

~~Övrigt~~

P3/533 1996 Ex 2

k

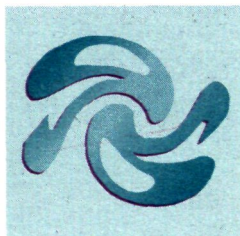
97-04-07

SCB:s bibliotek
Box 24 300
S-104 51 STOCKHOLM



0000023585

Social service, vård och omsorg i Sverige 1996



97.

INLEDNING

TILL

Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige. – Stockholm : Socialstyrelsen, 1993-1999.
1993 utg. i samarbete med Statistiska centralbyrån. – 1993 med separat tabellbilaga. –
1996 med titel: Social service, vård och omsorg i Sverige. – 1999 med titel:
Socialtjänsten i Sverige.

Föregångare:

Socialtjänststatistik / SCB – Statistiska centralbyrån. – Örebro : SCB förlag, 1991. – (Sveriges officiella statistik).

Bestånd: 1982/1989.

Täckningsår: 1982-1989.

Andra serier inom Socialtjänst

Statistik. Socialtjänst / Socialstyrelsen. – Stockholm : Socialstyrelsen, 1995- . – (Sveriges officiella statistik)

Fr.o.m. 2000 endast på Socialstyrelsen webbplats.

Statistiska meddelanden. Serie S, Socialtjänst och socialförsäkring / Statistiska centralbyrån. – Stockholm : Statistiska centralbyrån, 1982-1994. – (Sveriges officiella statistik).

Socialtjänsten, vård och omsorg i Sverige 1996.
Digitaliserad av Statistiska centralbyrån 2012.

urn:nbn:se:scb-soctjom_1996

Social service,
vård och omsorg
i Sverige
1996

ISBN 91-7201-152-1

Grafisk form: Fhebe Hjältn

Tryck: Modin-Tryck AB, Stockholm, november 1996

Socialtjänsten utgör en central del av välfärdspolitiken. Socialtjänsten är det yttersta skydds nätet vid ekonomiska kriser samtidigt som den svarar för dagliga omsorgen om många äldre och funktionshindrade. Barnomsorgen, en annan viktig del av socialtjänsten, möjliggör för föräldrar att förvärvsarbeta eller studera samtidigt som den ger stöd och stimulans till barns utveckling.

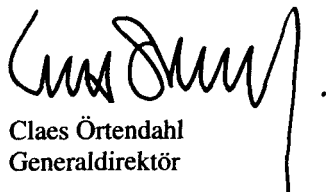
Socialtjänstens kraftiga expansion under 1970- och 80-talen kom under 1990-talet att ersättas av knappa ekonomiska resurser. Kommunerna har genomfört omfattande besparingar samtidigt som den ekonomiska situationen har bidragit till en större målmedvetenhet i det sociala arbetet.

Mot den bakgrunden blir Socialstyrelsens uppgift att följa upp och utvärdera socialtjänstens insatser än angelägnare. Hur ser medborgarnas behov ut och hur förändras dessa? Vilka insatser förmedlas och vad kostar verksamheten? Inte minst är det viktigt att undersöka hur den enskildes rättssäkerhet kan garanteras i verksamheter som präglas av ekonomisk åtstramning.

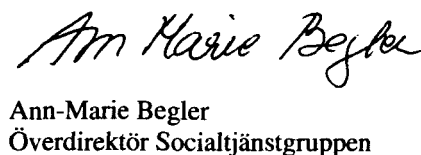
År 1993 publicerades *Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige* som en redogörelse för omfattningen och inriktningen av socialtjänstens insatser och omsorgen av utvecklingsstörda. Nu, tre år senare, publicerar vi en uppföljning av den förra "årsboken". 1996 års upplaga speglar utvecklingen under 1990-talets första hälft, med tyngdpunkten lagd på de senaste tre åren. De olika avsnitten följer i stort sett samma struktur. Inledningsvis relateras de nationella målen, varefter följer beskrivningar av behov och prestationer, organisation, kostnader samt kvalitet och effekter. Läsaren kommer att finna att de skilda delarna är olika väl utvecklade och belagda med statistiskt underlag. Det beror på att uppföljningsinstrumenten ännu inte finlipats i alla delar.

Årsboken 1996 har ambitionen att förmedla en bild av ett samhälle och en socialtjänst stadd i snabb förändring. Denna mer översiktliga bild kompletteras och fördjupas av studier inom serien *Socialstyrelsen följer upp och utvärderar* samt de snabba ögonblicksbilder av verksamheter på regional nivå som Socialstyrelsens länsvisa uppföljningar inom ramen för *Aktiv uppföljning* förmedlar. Basdata om socialtjänstens insatser återfinns i den årligt återkommande socialtjänststatistiken samt *Jämförelsetal för socialtjänsten*, som också utkommer varje år.

Vår förhoppning är att *Social service, vård och omsorg i Sverige 1996* kommer till användning för dem som söker bred kunskap om socialtjänstens inriktning och utveckling under 1990-talets första hälft.



Claes Örtendahl
Generaldirektör



Ann-Marie Begler
Överdirektör Socialtjänstgruppen

Många medarbetare har deltagit i arbetet med *Social service, vård och omsorg i Sverige 1996*. En redaktionskommitté har under Ann-Marie Beglers ordförandeskap lett arbetet. I denna har också ingått Ulla Höjgård, Barbro Loogna, Karin Mossler och Annika Mansnéus, som har varit projektledare. Underlag till respektive avsnitt har författats av specialsakkunniga (eller motsvarande) inom respektive område.

Avsnitt

Ett samhälle i förändring
Kommunernas roll i välfärdspolitiken
Kommunernas ekonomi
Familjernas ekonomi

Barnomsorg
Barn som far illa och utsatta ungdomar

Familjerätt och familjerådgivning
Kommunernas flyktingmottagande
Socialbidrag
Missbruk
Handikappomsorg

Äldreomsorg

Mot år 2000

Författare

Annika Mansnéus

Annika Mansnéus

Karin Mossler

Karin Mossler

Ulla Nordenstam

Barbro Hindberg och Gudrun Elvhage

Ingrid Åkerman

Inger Zetzell

Hans Mattson

Ulf Malmström

Peter Brusén

Lennarth Johansson

Ann-Marie Begler

Diagrammen har gjorts av Pieter Langlet och Gerd Skans.

Ett samhälle i förändring 9

- Ett mångvetniskt samhälle 10
- En åldrande befolkning 11
- Den ekonomiska utvecklingen 12
- Minskad arbetskraft, ökad arbetslöshet 13
- Ett generellt socialförsäkringssystem 13
- Sverige och Europa 16
- Referenser 17

Kommunernas roll i välfärdspolitiken 19

- Kommunernas yttersta ansvar och den enskildes rättigheter 20
- Vidgat ansvar för kommunerna 20
- Ökad frihet för kommunerna 21
- Skillnad i tillgång och efterfrågan mellan kommunerna 21
- Ny socialtjänstlag? 22
- Referenser 23

Kommunernas ekonomi 25

- Statens styrning av kommunerna 26
- Kommunernas intäkter 27
- Kommunernas kostnader för socialtjänsten 27
- Ökade sparkrav 30
- Produktivitetsutveckling 31
- Avgifter för kommunal verksamhet 32
- Referenser 33

Familjernas ekonomi 35

- Minskade disponibla inkomster 36
- Ökade inkomstklyftor 36
- Skillnader i inkomst mellan olika hushållstyper 38
- Arbetsinkomsten har minskat under 1990-talet 38
- Kommer inkomsterna att fortsätta minska? 40
- Referenser 40

Barnomsorg 41

- Kommunernas ansvar vidgas 42
- Stöd, stimulans och omsorg 42
- Nya nämnder och styrformer 43
- Barnomsorgens rekordår 44
- Många barn i förskoleverksamhet 45
- Snabb utbyggnad av skolbarnomsorgen 48
- Enskild barnomsorg ökar 49
- Uppföljningar av barnomsorgslagstiftningen 50
- Barnomsorg vid arbetslöshet 50
- Barnen utanför barnomsorgen 51
- Kostnad och produktivitet 52
- Förändrade avgifter 56
- Kvalitet 59
- Referenser 63

