

Syftet med tillsynen var att granska om den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27). De brister som uppmärksammades var att det saknades vårdplaner eller att dessa var bristfälliga och att verksamheten överlät till patienten att redan efter en till två månader ta hand om vissa doser själv. I några fall har behandlingen getts till patienter som inte haft ett opiatmissbruk under det senaste året [7].

Individanpassad vård och omsorg

Individanpassad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för patientens specifika behov, förväntningar och integritet, samt att individen ges möjlighet att vara delaktig i vården. 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.

Rutinerna för den enskildes delaktighet kan förbättras

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att kommunerna och stadsdelarna fortfarande kan bli bättre på att kartlägga målgrupperna och deras behov samt att följa upp det egna arbetet inom missbruks- och beroendevården.

Endast omkring 40 procent av kommunerna och ännu färre landsting har kartlagt målgruppens behov samt utvärderat de insatser som genomförts. För beroendemottagningar är resultaten bättre. De använder också i högre grad den enskildes egna synpunkter för att utveckla sin verksamhet [12].

Flertalet verksamheter erbjuder stöd till anhöriga

I de öppna jämförelserna ställer Socialstyrelsen frågor om anhörigstöd. Av kommunerna var det 74 procent som uppgav att de regelbundet erbjuder stöd till anhöriga till sina patienter med missbruks- och beroendeproblem.

Beroendemottagningarna svarade att de erbjuder stöd till anhöriga i lika hög omfattning. Anhörigprogrammen innehåller bland annat föreläsningar, samtal enskilt eller i par, samt anhöriggrupper [11].

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

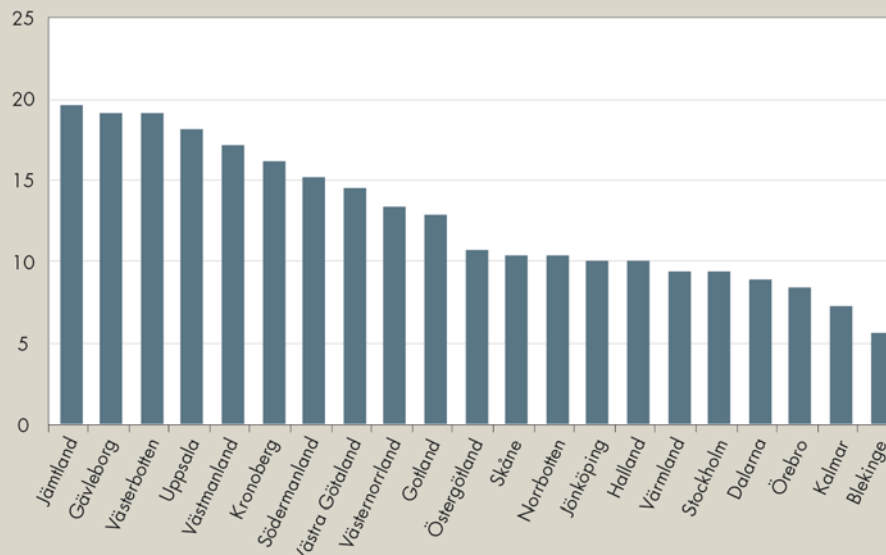
Regionala skillnader i socialtjänstens tillämpning av LVM

När tvångsvården relateras till befolkningsmängden i varje län ser man tydligt att omfattningen varierar på regional nivå. Det län som har den högsta nivån av tvångsvårdade ligger ungefär 3,5 gånger så högt som länet med den lägsta nivån tvångsvårdade. I figur 6:5 visas skillnaderna som varierar mellan 5,7 och 19,6 utskrivna personer per 100 000 invånare 21 år och äldre.

Figur 6:5. Antal utskrivningar från tvångsvård per län

Antal utskrivningar från tvångsvård, per län. Antal per 100 000 invånare, 21 år och äldre.

Antal per 100 000 invånare



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

Socialstyrelsen kan inte se att antalet tvångsvårdade personer sammanfaller med nivåerna av missbruk i ett län. Jämtlands län låg t.ex. påtagligt lågt och Gävleborg samt Uppsala län på en genomsnittlig nivå avseende omfattningen

av injektionsmissbruk trots att de har bland de högsta nivåerna av tvångsvård [12].

Indikatorer baserade på alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser i slutenvården och i Socialstyrelsens dödsorsaksregister, pekar i samma riktning. År 2011 vårdades något fler personer per 100 000 invånare med alkohol diagnos i Jämtlands läns slutenvård (210 jämfört med rikets 188). Motsvarande siffra med narkotikadiagnos är dock väsentligt lägre (47 jämfört med rikets 87). Dödsorsaksstatistiken ger en delvis likartad bild, och här låg illustrativt nog Blekinge län högre än Jämtland år 2012 avseende alkoholrelaterad dödlighet, och på en något lägre nivå avseende den narkotikarelaterade dödligheten.

Sammanfattningsvis kan konstateras att tvångsvårdens fördelning inte visar något tydligt samband med allvarligt missbruk. Förklaringar till de regionala skillnaderna i användningen av LVM kan vara lokala och regionala skillnader i lagtolkningar och arbetsrutiner. Det kan inte heller uteslutas att organiseringen och tillgängligheten till andra, frivilliga vårdalternativ kan ha betydelse för skillnaderna.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt för den som behöver få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov, samt att kommunikationen mellan den enskilde och professionen ska präglas av ömsesidighet och dialog.

Förbättrad information på kommunernas webbplatser

För personer med missbruks- och beroendeproblem är vårdens tillgänglighet mycket viktig. 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.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att väntetiden för ett första personligt besök i majoriteten av verksamheterna är en vecka och i många fall bara några dagar. Vidare visar de öppna jämförelsernas granskning av kommunernas webbplatser att informationen om hur man överklagar beslut, lämnar synpunkter och klagomål samt att kommunen erbjuder anhörigstöd har ökat sedan förra granskningen år 2011. Däremot finns det få eller inga förbättringar när det gäller information om rådgivning, information eller länkar till landstingets beroendevård eller till frivillig- och brukarorganisationer [11].

Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Andelen av de allra äldsta som bor i särskilt boende har minskat kraftigt under de senaste tjugo åren, samtidigt som andelen som får omfattande hemtjänst ökat något. Underlag saknas för att bedöma om den utökade hemtjänsten för de äldsta kompenserat neddragningen i särskilt boende och vilka effekter för de äldre denna förändring fått.
- Socialstyrelsen konstaterar också att en ökad andel av de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende. År 2012 bodde 72 procent av de mest sjuka äldre i ordinärt boende, motsvarande siffra år 2007 var 66 procent.
- De mest sjuka äldre som bor hemma vårdas mer på sjukhus och oftare av specialistläkare i öppenvård jämfört med de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende. De läggs in på sjukhus oftare samtidigt som de stannar där i fler dygn.
- Det har skett en viss ökning av andelen av personalen som har högre utbildning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre.
- Förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre har minskat.
- Allt fler äldre är födda utomlands, år 2000 var 9 procent av alla 65-åringar eller äldre födda utomlands och år 2012 hade andelen ökat till 12 procent. Den nationella patientenkäten visar att äldre patienter med annat modersmål än svenska känner sig sämre bemötta än patienter med svenska som modersmål.
- Äldre med kortare utbildning besöker specialistläkare i öppenvård mer sällan än äldre med längre utbildning. Detta mönster skiljer sig från annat vårdutnyttjande då äldre med kortare utbildning oftare läggs in på sjukhus, äter fler läkemedel och oftare bor i permanent särskilt boende.

Aktuell utveckling

I det här avsnittet beskriver Socialstyrelsen den äldre befolkningens hälsoutveckling. Vidare beskriver vi förändringar i den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre.

Sveriges befolkning blir allt äldre

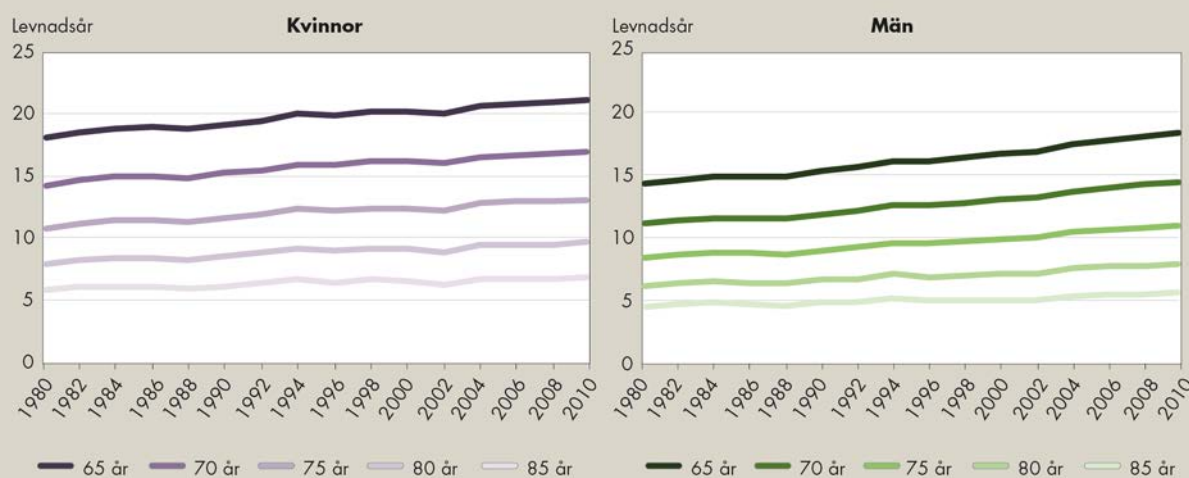
De som är 65 år och äldre utgör i dag 19 procent av befolkningen mot 17 procent för trettio år sedan. Om ytterligare trettio år beräknas andelen äldre ha ökat till 24 procent enligt Statistiska centralbyråns prognoser. Andelen i befolkningen som är under tjugo år beräknas däremot inte förändras i någon större grad, och andelen personer i så kallad förvärvsaktiv ålder – mellan 20 och 64 år – förutses minska.

Under de senaste 50 åren har medellivslängden ökat. Detta är framförallt till följd av att dödligheten i övre medelåldern har minskat, men även därför att de äldre lever allt längre. Man kan också konstatera att under de senaste 30 åren har funktionsförmågan och det allmänna hälsotillståndet hos äldre successivt blivit bättre. Det är också framförallt efter 80 års ålder som nedsatt hälsa blir mycket vanligt förekommande.

För kvinnor och män som i början på 2010-talet hade uppnått 65 års ålder, var den återstående förväntade livslängden 21 respektive 18,4 år. Jämfört med 1980 ökade den återstående livslängden vid 65 års ålder med 3 år bland kvinnor och 4,1 bland män. För äldre personer i alla åldersgrupper såväl 70-, 75-, 80- som 85-åringar – har den återstående medellivslängden ökat under perioden 1980–2010 (figur 7:1).

Figur 7:1. Förväntad återstående medellivslängd för personer i 65 års ålder och äldre, 1980–2010

Kvinnor och män i åldrar 65, 70, 75, 80 och 85.



Källa: Register över totalbefolkning, Statistiska centralbyrån.

Antalet levnadsår med god hälsa ökar mer än medellivslängden

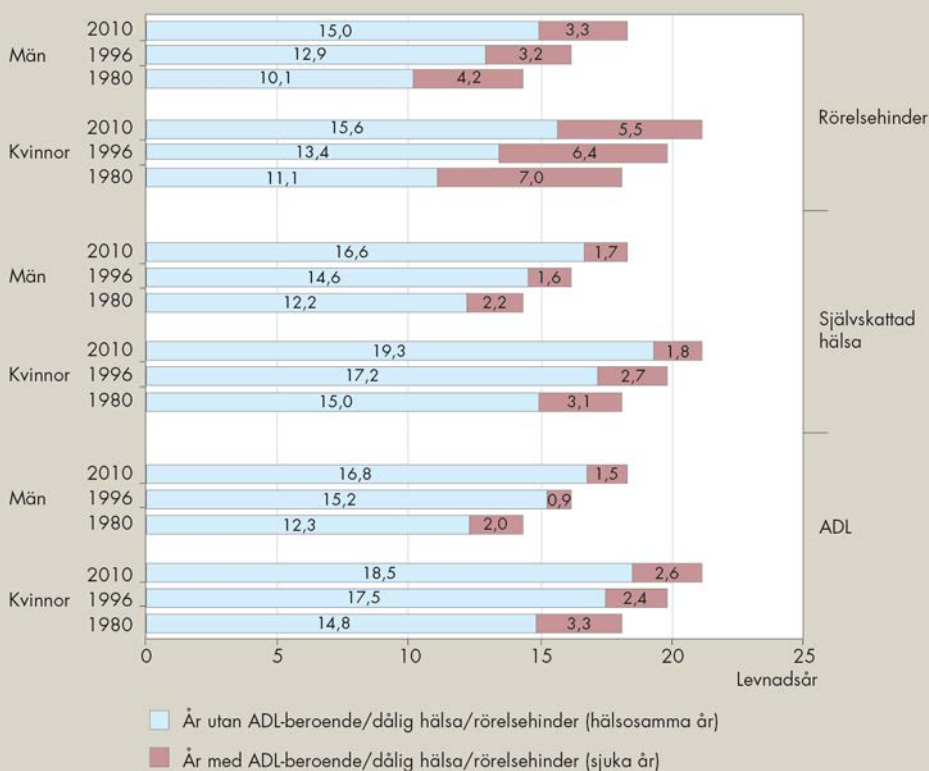
Den ökade livslängden från 65 års ålder innebär ett tillskott av år utan ohälsa, det vill säga att sjukligheten kommer allt senare i livet. Det gäller för självupplevd hälsa och flera olika mått på funktionsnedsättning visar en studie av äldres hälsoutveckling under de senaste trettio åren [1].

Ökningen av medellivslängden bestod av friska år, det vill säga år med bibehållen ADL-förmåga⁵³, fria från rörelsehinder samt med god självuppskattad hälsa (figur 7:2). Den längre livslängden har såldes inneburit att åren med ohälsa kommer senare i livet, för alla de undersökta hälsomått.

Antalet år med god hälsa ökade mer än vad den återstående livslängden gjorde, nämligen upp till 5 år beroende på valet av hälsomått. Att hälsosamma levnadsår ökar mer än medellivslängden är resultatet av att de år som livet förlängs med är hälsosamma [1].

Figur 7:2. Förväntat antal levnadsår med eller utan hälsobesvär

Personer som var 65 år gamla 1980, 1996 respektive 2010, utifrån olika hälsomått. Kvinnor och män.



Källa: Undersökningar av levnadsförhållanden och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

⁵³ ADL betyder *Aktiviteter i Dagligt Liv* och omfattar aktiviteter som en person måste utföra om han eller hon vill leva ett självständigt liv. Dessa aktiviteter indelas vanligen i två olika aktivitetsområden. Personligt ADL, vilket omfattar aktiviteter kring den egna personen (till exempel födointag, toalettbesök och personlig hygien), samt instrumentell ADL, vilket omfattar aktiviteter som rör boendet eller fritiden (till exempel matlagning, inköp och städning). Med ADL-förmåga avses hur väl man klarar att självständigt utföra dessa aktiviteter och ett vårdbehov uppkommer när man ofrivilligt blir beroende av hjälp för att sköta en eller flera aktiviteter.

Även den återstående livslängden vid 75 respektive 85 års ålder har ökat, och för personer som har uppnått dessa högre åldrar kan man förvänta sig att antalet år med god hälsa kommer att öka mer än vad livslängden gör.

Resurser för vård och omsorg

Fortsatt omstrukturering inom vård och omsorg

Totalt sett minskar andelen personer i befolkningsgruppen 65 år och äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Antalet som får hemtjänst har visserligen ökat under perioden 2007–2012, men inte andelen (tabell 7:1). Andelen i befolkningen som får hemtjänstinsatser var ungefär samma år 2012 som 2007, cirka 12 procent, medan antalet hemtjänsttagare har ökat med drygt 20 000 personer under samma period. Samtidigt fortsätter såväl antalet som andelen personer 65 år och äldre som bor permanent i särskilt boende att minska, från cirka 6 procent 2007 till cirka 5 procent 2012.

Tabell 7:1. Personer 65 år och äldre som har vissa insatser den 1 oktober respektive år, 2007–2012

Antal och andel i befolkningen, avrundade värden.

Årtal	Befolkning 65+ år	Därav									
		Har hemtjänst i ordinärt boende*		Bor permanent i särskilt boende		Beviljade korttidsboende		Har personlig assistans enligt LSS		Deltar i dag- verksamhet	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2007	1 608 413	198 900	12,37	97 500	6,06	8 900	0,55	300	0,02	10 600	0,66
2008	1 645 081	201 900	12,27	96 700	5,88	8 700	0,53	400	0,02	11 500	0,70
2009	1 690 777	205 700	12,17	95 400	5,64	8 500	0,50	400	0,02	IU	IU
2010	1 737 246	211 000	12,15	93 980	5,41	8 100	0,47	500	0,03	11 500	0,66
2011	1 784 668	220 600	12,36	92 200	5,17	7 800	0,44	500	0,03	11 500	0,64
2012	1 828 283	219 600	12,01	90 500	4,95	7 800	0,43	600	0,03	11 200	0,61

*Bland dem som har hemtjänst i ordinärt boende inkluderas även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Sol-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Befolkningsstatistik, SCB.

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

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Socialstyrelsen har tidigare visat att omfördelningen av antalet timmar med hemtjänst har förändrats [2]. Antalet äldre som får omfattande insatser från hemtjänsten ökar, samtidigt som antalet äldre personer med få timmar (det vill säga 1–9 timmar per månad) minskar.

År 2007 hade 53 500 personer beslut om 1–9 timmar och 2012 var motsvarande antal 51 400 personer, vilket är en minskning med 2 100 personer. Antalet äldre med beslut om 25 eller fler timmars hemtjänst ökade från 52 400 till 59 100 personer under samma tidsperiod. Det har även skett vissa förändringar i övriga insatser för äldre. Antalet äldre personer med beslut om korttidsboende har minskat med 1 100 personer. Antalet personer med

biståndsbeslutad dagverksamhet har ökat något, men andelen av befolkningen med sådan insats är mer eller mindre oförändrad (tabell 7:1).

En ökande andel hemtjänstinsatser sker i enskild regi (tabell 7:2) jämfört med kommunal regi. Andelen hemtjänststimmar som utfördes i enskild regi ökade från 13 till 23 procent mellan 2007 och 2012. Det är ungefär lika stora andelar personer som bodde i särskilda boenden som drivs i enskild regi under perioden.

Tabell 7:2. Olika former av insatser fördelade efter typ av regi 2007–2012

År	De beviljade hemtjänststimmar*, fördelade efter typ av hemtjänstföretagens regi		Personerna i särskilt boende, fördelade efter typ av boendes regi	
	Kommunal %	Enskild %	Kommunal %	Enskild %
2007	87	13	86	14
2008	84	16	84	15
2009	83	17	83	17
2010	81	19	81	19
2011	80	20	80	20
2012	77	23	79	21

*Bland dem som har hemtjänst i ordinärt boende inkluderas även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

Källa: Sol-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Befolkningsstatistik, SCB.

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

Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Omfattningen av äldreomsorgen bland de allra äldsta har minskat

Andelen bland de allra äldsta, personer i åldern 80 år och äldre, som fick kommunalt finansierad äldreomsorg genom hemtjänst eller särskilt boende, var drygt 45 procent i början av 1990-talet (tabell 7:3). År 2012 var motsvarande siffra cirka 38 procent, vilket innebär en minskning om drygt 8 procent. Den stora förändringen över tid beror på att det totala antalet äldre i särskilt boende har minskat med cirka 23 000 personer mellan åren 1993 och 2012.⁵⁴ För de allra äldsta (80 år och äldre) minskade andelen personer 80 år eller äldre som bodde i särskilt boende från knappt 22 till knappt 15 procent⁵⁵ eller med cirka 21 500 personer under samma tidsperiod.

⁵⁴ Här inkluderas både permanent och korttidsboende för att skapa jämförbarhet över tid.

⁵⁵ Beträffande underlaget finns inte jämförbara uppgifter om antalet hjälptagare i hemtjänsten respektive boende i särskilt boende över tid. Förklaringen är att sättet att definiera hemtjänst respektive särskilt boende har förändrats under åren. Detta har korrigerats så långt som möjligt i ovanstående sammanställning. De vidare definitionerna av hemtjänst och särskilt boende innebär ett större antal personer med hemtjänst respektive boende i särskilt boende, än efter 1999. Skillnaderna är dock inte så stora att de förtydskar den trendmässiga utvecklingen. Uppgifterna från 2000-talet har en god kvalitet.

Andelen allra äldsta som får hemtjänst har ökat. År 1993 hade cirka 23 procent av alla personer 80 år och äldre hemtjänst och 2012 var motsvarande andel cirka 22 procent. Mellan 1993 och 2012 ökade antalet personer i denna grupp som fick hemtjänst med 18 300. Eftersom antalet personer med hemtjänst minskade under 1990- talet, döljer det långa tidsperspektivet en betydande ökning i antalet personer som fått hemtjänst under det senaste 10 åren (tabell 7:3).

Tabell 7:3. Antal personer som beviljats hemtjänst eller särskilt boende åren 1993, 1997, 2001, 2006 och 2012.

	Alla med hemtjänstinsatser*			Alla i särskilt boende**			Alla som antingen har hemtjänst eller bor i särskilt boende
		Alla åldrar (Antal)	Alla 80+ år (Antal)	Täckningsgrad*** för personer 80+ år	Alla åldrar (Antal)	Alla 80+ år (Antal)	Täckningsgrad*** för personer 80+ år
Årtal	1993	149 700	92 200	23,2	121 300	89 400	22,5
	1997	130 100	84 800	19,8	130 700	97 700	22,9
	2001	121 700	84 800	18,3	127 100	99 400	21,7
	2006	140 300	102 000	20,9	107 600	86 600	17,7
	2012	152 400	110 500	22,2	98 300	77 900	15,6
Förändring i täckningsgrad****				A = -1,0 R = -0,4			A = -6,9 R = -30,7
							A = -7,9 R = -17,3

* t.o.m. år 2000 inkluderades personer med hemsjukvård i gruppen med hemtjänst.

** t.o.m. år 2000 inkluderades personer med tillfälligt boende i gruppen med permanent särskilt boende.

*** Den andel bland alla personer 80 år och äldre som har hemtjänst/särskilt boende.

**** A = Förändring i täckningsgrad (1993–2012) i absoluta tal. B = Förändring i täckningsgrad (1993–2012) i relativa tal.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen. Uppgifterna är hämtade från Sveriges officiella statistik 1994, 1998, 2002, 2007 och 2012.

I tabell 7:4 redovisas uppgifter om hemtjänstinsatsernas omfattning (det vill säga beviljat antal timmar hemtjänst per månad). Insatsernas storlek ökade kraftigt under 1990-talets början, för att sedan sjunka tillbaka till en lägre nivå vid 2000-talets början (tabell 7:4). Sedan 2001 har det åter skett en ökning av andelen personer 80 år och äldre som får hemtjänstinsatser i större utsträckning. Gränsen på 25 timmar eller mer används för att beteckna omfattande hemtjänst.

Tabell 7:4. De allra äldsta med längre hemtjänstinsatser under perioden 1993–2012

Personer 80 år och äldre med beviljade hemtjänstinsatser på 25 timmar eller mer i månaden, åren 1993–1995, 2001, 2006 och 2012.
Andel alla 80 år och äldre med beviljad hemtjänst. Procent.

Årtal	Personer med 25 timmar eller mer i månaden
	Andel alla 80+ med hemtjänst
	Procent
1993	37,6
1994	38,7
1995	40,8
2001	37,1
2006	38,6
2012	41,8

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Kraftig ökning av antalet äldre med RUT-tjänster

Det så kallade RUT-avdraget infördes vid halvårsskiftet 2007 och innebär att privatpersoner får göra skatteavdrag på högst 50 000 kr per år för hushållsnära tjänster (till exempel städning, fönsterputs och enklare trädgårdsarbete). Det går också att göra avdrag för hjälp av omsorgskaraktär, till exempel hjälp med personlig hygien samt på- och avklädning [3].

Användningen av RUT-tjänster har ökat bland äldre (65 år och äldre). Under 2008 var det drygt 29 000 personer 65 år och äldre som gjorde avdrag, det vill säga mindre än 2 procent av alla äldre, och år 2012 hade antalet ökat till 179 000 personer, eller nästan 10 procent av alla i den åldersgruppen. Troligen var andelen som använde tjänsterna större med tanke på att många i parrelationer bara gjorde RUT-avdrag på en av inkomsterna. Den del av befolkningen som procentuellt mest använder RUT-tjänster är ensamstående kvinnor över 64 år [4]. Enligt en rapport från Socialstyrelsen är det lika vanligt för äldre att köpa städtjänster privat som att få hjälp av närstående [5].

Under perioden 2008–2012 minskade antalet äldre som hade 1–9 timmar hemtjänst per månad med cirka 2 600 personer. Under samma period ökade antalet äldre som utnyttjade RUT-tjänster med cirka 150 000. Socialstyrelsen vet inte om det är de äldre personer som annars skulle ha fått hemtjänst som nu använder RUT-tjänster.

För att pensionärer ska kunna göra fullt RUT-avdrag krävs att de har en inkomst på minst 260 000 kronor per år. Under inkomståret 2011 hade 20 procent av personer över 64 år en sådan eller högre inkomst.

Tabell 7:5. Genomsnittliga pensioner i kommuner med högsta respektive lägsta andel användare av RUT-tjänster

Kommuner	Andel alla pensionärer som utnyttjar RUT 2012	Genomsnittlig pension 2012
	%	Tkr
<i>Med högsta andel användare</i>		
Danderyd	23	252
Höganäs	20	180
Vellinge	18	205
Lomma	16	199
Båstad	15	178
Täby	15	220
<i>Med lägsta andel användare</i>		
Dorotea	-	145
Arjeplog	1	150
Gällivare	2	165
Övertorneå	2	151
Skinnskatteberg	2	162
Malå	2	154

Källa: Skatteverket.