Barn som far illa och utsatta ungdomar 65

- Barnets bästa i främsta rummet 66
- Påfrestningar på familjen påverkar barnen 66
- Vad gör socialtjänsten? 68
- Kostnader 73
- Barn- och ungdomsarbetet har hög prioritet 74
- Olika organisationsformer i olika kommuner 74
- Kvaliteten har många dimensioner 75
- Hur gick det sedan? 77
- Föreslagna och beslutade förändringar 78
- Referenser 79

Handikapp 81

- Rätt till ett självständigt och oberoende liv 82
- Svårt att veta hur många funktionshindrade det finns 83
- Insatser enligt LSS 83
- Många funktionshindrade har svårigheter på arbetsmarknaden 88
- Social hemtjänst eller personlig assistans? 89

Färdtjänst	89
Barn med funktionshinder	90
Invandrare med funktionshinder	91
Psykiskt funktionshindrade	91
Olika organisationsformer	92
Inga stora kostnadsökningar för kommunerna	92
Statlig utredning ser över avgifter	93
Olika kvalitetsaspekter	93
Föreslagna och beslutade förändringar	94
Referenser	95

Missbruk 97

Den totala alkohol-konsumtionen skall minska	98
Högt ställda narkotikapolitiska mål	98
Nya statliga myndigheter	99
Missbrukarvårdens struktur och inriktning i kommunerna	99
Missbrukets omfattning	100
Vad gör socialtjänsten?	104
Vård utan samtycke	105
Vad kostar missbrukarvården?	107
Har vården någon effekt?	109
EU-medlemskapet innebär alkoholpolitisk omorientering	110
Europeiska influenser i den svenska narkotikapolitiken?	111
Referenser	112

Kommunalt flyktingmottagande 113

Jämlikhet, valfrihet, samverkan	114
267 000 flyktingar mellan 1985 och 1995	115
Flyktingmottagandet sköts vanligen av socialnämnden	117
Staten svarar för kostnaderna	117
Delat tillsyns- och uppföljningsansvar	118
Föreslagna och beslutade förändringar	119
Referenser	120

Familjerätt och familjerådgivning 121

Familjerätt	122
Barnens bästa i centrum	122
Vad gör familjerätten?	122
Några kvalitetsmått	126
Föreslagna och beslutade förändringar	127
Familjerådgivning	127
Vad gör familjerådgivningen?	127
Olika sätt att organisera familjerådgivningen	127
Fler mottagningar efter kommunalisering	128
Kostnader och avgifter	129
Referenser	129

Socialbidrag 131

Ett yttersta skyddsnät	132
Specialiserad handläggning	132
Utvecklingen under 1990-talet	133
Situationen under 1995	136
Stora olikheter över landet	138
Socialbidraget – en liten del av transfereringarna	140
Kvalitet och rättssäkerhet	142
Inför framtiden	144
Referenser	145

Äldreomsorg 147

Självbestämmande, integritet och trygghet	148
Vidgat ansvar för kommunerna	148
En åldrande befolknings behov	149
Social hemtjänst underlättar det dagliga livet	150
Särskilda boendeformer	154
Dagcentraler, dagverksamheter och dagvård	157
Färdtjänst ett komplement till allmänna kommunikationer	157
Anhöriga svarar för en betydande del av hjälpen	158
Kraftig ökning av personal	159
Kostnadsutveckling	159

Ökad avgiftsfinansiering	161
Produktivitetsutveckling inom äldreomsorgen	162
Referenser	163

Mot år 2000 165

Nya uppgifter, ökade kostnader	166
Socialtjänstens roll i ett föränderligt samhälle	166
Nya organisatoriska lösningar för ökad effektivitet och bättre samverkan	168
Uppföljning, utvärdering och kompetensutveckling	168
Utmaningar inför 2000-talet	169

Bilagor 171

1. Tabeller	173
2. Kommungruppsindelning	205

Ett samhälle i förändring



Ett mångetniskt samhälle

Sverige är idag ett mångetniskt samhälle, med invandrare från cirka 170 länder, med rötter i en mångfald kulturer, språkgrupper och religioner. För Sveriges del är detta relativt nytt. Fram till andra världskriget var Sveriges befolkningen förhållandevis homogen. Samer och tidigt invandrade finnar, judar och zigenare utgjorde i princip de enda undantagen. I samband med flyktinginvandringen under och strax efter andra världskriget blev det något vanligare med inslag av andra etniska grupper, främst andra nordbor, balter och fångar som räddats ur koncentrationslägren. Många av dessa flyttade senare tillbaka till sina hemländer eller utvandrade vidare till andra länder.

Bilden av dagens Sverige är en helt annan. Vid årsskiftet 1995/96 var cirka 936 000 av Sveriges drygt 8,8 miljoner invånare födda utomlands. Räknar man

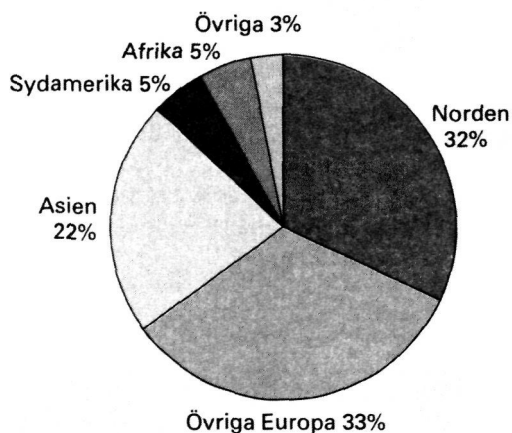


Diagram 1. I Sverige bosatta utrikes födda den 31 december 1995

Källa: SCB befolkningsstatistik 1995

också dem som har minst en förälder född utomlands har nästan var femte invånare i Sverige utländsk bakgrund. Knappt en tredjedel av dem som inte är födda här kommer från ett annat nordiskt land. Ungefär lika många kommer från övriga Europa medan den återstående dryga tredjedelen kommer från länder utanför Europa, huvudsakligen Asien. Den ojämförligt största gruppen utlandsfödda utgörs av finländare, följt av personer födda i f d Jugoslavien samt Iran.

På flykt undan krig och förtryck

Invandrare utgör långt ifrån en homogen grupp, trots att de ofta omnämns och behandlas som en sådan. De kommer från vitt skilda samhällen och kulturer, var och en med sin bakgrund och sina personliga motiv till att ha lämnat sitt hemland. Det enda de kan sägas ha gemensamt är att de har lämnat ett land för att söka sig till ett annat. Skälen till det skiljer sig väsentligt åt över tid. Medan 1950-, 60- och 70-talets invandrare i huvudsak sökte sig till Sverige för att trygga sin utkomst – och därmed också i hög grad bidra till landets välstånd – har invandringen under 1980- och 90-talet främst präglats av människor på flykt undan krig och förtryck.

Invandringen till Sverige nådde en topp 1994 med cirka 83 500 personer. En knapp femtedel var nordiska medborgare som flyttar fritt i Norden utan krav på uppehållstillstånd. Därutöver bestod invandringen nästan uteslutande av flyktingar eller nära anhöriga till tidigare invandrare, s k anknytningar. År 1970 hade Sverige också en mycket stor invandring, nästan 77 500. En väsentlig skillnad är dock att invandrarströmmen då kraftigt dominerades av arbetssökande finländare medan den de senaste åren främst har bestått av flyktingar från kriget på Balkan.

Somliga direktavvisas vid gränsen

Antalet asylsökande varierar kraftigt över tiden. Till en del kan fluktuationerna bero på vilka visumkrav

som för tillfället gäller samt invandringslandets principer för beviljande av uppehållstillstånd av humanitära skäl. En topp av asylsökande inträffade 1992, med 84 000 sökande. Antalet har därefter successivt sjunkit för att 1995 vara nere i 9 000. En del sökande avvisas direkt vid den svenska gränsen, antingen tillbaka till hemlandet eller omedelbart till tredje land. År 1992 skedde det i 9 procent av fallen, medan en fjärdedel av de asylsökanden direktavvisades 1994.

Tabell 1. *Invandring, asylsökande och direktavvisade 1990–1995*

År	Invandrade*	Asylsökande	Avvisade vid gränsen
1990	60 048	29 420	4 500
1991	49 731	27 341	4 300
1992	45 348	84 018	8 200
1993	61 872	37 581	2 500
1994	83 617	18 640	4 700
1995	45 900	9 047	1 520

* Personer som har beviljats uppehållstillstånd i Sverige (flyktingar/motsvarande, anknytningar, arbetsmarknadsskäl, gäststuderande, adoptivbarn) samt nordiska medborgare som inte behöver uppehållstillstånd i Sverige. Uppgifterna om invandrade och asylsökande avser inte samma personer.