År 2012 utnyttjades RUT-avdraget mest i de kommuner där de äldre hade höga inkomster⁵⁶ och på motsvarande sätt var det framför allt i kommuner med låga pensioner som RUT-avdraget utnyttjades minst (tabell 7:5). En orsak, förutom låga pensioner, kan vara att det fortfarande saknas företag som erbjuder RUT-tjänster i vissa kommuner.

Anhöriga som omsorgsgivare

Den ökade medellivslängden innebär att allt fler personer i de förvärvsarbetande åldrarna 45–64 år kommer att ha äldre anhöriga i livet. Även om samhällets vård och omsorg riktad till de äldre är omfattande i Sverige, kan man inte bortse från behovet av anhörigas insatser.

Enligt Folkhälsoinstitutets årliga folkhälsoenkäter hjälper cirka 10–11 procent av den vuxna befolkningen sina sjuka eller gamla närstående på olika sätt. Detta är vanligast i åldrarna 45–64 år och vanligare bland kvinnor än män.

Enligt Statistiska centralbyråns *Undersökningar om levnadsförhållanden* gav närmare en fjärdedel (24 procent) bland personer 55 år och äldre regelbunden hjälp till en äldre, sjuk eller funktionshindrad person i det egna hemmet eller utanför hushållet.

I största allmänhet ger kvinnor vård och omsorg i större utsträckning än män, och de står också oftare ensamma med dessa åtaganden. Äldre som behöver hjälp får den alltså oftare av döttrar än av söner och döttrarnas insat-

⁵⁶ Det vill säga förvärvsinkomst inkl. pensioner.

ser har ökat över tid. Bland dem som ger omsorg dominerar personer i förvärvsaktiv ålder. Enligt Socialstyrelsens undersökning från 2012 [6] uppgav 8 procent av de som svarade och som var i förvärvsaktiv ålder att de hade varit tvungna att gå ner i arbetstid på grund av sitt vårdåtagande, och 3 procent uppgav att de hade lämnat sitt eget arbete av detta skäl. Det motsvarar nästan 100 000 personer i befolkningen.

Utöver att ge vård, omsorg eller tillsyn tar anhöriga även ofta ett stort ansvar för att samordna hemtjänst, sjukvårdskontakter, läkemedelsanskaffning och andra insatser. Konsekvenserna av att svara för vård, omsorg och tillsyn av en närstående kan innebära ökade risker att själv drabbas av ohälsa, sämre ekonomi, social isolering och försämrad livskvalitet [6].

Äldre får både vård och omsorg

En ökad andel av de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende. Socialstyrelsens avgränsning av målgruppen de mest sjuka äldre är personer som antingen har omfattande vårdinsatser eller omsorgsinsatser. Ungefär 12 procent har hjälp med både vård och omsorg

Tabell 7:6. Mest sjuka äldre (65+ år), fördelade efter boendeform, 2007–2012

Antal och andel.

Årtal*	Alla äldre 65+ år	Därav			Allra mest sjuka äldre 65+ år	Därav	
		Mest sjuka	Mest sjuka i särskilt boende	Mest sjuka i ordinärt boende		I särskilt boende	I ordinärt boende
		Antal	%	%		%	%
2007	1 608 413	17,5	5,9	11,5	281 000	34	66
2008	1 645 081	18,2	5,7	12,4	299 000	32	68
2010	1 737 246	17,1	5,2	11,8	296 700	31	69
2011	1 784 668	17,1	5,1	12,0	305 100	30	70
2012	1 828 283	17,2	4,8	12,4	315 200	28	72

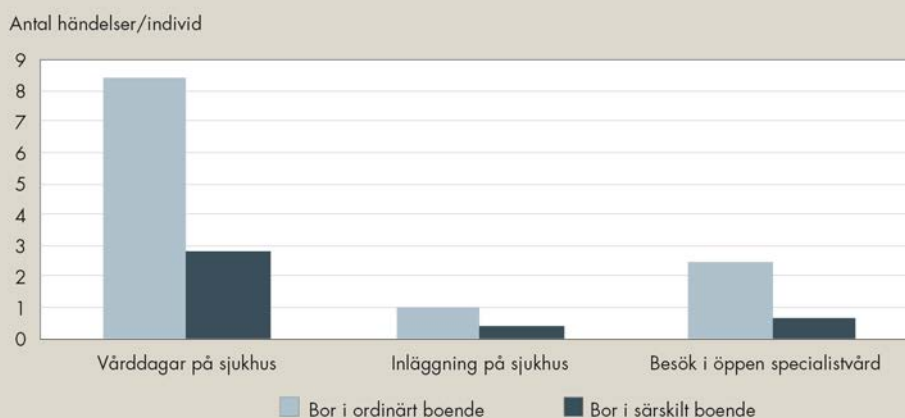
*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.

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

Andelen mest sjuka äldre har varit relativt stabil sedan 2007 då mätningarna började. År 2007 tillhörde 17,5 procent av befolkningen 65 år och äldre, gruppen de mest sjuka äldre, 2012 var motsvarande andel 17,2 procent (tabell 7:6). Andelen mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende har ökat till 72 procent år 2012 jämfört med 66 procent år 2007.

Figur 7:3. Omfattningen av de mest sjuka äldres vårdkonsumtion under 180 dagar, 2007–2011

Genomsnittligt antal händelser per individ.



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

Omkring 40 procent av de mest sjuka äldre har insatser från både socialtjänstens äldreomsorg och öppen och sluten specialistläkarvård. Andelen mest sjuka äldre som även har sjukvårdsinsatser från primärvård eller hemsjukvård är eventuellt ännu större men går inte att mäta. Andelen som bor i ordinärt boende med endast serviceinsatser (till exempel städning, tvätt, inköp) från hemtjänsten har minskat något sedan 2007. Samtidigt ökar andelen som får stöd med personlig omvårdnad (till exempel på- och avklädning, personlig hygien). År 2011 hade ungefär två tredjedelar av de mest sjuka äldre i ordinärt boende både serviceinsatser och hjälp med personlig omvårdnad från hemtjänsten. Ungefär 75 procent hade trygghetslarm, 10 procent hade beslut om korttidsboende och knappt 7 procent hade dagverksamhet.

De mest sjuka äldre som fortfarande bor hemma vårdas mer på sjukhus och av specialistläkare i öppenvård jämfört med de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende. De läggs i genomsnitt in på sjukhus fler gånger per år samtidigt som de stannar där fler dygn (figur 7:3).

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En kunskapsbaserad vård och omsorg ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsbaserad vård och omsorg förutsätter dessutom kompetent personal med relevant utbildning. I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen hur personalresurserna och personalens yrkeskompetens har utvecklats. Balansen mellan den långsiktigt beräknade tillgången och efterfrågan på personal tas också upp.

Antalet anställda ökar

Antalet anställda inom den offentligt finansierade äldreomsorgen har ökat med cirka 10 000 personer under de senaste åren. Framförallt har det skett en

ökning av antalet anställda inom enskilt driven äldreomsorg på kommunalt uppdrag.

Tabell 7:7. Antal anställda samt antal årsanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre*, 2008–2012

Anställda av	Anställningsform	Antal anställda respektive år				
		2008	2009	2010	2011	2012
Kommuner*	Månadsanställda	152 554	146 132	142 730	140 644	140 147
	Timanställda	34 497	33 300	34 501	34 401	34 906
Enskilda utförare**	Månadsanställda	22 795	25 788	27 187	35 161	39 529
	Timanställda	5 155	5 876	6 572	8 600	9 845
Totalt antal anställda		215 001	211 096	210 989	218 806	224 427
Totalt antal årsanställningar exkl. långtidsfrånvaro***		148 800	156 700	150 000	157 200	161 200

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

Gruppen timanställda har reducerats vad gäller s.k. PAN-anställningar (anställd som personlig assistent, ledsagare eller avlösare av enskild funktionsnedsatt brukare) vilket innebär en viss justering jämfört med tidigare lägesrapporter.

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

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

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Under perioden 2008–2012 har en allt större andel av den kommunalt finansierade äldreomsorgen utförts av enskilda utförare.⁵⁷ Under perioden 2008–2012 har antalet månadsanställda inom enskilt driven äldreomsorg ökat med nästan 17 000 personer, vilket gör att antalet månadsanställda inom vården och omsorgen om äldre har ökat med totalt cirka 5 000 personer. Om man lägger till de timanställda har antalet ökat med nästan 10 000 under samma period (tabell 7:7). Däremot har antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre i egen regi däremot minskat med cirka 12 000 personer under de senaste fem åren.

Ett annat mått på tillgänglig arbetstid är antalet anställningar omvandlat till heltidsanställningar, så kallade årsanställningar. Som framgår av tabell 7:7 har antalet årsanställningar ökat med 12 400 under de senaste fem åren, eller med närmare 9 procent.

Viss ökning av andelen personal med högre utbildning

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

Socialstyrelsens jämförelse mellan åren 2008 och 2012 visar att det har skett en viss förändring av sammansättningen av personal när det gäller utbildningsnivå (tabell 7:8). Mest har antalet undersköterskor och rehabiliteringspersonal ökat under perioden, med cirka 12 procent. Under samma pe-

⁵⁷ Den enskilt drivna verksamheten förutsätts i våra uträkningar ha samma personalbemanning som den kommunalt drivna äldreomsorgen.

riod har antalet vårdbiträden minskat med cirka 7 procent. Om detta beror på att befintliga vårdbiträdestjänster har omvandlats till underskötersketjänster, eller om det också innebär en ökad utbildningsnivå med krav på examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram går inte att utläsa av statistiken. Sammanlagt har antalet vårdbiträden och undersköterskor ökat med totalt 4 procent.

Tabell 7:8. Antal månadsanställda* fördelade på vissa yrkeskategorier i den kommunalt finansierade vården och omsorgen

Både kommunala och enskilda utförare

Yrkesgrupp	2008	2012	Förändring 2008–2012	Förändring i relation till 2008
	Antal	Antal	Antal	%
Ledningsarbete	6 307	6 192	-115	-1,8
Handläggare	1 131	944	-187	-16,5
Administratörer	1 667	1 780	113	6,8
Sjuksköterskor	8 586	9 124	538	6,3
Arbets terapeuter	2 077	2 330	253	12,2
Sjuktymnaster	1 290	1 447	157	12,2
Vårdbiträden	60 659	56 655	-4 004	-6,6
Undersköterskor	75 776	84 775	8 999	11,9
Övrigt vård- och omsorgsarbete**	17 876	16 468	-1 408	-7,9
Totalt	175 369	179 715	4 346	2,5

För fördelningsprinciper, se förklaring () och (**) till tabell 7:7.

Fördelningen av personal har förutsatts vara den samma för kommunala som enskilda utförare, med undantag för gruppen handläggare som enbart är kommunalanställda.

**Personalstorlek inom äldreomsorgen har uppskattats att utgöra samma andel av all personal inom äldre- och funktionshinderområdet totalt som äldreomsorgens andel av totala kostnader för detta område. Därför är det sannolikt att i gruppen övriga ingår många personliga assistenter och rehabiliteringspersonal som saknar relevant utbildning och som kanske inte ens jobbar inom äldreomsorgen.

Tabellen är inte direkt jämförbar med tabell 7:7 i 2013 års lägesrapport. Det beror på att (1) i 2013 års lägesrapport ingår inte PAN anställda och (2) årets siffror har även justerats pga. räknepel i 2013 års redovisning.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar i sin tillsynsrapport för 2013 av vård och omsorg om äldre [7] att äldreomsorgen har svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Detta gäller i mycket hög utsträckning under sommarsemestrarna.

För lite gerontologi och geriatrik i utbildningarna

En mycket stor del av den hälso- och sjukvård och socialtjänst som utförs går till personer som är 65 år eller äldre. Denna andel förväntas öka under 2020-talet eftersom antalet äldre som är över 80 år enligt SCB:s befolkningsprognoser kommer att öka mycket kraftigt.

I november 2011 hade enbart 3,6 procent av de sjuksköterskor som arbetar inom den kommunala vården och omsorgen en specialistutbildning i geriatrik. Under år 2011 avslutade 53 sjuksköterskor en specialistutbildning med

inriktning mot äldre och geriatrik. Av dessa kommer troligen enbart en dryg tredjedel att arbeta i den kommunala äldreomsorgen. I november 2011 var antalet verksamma läkare med specialistutbildning i geriatrik 510 personer, vilket var en liten ökning sedan 2007 med 14 personer. Under 2012 var det 27 personer som fick en specialistlegitimation i geriatrik, vilket inte täcker pensionsavgångarna inom gruppen [8].

Kompetensförsörjningen är av central betydelse för vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vården och omsorgen om äldre, liksom andelen med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi. Socialstyrelsen anser även att det är angeläget att fler läkare och sjuksköterskor ges specialistutbildning alternativt vidareutbildning inom äldrepsykiatri som från och med 2014 är ett eget medicinskt specialitetsområde.

Landstingen erbjuder fortbildningsinsatser

Femton av nitton tillfrågade landsting hade under de senaste två åren erbjudit personalen fortbildningsinsatser för att öka kompetensen om de mest sjuka äldres vårdbehov, det visar en ny kartläggning som Socialstyrelsen genomfört [9]. Exempel på tema för fortbildningsinsatserna är

- neurorehabilitering
- stroke
- demens
- nutrition
- palliativ vård
- fall
- motiverande samtal
- läkemedel till äldre
- geriatrisk omvårdnad
- självmordsrisk
- patientsäkerhet
- samordnad individuell vårdplanering.

De flesta landsting svarade att de hade erbjudit personal inom primärvården fortbildning, samt att även privata utförare av primärvård och personal som arbetar inom den slutna specialistvården hade erbjudits detta. Drygt hälften svarade att personal som arbetar vid akutmottagningar och i den öppna specialistvården fortbildas [9].

Många har fått värdegrundsutbildning

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen utgår från de nya bestämmelser som skrevs in i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, den 1 januari 2013 och som handlar om att äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Med anledning av den nya värdegrunden pågår det omfattande aktiviteter inom äldreomsorgen för att utveckla arbetssättet. Det bedrivs bland annat en omfattande kompetensutveckling som är nära knuten till det dagliga arbetet med äldre. I studiecirkelform och under arbetsplatsmöten diskuterar personalen 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 tillvara deras vilja och önskemål.

Under 2012–2013 har cirka 2 110 chefer inom äldreomsorgen slutfört högskoleutbildningen *Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen*. Det innebär att arbetsledare från 215 av landets 290 kommuner har deltagit. Utbildningen är på 7,5 högskolepoäng och handlar inte bara om den nationella värdegrunden, utan även om hur man som chef förmedlar kunskap och teorier om etik och humanism, samt hur man kan utforma en förändringsprocess med stöd av den nationella värdegrunden. Dessutom har cirka 300 chefer slutfört en fördjupningsutbildning.

Under hösten 2012 fick 164 kommuner del av stimulansmedel för att utbilda värdegrundsledare eller socialt ansvariga samordnare för att stödja värdegrundsarbetet i personalgrupperna. Under 2013 fick 131 kommuner del av medlen, 91 av dem hade beviljats medel även 2012.

Socialstyrelsen startade hösten 2013 *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen*. Utbildningen är på 30 högskolepoäng och är till största delen webbaserad. Syftet med utbildningen är att stärka och utveckla kompetensen hos enhetschefer och ledare inom äldreomsorgen. Under hösten 2013 hade cirka 820 ledare inom äldreomsorgen påbörjat utbildningen [10].

Många saknar yrkesförberedande utbildning

Socialstyrelsen har i allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre preciserat vilka grundläggande kunskaper vårdbiträden, undersköterskor och motsvarande minst bör ha. De allmänna råden redovisar tolv områden som personalen bör ha grundläggande kunskaper om och förmåga i. De allmänna råden anger att det går att tillägna sig dessa kunskaper och förmågor på två sätt:

- gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande utbildning
- 1 100 poäng i programgemensamma kurser i karaktärsämnena⁵⁸ och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik.

Personalen bör även få tillräckliga kunskaper för att kunna förstå, tala, läsa och skriva svenska språket (en veckas heltidsstudier motsvarar 20 poängs gymnasieutbildning).

Regeringen ger genom det så kallade Omvårdnadslyftet stöd till kommuner och enskilda utförare som ger fler medarbetare dels grundläggande kompetens, dels fördjupad kompetens för specialiserade uppgifter. Under 2013 har Socialstyrelsen förmedlat 293 miljoner kronor till 202 kommuner inom Omvårdnadslyftet. De utbildningar som kommunerna och enskilda vårdföretag har prioriterat är gymnasieskolans kurser

- Vård och omsorgsarbete 1 och 2
- Medicin 1
- Psykiatri 1
- Hälsovetenskap

⁵⁸ Med karaktärsämnen avses: Hälsovetenskap, Medicin 1, Etik och människans livsvillkor. Psykiatri 1, Psykologi 1, Vård och omsorgsarbete 1 och 2, samt specialpedagogik 1.

- Etik och människans livsvillkor.

År 2012 var 14 procent av de cirka 8 700 elever som påbörjat en utbildning inom Omvårdnadslyftet anställda av enskilda utförare. Det var 5 procent som genomförde vidareutbildningar på yrkeshögskolan eller högskolan, framförallt inom demens, psykiatri och palliativ omvårdnad och åldrande [10].

Socialstyrelsens webbaserade Äldreguiden visar hur stor andel av de månadsanställda vårdbiträdena och undersköterskorna på varje enhet för särskilt boende och hemtjänst som har minst 1 000 poäng i karaktärsämnen inom vård- och omsorgsprogrammet eller inom motsvarande utbildning.

Andelen personal i särskilt boende som har en sådan yrkesförberedande utbildning har ökat från 76 till 86 procent mellan 2008 och 2013. För personal i hemtjänst finns motsvarande uppgifter bara för åren 2009 till 2012. Under den tiden ökade andelen med grundutbildning från 67 till 75 procent.⁵⁹

Olämplig läkemedelsförskrivning till äldre minskar

Sjukdom i kombination med åldersrelaterade fysiologiska förändringar gör äldre mer känsliga för vissa läkemedel [11]. Symtom 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.

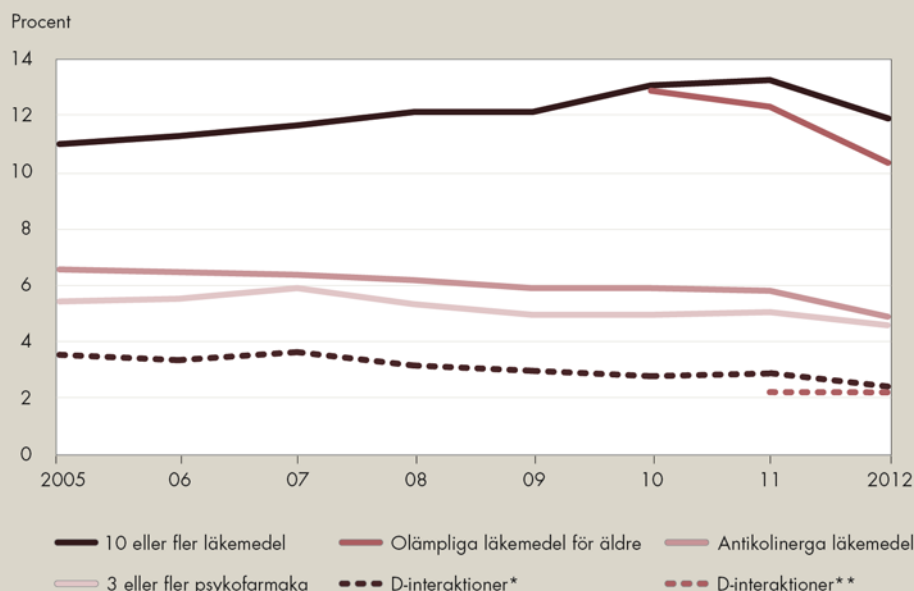
Personer som är 80 år och äldre använder i dag i genomsnitt drygt fem olika läkemedel per person. Äldre som är multisjuka och äldre som bor i särskilt boende är på grund av sviktande funktioner eller olika sjukdomar mest känsliga för läkemedel. Personer i denna grupp får i genomsnitt närmare tio läkemedel per person [12].

Figur 7:4 visar att förskrivningen av olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos personer 80 år och äldre i huvudsak har minskat under perioden 2005–2012. Förändringen har mätts med hjälp av fem olika indikatorer.

⁵⁹ År 2013 ströks denna fråga i Socialstyrelsens öppna jämförelser till hemtjänsten på grund av brister i svaren. Det gör att tidigare års redovisning för hemtjänsten troligen får tolkas med stor försiktighet.

Figur 7:4. Olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer hos de allra äldsta 2005–2012

Andel personer 80 år och äldre som förskrivs olämpliga läkemedel och läkemedelskombinationer enligt fem indikatorer, den 31 december respektive år.



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

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

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

Även om andelen personer i den patientgrupp som behandlas med tio eller fler läkemedel hade ökat fram till 2011, visade den senaste mätningen år 2012 en minskning med cirka 1,5 procent från det föregående året. Den omfattande läkemedelsanvändningen låg alltså på samma nivå år 2012 som år 2008, och var bara marginellt högre än den som hade uppmätts 2005, det vill säga sju år tidigare.

Ett flertal förbättringar i kvaliteten i läkemedelsbehandlingen har också skett under 2005–2012, bland annat en långsam men kontinuerlig minskning i användningen av antikolinerga läkemedel⁶⁰ som kan orsaka förvirringstillstånd hos äldre, och samtidig förskrivning av tre eller fler psykofarmaka har också minskat. Sedan 2010 ses också en minskning med 20 procent av förskrivning av läkemedel som är olämpliga för äldre.⁶¹

⁶⁰ Antikolinerga läkemedel blockerar signalsubstansen acetylcholin i hjärnan. De omfattar bland annat medel mot urinläckage (inkontinens), det lugnade medlen hydroxizin (Atarax) och alimemazin (Alimemazin, Theralen) och den äldre typen av antidepressiva medel (tricykliska antidepressiva).

⁶¹ Socialstyrelsens indikator preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. Indikatoren anger andelen (procent) personer som använder följande läkemedel: långverkande bensodiazepiner (N05BA01, N05CD02, N05CD03), läkemedel med antikolinerga effekter, tramadol (N02AX02) och propiomazin (N05CM06). Andelen ska vara så låg som möjligt. Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen, 2010.)

Mellan 2007 och 2012⁶² har det också skett en minskning med över 30 procent i förekomsten av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till så kallade D-interaktioner, det vill säga sådana kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras omsättning eller verkan på ett sätt som kan leda till allvarliga biverkningar eller utebliven effekt.⁶³

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på lagen samt vara tydlig och förutsägbar. I detta avsnitt tar Socialstyrelsen upp lex Sarah-anmälningar.

Lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen

I det här avsnittet redovisas erfarenheter från lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen under 2013 med utgångspunkt i en sammanställning av de ärenden som har beslutats av Socialstyrelsen och av Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

I 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL och i 24 b–24 g §§ och 23 e § LSS finns bestämmelserna om lex Sarah. Lex Sarah gäller även för verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse. Enligt lex Sarah ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS. Den som bedriver verksamheten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till IVO.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Vanliga allvarliga missförhållanden och orsaker

Socialstyrelsens tillsynsavdelning respektive IVO har under perioden 1 januari–1 november 2013 fattat handlagt och fattat beslut 404⁶⁴ ärenden som avser lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdet äldreomsorg. Redogörelsen baseras på dessa 404 lex Sarah-anmälningar.⁶⁵

Kommunen har varit huvudman för verksamheten i drygt 75 procent av de lex Sarah-anmälningar där tillsynsmyndigheten har fattat beslut under 2013, och enskilda verksamheter i knappt 25 procent.

⁶² Sedan 2011 baseras analysen av interaktioner på en annan källa än tidigare (se förklaringar i figur 7:4). Den nya källan ger upphov till lägre värden på indikatorn, men eftersom den bara har genererat två mätpunkter (för år 2011 och 2012), är det för tidigt att uttala sig om den långvariga utvecklingen.

⁶³ De vanligaste olämpliga kombinationerna i D-klassen är acetylsalicylsyra i lågdosberedning (Trombyl) tillsammans med antiinflammatoriska läkemedel av typen NSAID (ökad blödningsrisk), samt ett kaliumsparande diuretikum tillsammans med kalium (risk för hyperkalemi dvs. ökad halt av kalium i blodet som kan leda till kammarflimmer och död).

⁶⁴ Avser inkomna ärenden där Socialstyrelsen/IVO har fattat beslut och där de regionala tillsynsenheterna inrapporterat data som översänts till Socialstyrelsen/IVO.

⁶⁵ Under hela 2013 fattades det beslut i 606 ärenden inom området äldreomsorg, vilket är en ökning cirka 165 ärenden jämfört med föregående år. Analysen i detta avsnitt grundar sig endast på beslutade och inrapporterade ärenden perioden 1 januari–1 november 2013.

De allra flesta allvarliga missförhållanden har inträffat i särskilda boendeformer och hemtjänst i ordinärt boende. De vanligast förekommande allvarliga missförhållanden inom äldreomsorgen i de ärenden där Socialstyrelsen respektive IVO har fattat beslut är

- att en beviljad insats inte har blivit utförd alls
- att en beviljad insats har utförts på ett felaktigt sätt
- brister i bemötande
- ekonomiska övergrepp.

Åtgärder vid allvarliga missförhållanden

För att avhjälpa eller undanröja de allvarliga missförhållandena eller de påtagliga riskerna för allvarliga missförhållanden har de som bedriver verksamheterna vidtagit åtgärder inom följande områden:

- Kommunikation och information
- Rutiner och riktlinjer
- Utbildning, kompetens och handledning
- Organisation, bemanning och arbetsledning
- Lokaler, teknik och utrustning.

I knappt en tredjedel av lex Sarah-ärendena har arbetsrättsliga åtgärder vidtagits. När det gäller några allvarliga missförhållanden (främst stölder och fysiska övergrepp) har de även polisanmälts för att rättsväsendet (polis, åklagare och domstol) ska ta ställning till om handlingarna är brottsliga.