Källa: SCB årsbok 1996

Främlingsfientlighet och motkrafter

Det svenska samhället har de senaste åren genomgått stora förändringar med ökad arbetslöshet, ekonomisk kris och förändringar i de sociala trygghetssystemen. Många människor hyser oro inför framtiden samtidigt som de inte längre känner igen sig i samhället. Ökad otrygghet och utanförskap kan utgöra grogrund för en skärpt polariseringen mellan olika grupper som

i sin tur kan leda till en mer öppen främlingsfientlighet. Diskrimineringsombudsmannen, DO, lät 1995 undersöka erfarenheter av diskriminering hos en grupp invandrare – afrikaner, polacker, chilenare och araber – som kom till Sverige mellan 1971 och 1991. Resultaten, som bygger på invandrarnas egna uppfattningar om diskriminering, visar bl a att de inte har fått arbete som de sökt och varit kvalificerade, att de har förnekats att köpa eller hyra bostad samt vägrats tillträde till restauranger. Mer än hälften av de tillfrågade afrikanerna uppgav dessutom att de hade utsatts för hot, förolämpningar eller trakasserier av andra än grannar, tex på gatan eller i tunnelbanan. Utvecklingen under 1980- och 90-talen har dock inte varit entydigt. Parallellt med framväxten av tilltagande främlingsfientlighet har olika grupper mobiliserat motkrafter för en toleranter inställning till flyktingar och invandrare och för en mer flyktingvänlig politik.

En åldrande befolkning

Av Sveriges befolkning den 31 december 1995 var drygt en femtedel under 18 år och knappt en femtedel över 65 år. Det har skett mycket små förskjutningar av andelen personer i de olika åldersklasserna de senaste 15 åren. Man får gå tillbaka till 1960 för att kunna notera en viss ökning av framförallt andelen äldre (över 65 år) och en motsvarande minskning av andelen under 20 år. Andelen mellan 20 och 64 år har dock varit i princip varit oförändrad.

Minskat barnafödande

Födelsetalet som ökade kraftigt i slutet av 1980-talet för att kulminera 1990 har därefter kontinuerligt minskat. År 1995 var det nere på samma nivå som i våra grannländer. År 1995 födde svenska kvinnor i genomsnitt 1,7 barn. Som en jämförelse kan nämnas att italienska och spanska kvinnor i genomsnitt födde 1,2 barn medan de isländska kvinnornas födelsetal i

genomsnitt var 2,2 barn. För att storleken på en befolkning skall bli oförändrad (reproduceras) krävs att varje kvinna föder i genomsnitt 2,1 barn. Endast ett fåtal länder i Europa har idag ett fruktsamhetstal som ligger över den s k reproduktionsnivån.

De gamla lever allt längre

Andel äldre i befolkningen är hög. Mellan 1950 och 1990 fördubblades nästan andelen personer som var 65 år eller mer. Den stora ökningen av andelen ålderspensionärer har dock temporärt stannat upp, främst på grund av de små ålderskullarna från 1930-talet. Andelen ålderspensionärer kommer dock att öka igen en bit in på 2000-talet, när de stora barnkullarna från mitten av 1940-talet kommer i pensionsåldern.

Samtidigt som andelen personer som träder in i pensionsåldern under ett antal år har minskat lever de gamla allt längre. Gruppen över 75 år ökade mellan åren 1990 och 1994 med 33 000. Dödsrisken sjunker för samtliga åldrar, även för de riktigt gamla mellan 95 och 99 år. Utvecklingen är ungefär densamma i flertalet industriländer. Medellivslängden var 1995 för män 76,1 år och för kvinnor 81,4 år. Endast Japan har en högre medellivslängd för både män och kvinnor.

Snabb ökning av äldre invandrare

Socialstyrelsen gjorde i samband med ett regeringsuppdrag om äldre invandrare en prognos över utvecklingen fram till år 2010. Då kunde konstateras att invandrarna var yngre än svenskarna som kollektiv, men att andelen äldre med invandrarbakgrund skulle öka väsentligt under perioden. Antalet äldre finländare, som är den grupp som bedömdes öka mest, kommer att tredubblas under perioden.

Tabell 2. Demografiska förändringar år 1970–1995

År	Födda	Döda	Invand- rare	Utvand- rare	Folk- ökning
1970	110 150	80 026	77 326	28 653	79 034
1980	97 800	91 800	39 426	29 839	14 769
1990	123 938	95 161	60 048	25 196	63 583
1995	103 326	93 910	45 951	34 469	20 898

Källa: SCB befolkningsstatistik 1995

En ändrad befolkningssammansättning, med gamla som lever allt längre och ett minskat barnafödande, har bl a betydelse för socialtjänstens planering av insatser och dimensioner av resurser för barn och gamla.

Den ekonomiska utvecklingen

Överhettningen av svensk ekonomi i slutet av 1980-talet blev inledningen till en djup ekonomisk kris. BNP – den samlade produktionen av varor och tjänster – minskade reellt under 1990-talets första tre år. Det ledde till stigande arbetslöshet och ekonomisk obalans. Under fem år förlorades 526 000 arbetstillfällen eller drygt vart åttonde jobb. Ekonomin började återhämtas 1994, men fortfarande är den öppna arbetslösheten hög.

Den ekonomiska krisen ledde till att budgetunderskottet och statsskulden ökade. Statsskulden var 1 386 miljarder kronor vid utgången av 1995, vilket motsvarade cirka 85 procent av BNP. Räntan beräknas uppgå till cirka 105 miljarder kronor 1995. Det motsvarar 80 procent av socialtjänstens kostnader. Regeringen antog våren 1993 ett program för att begränsa den offentliga sektorns utgifter. Successivt har programmet utökats och omfattar nu cirka 126 miljarder kronor. Regeringen har också infört ett tak för de statliga utgifterna från 1997.

Besparingarna har lett till ett minskat budgetunder-

skott. I år (1996) beräknas underskottet uppgå till 152 miljarder kronor eller drygt 9 procent av BNP. För att Sverige skall kunna uppfylla EU:s konvergenskriterier får underskottet vara högst 3 procent av BNP år 1997. I regeringens konvergensprogram anges att underskott skall elimineras till 1998.

1990-talets svåra ekonomiska läge har lett till minskade statliga bidrag till kommunerna och också till kommunalt skattestopp under några år. Kommunernas ekonomiska situation beskrivs närmare i ett senare kapitel.

Minskad arbetskraft, ökad arbetslöshet

Enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar, AKU, definieras arbetskraften som samtliga personer i åldern 16–64 år som är sysselsatta eller som saknar arbete, trots att de vill och kan arbeta. I arbetskraften ingår, enligt samma definition, inte hemarbetande, studerande, pensionärer samt arbetsoförmögna och sådana som vistas utomlands. Man brukar dock räkna med att det också i denna grupp finns personer som, trots att de önskar och kan arbeta, ändå inte har sökt arbete. Det är de s k latent arbetssökande. Hit räknas också heltidsstuderande som söker arbete.

Enligt AKU minskade arbetskraften mellan 1990 och 1994 med nästan 300 000 personer. En påtaglig minskningen skedde i åldersgruppen 16–24 år, vilket tyder på att en ökande andel ungdomar väljer att studera i stället för att ge sig ut på en osäker arbetsmarknad. Det bekräftas av att antalet studerande och värnpliktiga ökar bland dem som inte ingår i arbetskraften. Både mäns och kvinnors heltidsarbete har minskat, dock mer bland männen än bland kvinnorna. Medan männens deltidsarbete har ökat något under perioden har kvinnornas minskat eller hållits oförändrat.

Andelen utländska medborgare¹ som inte ingår i arbetskraften har under perioden nästan fördubblats, från lite mer än 25 procent till drygt 43 procent.

Arbetslösheten femfaldigad

Den öppna arbetslösheten har nästan femfaldigats under perioden 1990–1995, från knappt 2 procent år 1990 till nästan 8 procent i december 1995. Arbetslösheten sjönk något under de tre första kvartalen 1995 jämfört med året innan men återgick under årets sista kvartal till ungefär samma nivå som sista kvartalet 1994. Männen drabbades genomgående i större utsträckning av arbetslöshet än kvinnorna under åren 1990–1994, medan däremot kvinnorna i större utsträckningen än männen ställdes utanför arbetsmarknaden under 1995. Under hela perioden har arbetslösheten varit mest utbredd bland ungdomar i åldern 16–24 år.