Tillsynsmyndighetens granskning av lex Sarah-anmälningar

Socialstyrelsens respektive IVO:s granskning av lex Sarah-anmälningar inom äldreomsorgen har visat att de flesta rapporterade missförhållanden är 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 respektive IVO har avslutat dessa ärenden utan ytterligare åtgärder. I 19 ärenden har det under de första tio månaderna 2013 fattats beslut med krav på åtgärder från den som bedriver verksamheten.

I ungefär en tredjedel av ärendena har verksamheterna dock fått komplettera utredningarna. Orsaken har varit att det har saknats uppgifter enligt kraven på vad en utredning ska innehålla enligt Socialstyrelsens föreskrifter (5 kap. SOSFS 2011:5). I många fall har utredningens fokus legat på vem eller vilka som har gjort fel i den aktuella situationen, snarare än på att finna det som brustit i verksamhetens organisation, det vill säga på systemnivå.

I några få fall har Socialstyrelsen respektive IVO även öppnat nya tillsyns-ärenden för att granska hur kommunen eller den enskilda verksamheten tillämpar bestämmelserna om lex Sarah (verksamhetstillsyn). Det har varit i fall då en begäran om kompletteringar och påpekanden angående brister i den berörda verksamhetens lex Sarah-utredningar inte har lett till något resultat [13].

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, och hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad.

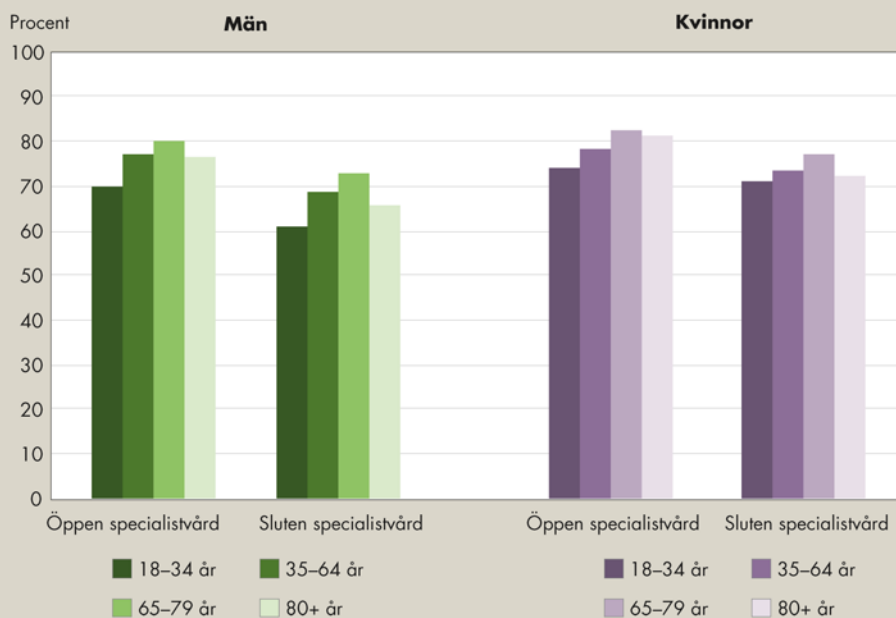
De flesta äldre anser att de får gott bemötande – men inte alla

Enligt resultaten i den nationella patientenkäten tyckte majoriteten av patienterna i äldrevården att de hade blivit bemötta på ett bra sätt i sina kontakter med vården.⁶⁶ Bilden är dock inte entydig. Vid jämförelsen mellan patienter i fyra åldersgrupper (18–34, 35–64, 65–79 och 80+ år) framträder ett tydligt mönster att ju äldre patienterna blir, desto fler anser sig ha fått gott bemötande – dock med undantag för den äldsta gruppen (figur 7:5) som är nöjd i mindre grad. Ett annat mönster är att män i alla åldersgrupper anser sig ha blivit bra bemötta i större utsträckning än kvinnor, samt att patienter inom den öppna specialistvården är nöjda med bemötandet i större utsträckning än patienter inom den slutna vården.

⁶⁶ Data använda i avsnittet kommer från den nationella patientenkäten som under våren 2012 genomfördes bland patienter som antingen var inlagda på sjukhus (bland 80 000 patienter inom slutna specialistvård) eller som kom till specialiserad vård vid öppna sjukhusmottagningar, (bland drygt 180 000 patienter inom öppen specialistvård), exklusive akutmottagningar och barnsjukvård. Undersökningen genomfördes i samtliga landsting och regioner bland patienter som sökte vård för kroppsliga åkommor, dvs. som kom till somatisk vård. Enkäten besvarades av 45 000 patienter inom den slutna vården och drygt 100 000 patienter inom den öppna vården.

Figur 7:5. Gott bemötande i vården, 2012

Andel patienter i olika typer av vårdkliniker som anser att de har fått gott bemötande*. Kvinnor och män i fyra åldersgrupper som fick vård inom specialiserad öppen alternativt sluten klinik.



* Om patienten anser att han eller hon i kontakter med vården helt och hållet har känt sig delaktig, blivit bemött med respekt och fått tillräcklig information (inklusive de som tyckte att de inte behövde information).
Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Ojämnt bemötande

Fortsättningsvis begränsas beskrivningen till att gälla enbart äldre, det vill säga personer 65 år och äldre.

Mönstret att män anser sig vara bemötta på ett bra sätt oftare än kvinnor stärks om man analyserar de tre ingående aspekterna av gott bemötande, nämligen att

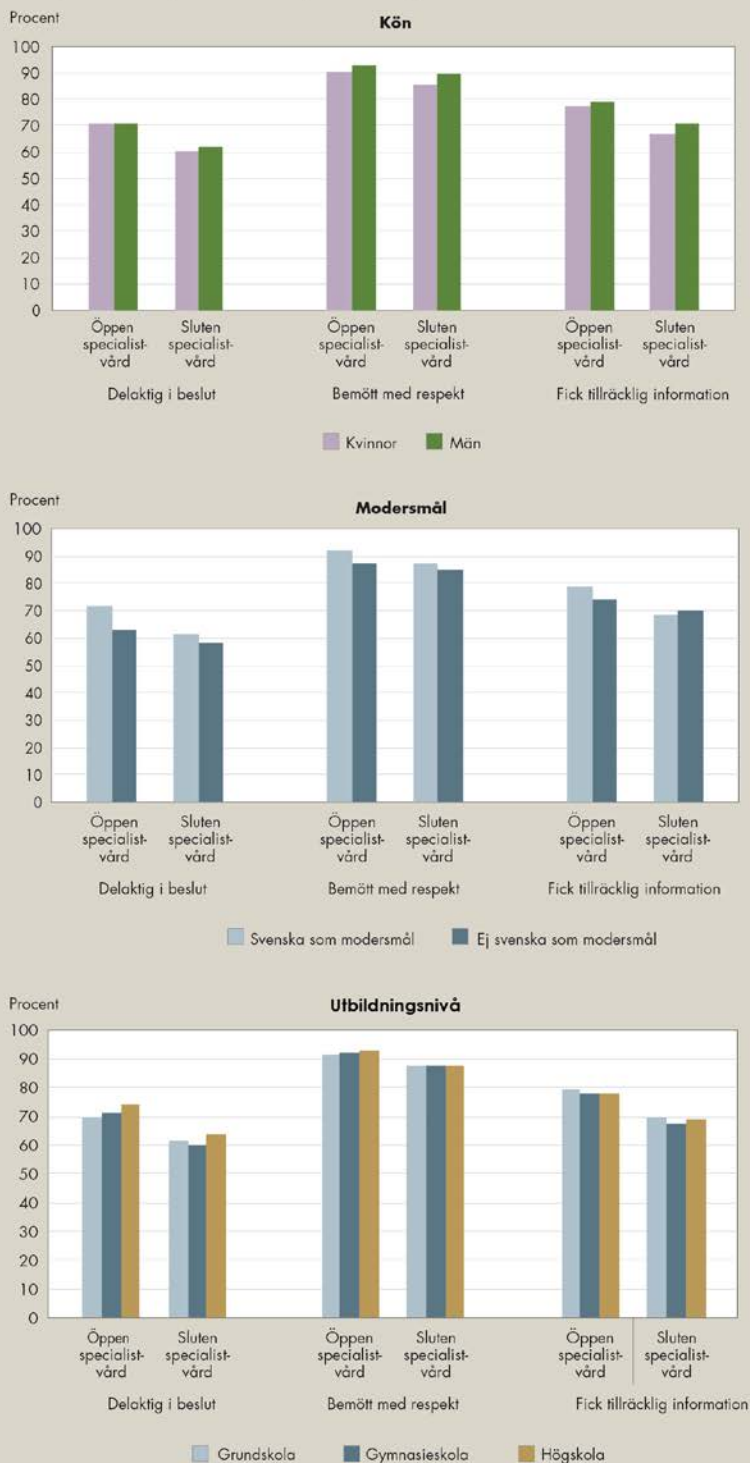
- delta i beslut
- bli bemött med respekt
- få tillräckligt med information.

Enligt figur 7:5 var det bara bland patienter inom den öppna specialistvården som en lika stor andel (71 procent) kvinnor som män kände sig delaktiga.

Annars var det genomgående fler män än kvinnor som uppgav att de blivit helt och hållet bemötta med respekt (93 respektive 91 procent inom den öppna vården samt 86 respektive 89 procent inom den slutna vården) samt att de fått tillräckligt med information (79 respektive 77 procent inom den öppna vården samt 67 respektive 71 procent inom den slutna vården).

Figur 7:6. Äldre i olika befolkningsgrupper som tycker att de fick ett gott bemötande i vården, 2012

Andel patienter i ålder 65+ i olika typer av vårdkliniker som anser att de helt och hållet deltog i beslut som rörde dem, blev bemötta med respekt eller fick tillräckligt med information¹. Kvinnor och män, personer med svenskt respektive ej svenskt modersmål samt personer med högst grundskole-, gymnasie- och högskoleutbildning som fick vård i specialiserad öppen alternativt sluten somatisk klinik. Procent.



¹ Inklusive dem som tyckte att de inte behövde information.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns också tydliga skillnader när det gäller personer med svenska som modersmål och andra, där äldre patienter med ett annat modersmål än svenska ansåg sig ha blivit bra bemötta mer sällan än dem med svenska som modersmål (figur 7:6). Exempelvis ansåg 71 procent bland öppenvårds-patienter med svenska som modersmål att de varit delaktiga i beslut, medan motsvarande andel bland öppenvårdspatienter med ett annat modersmål än svenska var 63 procent. Bara när det gäller tillgången till information angav de med ett annat modersmål än svenska i högre utsträckning än de med svenska som modersmål att de var nöjda. Det gäller dock bara patienter inom slutenvården.

Skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper pekar inte genomgående i samma riktning. Fler patienter med högre utbildning tyckte att de var delaktiga i beslut, jämfört med patienter med högst grundskoleutbildning, och ungefär samma andel i alla tre utbildningsgrupperna tyckte att de blivit bemötta med respekt (över 92 procent inom den öppna vården och över 87 procent inom den slutna vården). När det gäller tillgången till information, var patienter med högre utbildning något mindre nöjda än patienter med bara grundskola.

Sammanfattningsvis visar dessa resultat att vården inte är jämlik när det kommer till bemötande. Speciellt tydligt är det att kvinnor och personer med ett annat modersmål än svenska känner sig sämre bemötta i större utsträckning än män respektive patienter med svenska som modersmål. En annan intressant skillnad är att patienter oftare upplever dåligt bemötande när de vårdas innerliggande på sjukhus jämfört med när de besöker den specialiserade öppna vården.

Majoriteten tycker att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål

Under 2013 genomförde Socialstyrelsen en totalundersökning om äldres uppfattningar av vård och omsorg. Redovisningen handlar om att fånga det som är relevant för de äldre, men ger inte en heltäckande beskrivning av förhållandena inom vården och omsorgen av äldre. Totalt 139 388 personer över 65 år svarade på enkäten (99 469 personer med hemtjänst och 39 919 personer som bor i särskilt boende). Bortfallet är förhållandesvis stort, cirka 70 procent av de äldre med hemtjänst i ordinärt boende och cirka 57 procent av de äldre inom särskilda boenden svarade på enkäten. Socialstyrelsen vet sedan tidigare studier att de som inte svarar generellt har en sämre hälsa och är mindre nöjda med sin vård och omsorg än äldre som mår bra. Detta kan påverka resultaten. Resultaten kan också påverkas om det är någon annan än den äldre som hjälper till att fylla i enkäten eller har besvarat enkäten åt den äldre eftersom det då kan bli hjälparens åsikt och inte den äldres som registreras. I årets undersökning lämnades 79 procent av svaren på hemtjänstområdet och 39 procent av svaren för särskilda boenden av de äldre själva. Sammanfattningsvis speglar resultaten i rapporten ett stort antal personers upplevelser av äldreomsorgen, men samtliga äldre finns inte representerade.

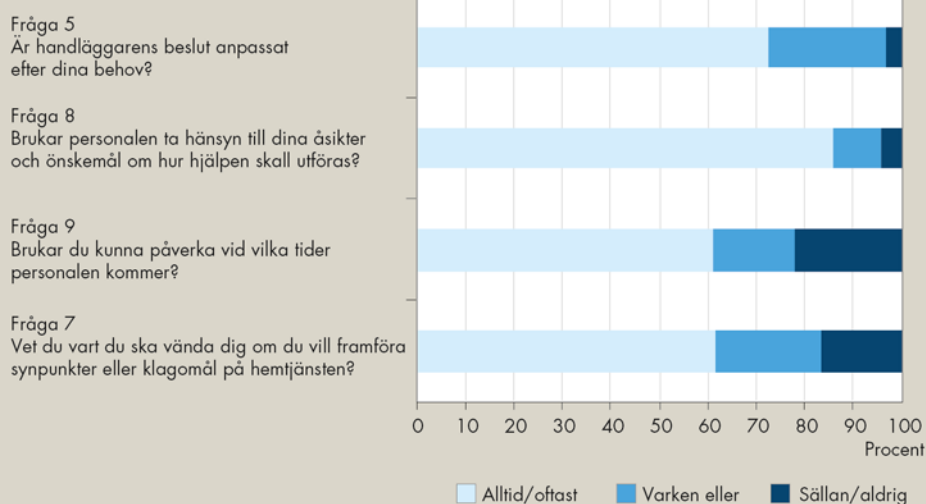
I Socialstyrelsens undersökning från 2013 om äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och särskilda boenden uppgav en majoritet av de äldre inom särskilda boenden, 88 procent, att de fått plats på det boende där de ville bo. Av äldre med hemtjänst svarade 73 procent att handläggarens beslut var anpassat efter deras behov och 62 procent svarade att de helt eller delvis fått välja utförare av hemtjänsten [14].

Flertalet äldre personer (65 år och äldre) var ganska eller mycket nöjda med den vård och omsorg de fått inom särskilda boenden (83 procent) eller hemtjänsten (89 procent). Nästan alla äldre uppgav att bemötandet från personalen var bra och de flesta var trygga med sitt särskilda boende (90 procent) eller sin hemtjänst (87 procent). Majoriteten av de svarande tyckte att personalen alltid eller oftast brukade ta hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras, 79 procent inom särskilda boenden och 86 procent av dem som hade hemtjänst. Samtidigt svarade fler än var femte inom särskilda boenden att de sällan eller aldrig upplevde att personalen tog hänsyn till deras åsikter och önskemål (figur 7:7 och figur 7:8).

Av de svarande inom särskilda boenden uppgav 59 procent att de alltid eller oftast kan påverka vid vilka tider personalen kommer. Av äldre med hemtjänst svarade 61 procent att de alltid eller oftast kan påverka tiderna. Många äldre, 22 procent, inom särskilda boenden och med hemtjänst upplevde dock att de sällan eller aldrig kan påverka vid vilka tider de får hjälp. Av äldre inom särskilda boenden svarade 30 procent också att personalen sällan eller aldrig informerar i förväg om tillfälliga förändringar, och 18 procent av äldre med hemtjänst svarade samma sak.

Figur 7:7. Äldre om inflytande och delaktighet i hemtjänst

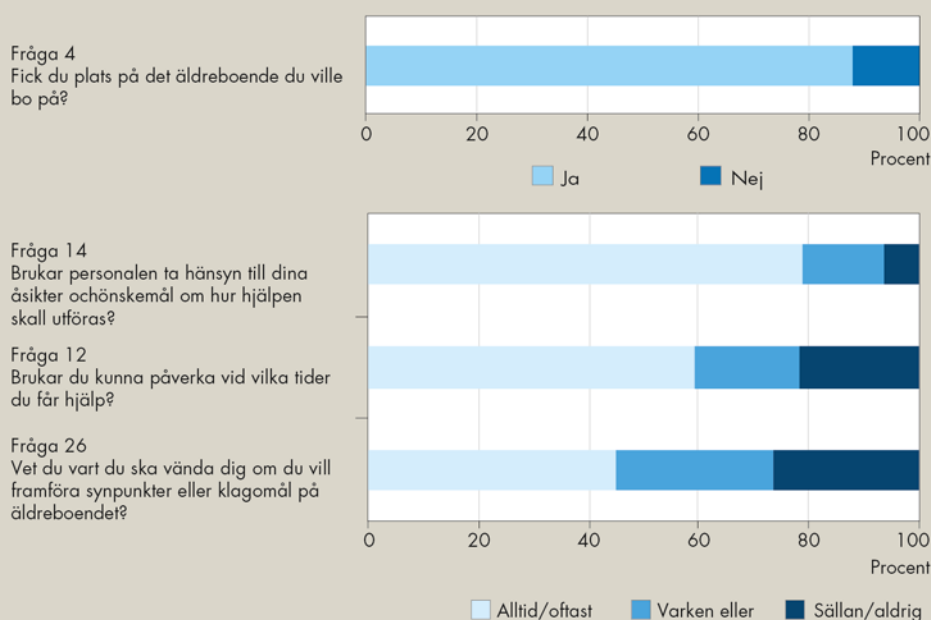
Personer 65+ år som har beviljade hemtjänstinsatser.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2013, Socialstyrelsen.

Figur 7:8. Äldre om inflytande och delaktighet i särskilt boende

Personer 65+ år som bor på särskilda boenden.



Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2013, Socialstyrelsen.

Endast 45 procent av de äldre inom särskilda boenden svarade att de vet vart de ska vända sig för att framföra klagomål eller synpunkter. Av äldre med hemtjänst svarade sex av tio att de vet vart de ska vända sig om de vill framföra klagomål eller synpunkter på hemtjänsten.

Fler än var femte på särskilda boenden hade känt sig kränkt en eller flera gånger under det senaste året, och andelen är ungefär lika som förra året. Av äldre inom särskilda boenden uppgav 4 procent (2 036 personer) att de hade känt sig kränkta flera gånger. Fler än var tionde med hemtjänst hade känt sig kränkt av personalen under det senaste året, och av dem var det knappt 2 procent (1 043 personer) som hade gjort det flera gånger. Andelarna var ungefär dubbelt så höga bland äldre på särskilda boenden jämfört med äldre med hemtjänst.

De vanligaste exemplen på upplevda överträdelser från personalens sida var respektlöshet i tilltal, miner, blickar eller gester, hårdhänthet från personalen (till exempel hårda grepp vid omvårdnad) samt stöld av saker, pengar eller läkemedel [14].

Jämlik vård och omsorg

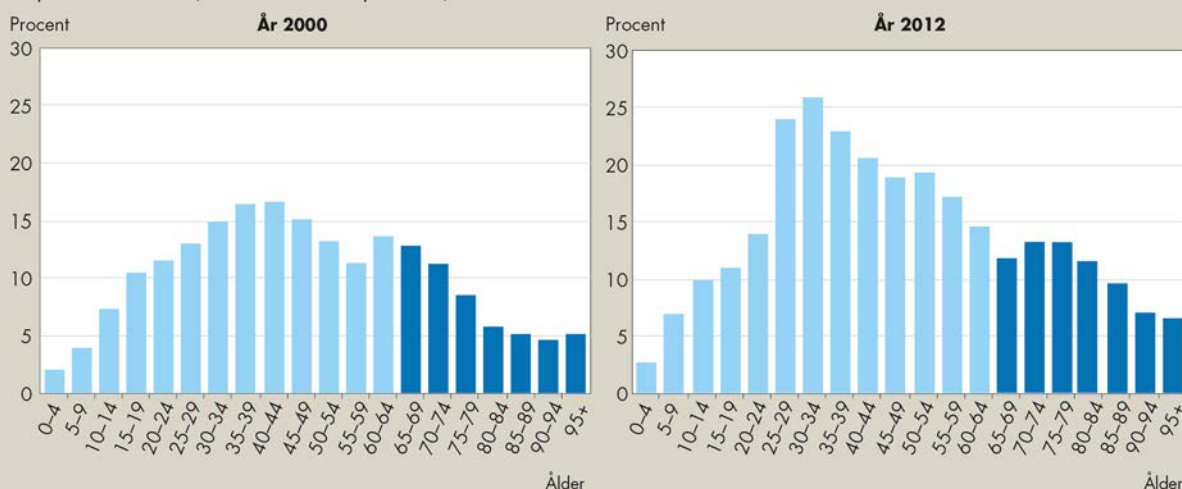
Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

Allt fler äldre är födda utomlands

År 2012 var nästan 16 procent av Sveriges befolkning född utomlands. Personer födda i utlandet är oftast i genomsnitt yngre än befolkningen i övrigt, men med tiden blir det ändå allt fler äldre som är födda utomlands och som har ett annat modersmål än svenska.

Figur 7:9. Befolkningssammansättning i Sverige efter ålder och födelseland år 2000 och 2012

Personer födda utomlands i 5-års klasser. Andel av totalbefolkning den 31 december år 2000 (totalt 8 882 792 personer) respektive år 2012 (totalt 9 555 893 personer). Procent.



Källa: Register över totalbefolkning, Statistiska centralbyrån.

Under det senaste decenniet har antalet äldre utrikes födda ökat från cirka 142 000 personer till närmare 212 000 personer. År 2000 var 9 procent av alla 65-åringar eller äldre födda utomlands och år 2012 hade andelen ökat till cirka 12 procent.

Nästan hälften av äldre utrikes födda var födda i Norden, cirka 40 procent i ett annat europeiskt land och cirka 10 procent kom från ett land utanför Europa. Tillsammans representerar de äldre utrikes födda mer än 160 olika födelseländer.

Det framgår att kommunerna möter skiftande utmaningar när det gäller att tillgodose en språk- och kulturanpassad äldreomsorg. I vissa kommuner finns det många utrikes födda äldre som behöver hjälp. I dessa kommuner är möjligheten att rekrytera språkkompetent personal bättre, eftersom språkkompetensen är större än i andra kommuner med färre utrikes födda i befolkningen. Omvänt, i kommuner med få utrikes födda äldre, kan det vara mycket svårt att kunna erbjuda vård och omsorg på den äldres språk eftersom det finns få utrikes födda i kommunen.

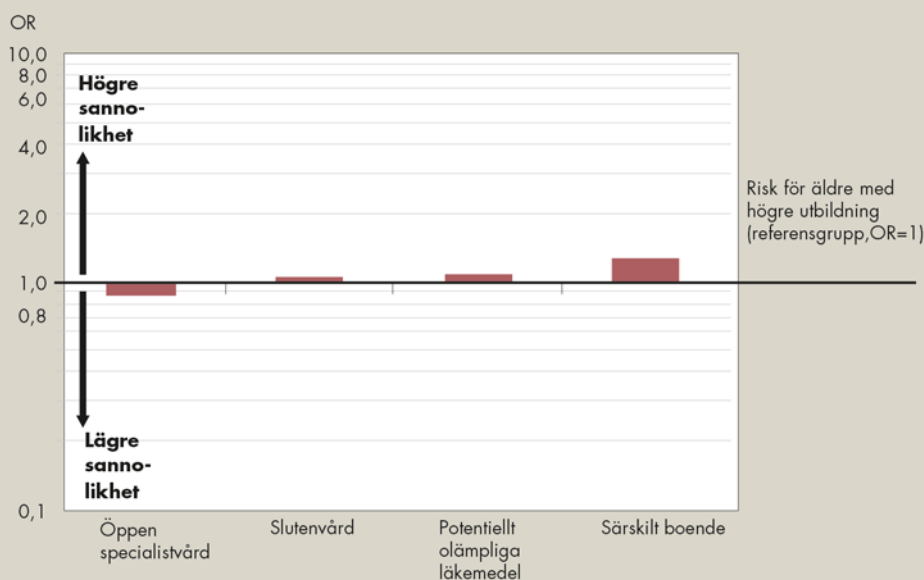
Utbildningsnivån kan kopplas till äldres vårdkonsumtionsmönster

För äldre personer med högst grundskoleutbildning är det mer sannolikt att läggas in på sjukhus, att få potentiellt olämpliga läkemedel eller att bo permanent i särskilt boende, jämfört med äldre som har högre utbildningsnivå.⁶⁷

Lägre utbildningsnivå är starkt kopplad till sämre hälsa, vilket delvis kan förklara att äldre med lägre utbildningsnivå läggs in på sjukhus, använder fler läkemedel eller flyttar till permanent särskilt boende i större utsträckning än högutbildade. Skillnaderna i utnyttjandet av öppen specialistläkarvård går dock i motsatt riktning, välutbildade besöker specialistläkare oftare än personer med lägre utbildning (figur 7:10). Socialstyrelsen anser att detta är värt att uppmärksamma eftersom personer med sämre hälsa rimligen också borde ha större behov av specialistläkarvård än personer med högre utbildningsnivå och bättre hälsa. Det är möjligt att äldre med lägre utbildning mer sällan söker specialistläkare eller att deras behov av öppen specialistvård inte identifieras och uppmärksammas i samma utsträckning som hos personer med högre utbildning.

Figur 7:10. Risk för att äldre 65+ år utnyttjar slutenvård, öppenspecialistvård, potentiellt olämpliga läkemedel och särskilt boende, beroende på utbildningsnivå, 2012

Personer med högst grundskoleutbildning jämfört med personer med högre* utbildning (referensgrupp). Oddsquoter (OR)**.



* Utbildning högre än grundskoleutbildning, dvs. avslutad gymnasieutbildning eller högre.

** Oddsquoter räknas ut med logistisk regression. Oddsquoter är beräknade med 95-procentiga konfidensintervall.

Källa: Statistiska centralbyrån. Patientregistret och Sol-registret, Socialstyrelsen.

⁶⁷ Högre utbildning än grundskola, alltså avslutad gymnasieutbildning eller högre.

Logistisk regression

Figur 7:10 och tabellerna 7:9–7:12 har analyserats med logistisk regression, och mätvärdena redovisas i form av oddskvoter (OR). Oddskvoten ger en uppfattning om sambandens styrka. Den logistiska regressionen analyserar sannolikheten eller egentligen oddset för att en händelse ska inträffa, eller som i dessa fall att tillhöra en viss kategori. Oddset definieras som sannolikheten för att en händelse ska inträffa dividerat med sannolikheten att den inte ska inträffa. Resultaten redovisas som oddskvoter. Oddskvoten betecknar avvikelsen i odds för en grupp jämfört med en referensgrupp som har oddskvoten ett (1).

Förutsättningarna för en jämlik vård och omsorg varierar mellan kommunerna

Socialstyrelsen har studerat utbudet i primärvård, specialistsjukvård och omsorg för personer 65 år och äldre i fem län. Dessa är Västerbotten, Gävleborg, Stockholm, Jönköping och Region Skåne [15].⁶⁸ Resultaten från studien visar att det finns stora skillnader inom dessa län i hur tillgången till primärvård, specialiserad vård och särskilt boende för äldre ser ut. Skillnaderna är också stora mellan kommunerna. Förutsättningarna för att äldre ska få den vård och omsorg de behöver skiljer sig därför beroende på var de bor. Socialstyrelsen bedömer att de stora skillnaderna mellan kommunerna i utbud inte ger förutsättningar för en likvärdig tillgång till vård och omsorg.

Tillgänglighet till vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt för den som behöver få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid.

Äldre personer med psykiska besvär

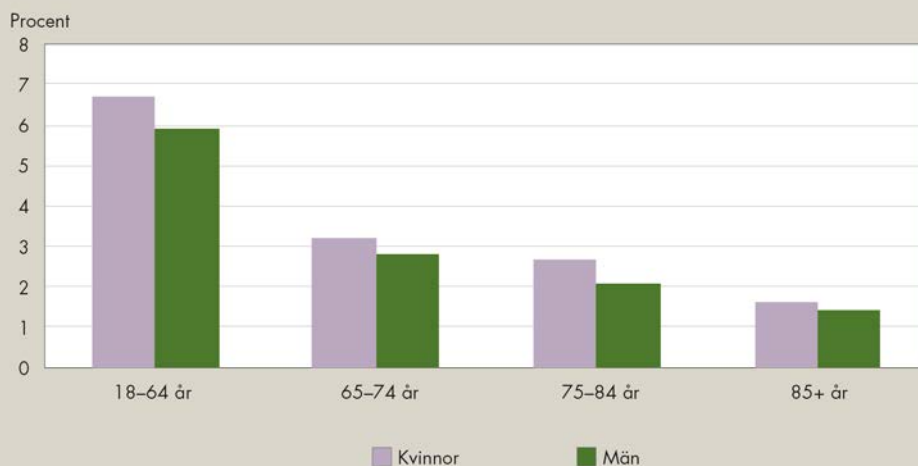
Äldre i behov av specialiserad psykiatrisk vård missgynnas

Psykisk sjukdom bland äldre är minst lika vanligt som bland den yngre befolkningen. Exempelvis uppskattas förekomsten av depression bland personer över 65 år till 12–15 procent, medan motsvarande siffra för hela befolkningen är 4–10 procent. Trots detta får äldre i lägre utsträckning tillgång till specialiserad psykiatrisk vård (figur 7:11).

⁶⁸ Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Artikelnummer 2013-12-18. Socialstyrelsen 2013.

Figur 7:11. Patienter i specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård, 2010

Andel kvinnor och män i respektive åldersgrupp som någon gång under året har haft minst ett vårdtillfälle med psykiatrisk diagnos. Procent.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Äldre personer med psykiska besvär behandlas oftare än yngre personer vid somatiska kliniker. Detta tyder på att äldre med psykisk sjukdom i större utsträckning än yngre behandlas på en vårdinrättning där personalen inte är van att handskas med en psykiatrisk problematik. Konsekvensen kan bli att äldre, som har varit i kontakt med den somatiska vården snarare än psykiatrin på grund av psykisk sjukdom, inte följs upp adekvat alternativt får mindre behandling än de borde ha fått med risk för ökad dödlighet som följd (tabell 7:9).

Tabell 7:9. Risk för ett nytt vårdtillfälle, för psykofarmakaförskrivning eller för att dö efter att ha vårdats vid somatisk klinik för psykisk sjukdom

Personer i ålder 65 år eller äldre. Oddsquoter (OR)*.

Typ av klinik Vårdats för	Risk för					
	Nytt vårdtillfälle		Psykofarmaka- förskrivning		Dödlighet	
	OR	Konfidens- intervall (95 %)	OR	Konfidens- intervall (95 %)	OR	Konfidens- intervall (95 %)
Vårdats vid psykiatrisk klinik (referens)	1		1		1	
Vårdats vid somatisk klinik för						
Missbruk	0,16	0,12–0,20	0,66	0,53–0,80	1,95	1,33–2,85
Schizofreni	0,34	0,22–0,54	0,52	0,33–0,81	2,01	1,21–3,35
Depressioner	0,26	0,21–0,31	0,45	0,37–0,55	1,85	1,46–2,35
Ångestsjukdomar	0,18	0,15–0,21	0,32	0,27–0,38	1,10	0,86–1,42

* Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Justerad för kön, ålder och antal tidigare vårddagar inom slutenvården.

Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret, och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det är vanligt att för första gången i livet diagnostiseras med en depression eller ångestsjukdom efter 65 års ålder. Människor i denna åldersgrupp lider också av somatiska sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar eller kroniska sjukdomar i luftvägarna. Bland äldre med psykisk sjukdom flätas därför psykiska och somatiska symtom samman, och visar på vikten av att den somatiska och psykiatriska vården samordnas i arbetet med att tillgodose dessa äldres särskilda behov av vård [16].

Utbredd användning av psykofarmaka bland äldre medför risk för allvarliga biverkningar

De äldre får inte tillgång till specialiserad psykiatrisk vård i samma utsträckning som den yngre befolkningen, och riskerar därför att bli underbehandlade. Samtidigt är användningen av psykofarmaka utbredd bland äldre och förskrivningen av psykofarmaka till äldre sker i mycket stor omfattning inom primärvården. Detta gäller också specialistpreparat som antipsykotiska läkemedel [16,17].

Tabell 7:10. Risk för utfall som utgör indikation för biverkan av psykofarmaka vid varaktig* användning, 2011

Personer 65 år eller äldre som använder psykofarmaka ur en eller flera läkemedelsgrupper samtidigt. Oddsquoter (OR)**.

Typ av användning	Indikation för biverkan							
	Akutbesök		Mag-tarmblödning		Fallolycka		Dödlighet	
	OR	Konfidensintervall (95 %)	OR	Konfidensintervall (95 %)	OR	Konfidensintervall (95 %)	OR	Konfidensintervall (95 %)
Ej varaktig användning (referens)	1		1		1		1	
1 psykofarmakum	1,33	1,31–1,36	1,26	1,18–1,34	1,36	1,32–1,39	1,51	1,48–1,54
2 psykofarmaka	1,51	1,47–1,55	1,27	1,17–1,39	1,75	1,70–1,81	1,85	1,80–1,90
3 psykofarmaka	1,75	1,68–1,82	1,32	1,17–1,50	1,95	1,87–2,04	2,12	2,04–2,19
4 psykofarmaka	1,77	1,62–1,92	1,42	1,10–1,84	2,07	1,88–2,27	3,08	2,87–3,31

*Läkemedel har avhämtats minst tre gånger i följd.

** Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Justerad för antal tidigare vårddagar inom slutenvården.

Källa: Patientregistret, dödsorsaksregistret, och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det ställs särskilda krav på kunskap om äldre med psykisk sjukdom när allmänläkare inom primärvården ska förskriva psykofarmaka till denna patientgrupp. Det gäller även kunskaperna om hur behandling med psykofarmaka bör ske för att undvika risken för allvarliga biverkningar hos äldre.

När det gäller långvarig behandling med psykofarmaka finns det en ökad risk för olika biverkningar hos äldre patienter. Risken är påfallande stor för en ökad dödlighet vid långvarig behandling av äldre med antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel. Riskerna är särskilt stora om flera psykofarmaka kombineras (tabell 7:10).

Socialstyrelsen menar att riskerna för läkemedelsbiverkningar kan minskas genom att man behandlar på strikt indikation och regelbundet utvärdera verkan och biverkan av läkemedlen. Socialstyrelsen menar också att psykofarmaka bör undvikas i fall där tillstånden i stället kan behandlas med kognitiv beteendeterapi. Detta gäller exempelvis lindrigare depressioner och ångestsjukdomar.

De mest sjuka äldres tillgång till akutvård efter stroke och höftfraktur

De mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende och som drabbades av stroke eller höftfraktur under 2007–2011 fick vänta längre på vård än de mest sjuka äldre i särskilt boende (tabell 7:11).

Tabell 7:11. Risk för att få vänta länge på vård efter stroke eller höftfraktur beroende på boendeform, 2007–2011

Mest sjuka äldre. Personer som bor i särskilt boende jämfört med dem i ordinärt boende (referensgrupp). Oddsquoter (OR)*.

Väntan efter stroke eller höftfraktur	Typ av boende		
	Bor i ordinärt boende (referensgrupp)	Bor i särskilt boende	
	OR	OR	Konfidensintervall (95%)
Väntat mer än 24 timmar på operation efter höftfraktur	1	0,84	0,80–0,89
Väntat mer än tre timmar till vård efter första symptom på stroke	1	0,85	0,74–0,98

* Oddsquoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Riks-Stroke, Västerbottens läns landsting; Rikshöft, Region Skåne.

Det är till exempel vanligare att denna grupp får vänta mer än ett dygn på operation efter att ha brutit höften eller att de får vänta mer än tre timmar på vård efter det första symtomet på stroke. När det gäller strokepatienter som bor i ordinärt boende finns det dessutom en skillnad i hur snabbt man får vård, beroende på om man bor ensam eller om man bor tillsammans med någon. De som bor tillsammans med någon får vård snabbare jämfört med personer som bor ensamma. Personer i särskilt boende kan lätt komma i kontakt med omsorgspersonal och sjuksköterska, vilket förmodligen ökar deras möjlighet att snabbt få akut vård. Ensamboende har inte någon hos sig som uppmärksammar symtomen och kan ringa efter ambulans.

Boendeformen viktig för strokepatienternas hälsa tre månader efter insjuknandet

Det är vanligare att de mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende – jämfört med dem i särskilt boende – blir bedömda av sjukgymnast och arbetsterapeut innan de skrivs ut från sjukhuset efter stroke. Att snabbt bli bedömd och få hjälp av dessa yrkesgrupper kan vara avgörande för hur väl strokepatienter återhämtar sig [18].

Tabell 7:12. Risk för att få försämrad funktionsförmåga tre månader efter stroke, beroende på boendeform, 2007–2011

Mest sjuka äldre. Personer som bor i särskilt boende jämfört med dem i ordinärt boende (referensgrupp). Oddskvoter (OR)*.

Brister i funktionsförmåga	Typ av boende		
	Bor i ordinärt boende (referensgrupp)	Bor i särskilt boende	
	OR	OR	Konfidensintervall (95%)
Har inte längre god rörlighet	1	1,54	1,41–1,69
Klarar inte längre toalettbesök själv	1	1,89	1,59–2,22
Klarar inte längre på- och avklädning själv	1	1,79	1,52–2,13

* Oddskvoterna (OR) är beräknade med logistisk regression.

Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Riks-Stroke, Västerbottens läns landsting.

Det visar sig också att bland de mest sjuka äldre som bor i särskilt boende är det färre som återfår sin funktionsförmåga efter stroke, jämfört med mest sjuka äldre i ordinärt boende (tabell 7:12). Den omständighet som påverkar återfrisknandet efter stroke mest är patienternas allmäntillstånd, och de som bor i särskilt boende har generellt sett sämre allmän hälsa än de som bor i ordinärt boende. Före stroketillfället klarade omkring två av tre av de mest sjuka äldre som bodde i ordinärt boende att förflytta sig själva inom- och utomhus, att själva gå på toaletten och att klä sig. I särskilt boende har mindre än hälften förmågan att klara dessa saker själv. Tre månader efter stroketillfället är det färre som klarar sig själva i båda grupperna. Dessutom kan det finnas genomgående skillnader i tillgång och kvalitet på rehabiliterande insatser i ordinärt och särskilt boende.

Innehållet i korttidsboende varierar mellan kommunerna

Det är stora skillnader mellan kommunerna i andelen personer som får korttidsboende. Det visar en ny kartläggning från Socialstyrelsen. De vanligaste orsakerna till att en person vistas på korttidsboende är eftervård efter sjukhusvistelse, anhörigavlösning och väntan på beslut om att permanent särskilt boende ska verkställas. Socialstyrelsen bedömer att det saknas kunskap om andra insatser som kan komplettera eller ibland ersätta korttidsboende, exempelvis hemtagningsteam eller trygghetsplatser. Även kunskap om var den äldre personen och hans eller hennes anhöriga tycker att behoven bäst tillgodoses kan komplettera korttidsboendet.

En tredjedel av kommunerna beviljar inte insatsen korttidsboende för rehabilitering. Den rehabilitering som ges på korttidsboende är vardagsrehabilitering. Det finns därmed en risk för att personer på korttidsboende får en sämre

rehabilitering än personer som skrivs ut från ordinärt boende. Socialstyrelsen anser att rehabilitering behöver stärkas för gruppen mest sjuka äldre. Korttidsboende kan vara en form för detta, men då krävs ett tydligt uppdrag och ansvar för detta samt rehabiliteringskompetens hos personalen [15].

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
- stöd till våldsoffer.

Insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer är inte enbart socialtjänstens ansvar, utan ansvaret delas många gånger med andra myndigheter och samhällssektorer. Kapitlet innefattar fler verksamheter än socialtjänstens.

Ekonomiskt bistånd

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

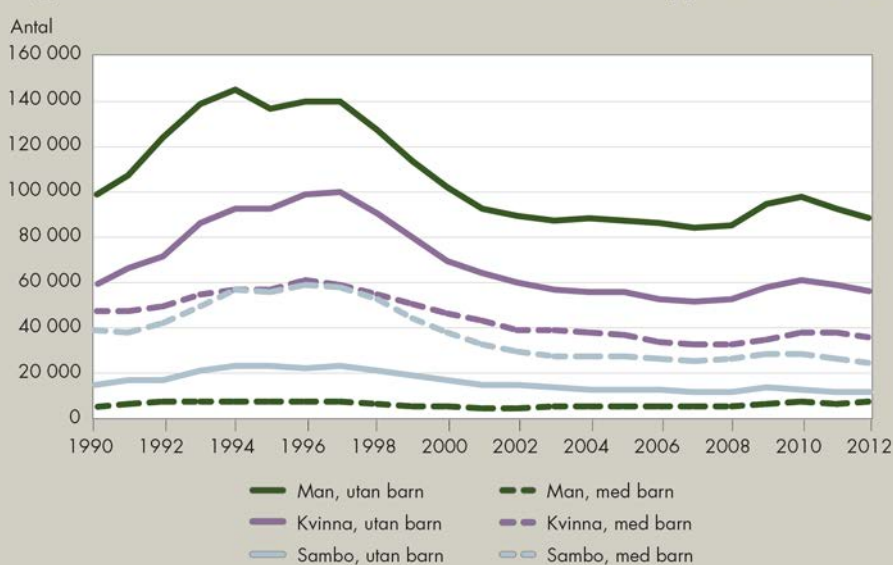
- År 2012 var den totala andelen biståndsmottagare av ekonomiskt bistånd i befolkningen 4,2 procent. Under 2012 fanns det cirka 400 000 biståndsmottagare. Av dessa var 268 000 vuxna, varav 131 000 kvinnor, 137 000 män och 132 000 barn.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att socialtjänstens formaliserade samverkan har ökat jämfört med tidigare år. Mest har överenskommelser om samverkan med öppenpsykiatri ökat, där andelen har ökat från 12 till 32 procent. Med Arbetsförmedlingen har 34 procent av landets kommuner nu en aktuell överenskommelse, och motsvarande värden för Försäkringskassan är 20 procent och för primärvården 27 procent.
- Andelen långvariga biståndsmottagare har ökat de senaste fem åren. År 2012 fick 40 procent av de vuxna biståndsmottagarna (18 år och äldre) bistånd under minst tio månader under ett kalenderår och definieras därmed som långvariga biståndsmottagare. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män.
- Många små kommuner saknar tillgång till juridisk kompetens i frågor om regeltillämpning inom ekonomiskt bistånd. Andelen kommuner som uppger att de saknar juridisk kompetens som kan bistå i frågor som rör regeltillämpningen när det gäller ekonomiskt bistånd är 56 procent.

De vanligaste orsakerna till ekonomiskt bistånd är arbetslöshet, sjukdom, andra sociala problem eller att biståndsmottagaren är ensamstående förälder och inte klarar familjens försörjning på egen hand.

Hushåll med ekonomiskt bistånd

Under 2012 fick cirka 225 000 hushåll ekonomiskt bistånd⁶⁹, vilket uppskattningsvis är 5,7 procent av hushållen i befolkningen⁷⁰. Biståndshushållen domineras av ensamhushåll, vilket framgår av figur 8:1. Under hela den redovisade perioden utgör ensamstående män utan barn den största gruppen. Därefter kommer ensamstående kvinnor utan barn, följt av kvinnor och sammanboende par med barn. Minst vanligt bland biståndshushållen är sammanboende par utan barn och män med barn [1].

Figur 8:1. Antal biståndshushåll efter hushållstyp, 1990–2012



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

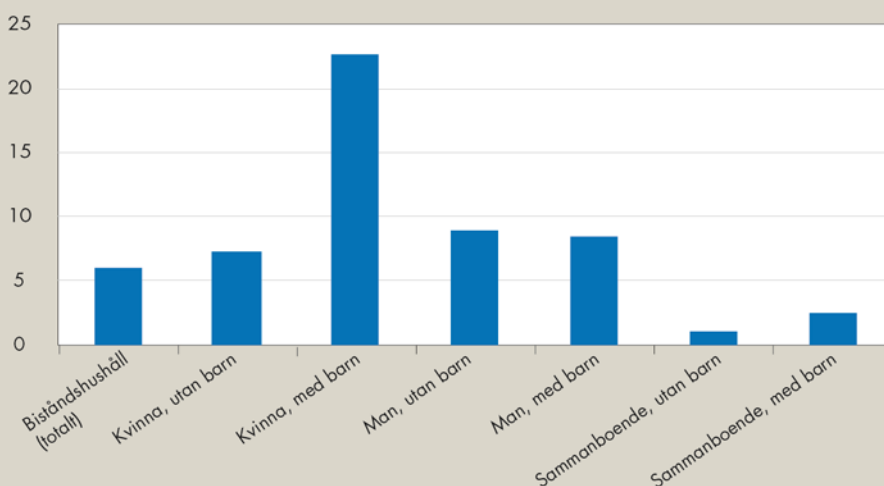
Biståndsmottagare i förhållande till befolkningen

Under 2012 fick cirka 36 000 ensamstående kvinnor med barn bistånd, vilket uppskattningsvis utgör 23 procent av motsvarande hushållstyp i befolkningen (figur 8:2). Därmed är detta den hushållstyp där ekonomiskt bistånd är vanligast. Motsvarande andel för ensamstående män med barn är 8 procent, och siffran för sammanboende par med barn är 3 procent.

⁶⁹ Från och med 2012 redovisas inga uppgifter om utbetald introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra utlänningar i statistiken, vilket innebär att uppgifterna för 2012 inte är direkt jämförbara med tidigare år. Uppgiften som redovisas för 2012 exkluderar gruppen som enbart fått introduktionsersättning.

⁷⁰ På grund av begränsningar i skattningen av det totala antalet hushåll på riksnivå inkluderas enbart hushåll där sökande är 18–64 år.

Figur 8:2. Andel biståndshushåll i förhållande till befolkningen, 2012.



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Färre biståndsmottagare, men långvarigheten ökar

Antalet biståndsmottagare var som störst under mitten av 1990-talet, vilket framgår av figur 8:3. År 2012 var det totala antalet cirka 400 000 biståndsmottagare, vilket innebär att andelen i befolkningen var drygt 4 procent. Av dessa var 268 000 vuxna, varav 131 000 kvinnor, 137 000 män, och 132 000 barn [2].⁷¹

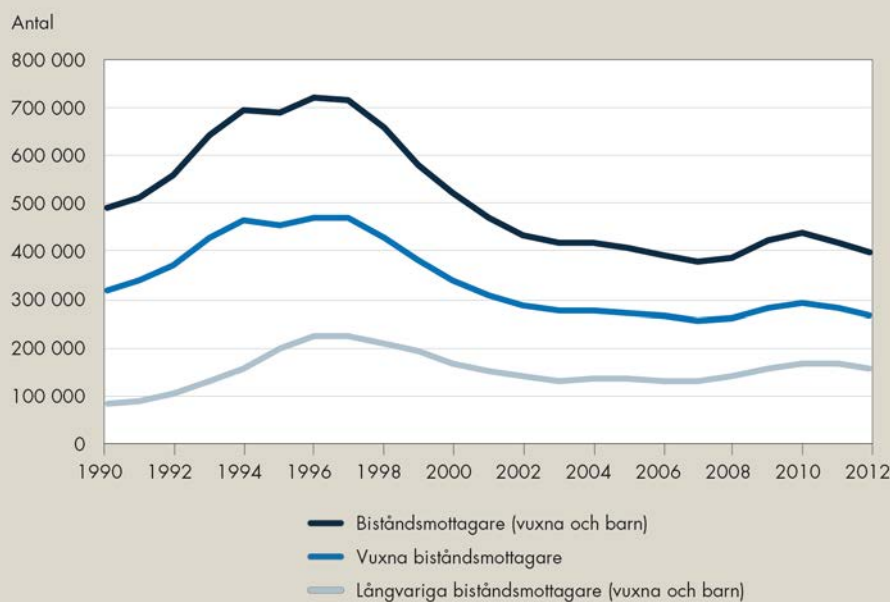
Antalet biståndsmottagare har hittills minskat varje år. År 2012 fick 5 procent färre kvinnor och män ekonomiskt bistånd jämfört med 2011. Minskningen kan sannolikt förklaras av förändringar i lagstiftningen⁷² och i sättet att samla in uppgifter.⁷³ Oavsett år är det dock ungefär lika många män och kvinnor som får ekonomiskt bistånd [1].

⁷¹ Avrundade värden.

⁷² Den 1 december genomfördes en lagändring som bland annat innebär att nyanlända flyktingar inte får kommunal introduktionsersättning, utan istället statlig etableringsersättning. Nyanlända som togs emot före lagändringen slutför dock sin introduktion i kommunal regi.

⁷³ Uppgifter för 2011 inkluderar biståndsmottagare som enbart fått introduktionsersättning, uppgifterna för 2012 exkluderar denna grupp.

Figur 8:3. Antal biståndsmottagare, 1990–2012



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

År 2012 fick 40 procent av de vuxna biståndsmottagarna (18 år och äldre) bistånd under minst tio månader under kalenderåret och definieras därmed som långvariga biståndsmottagare. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män. Andelen långvariga biståndsmottagare har ökat de senaste fem åren (figur 8:3).

Många biståndsmottagare står utanför sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen

Försörjningsproblem är det vanligaste skälet till att människor kommer i kontakt med socialtjänsten. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen sedan 2010 kompletterat insamlingen av uppgifterna i den officiella statistiken med uppgifter om orsaken till behovet av ekonomiskt bistånd, samt vilka behov en utbetalning tillgodoser. Statistiken gör det möjligt att systematiskt följa hur befolkningens behov förändras över tid, och den bidrar även till att beskriva förändringar i arbetslöshet.

Arbetslöshet är det vanligaste förekommande försörjningshindret, oavsett vilket år man tittar på. Därefter kommer arbetshinder på grund av sociala skäl, vilket innebär att en person har nedsatt eller inte klarlagd arbetsförmåga och behöver ytterligare utredning, arbetsträning, eller social eller medicinsk rehabilitering innan det är aktuellt att börja arbeta [3].

Ekonomiskt bistånd ska fungera som ett tillfälligt stöd vid kortare perioder av försörjningsproblem. En förhållandevis stor grupp har dock bistånd under längre perioder. Långvarigt biståndsmottagande är problematiskt både ur individens och ur samhällets synvinkel. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att andelen biståndsmottagare med långvarigt bistånd (10–12 månader under ett år) har ökat under de senaste åren. Långvarigt bistånd var tidigare i

första hand ett problem i storstadsområdena, men har nu spridit sig till övriga landet [2]. Även andelen hushåll med mycket långvarigt bistånd (tre år eller mer) har ökat i hela landet.

Barn i familjer med försörjningsproblem

Antalet barn i hushåll med långvarigt bistånd har ökat något under de senaste fem åren. År 2012 fanns det 52 600 barn i dessa hushåll. Det motsvarar 2,7 procent av alla Sveriges barn. Under den senaste tioårsperioden har andelen barn som finns i hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd varierat mellan 2,3 och 3 procent [2].

Det ekonomiska biståndet är välfärdssystemens yttersta skyddsnät vars uppgift är att träda in när behovet av försörjning inte kan tillgodoses på annat sätt. Den som själv inte kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap.1§ socialtjänstlagen (2001:453), SoL, rätt till bistånd av socialnämnden.