Även arbetslöshetstidens längd har ökat kraftigt. Antal arbetslöshetsveckor fördubblades nästan mellan 1990 och 1994, från i medeltal 14,7 till 27,6 veckor. Medan omkring 11 000 personer var arbetslösa i 27 veckor eller mer år 1990 var 130 000 personer arbetslösa under motsvarande tid 1994.

Utländska medborgare har under hela perioden uppvisat en väsentligt högre arbetslöshet än svenska medborgare. Andelen utländska medborgare som är i arbete har minskat från nästan 72 procent år 1990 till 45 procent år 1994, samtidigt som arbetslösheten ökade från knappt 3 procent till nästan 12 procent.

Ett generellt socialförsäkringssystem

Det svenska socialförsäkringssystemet är generellt, vilket innebär att det är obligatoriskt och omfattar samtliga medborgare. Till övervägande del är systemet uppbyggt efter inkomstbortfallsprincipen. Genom omfördelning av ekonomiska resurser, dels mel-

¹ AKU utgår i sin redovisning från medborgarskap, inte födelseland.

lan olika skeden i livet, dels från hög- till låginkomsttagare, är den enskilde tillförsäkrad ekonomisk trygghet vid sjukdom, handikapp, arbetslöshet och ålderdom. Valfärdssystemet inrymmer också ekonomiskt stöd till barnfamiljer, bl a i syfte att utjämna levnadsvillkoren mellan familjer med och utan barn.

Nästan en tredjedel av BNP till sociala utgifter

Socialförsäkringarna finansieras huvudsakligen av sociala avgifter och statliga medel. Medan barnbidragen, bidragsförskotten och bostadstillägg för pensionärer uteslutande finansieras av statliga medel, finansieras ATP och delpensionerna fullt ut av sociala avgifter. Folkpensionerna finansieras till ungefär lika stor del av statliga medel och sociala avgifter. Sjuk- och föräldraförsäkringen slutligen finansieras till största del av sociala avgifter, med ett tillskott av statliga medel.

Samhällets – statens, landstingens och kommunernas – samlade utgifter för hälso- och sjukvård, barnomsorg, äldre- och handikappomsorg samt andra sociala utgifter beräknades under budgetåret 1994/95 uppgå till 470–480 miljarder kronor. Det motsvarar omkring 29 procent av BNP, vilket är ungefär samma andel som i flertalet övriga EU-länder. Staten och socialförsäkringarna svarade för omkring 303 miljarder kronor av de totala utgifterna. Socialförsäkringens kostnader minskade mellan budgetåret 1991/92 och 1994/95 med omkring 17 000 miljoner kronor.

Tabell 3 . Socialförsäkringens kostnader

År	Kostnad (miljoner kronor)
1991/92	320 000
1992/93	304 000
1993/94	295 000
1994/95	303 000

Källa: Riksförsäkringsverkets årsredovisning 1995

Ökningen mellan 1993/94 och 1994/95 beror främst på att kostnaderna för bostadsbidragen ökade samt att antalet ATP-pensionärer ökade och att dessa hade rätt till högre pension än de som lämnade systemet.

Stödet till barnfamiljerna

Statens direkta ekonomiska stöd till barnfamiljerna omfattar barnbidrag, bostadsbidrag, föräldraförsäkring, vårdbidrag, bidragsförskott och bampension.

Trots nedgången i antal födda under 1990-talets första hälft ökade antalet barnbidragsberättigade barn mellan 1991 och 1994 från knappt 1,7 miljoner till nästan 1,8 miljoner. Det hänger samman med att antalet barn som passerar 16-årsgränsen varit lägre än antalet födda, samtidigt som det finns en positiv nettoimmigration. Antalet beslut om bidragsförskott ökade också under samma period, från knappt 104 500 år 1991 till nästan 116 000 år 1994. Kostnaderna för föräldrapenning vid barns födelse har minskat under perioden, p g a nedgången i antalet nyfödda barn medan kostnaderna för bostadsbidrag har ökat kraftigt.

Fler stödformer än andra länder

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi vid finansdepartementet (ESO) har i en studie jämfört det samlade stödet till barnfamiljerna i Sverige, Norge, Finland, Danmark, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland. (Samhällets stöd till barnfamiljerna i Europa. Ds 1996:49) Uppgifterna är i huvudsak hämtade från 1993. Som stöd räknas samhällets utgifter för transfereringar och skattesubventioner samt kostnaderna för offentligt finansierade tjänster. I rapporten framgår att det samlade stödet för ett barn "från vaggan till studenten" var nästan dubbelt så stort i Norge och Sverige (1,3 miljoner SEK för ett barns första nitton levnadsår) som i Nederländerna (0,7 miljoner SEK) och Storbritannien (0,8 miljoner SEK). Författarna konstaterar att Sverige och Norge

har "mycket av allt", dvs en kombination av många olika stödformer och relativt sett höga utgifter för flertalet av dem. De svenska barnbidragen är dock låga i en internationell jämförelse.

Ersättning vid sjukdom och handikapp

Det ekonomiska stödet vid sjukdom och handikapp innefattar sjukpenning, förtidspension, öppen sjukvård, tandvård, läkemedel, handikappersättning, vårdbidrag, övrig sjukvård och rehabilitering. Socialförsäkringens kostnader för stöd vid sjukdom och handikapp har minskat. Framförallt har kostnaderna för sjukpenningarna sjunkit.

Antal anmälningar för sjukpenning minskade från nästan 5 miljoner budgetåret 1991/92 till 1,2 miljoner budgetåret 1994/95. Enligt RFV, som på regeringens uppdrag hösten 1994 undersökte effekterna av karensdagen, uppgav 9 procent av de tillfrågade att de tagit semester och 10 procent att de tagit ut kompensationsledighet vid ett eller flera tillfällen istället för att sjukskriva sig.

Försäkring vid ålderdom

Försäkring vid ålderdom omfattar ålderspension (folkpension och ATP), delpension, omställningspension, särskilt pensionstillägg samt bostadstillägg.

Antalet ålderspensionärer har de senaste åren endast ökat med mindre än en halv procent om året. Däremot ökar antalet pensionärer med ATP kontinuerligt samtidigt som ATP-pensionärernas genomsnittliga pension ökar, mätt i procent av basbeloppet. Kostnadsutvecklingen har också enligt Riksförsäkringsverket påverkats av ökade utgifter för kommunala bostadstillägg, främst som följd av en rad regeländringar, av inflationen som påverkar basbeloppet samt av förändrade regler för beräkning av basbeloppet.

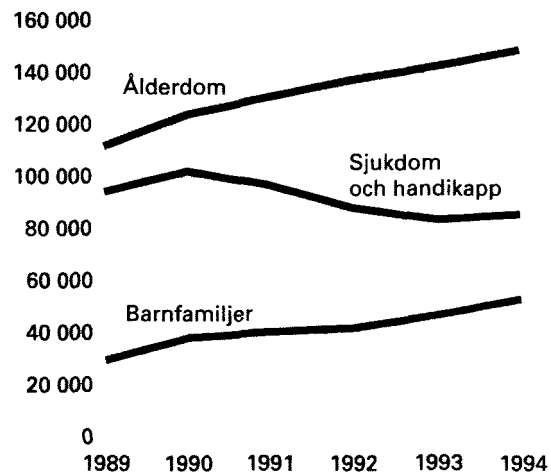


Diagram 2. Utveckling av socialförsäkringens kostnader för stöd till barnfamiljer, ersättning vid sjukdom och handikapp samt vid ålderdom 1989-1995. Miljoner kronor

Källa: Riksförsäkringsverkets årsredovisningar 1994 och 1995

Besparingar i socialförsäkringarna

För att komma tillrätta med obalansen i statens utgifter har såväl den borgerliga regeringen vid periodens början som den socialdemokratiska vid dess slut genomfört besparingar i de samlade sociala utgifterna. Åtgärder har främst inriktats på sänkta ersättningsnivåer, men också systemens konstruktion med ersättningar relaterade till inkomstbortfallet har diskuterats. Det har t ex diskuterats om inte det nuvarande försäkringssystemet borde ersättas av en grundtrygghetsersättning som den enskilde medborgaren själv kompletterar med privata försäkringar. Trots den kritik som har riktats mot nuvarande transfereringssystem har konstruktionen inte övergivits. Däremot har det alltmer kommit att uppmärksammas att vissa struk-

turfel i stödssystemen i kombination med bristande kontrollmöjligheter inbjuder till fusk och överutnyttjande. Enligt RRV:s bedömning kan samhällets samlade kostnader för fusk, överutnyttjande och systembrister vad gäller förmåner och bidrag av social karaktär uppgå till 3–5 miljarder kronor årligen.