Den ekonomiska hjälpen ska enligt 4 kap. 1 § SoL tillförsäkra den biståndssökande en skälig levnadsnivå. Skälig levnadsnivå innebär i praktiken en relativt låg nivå jämfört med familjer med egen försörjning. I och med att befolkningen i stort har fått högre inkomster de senaste åren har skillnaden i ekonomiska förutsättningar mellan barn som försörjs genom ekonomiskt bistånd och barn i övrigt blivit mer markant. Till skillnad mot andra ersättningsformer innebär det ekonomiska biståndets konstruktion att familjens rätt till bistånd provas löpande, vanligtvis varje månad.

Hänsyn till barnets bästa, det så kallade barnperspektivet, innebär även att barnens situation ska uppmärksammas när föräldrar vänder sig till socialtjänsten med en ansökan om ekonomiskt bistånd.⁷⁴ Barnet ska göras synligt i utredningen. Det kan handla om att ta reda på barnets boendeförhållanden, om det går i förskola eller skola, om relationen till en eventuell umgängesförälder eller om barnet har några särskilda behov [4]. Resultaten från 2013 års öppna jämförelser visar att 69 procent av landets kommuner systematiskt använde en strukturerad utredningsmall som innefattar barnens situation. Förra året var andelen 63 procent. På riksnivå har det alltså skett en ökning med 6 procentenheter [2].

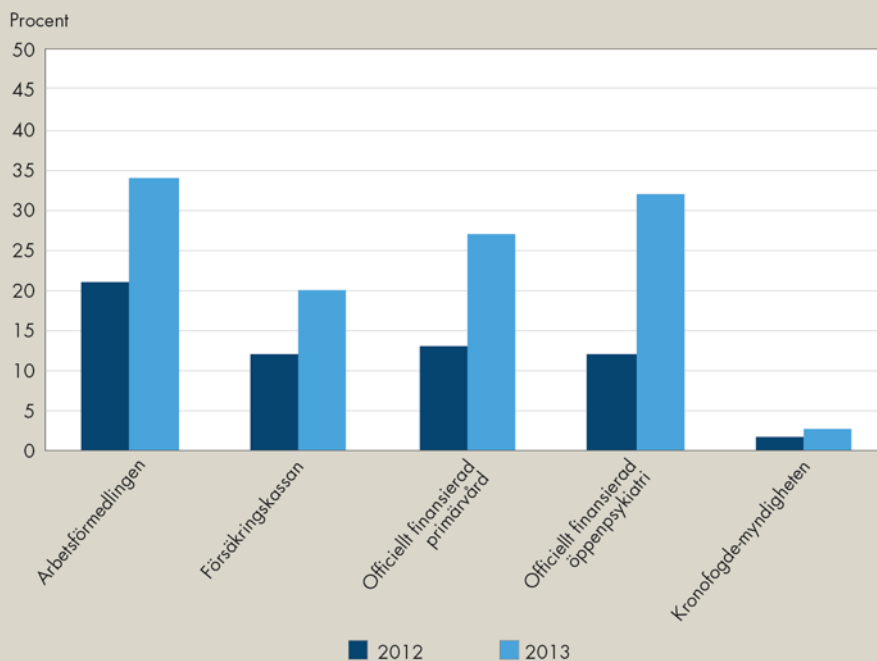
Den formaliserade samverkan ökar något

Arbetslöshet och sjukdom är som sagt de vanligaste skälen till att personer inte kan försörja sig och behöver ekonomiskt bistånd. Det är därför viktigt med en fungerande samverkan mellan socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Syftet med samverkan är bland annat att enskilda biståndsmottagare ska få den hjälp de behöver för att uppnå självförsörjning. Resultat av de öppna jämförelserna visar att socialtjänstens formaliserade samverkan har ökat jämfört med 2012 [2].

⁷⁴ Bestämmelsen i 1 kap. 2 § SoL om att barnets bästa särskilt ska beaktas vid åtgärder som rör barn är tillämplig även i socialtjänstens arbete.

Figur 8:4. Aktuell överenskommelse för samverkan i enskilda ärenden med externa aktörer

Andel kommuner/stadsdelar där verksamheten med ekonomiskt bistånd har en aktuell överenskommelse för samverkan i enskilda ärenden med externa aktörer, riket.



Källa: Socialstyrelsens enkät, april 2012 respektive april 2013.

I 34 procent av landets kommuner finns det en aktuell skriftlig överenskommelse med Arbetsförmedlingen om arbetet med arbetslösa biståndsmottagare. Förra året var andelen 21 procent, vilket innebär en förbättring med 13 procentenheter.

I 20 procent av kommunerna finns det en motsvarande överenskommelse med Försäkringskassan, jämfört med 12 procent förra året.

Andelen kommuner där verksamheten med ekonomiskt bistånd har gemensamma överenskommelser för samverkan med landstingsfinansierad primärvård och öppenvård har mer än fördubblats jämfört med förra året. För primärvården är andelen 27 procent mot 13 procent 2012, och för öppenvården är andelen 32 procent jämfört med 12 procent 2012. När det gäller Kronofogdemyndigheten har dock andelen kommuner som har en gemensam överenskommelse för samverkan i enskilda ärenden minskat från 2,6 till 1,6 procent [2].

Många kommuner saknar juridisk kompetens

Många små kommuner saknar tillgång till juridisk kompetens i frågor som gäller hur reglerna om ekonomiskt bistånd ska tillämpas. Andelen kommuner som uppger att de saknar juridisk kompetens som kan bistå i sådana frågor är 56 procent. I små kommuner med upp till 15 000 invånare, det vill säga omkring hälften av landets kommuner, saknar 84 procent detta stöd [2].

Verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd består till stor del av myndighetsutövning i form av att pröva enskildas rätt till bistånd till försörjningen. Försörjningsproblemen är ofta komplexa och prövningarna kan både innebära komplicerade utredningar och ett stort mått av individuella bedömningar.

Socialstyrelsen anser att en förutsättning för en rättssäker och jämlik handläggning av ekonomiskt bistånd är att handläggarna känner till och kan tillämpa gällande regelverk på området. För en korrekt handläggning och för att kunna bedöma rätten till bistånd är det nödvändigt att känna till ett stort antal lagar utöver SoL (2001:453), som exempelvis förvaltningslagen (1986:223), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), föräldrabalken, socialförsäkringsbalken, utlänningslagen (2005:716) samt regelverk gällande arbetsrätt och EG-rätt. Socialstyrelsen får ofta frågor som visar att handläggarna och deras chefer ute i kommunerna är i stort behov av juridisk hjälp, och många kommuner har påtalat att man saknar stöd i kommunen när det uppstår juridiska frågor.

Insatser mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Det är 43 procent av kommunerna som bedömer att de har brist på bostäder i förhållande till efterfrågan, enligt kommunernas svar i bostadsmarknadsenkäten 2013. Bristen är dock betydligt större i tätorterna.
- Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning om EU-migranter visar en stor utsatthet inom gruppen. Kommunernas socialtjänst möter inte denna grupp i någon större utsträckning och bistår vanligtvis endast med akuta insatser.

Orsaken till hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden kan finnas på flera nivåer, den kan vara strukturell, institutionell och individuell. Frågan är därmed komplex. Det behöver till exempel byggas fler bostäder, framförallt hyresrätter för ekonomiskt svagare grupper, och främst i storstäderna [1] där bostadsbristen är allra störst. Det finns också ett starkt samband mellan svag ekonomi, arbetslöshet och utestängning från bostadsmarknaden [2]. Att samtidigt satsa på att arbeta preventivt, så att individen kan behålla sin bostad trots individuella svårigheter, är en av de viktigaste insatserna för att motverka hemlöshet [3,4]. En plan för hur arbetet ska bedrivas underlättar samverkan, eftersom flera aktörer med olika ansvarsområden måste involveras.

Bostadsmarknadens utmaningar

Enligt lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (2000:1383) 1 § ska varje kommun med riktlinjer planera för bostadsförsörjningen i kommunen. Syftet med planeringen ska vara att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och för att främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs. År 2013 uppger 43 procent av kommunerna att de har riktlinjer för bostadsförsörjningen jämfört med 39 procent 2012. År 2011 var siffran 33 procent, vilket innebär en ökning med 10 procent på 2 år [1].

I Boverkets bostadsmarknadsenkät från 2013 bedömer 43 procent av kommunerna att de har brist på bostäder i förhållande till efterfrågan, vilket är en något lägre siffra än 2012 (46 procent). Antalet kommuner med balans på bostadsmarknaden har också blivit något fler 2013. Många av dessa kommuner har dock fortfarande bostadsbrist i centralorten eller i innerstaden. Antalet kommuner med överskott på bostäder fortsätter precis som tidigare år att minska [1].

År 2013 bor 67 procent av befolkningen i någon av kommunerna med brist på bostäder, medan 4 procent bor i en kommun med överskott och 28 procent i en kommun med balans. Bristen på hyresrätter är som tidigare utbredd och fortsätter att stiga 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. Men den

grupp som visar den största ökningen procentuellt sett är flyktingar. I storstadsregionerna är det svårt för alla grupper [1].

Hemlösheten i de tre storstäderna

Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär från 2011 visade på skillnader mellan de tre storstäderna [2]. Många kommuner gör regelbundet egna hemlöshetskartläggningar eller belyser problemet på olika sätt. Det är i storstäderna de riktigt stora problemen finns.

Bostadsmarknaden i Malmö är inte i balans. Befolkningen ökar och en stor del av invånarna är under 35 år. I Malmö skiljer man på den sociala och den strukturella hemlösheten. Den strukturella hemlösheten handlar om personer som endast behöver en bostad, den sociala hemlösheten beror på individuella sociala problem och är därmed en socialtjänstfråga. Den strukturella hemlösheten ökar i Malmö medan den sociala minskar. Framträdande i Malmö stads egen kartläggning från i år är dock att antalet hemlösa hushåll med barn ökar. Däremot är siffran vad gäller personer som sover ute lägre än på mycket länge, 10 personer vid mättilfället [3].

Göteborg brottas med ungefär samma frågor som Malmö när det gäller de strukturella problemen i förhållande till individuella behov. I en utredning som Göteborgs stad genomförde 2012 lämnades förslag på åtgärder som nu genomförs för att utveckla förutsättningarna för att alla göteborgare har rätt till boende, i rätt tid och till rätt kostnad. Ett förslag är till exempel att Fastighetskontoret tillsammans med Bogrupper ser över möjligheterna att utöka tillflödet av ordinarie bostäder till målgruppen. Uppskattningsvis rör det sig om cirka 500–600 lägenheter, varav cirka 200 avser en engångssatsning – eget boende utan stöd. I uppdraget ingår även en översyn av kriterierna för kommunala kontrakt [4].

Stockholms stads senaste kartläggning genomfördes 2012 under en mät dag i april och visade de lägsta siffrorna för hemlöshet sedan 2004 [5]. En tendens var dock att antalet akut hemlösa hade ökat. Men man konstaterar också att de hemlösa inte är en homogen grupp och att stadens arbete måste bedrivas brett och rikta sig till grupper med olika behov. Kartläggningen är basen i den strategi som har arbetats fram för att motverka hemlöshet i Stockholms stad 2014–2019 [6]. I strategin poängteras det förebyggande arbetet och att målet är att hitta stadigvarande boendelösningar för enskilda individer. Samverkan med andra huvudmän, intresseorganisationer och både kommunala och privata bostadsbolag lyfts fram [6].

Socialtjänsten tar allt större ansvar för personer utanför bostadsmarknaden

Socialtjänsten har under en längre tid fått ta ett allt större ansvar för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Cirka 79 procent av kommunerna har en så kallad sekundär bostadsmarknad⁷⁵ [2].

⁷⁵ Kommunernas utbud av boendelösningar för personer som inte själva kan skaffa sig en bostad, eftersom de av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn och/eller särskilda villkor eller regler.

På den sekundära bostadsmarknaden befinner sig en stor andel barnfamiljer och personer med utländsk bakgrund. Socialstyrelsens kartläggning från 2011 visar 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 personer som är utestängda från bostadsmarknaden 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 hyresvärdar inte godkänner ekonomiskt bistånd som inkomst, utestängs dessa personer därmed också från den ordinarie bostadsmarknaden [2]. I Malmö är det till exempel bara det kommunala bolaget MKB som godkänner hyresgäster med ekonomiskt bistånd [3]. Socialstyrelsen ska i år i samverkan med Boverket göra en kvalitativ undersökning om utvecklingen på den sekundära bostadsmarknaden samt även undersöka i vilken utsträckning så kallade dolda avhysningar sker på denna bostadsmarknad [7].

Vräkningarna minskar något

Att samhället motverkar att personer vräks från sina bostäder är avgörande för att förhindra att hemlösheten ökar. År 2013 kom 8 490 ansökningar om vräkning in till Kronofogden varav 2 532 verkställdes. Det är en fortsättning på en nedgång som syns de senaste åren [8].

Barn som berörs av vräkning

När det gäller barn som berörs av vräkning har statistiken utvecklats på så sätt att flera parametrar nu registreras. Det gör att bland annat barnens bostadssituation kan redovisas i förhållande till den vräkta föräldern eller föräldrarna.

Under 2013 kan vi se att 333 barn har berörts av verkställda vräkningar från den 1 januari till den 1 september. Av dessa barn bodde 252 permanent hos den förälder eller de föräldrar som blev vräkta. Enligt Kronofogdens statistik bodde 49 av barnen växelvis hos båda föräldrarna och 32 hade umgänge med den förälder som blev vräkt.

Det finns nu även uppgifter om hur många avhysningsärenden där barn var berörda men som avslutades under januari till juni 2013 och där vräkningen inte verkställdes, och i dessa fanns sammanlagt 1 227 barn. Av dessa var 1 029 permanent boende, 131 bodde växelvis hos båda föräldrarna medan 67 var umgängesbarn.

Kronofogdens statistik från 2012 visar att 569 barn berördes av verkställda vräkningar och att 2 277 barn förekom i registrerade vräkningsansökningar det året. Siffrorna sjönk med cirka 15 procent mellan 2011 och 2012 [8]. Trots flera politiska initiativ och ökad uppmärksamhet på att barn vräks, så har inte siffrorna sjunkit tillräckligt mycket för att man ska kunna säga att åtgärderna har påverkat problemets omfattning i någon högre grad.

I Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2012 uppgav 39 procent av kommunerna att de har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att förhindra vräkning bland barnfamiljer. I små kommuner med mindre än 10 000 invånare, var motsvarande andel 18 procent [9].

Kommunernas insatser för 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 [10].

En av kommunernas insatser för hemlösa personer är bistånd för boende med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Den 1 november 2012 fick drygt 9 600 personer i kategorin övriga vuxna bistånd för boende, vilket var en ökning med 4 procent jämfört med år 2011. I genomsnitt var antalet boendedygn 188 per inskrivning [10].

Samma datum hade drygt 6 200 personer med missbruks- och beroende-problem bistånd för boende, en ökning med 3 procent jämfört med 2011. Det beräknade genomsnittliga antalet boendedygn per inskrivning var 133, vilket var ett dygn kortare än den genomsnittliga tiden per inskrivning 2011 [10].

Socialstyrelsen redovisar även 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 kan då användas för att följa utvecklingen på området, genom att det blir tydligt vilken typ av insats kommunen främst använder sig av. Resultatet visar att en majoritet av kommunernas insatser är långsiktiga. Redovisningen befinner sig fortfarande i en uppbyggnadsfas, och vissa kommuner saknar dessa uppgifter om boendeinsatserna och har därför inte rapporterat in dem till Socialstyrelsen [10].

Hemlöshet bland EU-migranter

Socialstyrelsens nationella kartläggningar av hemlösheten i Sverige ger inte en fullständig bild av hemlösheten i dag, eftersom den har en avgränsning när det gäller vilka grupper som ska ingå [2]. Mätningen omfattar 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.

Socialstyrelsen fick därför i uppdrag att komplettera den nationella hemlöshetskartläggningen med utrikesfödda hemlösa personer. Uppgifterna i kartläggningen baseras på uppgifter från kommuner, polisen och andra myndigheter samt organisationer och kyrkor. De fördjupande uppgifter som beskriver personernas situation samlades in under ett mät dygn den 29 november 2012.

Kartläggningen visar att de personer som lever i hemlöshet och som vistas i Sverige med stöd av EU:s fria rörlighet har sökt sig hit för att hitta arbete och försörjning. På grund av språksvårigheter och andra hinder har de svårt att få en förankring på den svenska arbetsmarknaden och detta innebär att de också har små möjligheter att hitta ett permanent boende. Dessa personer lever med andra ord både i hemlöshet och utan försörjning.

De utrikesfödda hemlösa är inte en homogen grupp. De har olika förutsättningar och behov. Flera av dessa olikheter blir synliga i kartläggningen. Här

finns både arbetsföra unga män med utbildning och familjer som flyr från fattigdom och diskriminering.

Under mätdygnet rapporterades totalt 370 hemlösa utrikesfödda personer in. De flesta kommer från Östeuropa. En övervägande majoritet av dem vistades i storstadsregionerna. Spridningen i landet ser ut så att 76 kommuner har träffat någon utrikesfödd hemlös utan uppehållstillstånd under 2012, men endast 15 kommuner har rapporterat att de har träffat fler än fem personer ur gruppen. Sammanfattningsvis visar kartläggningen att majoriteten är män. Medelåldern i denna grupp var 38 år och den äldsta personen var 76 år. Närmare hälften sover utomhus, antingen i offentliga miljöer eller i tält, bil, husvagn eller på camping. De flesta har varit hemlösa i Sverige mindre än ett år och har inte varit hemlösa i hemlandet. Orsaken till hemlösheten är arbetslöshet och hälften saknar helt försörjning. Drygt 30 procent försörjer sig genom att tigga, spela musik på gatan eller liknande och cirka 20 procent får lön från arbete, antingen tillfälligt eller regelbundet.

Många hade tagit emot stöd och hjälp i form av mat, kläder och rådgivning. Hjälp kommer till allra största delen från kyrkor och ideella organisationer. Kommunernas socialtjänst möter inte denna grupp i någon större utsträckning och bistår vanligtvis endast med akuta insatser.

Det finns ett behov av stöd som är anpassat efter denna grupps särskilda behov. Information behövs också på alla nivåer – riktad till individer, verksamheter och myndigheter. Det handlar både om att förklara och tolka reglerna och mer allmän information om det svenska systemet. Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att revidera den vägledning som finns om EG-rätten och socialtjänsten.

Kartläggningen visar att det finns misstankar inom polisen om att det finns kopplingar mellan hemlöshet och människohandel, men att det är ovanligt att sådana brott anmäls. Eftersom de hemlösa EU-migranterna är mycket utsatta finns det anledning att misstänka att de även löper risk att utnyttjas av organiserad människohandel [11].

Kunskapen kring papperslösa är fortfarande otillräcklig

Det finns ingen tillförlitlig statistik över antalet papperslösa personer i Sverige. Viss forskning och mindre undersökningar talar dock för att det uppskattningsvis handlar mellan 10 000 och 35 000 personer. I gruppen ingår enligt osäkra uppskattningar 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 [11].

När det gäller sjukvård har papperslösa genom lag (2013: 407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd fått tillgång till vård som inte kan anstå, förlossningsvård, mödravård, abort och smittskydd och barnen har rätt till fullständig sjukvård. Papperslösa barn har med stöd av 29 kap. 2 och 3 §§ rätt till utbildning i förskoleklass,

grundskola, grundsärskola, specialskola, sameskola och, om de påbörjar utbildningen innan de fyllt 18 år, gymnasieskola och gymnasiesärskola.

Stöd till våldsoffer

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Socialstyrelsens kartläggning av skyddat boende visar att fler än 4 000 vuxna och 2 700 medföljande barn tillbringade minst en natt på skyddat boende under 2011.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att knappt en tredjedel av kommunerna och stadsdelarna har genomfört en systematisk uppföljning av de insatser som gällde arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld under 2012.

Våld är ett stort samhällsproblem. Det leder till fysiska och psykiska skador hos dem som drabbas, men även närstående blir indirekta offer. Hälso- och sjukvården har ansvar för att ge vård till personer som utsatts för våld. Socialtjänstens ansvar för brottsoffer beskrivs i 5 kap. 11 § SoL. Bestämmelsen gäller brottsoffer generellt, och anger att till socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Enligt bestämmelsen ska socialnämnden särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation. Socialnämnden ansvarar enligt bestämmelsen också för att ett barn som utsatts för brott, och dennes närstående får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden ska dessutom särskilt beakta att ett barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående är offer för brott och ansvara för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver.

Både män och kvinnor utsätts för våld i nära relationer, men framför allt drabbas det kvinnor – och våldsutövarna är oftast män. År 2012 anmäldes cirka 28 400 fall av misshandel mot kvinnor över 18 år [1]. Kunskap om i vilken utsträckning män utsätts för våld i nära relationer är bristfällig. Alla som utsätts för våld i nära relationer, oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, har dock rätt till stöd och skydd.

Få kommuner följer upp insatser till våldsutsatta

För andra året i rad publicerar Socialstyrelsen i år öppna jämförelser om kommunernas arbete med brottsoffer. Jämförelserna är dock avgränsade till kommunernas arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. De öppna jämförelserna visar att knappt en tredjedel av kommunerna och stadsdelarna har genomfört en systematisk uppföljning av insatserna under 2012. Med systematisk uppföljning menas att kommunen har analyserat hur de genomförda insatserna fungerat för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Knappt 20 procent har använt resultat från undersökningar av enskildas uppfattning för att utveckla sitt arbete med våldsutsatta personer [2].

I maj 2013 publicerade Socialstyrelsen ett förslag för att förbättra statistiken när det gäller hälso- och sjukvårdens insatser till kvinnor respektive män

som är brottsoffer, i huvudsak de som är offer för hot och våld. Inom ramen för uppdraget genomförde Socialstyrelsen en begränsad undersökning om kommunernas insatser för brottsoffer.⁷⁶ Samtliga kommuner som ingick i undersökningen hade erbjudit stöd eller hjälp till offer för hot och våld under 2011. Något färre svarade att de erbjudit stöd eller hjälp till offer för hot eller våld i nära relation [3].

Samverkan mellan aktörer kan förbättras

Enligt de öppna jämförelserna har mindre än hälften av kommunerna och stadsdelarna en skriftlig överenskommelse om att samverka med andra aktörer i enskilda ärenden. Drygt 40 procent har en överenskommelse med polisen och 20 procent har en överenskommelse med vuxenpsykiatri. Överenskommelserna är inte alltid aktuella. Drygt hälften av kommunerna och stadsdelarna har följt upp överenskommelsen under det senaste året.

Regeringen beslutade i mars 2008 att utveckla och bygga upp en fysisk miljö särskilt anpassad för att utreda mäns våld mot kvinnor – dåvarande projekt Karin – i Malmö. Koncept Karin, som det numera heter, innebär att polis och socialtjänst arbetar i samma lokaler enbart med ärenden som rör personer som har utsatts för våld i nära relationer. Under 2013 publicerade Brottsförbyggande rådet (BRÅ) en utvärderingsrapport av koncept Karin där den fysiska miljön och bemötandet får högt betyg av de kvinnor som har haft kontakt med konceptet i Malmö. När koncept Karin startade fanns även förhoppningar om att det goda omhändertagandet skulle leda till att fler kvinnor ville delta i polisutredningar. Den effekten har emellertid inte uppnåtts [4].

Många kommuner informerar om hjälp till våldsutsatta på sina webbplatser

Enligt de öppna jämförelserna har 85 procent av kommunerna information på sin webbplats om den hjälp de erbjuder våldsutsatta kvinnor. Däremot har bara en av tio översatt informationen till de språk som är vanliga i kommunen.

I de öppna jämförelserna uppger mindre än 40 procent av kommunerna att de använder standardiserade bedömningsmetoder. Mer än 80 procent av kommunerna och stadsdelarna kan erbjuda stöd till vuxna personer som utsatt för våld mot närstående. Vilka insatser som erbjuds varierar, vanligast är individuella samtal, kriscentrum och gruppbehandling. Drygt 30 kommuner och stadsdelar uppger att de arbetar enligt en särskild metod, vanligtvis den norska metoden Alternativ till våld (ATV) [2].

Majoriteten av kommunerna erbjuder skyddat boende

Skyddat boende är en omfattande verksamhet där tusentals kvinnor och barn, men även ett antal män, söker en fristad från våld. Socialstyrelsens kartlägg-

⁷⁶ Urvalet av kommuner och stadsdelar gjordes för att ge vägledning i det fortsatta arbetet med att utveckla brottsofferstatistik. Det medförde att urvalet begränsades till ett relativt litet antal kommuner och stadsdelar. Urvalet utgjordes av 16 kommuner och fyra stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö.

ning från 2013 visar att fler än 4 000 vuxna och 2 700 medföljande barn tillbringade minst en natt på skyddat boende under 2011. En stor majoritet var kvinnor, men även 70 män sökte skydd. I maj 2012 fanns 1 100 platser för vuxna på skyddat boende, för medföljande barn fanns ungefär 1 300 platser.

Kartläggningen baseras på en enkät som besvarades av 195 skyddade boenden. Av dessa drevs 71 procent i ideell regi, medan 21 procent drevs av kommuner och 8 procent av enskilda aktörer. De flesta skyddade boenden är små, 60 procent har 4 platser eller färre [5].

I hälften av landets kommuner finns det tillgång till skyddat boende inom kommungränsen. Men i princip samtliga kommuner uppger i Socialstyrelsens öppna jämförelser att de kan erbjuda skyddat boende till hotade personer [2]. De öppna jämförelserna visar dock att nästan hälften inte kan erbjuda skyddat boende till våldsutsatta missbrukande kvinnor. Nästan 40 procent uppger också att det inte finns bemanning dygnet runt i de skyddade boenden de har i egen regi, har upphandlat eller har avtal med.

Vägledning och kvalitetsarbete

Socialstyrelsen har 2013, på regeringens uppdrag, tagit fram en vägledning för socialtjänsten och dess utförare *Fristad från våld – en vägledning om skyddat boende*. Utgångspunkten för vägledningen är att stärka den skydds-sökandes rättssäkerhet [6], och den pekar bland annat på kommunens ansvar, med utgångspunkt i 5 kap.11 § SoL, att tillhandahålla skyddat boende för våldsutsatta.

Dessutom har Socialstyrelsen utvecklat 35 indikatorer för god kvalitet i skyddade boenden, som svar på regeringens uppdrag att utforma förslag till en modell för nationell kvalitetsutveckling inom området. Genom att publicera indikatorerna i sitt indikatorbibliotek lyfter Socialstyrelsens fram de kvalitetsområden som är viktiga.

Indikatorerna kan användas för nationella studier av hur kvaliteten i skyddade boenden utvecklas, och för att kontinuerligt utvärdera och följa upp skyddade boenden i landet. Indikatorerna blir även tillgängliga för kommuner, ideella organisationer och andra aktörer som söker en modell för kvalitetsutveckling. Skyddade boenden kan använda kvalitetsindikatorerna som stimulans för sin egen utveckling.

Utvecklingsmedel bidrar till förbättringar

Sedan 2007 har regeringen satsat cirka 109 miljoner kronor årligen i utvecklingsmedel för att förstärka och förbättra kommunernas stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld (regeringsbeslut S2007/1630/ST). Länsstyrelserna fördelade medlen till kommunerna under åren 2007–2011. Från och med 2012 fördelas medlen av Socialstyrelsen. Beloppens storlek beräknas utifrån befolkningens mängden i varje län.

I augusti 2013 publicerade Socialstyrelsen en uppföljning av 2011 års medel. Den visade att under 2011 beviljade länsstyrelserna medel till 260 projekt. Av dessa var 180 fortsättningar på projekt som hade beviljats medel för 2010. Totalt fördelade länsstyrelserna 104 av totalt 108 miljoner kronor. De flesta projekten startade under andra halvåret 2011, eller startade i januari

2012 och avslutades under 2012. Merparten av projekten pågick i cirka 12 månader. Flera projekt fortsatte även under första kvartalet 2013.

I likhet med tidigare år kan Socialstyrelsen konstatera att kommunerna själva genomförde fler insatser för våldsutsatta kvinnor och ideella föreningar färre. Under 2011 har cirka 4 000 personer fått ta del av någon utbildning till följd av utvecklingsmedlen.

Uppföljningen visar att utvecklingsmedlen medfört att kommunernas och de ideella organisationerna har förbättrat sitt arbete med våld i nära relationer. Det framgår av uppföljningen att kommunerna är bättre än tidigare år på att dokumentera och utvärdera sina projekt. Trots det anser Socialstyrelsen att dokumentationen och utvärderingen av projekt behöver förbättras [7].

Ekonomiska analyser

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för kostnadsutvecklingen för hela den svenska vård- och omsorgssektorn under en tioårsperiod, 2003–2012, respektive en femårsperiod, 2008–2012.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Sedan 2003 har hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat marginellt, och socialtjänstens andel har knappt ökat något alls.
- Inom hälso- och sjukvården är kostnadsökningen sedan 2008 störst för primärvården och för dagsjukvård inom den specialiserade vården. Primärvården ökade med 6 procent medan kostnaderna för landstingens hela sjukvårdsåtagande ökade med 3 procent.
- Kostnaderna för läkemedel inom förmånssystemet, för tandvården och för den specialiserade psykiatrin har minskat.
- Socialtjänstens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat mest. Äldreomsorgen är dock fortfarande den största kostnadsposten även om den inte ökar.
- Allt mindre resurser läggs på insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Det är en trend som håller i sig.
- Socialtjänstens kostnader för familjehem fortsätter att öka mest av alla insatser till barn och unga. En förklaring kan vara tillkomsten av nya former av familjehem.
- När kommuner och landsting köper vård och omsorg köper de mest från privata företag.
- I ett internationellt perspektiv utmärker sig Sverige för att ha få sjukhusplatser per invånare, låga kostnader för läkemedel och för övergripande administration.

I begreppet vård och omsorg räknar vi i detta kapitel in hälso- och sjukvården tillsammans med tandvårdens och socialtjänstens alla verksamheter. Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2012 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Socialstyrelsen använder Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2012 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna blir det möjligt att jämföra kostnaderna för olika år eftersom de då är i samma prisnivå.

Redovisningssätt för kostnader

Kostnader kan redovisas på olika sätt och därmed få olika innebörd. Flera statliga myndigheter har tillsammans med SKL enats om att använda tre kostnadsmått för att redovisa kostnader för offentligt finansierad verksamhet.

- *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 verksamhet som de säljer till andra.
- *Kostnaden för det egna åtagandet*
Kommuner och landsting har ett åtagande eller ett uppdrag enligt lagstiftningen och kommunala beslut. Åtagandet kan utföras i egen regi eller köpas eller upphandlas. Det egna åtagandet avser verksamhet och tjänster som kommunen eller landstinget erbjuder de egna invånarna. Kostnaden för åtagandet är ett mått på det totala finansieringsbehovet för det egna åtagandets utförande. Dessa kostnader ska finansieras med verksamhetens egna intäkter och skattemedel.
- *Finansiering genom skatter och generella statsbidrag, nettokostnad*
Den kostnad som ska finansieras via skatter och generella statsbidrag.

I denna rapport använder vi företrädesvis kostnadsmåttet *kostnad för det egna åtagandet*. För landstingens kostnader för hälso- och sjukvård använder vi även kostnadsbegreppet *nettokostnader*.

Den första delen av kapitlet är en beskrivning av kostnader och kostnadsutveckling. När hela vården och omsorgen, det vill säga hälso- och sjukvård och socialtjänstens alla verksamheter, beskrivs övergripande i detta kapitel så räknas alla hälso- och sjukvårdskostnader inklusive kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården in under hälso- och sjukvård. Det följer den internationella klassificeringen i systemet för hälsoräkenskaperna (se sid 4 under hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling). I socialtjänsten ingår bara de kostnader som avser verksamhet enligt Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen om stöd och service till viss funktionshinderade (1993:387), LSS/socialförsäkringsbalken, SFB. Den kommunala hälso- och sjukvården som främst utförs i äldreomsorg och funktionshinderomsorg ingår således inte här. Den kommunala hälso- och sjukvården räknas i stället med när de enskilda verksamheterna inom socialtjänsten beskrivs. Det är så socialtjänsten traditionellt beskrivs.

För en beskrivning av effektivitetsanalyser hänvisas till *Socialstyrelsens handbok om metoder för effektivitetsanalyser* och Socialstyrelsens rapport

Kostnadsmått 2012 Öppna jämförelser av socialtjänsten. Handboken beskriver olika metoder för effektivitetsanalyser anpassade för att följa upp effektiviteten i vård och omsorg.

I årets lägesrapport har vi också ett avsnitt om internationella jämförelser, främst inom hälso- och sjukvård, äldreomsorg och insatser till personer med funktionsnedsättning. I det avsnittet utgår vi från den senaste utgåvan av OECD:s hälsostatistik, *Health Statistics 2013*.

Vårdens och omsorgens kostnadsutveckling

Kostnader för vården och omsorgen utgör en stor del av samhällsekonomin i Sverige och stod 2012 för 14,2 procent av bruttonationalprodukten (BNP). Sedan 2003 har vården och omsorgens andel av BNP ökat med 0,2 procentenheter. Hälso- och sjukvården inklusive tandvården utgjorde 9,5 procent av BNP och dess andel har ökat med 0,2 procentenheter sedan 2003. Socialtjänstens andel var 4,7 procent exklusive den kommunala hälso- och sjukvård som definieras i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Socialtjänstens andel av BNP har inte ökat i ett 10-årsperspektiv, men i förhållande till 2011 har andelen ökat med 0,1 procentenheter (tabell 9:1).

Hela vård- och omsorgssektorn omsatte 505 miljarder kronor 2012⁷⁷. I förhållande till 2003 är det en ökning på knappt 15 procent. Hälso- och sjukvården ökade något mer än socialtjänsten. Utgifterna för hälso- och sjukvården beräknas⁷⁸ 2012 uppgå till cirka 327 miljarder kronor i 2012 års pris, inklusive tandvård, kommunal hälso- och sjukvård, läkemedel samt hälso- och sjukvårdens investeringar [1]. Socialtjänstens utgifter uppgick 2012 till 167 miljarder kronor, exklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL (tabell 9:1).

⁷⁷ De totala utgifterna för hälso- och sjukvården är skattade år 2012.

⁷⁸ Uppgifter för 2012 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB 2014-03-28.

Tabell 9:1. Vårdens och omsorgens andel av BNP och kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för hela vården och omsorgen 2003–2012, förändring mellan åren och andel av BNP miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring	
											mnkr	%
Andel av BNP												
Hälso- och sjukvårdens andel av BNP	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,5*		0,2
Socialtjänstens andel av BNP exkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	4,7	4,6	4,5	4,4	4,4	4,6	4,9	4,7	4,6	4,7		0
Vården och omsorgens andel av BNP	14,0	13,7	13,6	13,3	13,3	13,8	14,8	14,2	14,1	14,2*		0,2
Hälso- och sjukvårdens utgifter totalt	287 835	289 888	296 084	305 996	315 664	325 676	334 845	336 152	337 436	337 436*	49 601	17,2
Socialtjänstens utgifter inkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	174 868	187 584	185 980	189 482	187 098	191 215	196 070	199 180	197 852	192 012	17 144	9,8
Socialtjänstens utgifter exkl. hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	152 076	162 883	161 067	163 632	161 870	166 393	170 590	173 647	171 619	167 302	15 226	10,0
Vården och omsorgen totalt	439 911	452 771	457 151	469 629	477 534	492 069	505 435	509 799	509 056	504 738*	64 827	14,7

* Beräknade kostnader för 2012.

Källa: Hälso- och sjukvårdens utgifter, Statistiska centralbyrån 2003–2011, Kommunernas räkenskapsammandrag 2003–2012, Statistiska centralbyrån.

Dagsjukvården ökar mest i hälso- och sjukvården

De samlade utgifterna för all hälso- och sjukvård inklusive investeringar uppgick 2011⁷⁹ till 337,4 miljarder kronor i 2012 års pris. Av detta finansierade landstingen 72 procent och den privata sektorn 18 procent. Resterade utgifter (10 procent) stod kommunerna och staten för.

Det internationella systemet för hälsoräkenskaper, A System of Health Accounts (SHA), definierar hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån den internationella klassifikationen för hälso- och sjukvårdens ändamål och funktioner, producenter och finansiärer, ICHA⁸⁰. Den del av hälso- och sjukvården som består av botande och rehabiliterande vård enligt SHA, utgör den största delen av hälso- och sjukvårdens kostnader med 62 procent. Av

⁷⁹ Uppgifter för 2012 om de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna publiceras av SCB 2014-03-28

⁸⁰ ICHA International Classification for Health Accounts

den botande och rehabiliterande vården utfördes 25 procent i slutenvården och 35 procent i öppenvården. Kommunernas hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL utgör drygt 7 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter. En annan stor utgiftspost är läkemedel till öppenvårdspatienter som uppgår till 15 procent av kostnaderna.

Den vård som har ökat mest procentuellt sedan 2008 är dagsjukvården som ökade med 13 procent, men också hälso- och sjukvårdens administrationskostnader ökade med 10 procent. Investeringar i hälso- och sjukvården är också något som har ökat. Däremot minskade kostnaderna för läkemedel och medicinska varor med i snitt 2,5 procent. En annan del av hälso- och sjukvårdens kostnader som minskade är laboratorier, röntgen och patienttransporter (tabell 9:2).

Tabell 9:2. Hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling (SHA)

Hälso- och sjukvårdsutgifter 2008–2011 utifrån systemet för hälsoräkenskaper (SHA), förändring mellan åren och verksamheternas andel av totala hälso- och sjukvårdsutgifter, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	Förändring		Andel
					mnkr	%	
<i>Botande och rehabiliterande hälso- och sjukvård</i>	203 176	209 371	210 266	209 766	6 590	3,2	62,2
Botande och rehabiliterande slutenvård	81 348	83 600	82 581	82 799	1 451	1,8	24,5
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	6 526	7 030	6 814	7 372	846	13,0	2,2
Botande och rehabiliterande öppenvård	113 778	117 177	119 294	118 042	4 264	3,7	35,0
varav tandvård	23 815	24 882	23 902	23 140	-674	-2,8	6,9
Landstingens hemsjukvård	1 524	1 563	1 576	1 553	29	1,9	0,5
Kommunernas hemsjukvård	24 044	24 526	24 477	25 167	1 124	4,7	7,5
Laboratorier, röntgen, patienttransporter m.m.	14 841	14 387	13 605	14 327	-513	-3,5	4,2
Medicinska varor till öppenvårdspatienter	51 455	52 220	51 623	50 183	-1 273	-2,5	14,9
Läkemedel	42 018	42 682	41 955	40 754	-1 263	-3,0	12,1
varav receptförskrivna mediciner -	30 734	30 773	30 418	29 451	-1 283	-4,2	8,7
Terapeutiska hjälpmedel	9 437	9 538	9 668	9 428	-9	-0,1	2,8
Prevention och folkhälso- och sjukvårdstjänster	11 239	12 226	11 644	12 151	911	8,1	3,6
Administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar	4 261	4 645	4 814	4 691	430	10,1	1,4
Oidentifierade hälso- och sjukvårdsändamål	1 530	1 917	1 975	2 112	583	38,1	0,6
Löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	310 546	319 292	318 404	318 397	7 852	2,5	94,4
Hälso- och sjukvårdens investeringar	15 130	15 553	17 748	19 039	3 908	25,8	5,6
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	325 676	334 845	336 152	337 436	11 760	3,6	100

Källa: Hälsoräkenskaper 2008–2011, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Landstingens kostnader för läkemedel minskar

Landstingen stod för 72 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter under 2012. Landstingens kostnader för det egna åtagandet för hälso- och sjukvård uppgick till 232,6 miljarder kronor, medan nettokostnaden för denna verksamhet uppgick till 214,4 miljarder kronor (tabell 9:3). Jämfört med 2008 har landstingens kostnader för det egna åtagandet ökat med 3 procent i fasta priser, medan nettokostnaderna har ökat med knappt 2 procent.

Liksom i förra lägesrapporten 2013 [2] har nettokostnaderna ökat olika mycket inom olika vårdområden. Störst var ökningen för primärvården, med

över 6 procent, följt av den specialiserade somatiska vården som också är det största vårdområdet i kronor räknat. Landstingens nettokostnader för den specialiserade psykiatriska vården har dock minskat något sedan 2008. Landstingens nettokostnader för tandvård har också minskat med drygt 4 procent. Det är dock en utveckling som är i linje med utvecklingen av tandvårdskostnaderna totalt. (tabell 9:2). Landstingens kostnader för läkemedel inom förmånssystemet har minskat med 12 procent i jämförelse med 2008 (tabell 9:3). Minskningen kan till stor del härledas till stora patentutgångar under dessa år. Endast 2012 uppgick patentrelaterade kostnadsminskningar till över en miljard kronor [3]. Samma år ändrades även nivåerna för högkostnadsskyddet, vilket ledde till att patienternas egenavgifter ökade medan de offentliga kostnaderna minskade. Även Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar av befintliga läkemedels subventionsstatus och landstingens kostnadskontroll hade en kostnadssänkande effekt. Då omfattningen av patentutgångar förväntas minska kraftigt de närmaste åren och effekterna av det ändrade högkostnadsskyddet avtar kommer kostnaderna för läkemedel inom förmånen förmodligen att börja öka igen inom några år.

Tabell 9:3. Kostnadsutveckling för landstingens hälso- och sjukvård

Landstingens utgifter för det egna åtagandet och nettoutgifter per vårdområde 2008–2012, (inkl. Gotland), förändring mellan åren och andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

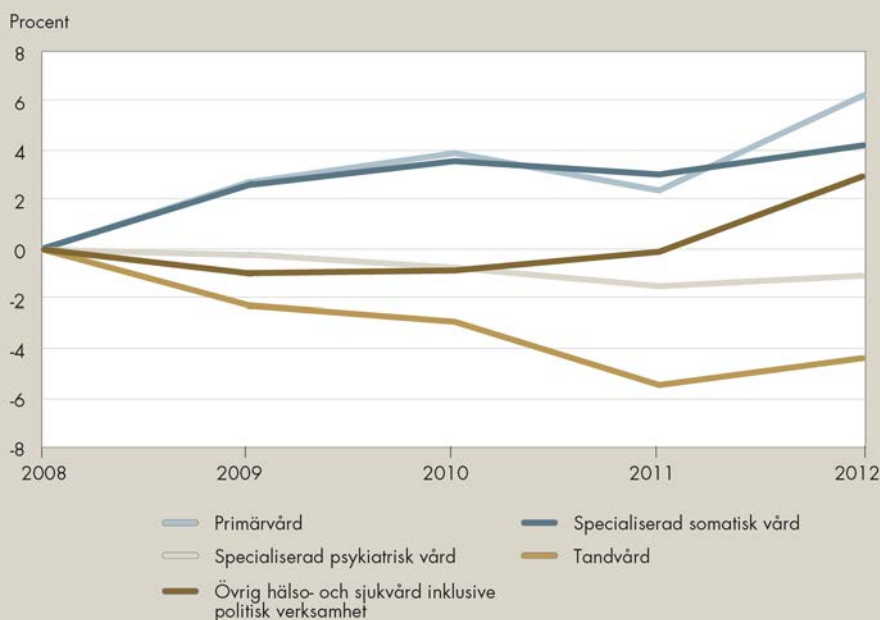
	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader för det egna åtagandet	225 732	230 757	231 903	229 907	232 656	6 924	3,1	
Landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård	210 382	213 802	214 595	212 596	214 420	4 038	1,9	
Primärvård	35 299	36 264	36 666	36 145	37 494	2 195	6,2	17,5
Specialiserad somatisk vård	109 636	112 473	113 540	112 960	114 281	4 645	4,2	53,3
Specialiserad psykiatrisk vård	19 438	19 392	19 292	19 145	19 226	-212	-1,1	9,0
Tandvård	5 489	5 366	5 327	5 188	5 254	-235	-4,3	2,5
Läkemedel inom förmånen	22 966	22 877	22 424	21 655	20 209	-2 757	-12,0	9,4
Övrig hälso- och sjukvård	16 265	16 105	16 128	16 252	16 749	484	3,0	7,8
Politisk verksamhet	1 289	1 323	1 219	1 251	1 206	-83	-6,4	0,6

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008–2012, Sveriges Kommuner och Landsting, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Hur landstingen fördelar sina resurser ser vi också i figur 9:1 som visar hur landstingens resurstilldelning till de olika vårdområdena har utvecklats sedan 2008. Resurserna till primärvård och specialiserad somatisk vård har fortsatt att öka, medan resurserna till tandvård och specialiserad psykiatrisk vård har minskat. Den nedåtgående trenden för tandvård har dock brutits 2011 och visar en svag uppgång. Alltsedan 2010 har också kostnadsutvecklingen för övrig hälso- och sjukvård vänt och ökar nu. I övrig hälso- och sjukvård ingår ambulans och sjuktransporter, sjukresor, handikappverksamhet, social verksamhet, folkhälsofrågor, forskning och utveckling (FOU) avseende hälso- och sjukvård samt övrigt.

Figur 9:1. Resursförändring

Resurstilldelning till landstingens olika vårdområden 2008–2012.
Index 2008=0. Baserat på landstingens nettokostnader.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008–2012, Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialtjänstens kostnadsutveckling

Kostnaderna för socialtjänsten inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL uppgick 2012 till 192 miljarder kronor. Kostnadsökningen i förhållande till 2008 var relativt måttlig. Mest ökade kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Det är en trend som pågått i många år. Sedan 2003 har kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning ökat med 30 procent. Äldreomsorgen är dock fortfarande den största kostnadsposten och svarar för över hälften av socialtjänstens kostnader (tabell 9:4).

Tabell 9:4. Socialtjänstens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för socialtjänsten 2008–2012, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

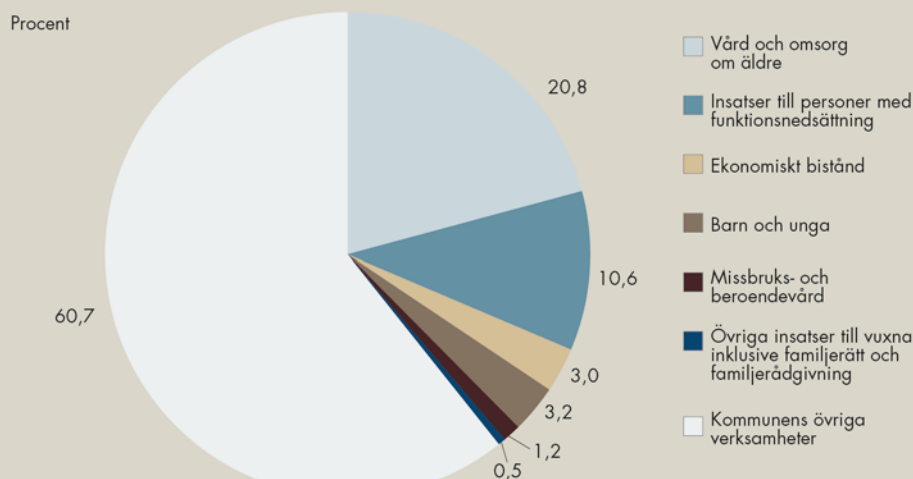
	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Individ och familjeomsorg inklusive familjerätt och familjerådgivning	38 193	40 827	41 389	40 539	38 479	286	0,7	20,0
Insatser till personer med funktionsnedsättning	46 203	47 888	48 882	50 637	51 777	5 574	12,1	27,0
Vård och omsorg till äldre	98 712	100 367	101 344	101 365	101 756	3 044	3,1	53,0
Socialtjänstens totala kostnader inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL	183 107	189 083	191 615	192 541	192 012	8 904	4,9	100

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Hur kommunerna prioriterar socialtjänsten i förhållande till annan kommunal verksamhet framgår av figur 9:2. Socialtjänstens andel av kommunernas verksamhet har sedan 2003 ökat med 0,9 procentenheter och uppgår 2012 till 39,3 procent av kommunernas verksamhet. Det var endast insatser till personer med funktionsnedsättning som ökade i förhållande till den andel som verksamheten utgjorde 2003, medan alla andra områden inom socialtjänsten har minskat sin andel av kommunens verksamhet under den senaste tioårsperioden.

Figur 9:2. Kommunernas resursfördelning

Socialtjänstens andel av kommunernas kostnad 2012.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2012, Statistiska centralbyrån.

Mindre resurser till missbruks- och beroendevården

Individ- och familjeomsorgen utgör 20 procent av socialtjänsten och 2012 kostade den 38,5 miljarder kronor.

Insatser till barn och unga utgjorde den största delen av individ- och familjeomsorgen med drygt 40 procent. Kostnaderna för barn och unga fördelades jämt mellan insatserna HVB-hem, familjehem och öppna insatser. Mest har kostnaderna för familjehemmen ökat (13 procent sedan 2003) (tabell 9:5). En förklaring till ökande familjehemskostnader kan vara att det under senare år har tillkommit flera nya former av familjehem, bland annat så kallade nätverkshem.

Allt mindre resurser läggs varje år på insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Det är en trend som har pågått sedan 2008, och resurserna till missbruks- och beroendevården har minskat med drygt 6 procent sedan 2008. Alla delverksamheter inom missbruks- och beroendevården minskade under perioden 2008–2012, utom insatsen bistånd som avser boende som ökade med knappt 3 procent. Övriga öppna insatser som inte är individuellt behovsprövade minskade med hela 35 procent i förhållande till 2008 (tabell 9:5).

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd uppgick 2012 till 14,6 miljarder kronor. Det är en klar minskning i förhållande till föregående år i både löpande och fasta priser. I dessa kostnader ingår både bokförda kostnader för utbetalt bistånd och kostnader för socialtjänstens administration, det vill säga kostnader för löner, lokaler och material, för att betala ut det ekonomiska biståndet. Både kostnaderna för ekonomiskt bistånd och ekonomiskt bistånd till flyktingar minskade. Det beror i första hand på att antalet biståndshushåll har minskat (tabell 9:5).

Kostnaderna för övriga insatser till vuxna uppgick 2012 till 1,6 miljarder kronor. Här ingår insatser till vuxna med spelmissbruk eller spelberoende, vuxna med behov av stöd i föräldrarollen eller behov av stöd på grund av en anhörigs missbruk, samt stöd till våldsoffer. Även individuellt behovsprövade insatser för hemlösa ingår här (tabell 9:5).

Färdtjänst ingår per definition inte i socialtjänsten, men redovisas ändå här för att den berör många personer som också har insatser inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. År 2012 kostade färdtjänsten cirka 2 miljarder kronor (tabell 9:5).

Tabell 9:5. Individ- och familjeomsorgens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen 2008–2012, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader respektive andel av individ- och familjeomsorgens kostnader, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Insatser till barn och unga</i>	14 994	15 417	15 428	15 916	15 597	603	4,0	40,5
Institutionsvård/HVB	5 392	5 260	5 248	5 609	5 420	28	0,5	14,1
Familjehemsvård	4 636	4 948	5 117	5 284	5 236	600	13,0	13,6
Öppna insatser	4 966	5 209	5 062	5 024	4 941	-25	-0,5	12,8
Individuell behovsprövad öppen vård	3 267	3 586	3 438	3 360	3 222	-45	-1,4	8,4
Övriga öppna insatser	1 700	1 623	1 624	1 664	1 719	19	1,1	4,5
<i>Insatser till vuxna med missbruk/beroende</i>	6 412	6 237	6 442	6 226	6 001	-411	-6,4	15,6
Institutionsvård	2 680	2 651	2 756	2 701	2 621	-59	-2,2	6,8
Familjehemsvård	198	195	194	175	190	-8	-4,0	0,5
Öppna insatser	3 534	3 391	3 492	3 350	3 190	-344	-9,7	8,3
Bistånd som avser boende	1 623	1 577	1 636	1 608	1 665	42	2,6	4,3
Individuellt behovsprövade insatser	939	989	1 045	965	898	-41	-4,4	2,3
Övriga öppna insatser	972	825	811	777	627	-345	-35,5	1,6
Ekonomiskt bistånd	14 604	16 611	16 984	16 135	14 643	39	0,3	38,1
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	11 412	13 095	13 941	13 850	13 567	2 155	18,9	35,3
Ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll	3 192	3 516	3 043	2 285	1 076	-2 116	-66,3	2,8
Övriga insatser till vuxna	1 514	1 875	1 835	1 568	1 555	41	2,7	4,0
Familjerätt och familjerådgivning	669	687	700	694	682	13	2,0	1,8
Individ- och familjeomsorg totalt	38 193	40 827	41 389	40 539	38 479	286	0,7	100
Individ- och familjeomsorgens andel av socialtjänsten	20,0	20,8	20,8	20,5	20,0		0,1	
Färdtjänst/riksfärdtjänst	2 091	2 069	2 179	2 143	1 966	-125	-6,0	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Insatser till personer med funktionsnedsättning

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökade återigen under den senaste femårsperioden med 12,1 procent i fasta priser och uppgick 2012 till 51,8 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistans som kommunerna utför som anordnare). Det var 27 procent av socialtjänstens kostnader som utgjordes av verksamhet till personer med funktionsnedsättning.