Sverige och Europa

Inom EU hör samarbetet om de sociala frågor hemma i den s k tredje pelaren bland övriga inrikes och rättsliga frågor. Besluten är dock inte av överstatlig karaktär utan de grundas på överenskommelse mellan staterna. De sociala utgifterna i många EU-länder är stora. I vissa fall uppgår de till omkring 30 procent av BNP. De höga kostnaderna har gjort medlemsländerna obenäga att överlåta åt överstatliga organ att besluta om hur medlen skall fördelas.

Samma problem, liknande lösningar

Trots att länderna sinsemellan uppvisar stora olikheter delar de ändå vissa problem som är av grundläggande betydelse för välfärdspolitikens utformning. Förändrade familjestrukturer, stigande sjukvårdskostnader, hög arbetslöshet och låg sysselsättningsgrad samt ökad social utslagning är erfarenheter som mer eller mindre samtliga länder i Europa delar. Att komma tillrätta med systembrister, stigande kostnader och – inte minst – mänskligt lidande är därför av gemensamt intresse för länderna. Den ökande internationa-

liseringen gör det naturligt för länderna att vända sig till varandra för idéer och erfarenhetsutbyte när de skall utforma och reformera sina välfärdssystem. På sikt kommer det sannolikt innebära att systemen kommer att konvergera, dvs alltmer likna varandra.

Även om den svenska sociallagstiftningen och socialtjänstens organisation inte direkt berörs av det svenska medlemskapet medför det ändå att socialtjänsten i olika sammanhang ställs inför nya problem och frågeställningar. En sådan fråga är t ex bedömningen av bistånd till EU-medborgare som har kommit hit för att studera eller söka arbete.

Fortsatt restriktiv alkohol- och narkotikapolitik

En annan angelägen fråga som diskuterades i samband med medlemsskapsförhandlingarna var i vilken mån Sveriges som medlem i EU skulle ges möjlighet att fortsätta bedriva en restriktiv alkohol- och narkotikapolitik. Många europeiska länder delar inte Sveriges stränga syn på narkotika utan intar en mer liberal hållning. I det sammanhanget uttrycktes det farhågor över att detta även skulle kunna påverka den svenska narkotikapolitiken. Till hotbilden lades att slopade gränskontroller kunde innebära risk för en ökad införsel av narkotika till Sverige. Också i synen på alkohol skiljer sig Sverige från övriga medlemsländer, Finland undantaget. Sverige fick dock i medlemskapsförhandlingarna i stort sett acceptans för sin alkoholpolitiska linje att hålla tillbaka konsumtionen för att därmed begränsa alkoholens skadeverkningar.

Referenser

1. Diskrimineringsombudsmannen. *Invandrare om diskriminering*. 1995
2. Ds 1996:49. *Samhällets stöd till barnfamiljerna i Europa*. Finansdepartementet 1996
3. Proposition 1996/97:1. *Förslag till statsbudget 1997*
4. Regeringens skrivelse 1995/96:194. *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*
5. RFV. *Socialförsäkringen*. Årsredovisning 1993/94 och 1994/95.
6. SCB. *Folkmängden och dess förändringar i kommuner och församlingar m m*. Befolkningsstatistik år 1995. SCB, 1996
7. SCB. *Folkmängden efter kön, ålder och medborgarskap m m*. Befolkningsstatistik år 1995. SCB, 1996
8. SCB. Statistiska meddelanden (AKU) *Arbetskraftsundersökningarna år 1985–1994*. SCB, 1995
9. SCB. *Statistisk årsbok 1996*
10. SCB. *Välfärdsbulletinen* nr 6, 1993
11. Socialstyrelsen. *Sjukvården i Sverige 1995*. SoS-rapport 1995:25
12. SOU 1995:75. *Svensk flyktingpolitik i ett globalt perspektiv*. Betänkande av Flyktingpolitiska kommittén.
13. Statens Invandrarverk. *Rasismens varp och trasor*. SIV 1995
14. Utrikesdepartementet. *Sverige och den västeuropeiska integrationen*. Sammanfattning av konsekvensutredningarna. Mars 1994

Kommunernas roll i välfärdspolitiken



Kommunernas yttersta ansvar och den enskildes rättigheter

Socialtjänsten utgör en central del av välfärdspolitiken. Genom att tillgodose individuella, snarare än generella, behov hos socialt och ekonomiskt underprivilegierade grupper utgör socialtjänstens insatser ett viktigt komplement till de allmänt riktade ekonomiska stödsystemen. Socialtjänsten tillgodoser också service- och omvårdnadsbehov hos stora grupper människor, inom äldre- och handikappomsorgen och barnomsorgen. Socialtjänstreformen för snart femton år sedan betonade särskilt socialtjänstens servicefunktion och den enskildes rätt till bistånd som tillförsäkrade honom en skälig levnadsnivå. Härigenom kom kommunens viktiga socialpolitiska roll att stärkas. I samband med bl a Ädelreformen 1992 och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) år 1994 har kommunens ansvar gentemot dem som bor eller stadigvarande vistas i kommunen ytterligare förstärkts och utvidgats.

I såväl socialtjänstlagen (SoL) som LSS finns bestämmelser som reglerar den enskildes rätt och kommunens motsvarande skyldighet. Avslag på begäran om bistånd enligt SoL och insats enligt LSS kan överklagas till länsrätten och vidare till kammarrätt och i vissa fall till Regeringsrätten. Att den enskilde i domstol ges rätt till insatsen innebär emellertid inte alltid att han därmed får del av den inom rimlig tid. Socialstyrelsen har bl a i uppföljningen av handikappreformen uppmärksammat att det förekommer att huvudmännen, främst av ekonomiska skäl, underlåter att i tid verkställa domstolsutslag om rätt till insats enligt LSS. Det förekommer också när det är fråga om bistånd enligt SoL. Enligt domstolsutslag i allmän domstol gör sig kommunalpolitiker som vägrar att följa utslag i läns- och kammarrätt skyldiga till tjänstefel.

Vidgat ansvar för kommunerna

Flera olika reformer under 1990-talets första hälft har inneburit nya uppgifter för kommunerna och ett ökat ansvar för de medborgare som bor eller vistas i kommunen. De mest genomgripande förändringarna har genomförts inom äldre- och handikappområdet, där kommunerna har fått överta uppgifter som tidigare vilade på främst landstinget. Ekonomiskt har kommunerna kompenserats genom s k skatteväxling. I samband med Ädelreformen 1992 fick kommunerna det samlade ansvaret för långvarig vård och service av äldre och funktionshindrade personer. Det innefattar bl a en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer och bostäder med särskild service samt att under vissa förutsättningar bedriva sjukvård. Överföringen av den somatiska långtidsvården från landsting till kommunerna berörde nästan en tredjedel av landstingens vårdplatser.

År 1994 trädde LSS i kraft. I samband med LSS-reformen fick kommunen ansvar för att de personer som tillhör lagens personkrets får det stöd och den service som de har rätt till. Det inbegriper bl a biträde av personlig assistent, ledsagarservice och kontaktperson. Undantag har gjorts för rådgivning och personligt stöd som åvilar landstinget samt kostnader för personlig assistans om den enskildes behov överstiger 20 timmar per vecka. I dessa fall svarar försäkringskassorna för handläggning och ersättning.

År 1995 genomfördes psykiatrireformen, ibland kallad Psykädelreformen. Kommunerna fick då ansvar för patienter som bedöms vara medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska vården, vilket bl a innebär att patienter som bor i särskilda boendeformer av kommunerna skall erbjudas hälso- och sjukvård, i likhet med vad som gäller enligt Ädelreformen.

Inte bara Ädel och LSS

Samtidigt skärptes kommunernas ansvar för barn och familjer. Genom ändringar i SoL 1995 ålades kommunerna ansvar för att föräldrar erbjuds samarbetsamtal i syfte att nå enighet i frågor som rör vårdnad och umgänge. Samma år överfördes huvudmannaskapet för familjerådgivningen till kommunerna. Kommunens ansvar för förskole- och skolbarnsomsorgen för de barn som stadigvarande vistas i kommunen förtydligades genom nya bestämmelser i SoL år 1995. Det innebär bl a att kommunerna är skyldiga att tillhandahålla förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg i olika former för barn upp till 12 år, i den omfattning som behövs med hänsyn till föräldrarnas förvärvsarbete, studier eller barnets eget behov. Utbildningsdepartementet tog våren 1996 över barnomsorgsfrågorna från Socialdepartementet, vilket på myndighetsnivå innebär att ansvaret för barnomsorgen överförs från socialtjänsten till skolan.

Från länsstyrelserna har kommunerna vidare övertagit uppgiften att meddela serveringstillstånd för alkohol samt att utreda och ansöka om vård av missbrukare utan eget samtycke. Utvecklingen har dock gått i motsatt riktning vad gäller att svara för den vård som ges med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Här tog staten över ansvaret från kommunerna den 1 april 1994. Staten svarar också från samma tidpunkt för vården vid de särskilda ungdomshemmen enligt 12 § lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Ökad frihet för kommunerna

Den nya kommunallagen 1992 gav kommunerna en ökad frihet att utforma sin nämnd- och förvaltningsstruktur. Så gott som samtliga kommuner har använt sig av de möjligheter som den nya lagen öppnade. Försök med decentralisering av kommunal verksamhet, bl a för att öka den lokala demokratin, har pågått

sedan 1980. Våren 1993 hade 21 kommuner någon form av decentraliserad kommunorganisation i form av kommundelsnämnder. I många av kommunerna gäller decentraliseringen också ansvaret för socialtjänsten. Enligt Svenska Kommunförbundet hade mer än 40 procent av kommunerna en barn- och utbildningsnämnd 1995. Tre fjärdedelar av kommunerna hade socialnämnd och 15 procent hade omsorgsnämnd.

Den traditionella styrningen av kommunal verksamhet utförs av politiska förtroendevalda i nämnderna. De har det politiska ansvaret för verksamheten, fastställer mål och ritlinjer samt anvisar resurser. I stort sett samtliga kommuner hade förändrat nämnd- och förvaltningsorganisationen under åren 1992–1993. Inom socialnämndens område har de traditionella uppgifterna inom barnomsorg, äldreomsorg och individ- och familjeomsorg lagts ut på separata nämnder med skiftande beteckningar och varierande ansvarsområden.

Kommunerna har under 1990-talet prövat nya verksamhetsformer och styrmodeller. De olika ekonomiska styrmodeller som har tillämpats är anslagsstyrning, beställar-utförarmodeller, entreprenaddrift, kundvalssystem och resultatenheter. Anslagsstyrning med traditionell nämndförvaltningsmodell är fortfarande den vanligaste styrformen inom socialtjänstens område.

Skillnad i tillgång och efterfrågan mellan kommunerna

Tillgång till och efterfrågan på social service varierar mellan olika kommuner och kommungrupper. Olika heterna har bl a sin utgångspunkt i kommungruppernas skilda förutsättningar, bl a vad gäller förvärvsfrekvens, åldersstruktur och arbetslöshet. Den höga förvärvsfrekvensen bland män och kvinnor och den stora andelen små barn i förortskommunerna har t ex betydelse för efterfrågan på barnomsorg där, medan

det stora antalet mycket gamla i glesbygdskommunerna påverkar äldreomsorgens organisation och omfattning.

Kommungruppsbegreppet förklaras närmare i bilaga 2.

Andelen inskrivna barn i *barnomsorgen* varierar mellan 51 procent i landsbygdskommunerna och 59 procent i förortskommunerna. Barntätheten är i genomsnitt 5,5 heltidsbarn per årsarbetare, med relativt liten spridning mellan kommunerna.

Inom *äldreomsorgen* varierar andelen personer över 80 år som bor i särskilda boendeformer mellan 15 och 40 procent i de olika kommungrupperna. Andelen personer över 80 år som bor i det egna hemmet med social hemhjälp och/eller hemsjukvård varierar mellan 5 och 40 procent mellan kommungrupperna.

Närmare 40 000 personer med funktionshinder hade den 1 januari 1996 beslut om insats enligt LSS. Det motsvarar 0,5 procent av landets befolkning. Här föreligger inga stora skillnader mellan kommunerna. I glesbygdskommunerna är andelen något högre än riksgenomsnittet (0,6) och i förortskommunerna något lägre (0,4). Flertalet personer som fick stöd var mellan 23 och 64 år. Åldersmönstret var i stort sett detsamma i hela landet.

Inom individ- och familjeomsorgen är det skillnader mellan kommunerna vad gäller genomsnittligt utbetalt *socialbidrag*. Lägst var bidraget i glesbygdskommunerna (16 200 kronor) och högst var det i storstäderna (33 500 kronor). Orsakerna kan främst sökas i längre bidragstider och högre hyror i storstäderna. Om det i kommunen finns höga andelar utländska medborgare, ensamstående kvinnor med barn, ensamstående män utan barn, flyktingar och invånare i tätort är det en indikation på att kommunen har höga socialbidragskostnader.

Det föreligger också kommunala skillnader vad gäller barn placerade för vård utanför hemmet och insatser för vuxna missbrukare. I storstäderna placerades 8,4 barn per 1 000 invånare i åldern 0–20 år i familjehem medan det i övriga kommungrupper va-

rierade mellan drygt 4 och 6. Också det genomsnittliga antalet barn placerade i HVB vare störst i storstäderna där antalet uppgick till drygt 6 per 1000 invånare i åldern 0–20 år. I övriga kommungrupper rörde sig antalet placeringar mellan drygt 1 och 4. Vad gäller vuxna missbrukare är det genomsnittliga antalet placeringar för vård störst i storstäderna. De var 439 att jämföras med 213 i kommunerna med lägst antal. Storstäderna hade också har längst genomsnittlig vårdtid. 107 dygn medan den kortaste vårdtiden var 53 dygn i de minsta kommunerna.

Ny socialtjänstlag?

Hösten 1994 lade Socialtjänstkommittén efter tre års arbete förslag till en ny socialtjänstlag. I sitt slutbetänkande året därpå avgav kommittén förslag till lag om dokumentation och socialregister m m. Därutöver har kommittén i ett delbetänkande behandlat frågor rörande kompetens och kunskapsutveckling inom socialtjänsten.

Frågan om socialtjänstlagens regler om rätten till bistånd behandlade kommittén i enlighet med sina direktiv med förtur. I ett första delbetänkande våren 1993 avlämnade kommittén förslag inom detta område, som bl a innebar lagstiftning om en s k riksnorm. Genom att rätten till bistånd preciserades, både avseende de poster som skulle ingå i den dagliga livsföringen och på vilket sätt beräkningen av stödet skulle ske, ville man komma tillrätta med den kritik som från skilda utgångspunkter riktats mot regleringen av rätten till bistånd i SoL. Kritiken har dels gällt risken för bristande rättssäkerheten för den enskilde, dels – framförallt från kommunalt håll – den centrala roll som staten genom förvaltningsdomstolarna har fått när det gäller bedömningen vad som är skälig levnadsnivå.

Kommittén konstaterade i sitt huvudförslag att de övergripande målen för socialtjänstens arbete alltså har giltighet, varför man avstod från att lägga några förslag i den delen. Däremot gavs frågor som

har att göra med kvalitet och kvalitetsutveckling samt uppföljning och utvärdering en framskjuten roll. Man lyfte också fram socialtjänstens skyldighet att bedriva annat än individuellt inriktat arbete genom att ge socialtjänsten ansvar för insatser också på samhälls-, grupp- och områdesnivå.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Socialtjänsten och de nya styr-systemen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:1
2. Socialstyrelsen. *Jämförelsetal för socialtjänsten 1995*. Tillsammans med Svenska Kommunförbundet och SCB. 1996
3. SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande av socialtjänstkommittén.
4. Socialstyrelsen. *Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen. Beställar-utförarmodellen*. SoS-rapport 1995:20
5. Svenska Kommunförbundet. *Kommunalt förtroendevalda*, 1995

Kommunernas ekonomi



Statens styrning av kommunerna

Staten har under 1990-talet minskat lagregleringen och detaljstyrning av kommunernas verksamhet. Staten anger nu mål och riktlinjer för verksamheten och följer upp hur verksamheten utvecklas i förhållande till målen. Uppföljningen gäller ekonomi, behov och efterfrågeförändringar samt utveckling av produktivitet och effektivitet. Kommunerna beslutar sedan om de effektivaste formerna för att utföra det statliga uppdraget. Staten ger också finansiella ramar för kommunernas verksamhet i form av statsbidrag. Staten har dessutom under några år på 1990-talet beslutat om restriktioner för uttag av kommunalskatt.