Procentuellt är det insatser enligt SoL som har ökat mest, särskilt hemtjänst och korttidsboende som har ökat med 44,1 respektive 37,5 procent. Öppen generellt inriktad verksamhet minskade med 10,6 procent i förhållande till 2008. Denna kostnadsutveckling följer också utvecklingen av antalet insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning, som har ökat med 16 procent sedan 2006. Se mer under kapitlet Insatser till personer med funktionsnedsättning.

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS ökade i förhållande till 2008 med i snitt 11,4 procent, med en variation mellan 9 och 14 procent. Kostnader för personlig assistans ökade med 13 procent (tabell 9:6). En för-

klaring till denna ökning är att även antalet personer med personlig assistans har ökat sedan 2008 med cirka 11 procent.

Tabell 9:6. Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning

Kostnadsutveckling för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning 2008–2012, förändring mellan åren, och andel av socialtjänstens kostnader, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	
<i>Insatser enligt SoL</i>	9 238	9 510	9 560	10 315	10 584	1 346	14,6	20,4
Särskilt boende	3 619	3 714	3 687	3 642	3 825	206	5,7	7,4
Ordinärt boende enl SoL/HSL	4 864	5 025	5 184	5 965	6 084	1 220	25,1	11,8
Hemtjänst/boendestöd	3 091	3 134	3 242	4 263	4 455	1 364	44,1	8,6
Korttidsboende	439	540	551	605	604	165	37,5	1,2
Övriga biståndsbedömda insatser	1 333	1 351	1 390	1 097	1 025	-308	-23,1	2,0
Öppen verksamhet	755	771	690	709	675	-80	-10,6	1,3
<i>Insatser enligt LSS och SFB*</i>	36 965	38 378	39 321	40 322	41 193	4 228	11,4	79,6
Boende	19 213	20 131	20 738	21 145	21 797	2 584	13,5	42,1
Boende vuxna	17 664	18 440	19 067	19 563	20 114	2 450	13,9	38,8
Boende barn	1 548	1 691	1 671	1 583	1 683	135	8,7	3,3
Personlig assistans**	7 505	7 756	7 850	8 129	8 466	961	12,8	16,4
Daglig verksamhet	5 784	5 944	6 192	6 478	6 510	726	12,5	12,6
Övriga insatser	4 463	4 547	4 541	4 570	4 420	-43	-1,0	8,5
Insatser till personer med funktionsnedsättning	46 203	47 888	48 882	50 637	51 777	5 574	12,1	
Funktionsnedsättnings andel av socialtjänsten	25,5	25,6	25,8	26,5	27,0		1,5	

* Socialförsäkringsbalken ** Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistensersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

I lägesrapport 2013 [2] gjordes en analys av kostnadsutvecklingen under en tioårsperiod av dels kommunernas primära åtagande för personlig assistans, dels den del av personlig assistans som kommunerna utför i egenskap av anordnare. För denna del av assistansen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Analysen visade då att kostnaderna minskade efter 2009 för den del av assistansen som kommunerna utför som anordnare. Den trenden fortsätter även 2012 (tabell 9:7).

Tabell 9:7. Kostnadsutveckling för personlig assistans

Kostnadsutveckling för kommunernas kostnader för personlig assistans 2003–2012, förändring mellan åren, miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2003	2009	2010	2011	2012	Förändring	
						mnkr	%
Personlig assistans exkl. ersättning från Försäkringskassan	5 820	7 756	7 850	8 129	8 466	2 646	45,5
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	8 097	9 656	9 260	8 725	8 353	256	3,2
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	13 917	17 412	17 111	16 855	16 819	2 902	20,9

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2003–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012, Statistiska centralbyrån.

Kostnaden för olika typer av boenden inom vård och omsorg skiljer sig åt. Mediankostnaden per plats 2012 i särskilt boende för äldre var 713 500 kronor, medan mediankostnaden per plats i särskilt boende för personer med funktionsnedsättning var 679 300 kronor. Kostnaden per plats (medianen) för bostad med särskild service enligt LSS uppgick 2012 till 800 900 kronor. De stora skillnaderna mellan de två boendetyperna för personer med funktionsnedsättning kan bero på att de boendes behov av vård varierar stort mellan åren och mellan boendeformerna.

Äldreomsorgen växer inte

Kommunernas och landstingens samlade kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2012 till drygt 181,7 miljarder kronor, vilket är en ökning med 3,2 procent sedan 2008. Kostnadsutvecklingen var lika stor för kommunernas vård och omsorg om äldre, som för landstingens hälso- och sjukvårdsinsatser till de äldre. Det vill säga cirka 3 procent.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård om äldre beräknas 2012 uppgå till cirka 80,0 miljarder kronor, utifrån en uppskattning baserad på äldres andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Region Skåne.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL uppgick 2012 till 101,8 miljarder kronor, varav 59,4 procent gick till särskilt boende och drygt 39 procent till insatser i ordinärt boende. Övriga biståndsbedömda insatser minskade mest, men det beror främst på förändringar av SCB:s anvisningar för på vilket sätt kostnader för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL ska redovisas i det kommunala räkenskapssammandraget (RS). Motsvarande ökning av kostnader för hemtjänst beror på att hälso- och sjukvård i ordinärt boende nu ska redovisas i den verksamhet där den utförs (tabell 9:8).

Tabell 9:8. Kostnadsutveckling för vård och omsorg om äldre

Kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre 2008–2012, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader miljoner kronor och procent, 2012 års pris.

	2008	2009	2010	2011	2012	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Kommunens verksamhet för äldre</i>								
Särskilt boende	59 930	61 429	61 175	60 831	60 446	516	0,9	59,4
Ordinärt boende	37 169	37 295	38 524	38 941	39 768	2 599	7,0	39,1
Hemtjänst/boendestöd		24 983	26 497	29 642	30 788	6 836	28,5	30,3
Korttidsboende	5 752	5 918	5 913	6 073	6 124	372	6,5	6,0
Övriga biståndsbedömda insatser	7 465	6 394	6 114	3 014	2 856	-4 609	-61,7	2,8
Öppen verksamhet	1 613	1 643	1 645	1 594	1 542	-71	-4,4	1,5
<i>Kommunernas vård och omsorg om äldre totalt</i>	98 712	100 367	101 344	101 365	101 756	3 044	3,1	100
Vård och omsorgens andel av socialtjänsten	54,5	53,6	53,4	53,0	53,0		-1,5	
<i>Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65 +*</i>	77 396	79 176	79 782	78 958	79 973	2 577	3,3	
Vård och omsorg om äldre totalt	176 108	179 543	181 126	180 323	181 729	5 621	3,2	

* Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård för äldre är skattade utifrån Region Skånes kostnadsandelar.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2008–2012, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2012 Statistiska centralbyrån.

Andelen av kommunernas hela verksamhet som rör vård och omsorg om äldre har stigit något till 20,8 procent mellan 2011 och 2012. Under de senaste 5 åren har andelen äldreomsorg varierat mellan 20,5 och 20,9 procent av kommunernas kostnader för hela sin verksamhet. År 2003 var dock äldreomsorgens andel av kommunernas verksamhet 21,8 procent.

Kommuner och landsting köper mest från privata företag

Sammantaget köpte kommunerna och landstingen, inklusive regionerna, verksamhet inom vård och omsorg av andra utförare för 76 miljarder kronor under 2012.

Landstingen köpte hälso- och sjukvård för 41,2 miljarder kronor, vilket är 19,2 procent av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvården. Det är en ökning från 2011 med 1,7 procentenheter. Det var 57 procent av alla köp inom hälso- och sjukvården som gjordes från privata företag, medan 21 procent köptes från andra landsting, och 19 procent köptes från kommuner. Den specialiserade somatiska vården köpte mest, motsvarande 22,7 miljarder kronor, följt av primärvården som köpte för 12,9 miljarder kronor.

Kommunerna köpte verksamhet inom socialtjänsten för 34,8 miljarder kronor från andra utförare, vilket är 18,1 procent av socialtjänstens totala kostnader. Det är en marginell ökning från 2011 med 0,2 procentenheter. Även kommunerna köpte mest från privata företag, motsvarande 79 procent av alla köp inom socialtjänsten. Inom socialtjänsten gjordes 10 procent av alla köp från föreningar, stiftelser och ideella organisationer.

Det var dock inom vård och omsorg om äldre som mest verksamhet köptes, motsvarande 16,6 miljarder kronor. Funktionshinderomsorgen köpte verksamhet för 10,3 miljarder kronor, vilket utgör 13,6 procent av alla köp inom socialtjänsten. Inom individ- och familjeomsorgen gjordes de flesta köpen inom barn- och ungdomsvården till ett värde av 5,2 miljarder kronor.

Internationella jämförelser

Socialstyrelsen gör i det här avsnittet ett antal internationella jämförelser främst på hälso- och sjukvårdens område, men också några inom äldre- och funktionshinderomsorgen. Att jämförelserna främst avser hälso- och sjukvård beror på att det finns mer statistisk information inom det området. Den huvudsakligaste källan är OECD:s hälsodatabas [4] som innehåller de senaste tillgängliga uppgifterna (verksamhetsår 2011 som redovisas 2013). De ekonomiska uppgifterna är baserade på manualen *A System of Health Accounts* (SHA) som har utarbetats tillsammans av OECD, WHO och Eurostat (EU). Jämförelserna nedan avser främst de nordiska länderna och ett urval av länder inom EU:s 28 medlemsländer. För att blicka lite västerut har även länderna Kanada och USA tagits med i jämförelserna.

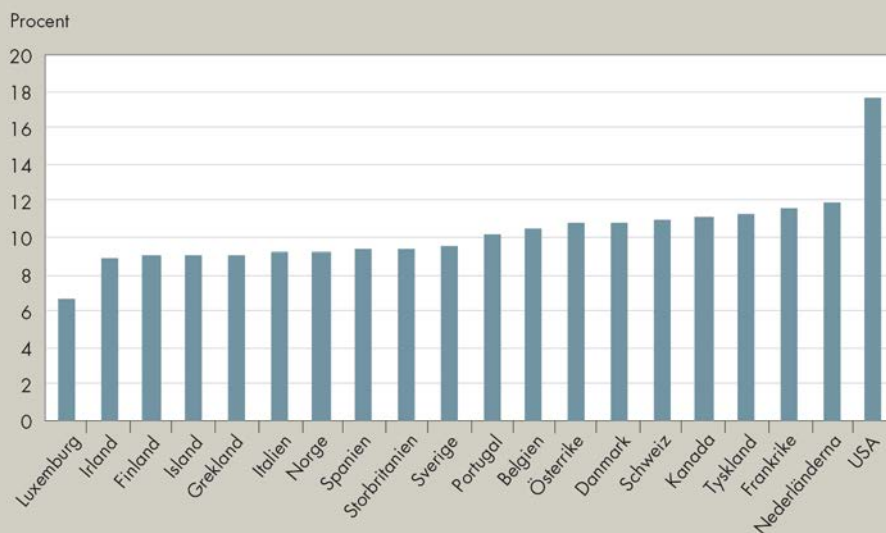
Hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv

En vanlig parameter för att mäta hur mycket ett land satsar på hälso- och sjukvård är kostnaderna för hälso- och sjukvård i förhållande till brutto-

nationalprodukten (BNP). Som framgår av figur 9:3 så är det stora skillnader mellan ländernas hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP. USA lägger 17,7 procent av BNP på hälso- och sjukvård, medan Luxemburg endast lägger 6,6 procent. Sverige ligger mitt emellan dessa länder med 9,5 procent av BNP. Att det skiljer så mycket mellan länderna kan bero på hur sjukvården är organiserad och finansieras. USA utmärker sig särskilt eftersom de lägger 5,8 procentenheter mer än till exempel Nederländerna som kommer på andra plats med 11,9 procent av BNP. Därefter kommer Frankrike med 11,6 procent. Skillnaden mellan USA och Luxemburg är hela 11 procentenheter. USA lägger dubbelt så mycket per person på hälso- och sjukvård som Sverige.

Figur 9:3. Andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP i ett urval länder 2011.



Källa: OECD Health Statistics 2013.

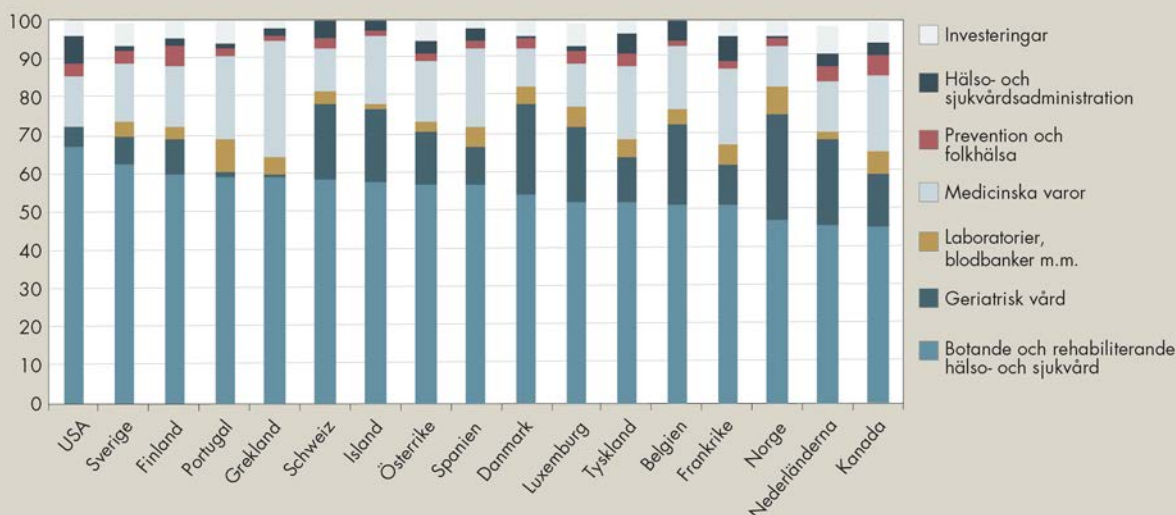
För att titta närmare på hälso- och sjukvården fördelat på medicinskt verksamhetsområde (funktioner), så kan utgifterna delas upp i vård som är botande och rehabiliterande, geriatrisk vård, laboratorier, blodbanker med mera, läkemedel och andra medicinska varor, prevention och folkhälsa, administration av hälso- och sjukvård samt investeringar. Botande och rehabiliterande hälso- och sjukvård är sjukvårdens kärna och utgör den största andelen av hälso- och sjukvården utifrån funktion. I USA utgör denna typ av vård 67 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna medan den i Sverige utgör 62 procent. Det är en skillnad på hela 21 procentenheter mellan USA, som har störst andel botande och rehabiliterande vård, och Kanada som har minst andel. Geriatrisk vård varierar mellan 0,6 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna i Grekland till 28 procent i Norge. I Sverige utgör geriatrisk vård 7,5 procent av kostnaderna. Resursförbrukningen för läkemedel och medicinska varor uppgår till 30 procent av utgifterna i Grekland, medan den i Sverige uppgår till knappt 15 procent. Om man ser på administrationens andel av

utgifterna så har återigen USA den största andelen med 7,1 procent, tätt följd av Frankrike med 6,7 procent av utgifterna. I Sverige används 1,4 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter till administration (figur 9:4).

Figur 9:4. Typ av vård

Hälso- och sjukvårdens utgifter fördelat efter typ av vård. Procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter i ett urval länder 2011.

Procent

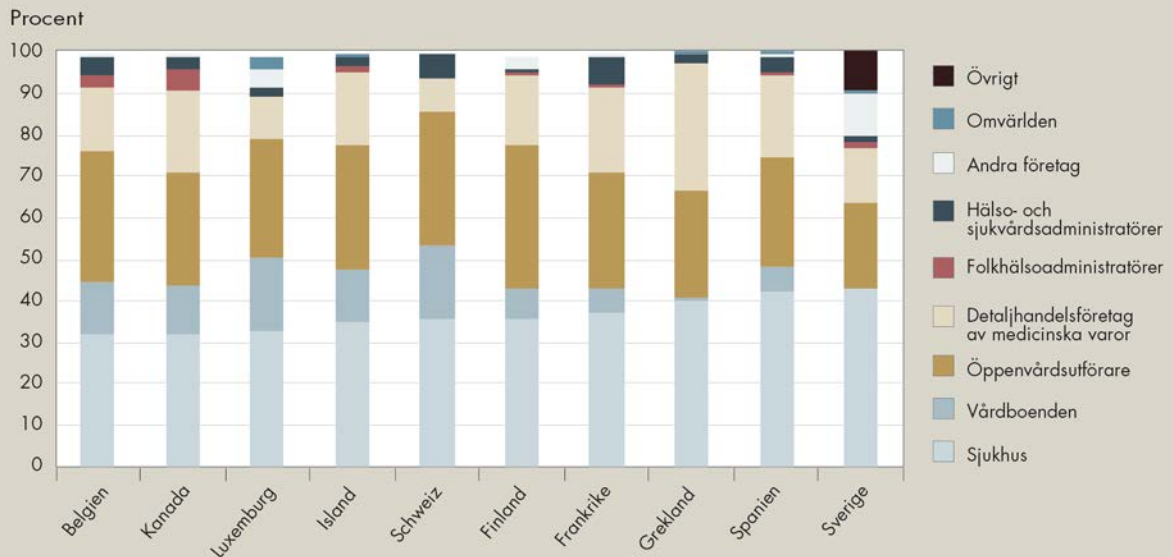


Källa: OECD Health Statistics 2013.

Det är 30–40 procent av all hälso- och sjukvård som utförs på sjukhus och mellan 20 och 35 procent som utförs i öppenvård. Schweiz och Luxemburg har även en stor andel vårdboenden (17 procent) som utför hälso- och sjukvård. (figur 9:5).

Figur 9:5. Hälso- och sjukvårdens utförare

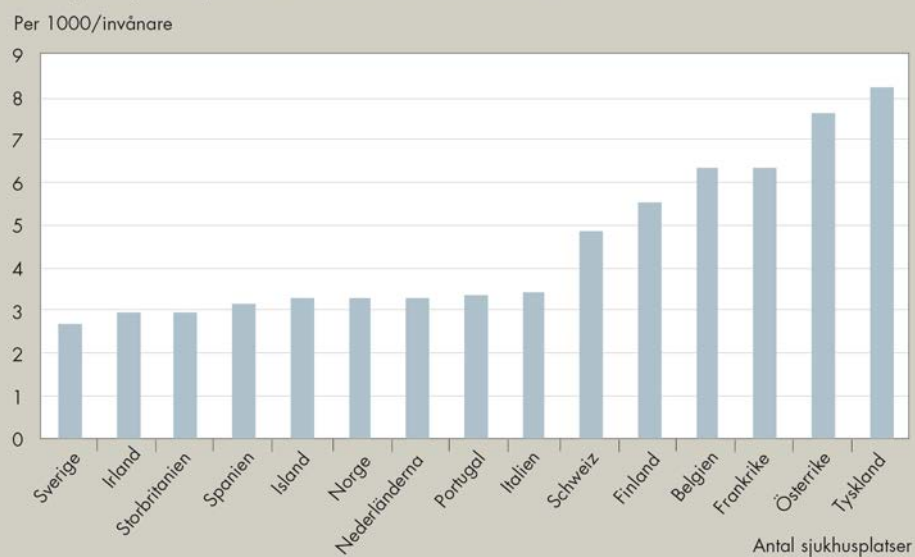
Fördelning av hälso- och sjukvårdens utgifter utifrån vem som är utförare i ett urval länder 2011.



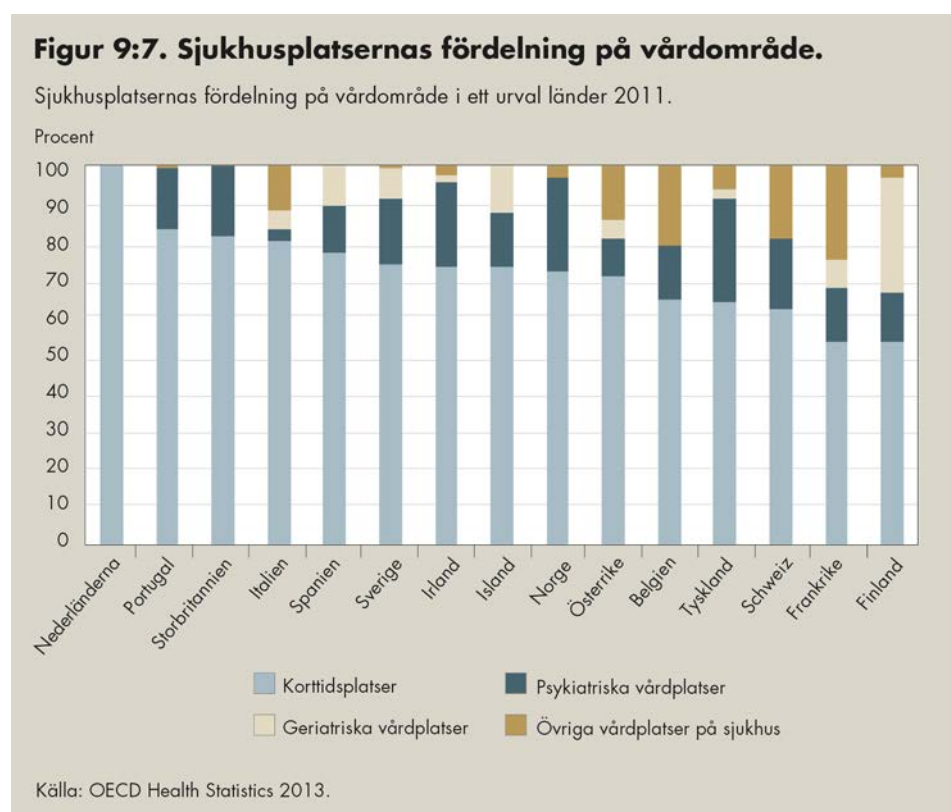
I Sverige utförs 43 procent av all vård på sjukhus. Trots det så har Sverige Europas lägsta antal vårdplatser på sjukhus med 2,71 platser per 1 000 invånare. Genomsnittet för OECD är cirka 5 platser per 1 000 invånare (figur 9:6).

Figur 9:6. Sjukhusplatser

Antal sjukhusplatser per 1000 invånare i ett urval länder 2011.



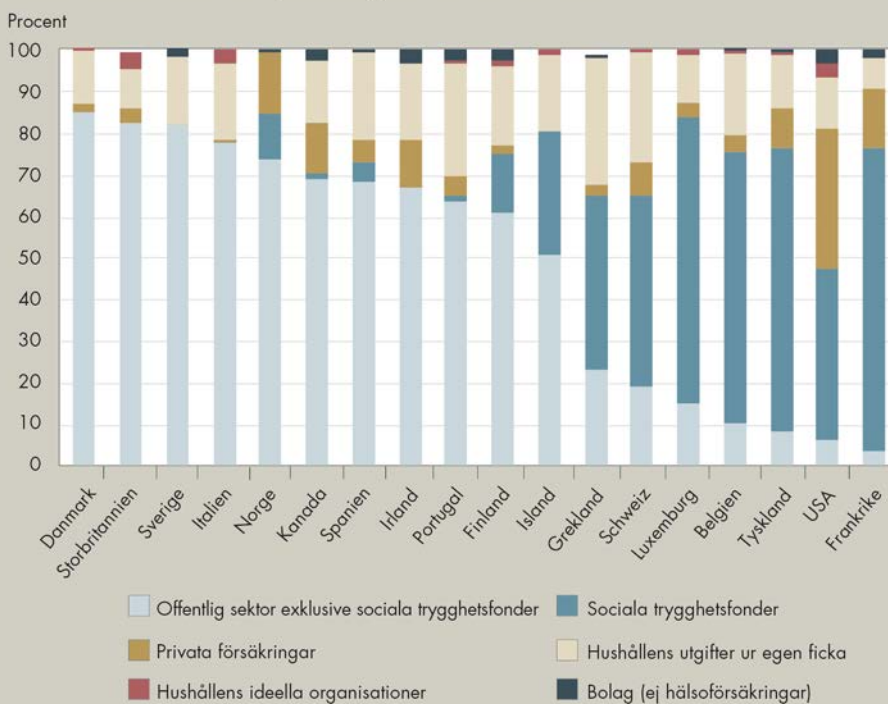
Figur 9:7 visar hur vårdplatserna fördelas på vårdgren. I Sverige är 74 procent av vårdplatserna korttidsplatser, 17 procent är psykiatriska platser, vilket också är genomsnittet för de utvalda länderna i denna figur. De geriatriska platserna utgör 8 procent av Sveriges vårdplatser. Finland däremot har 30 procent av sina vårdplatser som geriatriska vårdplatser. Det innebär att endast 54 procent av Finlands vårdplatser är att betrakta som korttidsplatser. I Finland finns många små institutioner som benämns sjukhus och som fungerar som äldreboenden, vilket kan förklara de många geriatriska platserna.