Ändrade statsbidrag

Under 1990-talet har statsbidragssystemet till kommunerna ändrats flera gånger. Ett tiotal specialdestinerade statsbidrag till kommunerna (bl a statsbidragen till barnomsorg, social service, färdtjänst och hemspråk) ersattes fr o m 1993 med ett generellt statsbidrag, utjämningsbidraget. Detta bestod av en inkomstutjämningsdel, en strukturstötsdel och ett tillägg för befolkningsminskning. Genom inkomstutjämningsgarantierades varje kommun en minsta inkomstnivå. Bidraget påverkades av strukturella förhållanden som åldersstruktur, social struktur, klimat och glesbygd/tätort. Systemet ökade kommunernas möjlighet att utforma sin verksamhet utifrån lokala förutsättningar.

Nytt statsbidragssystem fr o m 1996

Från och med 1996 införs ett nytt utjämnings- och statsbidragssystem (prop. 1995/96:64, bet. 1995/96:FiU5, rskr. 1995/96:116). Samtidigt avskaffas statsbidraget till missbrukarvård och ungdomsvård. Det nya utjämningsystemet syftar till att ge kommunerna

likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva kommunal basverksamhet.

Inkomstutjämningsgaranterar alla kommuner en lika stor beskattningsbar inkomst per invånare. Sammanlagt omfördelas i inkomstutjämnings omkring 8 miljarder kronor mellan kommunerna 1996. Kostnadsutjämnings syftar till att utjämna för strukturella skillnader (t ex beroende på åldersstruktur) i kommunala basverksamheter. Kommuner med ogynnsamma strukturella förhållanden i relation till genomsnittet får ett bidrag från staten, övriga betalar en avgift. I kostnadsutjämnings omfördelas omkring 5 miljarder kronor mellan kommunerna år 1996. Bidragssystemet omfattar vidare ett generellt statsbidrag med ett visst antal kronor per invånare till alla kommuner.

Genom det nya utjämningsystemet skall alla kommuner ges samma förutsättningar. Målet är att det inte skall finnas några "rika" eller "fattiga" kommuner. Det nya statsbidragssystemet införs successivt under åtta år fr o m 1996. En parlamentarisk utredning skall utvärdera systemet.

DET NYA UTJÄMNINGSSYSTEMET

Inom **barnomsorg** tas hänsyn till barnens åldrar (1–2 år, 3–6 år, 7–9 år). Behovet av barnomsorg skattas genom föräldrarnas förvärvsfrekvens, skattekraft och befolkningstäthet.

För **äldreomsorgen** tas hänsyn till de äldres åldersstruktur (65–74 år, 75–84 år, 85–w år), könsfördelning, yrkesbakgrund, samboendeförhållanden och glesbygd.

För **socialbidrag, missbrukarvård och vård av unga** tas hänsyn till kommunernas andel ensamstående kvinnor med barn upp till 15 år, finska och utomnordiska medborgare, bebyggelsetäthet samt flyttande över församlingsgränser.

Kommunernas intäkter

1990-talets svåra ekonomiska läge har lett till minskade statliga bidrag till kommunerna. Under några år har det också rått kommunalt skattestopp. Mer än hälften av kommunernas intäkter kom 1995 från kommunalskatt. Statsbidragen stod för 17 procent och avgifter för omkring 16 procent.

Under femårsperioden har statsbidragen minskat i betydelse medan andelen skatteintäkter har ökat. Andelen avgiftsintäkter har varit ungefär oförändrad.

Skattestopp de flesta åren

Skatteintäkterna har ökat med nästan 40 procent – eller 48 miljarder kronor – under perioden 1990–1995. Det beror till största delen på skatteväxling mellan landsting och kommun. Skattesatserna har höjts marginellt, bara med 2 procent. Under perioden 1991–1993 rådde kommunalt skattestopp. De kommuner som inte höjde skatten 1994 fick en särskild ekonomisk kompensation. Endast två kommuner höjde skatten 1994. Inför 1995 höjde ungefär en fjärdedel av kommunerna skatten. Av varje 100-lapp i beskattningsbar inkomst betalade en kommuninvånare år 1995 i genomsnitt drygt 19 kr i kommunalskatt (exklusive landstings- och församlingsskatt).

Minskade statsbidrag

Statsbidragen till kommunerna har minskat med 23 procent – 15 miljarder kronor – i fasta priser under perioden. Det beror till viss del på att några statligt finansierade transfereringar, som KBT och SKBT (kommunala bostadstillägg och statskommunala bostadsbidrag), har upphört. Vissa statsbidrag (tex flyktningbidrag) påverkas vidare av verksamhetsvolymen. En ytterligare orsak är att statsbidragen inte har räknats upp med hänsyn till pris- och löneökningarna.

För de närmaste åren har regeringen angivit att de generella statsbidragen till kommunsektorn skall vara

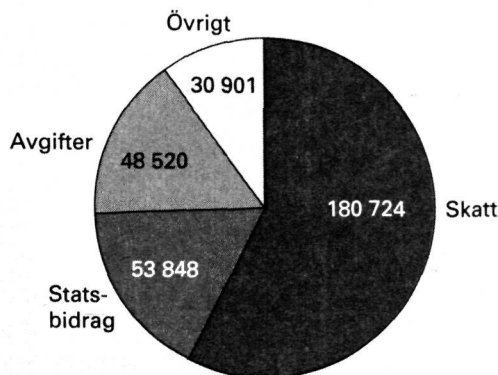


Diagram 3. Fördelning av kommunernas intäkter 1995. Miljoner kronor

Källa: Räkenskapssammandrag, SCB

nominellt oförändrade med undantag av regleringar med hänsyn till den sk finansieringsprincipen. Denna innebär att kommuner inte skall åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter.

Kommunernas kostnader för socialtjänsten

Barnomsorg, äldre- och handikappomsorg samt individ- och familjeomsorg kostade tillsammans omkring 132 miljarder kronor år 1995. Det är cirka 8 procent av BNP. Kostnaderna för socialtjänsten utgör nästan hälften av kommunernas totala kostnader. *Äldre- och handikappomsorg* har genom Ädelreformen blivit det största av socialtjänstområdena. Det svarar för drygt hälften av kostnaderna. *Barnomsorg* svarar för ungefär 30 procent och *individ- och familjeomsorg* för knappt 20 procent.

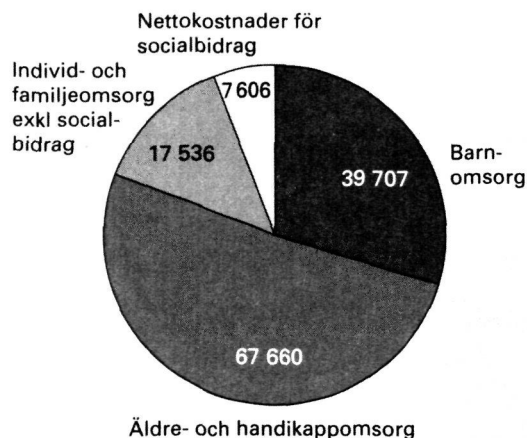


Diagram 4. Kostnader för socialtjänstens verksamheter 1995. Miljoner kronor

Källa: Räkenskapsammandrag, SCB

Kostnadsökningen beror mest på ny verksamhet

Kostnaderna för socialtjänsten har ökat mer än för den kommunala verksamheten i sin helhet. Det beror till största delen på att kommunerna fått ansvar för ny verksamhet. Av kostnadsökningen under perioden 1990–1995 på sammanlagt 43 miljarder kronor svarade övertagandet av verksamhet genom Ädelreformen för ungefär hälften. Inom ramen för handikappreformen har kommunerna fått vidgat ansvar för stöd och service till vissa funktionshindrade. Kommuner-na har också övertagit ansvaret för omsorgerna om utvecklingsstörda samt, i samband med Psykiadelreformen, kostnadsansvaret för patienter som bedöms vara medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska vården.