Den vanligaste formen av finansiering bland de utvalda länderna är offentlig finansiering antingen i form av finansiering från offentlig sektor genom skatteuttag eller som sociala trygghetsfonder. Sociala trygghetsfonder kontrolleras och styrs av staten och är därmed att betrakta som offentliga. Det är i de flesta länderna tvingande för individen att ansluta sig till dessa trygghetsfonder. Av figur 9:8 framgår att de nordiska länderna har en stor andel hälso- och sjukvård finansierad av offentlig sektor genom skatteuttag, men att det även här är en viss skillnad. Luxemburg, Belgien, Tyskland och Frankrike är länder som finansierar sin hälso- och sjukvård till största delen genom sociala trygghetsfonder.

Figur 9:8. Finansierare

Hälso- och sjukvårdens utgifter fördelat efter finansierare.
Procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter i ett urval av länder 2011.



Källa: OECD Health Statistics 2013.

Eftersom de nordiska länderna har en stor offentlig sektor som finansierar hälso- och sjukvården är det intressant att se efter vilken typ av offentliga utgifter de har. I tabell 9:9 har de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård fördelats på staten, regioner, landsting och län, och på kommuner. Utgifterna har även fördelats på sociala trygghetsfonder. Här är det stora skillnader mellan de nordiska länderna. Sverige har störst andel av offentliga utgifter för hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen med 71,6 procent, medan Finland har störst andel med 35,1 procent som finansieras av den lokala nivån (kommunerna). Danmark och Island är länder där staten finansierar den största andelen av hälso- och sjukvårdens utgifter med 55,2 procent respektive 50,4 procent. I Finland och Island finansieras hälso- och sjukvården också till stor del med sociala trygghetsfonder, 14,6 respektive 29,3 procent. Även i Norge finansieras en del av hälso- och sjukvården av sociala trygghetsfonder.

Tabell 9:9. Offentliga finansiärer i Norden

Fördelning av totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter typ av offentlig finansiär i de nordiska länderna 2010, procent.

Finansiär/ Land	HF.1 Offentlig sektor	HF1.1 Offentlig sektor exkl. sociala trygghetsfonder	HF1.1.1 Staten	HF 1.1.2 Regioner/ Landsting/Län	HF 1.1.3 Kommuner	HF 1.2 Sociala trygghetsfonder
Danmark	85,1	85,1	55,2*	-	26,0*	-
Finland	74,5	60,0	24,9	-	35,1	14,6
Island	80,4	51,1	50,4	-	0,7	29,3
Norge	85,5	73,8	41,6*	0,8*	29,9*	11,7
Sverige	81,0	81,0	1,8	71,6	7,6	-

* Uppgifterna avser 2009 för Danmark och Norge.

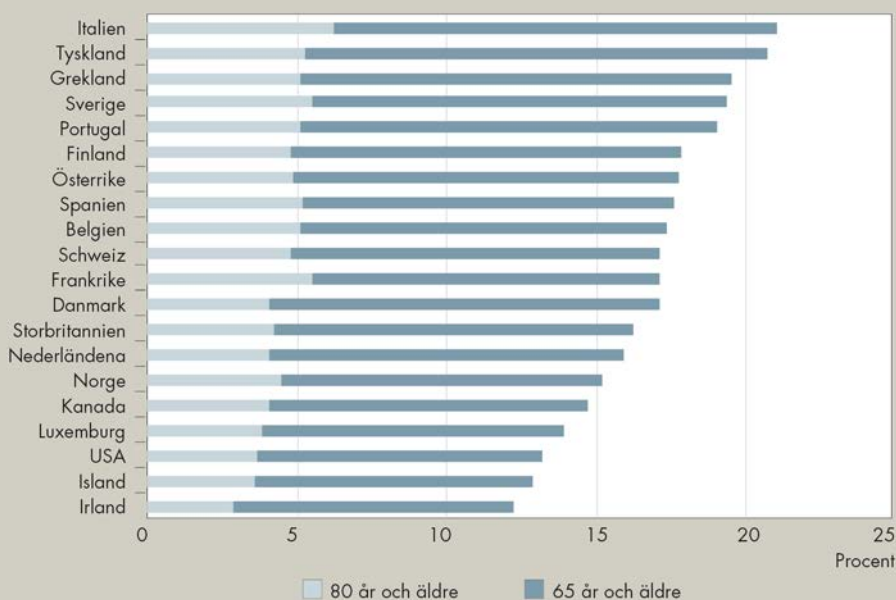
Källa: OECD Health Statistics Data 2013 och nationella redovisningar i System of Health Accounts.

Äldreomsorg i ett internationellt perspektiv

Antalet äldre personer i befolkningen ökar i de flesta OECD-länder. I genomsnitt har andelen personer över 65 år ökat i OECD-länderna från 9 procent 1960 till 15 procent 2010. Enligt OECDs beräkningar förväntas andelen personer över 65 år nästan fördubblas till 2050, och kommer då att uppgå till 27 procent av befolkningen. För Sveriges del förväntas andelen 65 år och äldre uppgå till 25 procent av befolkningen 2050. År 2010 uppgick andelen till 18 procent. Andelen personer 80 år och äldre kommer att öka ännu mer än befolkningen över 65 år. Genomsnittet i OECD i dag är att cirka 4 procent av befolkningen är i åldern 80 år och äldre. Fram till 2050 kommer denna andel att öka till 10 procent av befolkningen. I Sverige utgjorde andelen äldre över 80 år 5 procent av befolkningen och förväntas uppgå till 10 procent av befolkningen 2050 enligt OECD [5]. En sådan befolkningsutveckling kommer att ställa krav på kommuner och landsting att tillgodose det ökade behovet av vård och omsorg (figur 9:9).

Figur 9:9. Den äldre befolkningen

Andel 65 år och äldre respektive 80 år och äldre i befolkningen ett urval länder 2011.

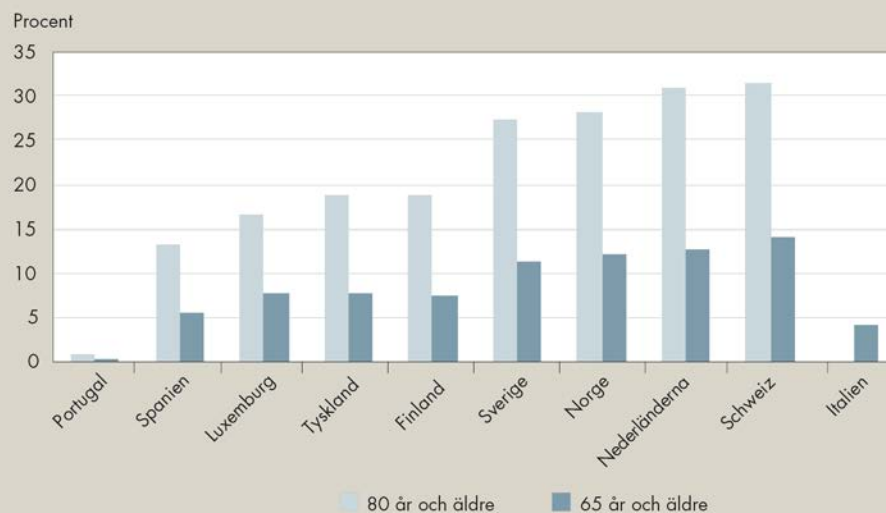


Källa: OECD Health Statistics 2013.

Behovet av äldreomsorg ökar i många länder på grund av den ökande andelen äldre i befolkningen, men också beroende på den medicintekniska utvecklingen och utvecklingen av den service som erbjuds. Hur många äldre som får någon typ av vård och omsorg i eget boende eller i någon form av särskilt boende framgår av figur 9:10 och figur 9:11. I genomsnitt i OECD-länderna får 12 procent av den äldre befolkningen någon form av äldreomsorg antingen i det egna boendet eller på ett särskilt boende. Av de äldre över 80 år får i genomsnitt 30 procent någon form av äldreomsorg. De flesta får sin vård och omsorg i det ordinära boendet. I Sverige får 27 procent av alla äldre över 80 år insatser i det ordinära boendet, medan det i Schweiz och Nederländerna är över 30 procent som får sådana insatser. I hela åldersgruppen 65 år och äldre i vårt urval av länder varierar andelen som får äldreomsorg i det ordinära boendet mellan 14 och 4 procent där Portugal och Spanien har lägst andel (figur 9:10).

Figur 9:10. Insatser i det ordinära boendet

Andel personer 65 år och äldre, respektive 80 år och äldre med insatser i eget boende, i förhållande till respektive befolkning 2011.



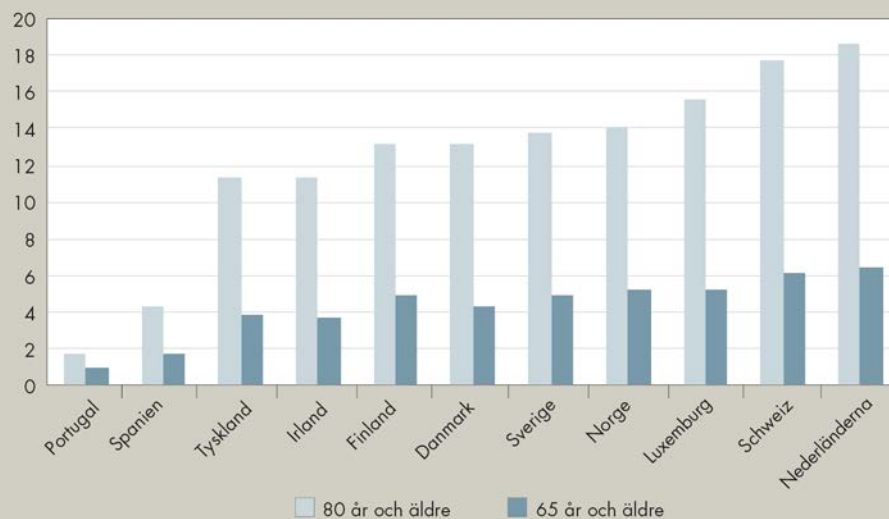
Källa: OECD Health Statistics 2013.

Om man ser på andelen äldre över 80 år som bor i ett särskilt äldreboende så är det Nederländerna och Schweiz som har den högsta andelen med cirka 18 procent av de äldre över 80 år. I Sverige bor knappt 14 procent i särskilt boende. I Portugal och Spanien bor en mycket låg andel i särskilt boende. De får inte heller i någon större utsträckning insatser i det egna boendet. De sydeuropeiska länderna Portugal, Spanien och Italien har i stället en kultur av att familjemedlemmar, flest kvinnor, ger vård och omsorg till sina äldre släktingar. Enligt OECD rapporterar 75 procent av alla informella vårdgivare att de dagligen ger vård och omsorg till sina äldre [6] (figur 9:11).

Figur 9:11. Särskilda boendeformer

Andel personer 65 år och äldre, respektive 80 år och äldre på särskilda boendeformer för äldre, i förhållande till respektive befolkning 2011.

Procent



Källa: OECD Health Statistics 2013.

Referenser

Inledning

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
2. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2010.
3. Nationella indikatorer För God Vård. Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen; 2009.
4. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt 2013. Socialstyrelsen; 2013.

Hälso- och sjukvård

1. www.scb.se
2. Dödsorsaker 2012. Socialstyrelsen; 2013.
3. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
4. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
5. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2012.
6. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2013.
7. Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård – jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting; 2013.
8. SWEDEHEART årsrapport 2012, utgiven 2013
9. Riks-Stroke årsrapport 2012, utgiven 2013.
10. Health at a Glance 2013, OECD indicators. OECD publishing; 2013.
11. Nationella Diabetesregistret, årsrapport 2012 års resultat. NDR; 2013.
12. Nationell utvärdering 2011 Diabetesvård. Socialstyrelsen; 2012.
13. www.lio.se
14. Luftvägsregistret årsrapport 2012 års resultat. Registercentrum Västra Götaland.
15. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Statens folkhälsoinstitut; 2012.
16. Cancer incidence in Sweden 2011 – Cancerförekomst i Sverige 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
17. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Scandinavian Journal of Public Health, 2012.
18. Tobaksavvänjning i vården – prioriterat men trevande. En rapport om strategier och kompetensförsörjning för tobaksslutarstöd och hälsoorientering av hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2012.

19. Sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. En enkätstudie hösten 2012. Socialstyrelsen; 2013.
20. Vårdbarometern, Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Befolkningsundersökning 2013. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013. Ej publicerad.
21. www.npe.skl.se
22. Beskrivning av vårdutnyttjande för psykiatriska patienter. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2012.
23. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2007.
24. Mot en effektivare kunskapsstyrning. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.
25. Statlig styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning. Myndigheten för vårdanalys; 2013.
26. www.kunskapsguiden.se
27. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2013 – Stöd för styrning och ledning – Preliminär version. Socialstyrelsen; 2013.
28. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen; 2013.
29. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2011.
30. Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012.
31. Läkemedelsbehandling vid schizofreni. Läkemedelsverket; 2013.
32. Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket; 2013.
33. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
34. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Socialstyrelsen; 2013.
35. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2013.
36. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland; 2012.
37. Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2013.
38. Bättre vård – mindre tvång. Utvärdering om överenskommelsen att förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Socialstyrelsen; 2013.

39. Skador i vården - skadeöversikt och kostnad. Markörbaserad journalgranskning januari – juni 2013. Sveriges Kommuner och Landsting 2013.
40. Sammanställning av Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen för år 2012. Socialstyrelsen; 2013.
41. Patientsäkerhetskultur. Sammanfattning av resultat från landstingens mätningar av patientsäkerhetskultur. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
42. www.patientforsakring.se
43. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
44. www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-matningar/overbelaggningsrapporter/overbelaggningsrapporter-september-2013
45. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2013. Socialstyrelsen; 2013.
46. Epidemiologisk årsrapport 2012. Smittskyddsinstitutet; 2013.
47. www.smittskyddsinstitutet.se
48. www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/resultat-och-matningar
49. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Socialstyrelsen; 2012.
50. Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Myndigheten för vårdanalys; 2013.
51. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – en extern utvärdering. Myndigheten för vårdanalys; 2013.
52. Nationella indikatorer för god vård. Socialstyrelsen; 2009.
53. Öppna jämförelser av jämlik vård. Socialstyrelsen; 2013.
54. Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen; 2013.
55. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016. Regeringskansliet 2013.
56. Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. Socialstyrelsen; 2013.
57. Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2011.
58. Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö; 2013.
59. Från politik till praktik – Metaanalys av fyra satsningar på jämställdhetsintegrering. APeL Forskning och utveckling; 2013.
60. Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport. Diskrimineringsombudsmannen; 2012.
61. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2014.
62. En omreglerad apoteksmarknad, slutrapport. Statskontoret; 2013.
63. Geografisk tillgänglighet till läkemedel. En analys av omregleringen av apoteksmarknaden – Slutrapport. Tillväxtanalys; 2012.

64. Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden. Delbetänkande från Läkemedels- och apoteksutredningen; 2012.
65. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – Analys och prognos april 2013. Socialstyrelsen; 2013.
66. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Socialstyrelsen; 2013.
67. www.vantetider.se
68. Waiting Time Policies in Health Sector: What works? OECD Health Policy Studies. OECD Publishing; 2013.
69. Väntetider i cancervården – från remiss till behandling i cancervården. Socialstyrelsen; 2013.
70. Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012. Socialstyrelsen; 2013.

Tandvård

1. Nationell utvärdering – Tandvård. Indikationer och underlag för bedömningar, s. 57 f. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Munhälsan hos äldre som bor hemma. Sveriges tandläkarförbund; 2013.
3. Äldre och tandhälsa. Sveriges tandläkarförbund; 2012.
4. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Övergripande nationella indikatorer för God tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
6. Nationell utvärdering tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning, s. 15. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Preliminär verksamhetsplan. Akademiskt centrum för äldretandvård; 2013.
8. Årsrapport 2012. Karlstad: SKaPa; 2013
9. Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst, s. 21, 30, 32. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
10. SWEDRES 2012. A report on Swedish Antibiotic Utilisation and Resistance in Human Medicine, s. 28. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2013.
11. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013, s. 89. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
12. 20 procent mindre antibiotika skrivs ut i folktandvården i Skåne. Pressmeddelande. Folktandvården i Skåne; 2013.
13. Svenskt Kvalitetsindex; 2013.
14. Nationella folkenkäten. Folkhälsoinstitutet; 2013.
15. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013, s. 94. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
16. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
17. Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län 2012, s. 9. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2013.

18. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013, s. 225. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
19. Barn som far illa. Kunskap och kvalitet nr 9. Sveriges tandläkarförbund; 2011.
20. Barn som far illa eller riskerar att fara illa, s. 9, 57. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
21. Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2011, s. 73. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

Vård och omsorg om barn och unga

1. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013. Öppna jämförelser 2013. Hälso- och sjukvård, jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
2. Skador bland barn i Sverige. Uppdatering av senast tillgängliga statistik. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/skadorochforgiftningar>.
3. Fri att leka och lära – ett målinriktat arbete för barns ökade säkerhet i förskolan. Betänkande av utredningen Barns säkerhet i förskolan. Statens offentliga utredningar 2013:26.
4. Dödsorsaker 2012. Socialstyrelsen; 2013.
5. Barn och unga – insatser år 2012. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2013.
6. www.migrationsverket.se/andraaktorer/kommuner/omensamkommandebarnochungdomar/statistik.html. Hämtat 2014-01-08.
7. Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn och ungdomar en vägledning. Socialstyrelsen; 2013.
8. Gränsdragning mellan olika placeringsformer för barn och unga. Socialstyrelsen; 2013.
9. Familjerätt år 2012. Socialstyrelsen; 2013.
10. Vårdnadsöverflyttning i samband med våld i familjen. Socialstyrelsen; 2013.
11. Kommunal familjerådgivning 2012. Socialstyrelsen; 2013.
12. Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Socialstyrelsen; 2013.
13. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Socialstyrelsen; 2013.
14. Öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården 2013. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga>
15. Cater Å, Andershed A-K & Andershed H. Youth Victimization in Sweden: Prevalence, Characteristics and Relation to Mental Health and Behavioral Problems in Young Adulthood. Manuskript under granskning för publicering, manus, Örebro universitet.

16. Barn som anhöriga – konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider. Socialstyrelsen; 2013.
17. Tydligt ansvar samt struktur för information och stöd till barn när föräldrar avlider. Resultat och slutsatser från tre kartläggningar. Socialstyrelsen; 2013.
18. Scheffel-Birath C. Utveckling av barn- och föräldrastöd 2012–2013. Beroendecentrum Stockholm; 2013.
19. Hjern A, Manhica H A. Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Nka, Linnéuniversitet och Chess; 2013.
20. Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning. Socialstyrelsen; 2013.
21. Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Socialstyrelsen; 2012.
22. Öppna jämförelser av stöd till brottsoffer 2013. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/brottsoffer>
23. Stabilitet som kompetensstrategi för social barn- och ungdomsvård. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
24. Statsbidrag till kommuner för kompetensutveckling i den sociala barn- och ungdomsvården. <http://www.socialstyrelsen.se/statsbidrag/aktuellastatsbidrag/kompetensutvecklinginomdensoci1>
25. En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning? En granskning av vård- och omsorgspersonalens utbildning och metoder i HVB för barn och unga. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
26. Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012. Socialstyrelsen; 2013.
27. Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2013.
28. Tidiga insatser mot psykisk ohälsa – en sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2013.
29. BBIC, Barns behov i centrum. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic>
30. Patientlag. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2)
31. Kartläggning om skälig levnadsnivå. Överensstämmelse mellan SOSFS 2003:5 och kommunernas styrdokument för ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen; 2012.
32. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013. Socialstyrelsen; 2013.
33. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS (SOSFS 2012:6).
34. Vad har vi sett i HVB för barn och unga och bostäder enligt LSS? Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
35. Gör tillsynsombud skillnad för barn som bor i familjehem? Delrapport med tillsynsombudens erfarenheter från en försöksverksamhet. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
36. Nationell patientenkät inom barnsjukvård 2013 (akutmottagningar, slutenvård och öppenvård). Tillgänglig på <http://npe.skl.se/>

37. Bedömning av grundkrav och prestationsmål i överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa 2013. Socialstyrelsen; 2013.
38. Hur kan socialtjänsten bli känd för barn och föräldrar? Förstudie inför arbete med att ta fram och sprida information till barn och unga om socialtjänsten. Socialstyrelsen & Barnombudsmannen; 2014.

Vård, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

1. Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2012. Socialstyrelsen; 2013.
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
3. Nysam nyckeltal 2012. Rapport Habilitering. Nysam; 2013.
4. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
5. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2013.
6. Lex Sarah – nya bestämmelser den 1 juli 2011. www.socialstyrelsen.se
7. Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

Missbruk och beroendevården

1. Skolelevers drogvanor 2012. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2013.
2. Rosén M, Haglund B. Trends in alcohol-related mortality in Sweden 1969–2002: an age-period-cohort analysis, *Addiction*, Volume 101, issue 6 (June 2006): 835–40.
3. Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, 2012. Socialstyrelsen; 2012.
4. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
5. Bättre insatser vid missbruk – Individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:35).
6. Sveriges Kommuner och Landsting. Om Kunskap till praktik. Hämtad 2013-10-18 från http://kunskaptillpraktik.skl.se/var_verksamhet_kunskap_till_praktik_2
7. Socialstyrelsens verksamhet inom alkohol-, narkotika-, tobaks- och dopningsområdena under perioden oktober 2011–2013. Socialstyrelsen; 2013.
8. Beroendemedicin – Utredning av reglering som läkarspecialitet. Socialstyrelsen; 2013.

9. Bättre insatser vid missbruk – Individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:35).
10. Utvärdering – Kunskap till praktik. Linnéuniversitetet; 2012.
11. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård 2013. Socialstyrelsen; 2013.
12. En uppskattning av omfattningen av injektionsmissbruket i Sverige. Socialstyrelsen; 2013.

Vård och omsorg om äldre

1. Friska eller sjuka år till livet. Pågående studie. Socialstyrelsen; 2013.
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
3. www.skatteverket.se
4. Rut vanligast efter 85. Statistiska Centralbyråns tidskrift Velfärd. 2011:1.
5. Behovsbarometern – äldre. En undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg. Socialstyrelsen; 2011.
6. Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen; 2012.
7. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
8. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2012. Socialstyrelsen; 2012.
9. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Artikelnummer 2013-12-18. Socialstyrelsen; 2013.
10. Utveckling av värdegrundsarbete inom äldreomsorgen – Slutrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
11. Mangoni A A, Jackson S H. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2004 57 (1): 6–14.
12. Äldre med regelbunden medicinerings – Antalet läkemedel som riskmarkör. Socialstyrelsen; 2012.
13. Ej publicerad intern sammanställning av lex Sarah-anmälningar och handläggning av dessa. Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
14. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013. Socialstyrelsen; 2013.
15. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Artikelnummer 2013-12-18. Socialstyrelsen; 2013.
16. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen; 2013.
17. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen; 2012.
18. Riks-Stroke årsrapport 2012, utgiven 2013.

Ekonomiskt bistånd, insatser mot hemlöshet och stöd till våldsoffer

Ekonomiskt bistånd

1. Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2012–Belopp samt antal biståndsmottagare och antal biståndshushåll. Socialstyrelsen; 2013
2. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2013. Socialstyrelsen; 2013.
3. Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2012. Socialstyrelsen; 2013.
4. Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.

Hemlöshet

1. Bostadsmarknaden 2013–2014. Med slutsatser från bostadsmarknadsenkäten 2013. Boverket; 2013.
2. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011, omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2011.
3. Malmö stads hemlöshetskartläggning. Malmö stad, hämtad 2014-01-14 <http://www.malmo.se/Nyheter/Forvaltning/2013-10-31-Bostadsbristen-orsakar-hemloshet.html>
4. Rätt boende – Nuläge och förslag till inledande åtgärder, Göteborgs stad 2012. Hämtad 2014-01-14 www.goteborg.se
5. Stockholms hemlöshetskartläggning. TJÄNSTEUTLÅTANDE, dnr 3.1-0347/2012 sid 1 (23). Hemlösa i Stockholm stad 18 april 2012. Hämtad 2014-01-15 www.stockholm.se
6. Stockholms stads hemlöshetsstrategi 20142019. <http://insynsverige.se/documentHandler.ashx?did=1732926&rt=0&t=>
7. Regleringsbrev; <http://www.esv.se/sv/Verktyg--stod/Statsliggaren/Regleringsbrev/?RBID=15321>
8. <http://www.kronofogden.se/download/18.33cd600b13abbc8411c800029622/1358173112989/Barn+som+ber%C3%B6rts+av+vr%C3%A4kning+2008-2012.pdf>
9. Öppna jämförelser hemlöshet. Socialstyrelsen; 2012.
10. Sveriges officiella statistik. Insatser år 2012 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna. Socialstyrelsen; 2013.
11. Hemlöshet bland utrikesfödda personer utan permanent uppehållstillstånd. Socialstyrelsen; 2013.

Våld

1. Kriminalstatistik 2012. Brå; 2012.
2. Öppna jämförelser gällande socialtjänstens stöd till brottsoffer. Socialstyrelsen; 2013.
3. Brottsofferstatistik – Förslag till statistikutveckling inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2013.

4. Utvärdering av koncept Karin– En samverkansmodell i Malmö för personer som utsatts för våld i nära relationer. Brå; 2013.
5. Kartläggning av skyddade boenden i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
6. Fristad från våld – en vägledning om skyddat boende. Socialstyrelsen, 2013.
7. Att förstärka och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare – en uppföljning av 2011 års utvecklingsmedel. Socialstyrelsen 2013.

Ekonomiska analyser

1. A System of Health Accounts (SHA) 2011, OECD, WHO, Eurostat
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
3. Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, april 2013. Socialstyrelsen; 2013.
4. Health Statistics, OECD.
5. Health at a Glance 2013, OECD.
6. Health at a Glance 2013, OECD Indicators, OECD.

Databaser

Kommunernas räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån.
Landstingens räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån.
De svenska hälsoräkenskaperna (SHA), Statistiska centralbyrån.
Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting.
OECD Health Statistics 2013.