Stora skillnader i prioriteringar mellan kommunerna

Befolkningsskillnader och andra olikheter i behov återspeglas i kommunernas prioritering av socialtjänst-områdena. Så har t ex glesbygdskommunernas barn-omsorgsverksamhet minst andel av socialtjänstens kostnader och förortskommunerna högst. Glesbygdskommunerna (och storstäderna) har en något lägre andel förskolebarn (drygt 7 procent) än förortskommunerna, som har den högsta andelen (9 procent).

I gengäld satsar glesbygdskommunerna mest relativt sett på åldringsvården och förortskommunerna minst. Det beror på att andelen äldre är mycket större i glesbygdskommunerna, där 23 procent av invånarna är 65 år eller äldre mot förortskommunernas 12 procent.

Storstäderna har högst andel kostnader för individ- och familjeomsorgen och glesbygdskommunerna lägst. En förklaring till det är att socialbidragstagan-det är högst i storstäderna.

Oförändrade kostnader för barnomsorgen

Under femårsperioden 1990–1995 har kostnaderna för barnomsorg varit ungefär oförändrade i fasta priser, trots en betydande utbyggnad. Kostnaderna för äldre- och handikappomsorg har ökat med nästan 20 procent eller 10 miljarder kronor sedan Ädelreformen 1992. Kostnaderna för individ- och familjeomsorgen (exklusive socialbidrag) har ökat med nästan 40 procent eller knappt 5 miljarder kr. De utbetalda kostnaderna för socialbidrag exklusive bidrag till flyktingar har nästan fördubblats under perioden.

Personalkostnaderna drar 60 procent

Mycket av socialtjänstens verksamhet består i att ge personlig omsorg till olika grupper. Det är därför naturligt att drygt 60 procent av socialtjänstens kost-

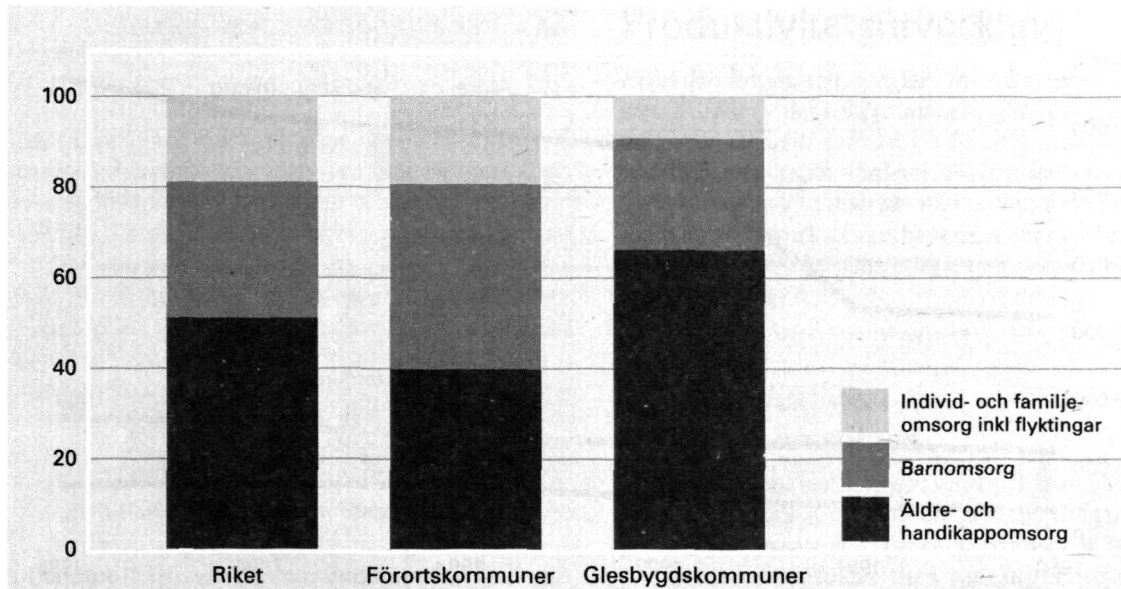


Diagram 5. Fördelning av kostnaderna för socialtjänstens verksamheter 1995. Genomsnitt för riket samt kommungrupper med lägst resp högst andel. Procent

Källa: Räkenskapssammandrag. SCB

nader är personalkostnader. Inom barnomsorg samt äldre- och handikappomsorg är andelen två tredjedelar. För individ- och familjeomsorgen (exklusive socialbidragskostnaden) är andelen ungefär hälften så stor.

Storstäderna har lägst andel personalkostnader både inom barnomsorgen och äldreomsorgen. Det kan bero på högre lokalkostnader, lägre personaltäthet eller att verksamheten läggs ut på entreprenad. Andelen personalkostnader påverkas av hur stor andel av verksamheten som genomförs i privat regi. Ökat köp av tjänster medför minskad andel personalkostnader. Glesbygdskommuner och övriga mindre kommuner har högst andel personalkostnader.

Under femårsperioden har barnomsorgens totala personalkostnader minskat med 1,8 miljarder kronor

i fasta priser. Personalkostnaderna har däremot ökat med knappt 1 miljard kronor inom individ- och familjeomsorgen. För äldreomsorgen har personalkostnaderna ökat med drygt 6,6 miljarder kronor sedan Ädelreformen genomfördes 1992.

Det ekonomiska resultatet har förbättrats

Kommunernas ekonomiska resultat när verksamheten och räntorna har betalats ("resultat 2") minskade under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet. År 1992 förbättrades resultatet kraftigt. Det berodde till stor del på tillfälligt ökade skatteinkomster till följd av en eftersläpning i utbetalningarna av kommunal-

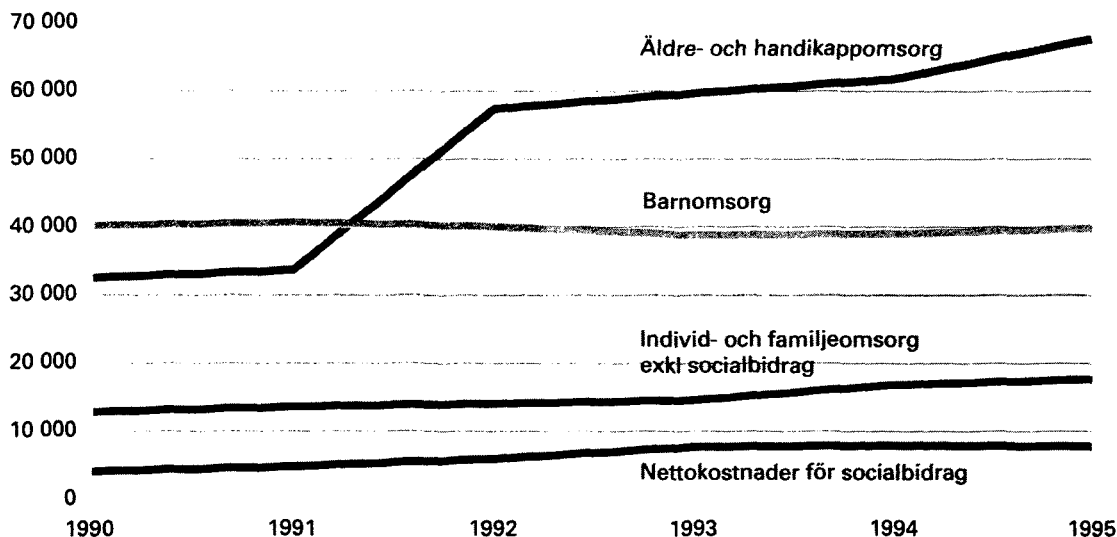


Diagram 6. Kostnaderna för äldre- och handikappomsorg, barnomsorg, individ- och familjeomsorg samt nettokostnader för socialbidrag 1990–1995. 1995 års prisnivå. Miljoner kronor

Källa: Räkenskapssammandrag (specialbearbetning). SCB

skattemedel. Pris- och löneökningarna minskade vidare under 1992 och 1993. För perioden 1993–1995 har resultat 2 haft en nivå som är högre än vid 1990-talets början men lägre än 1992.

I genomsnitt svarar "resultat 2" för 7 procent av skatteintäkter och utjämningsbidrag 1995. Storstäderna hade dock 1995 ett svagt negativt "resultat 2", medan övriga kommungruppers resultat varierade mellan 6 och 9 procent.

Ökade sparkrav

Statsmakterna har under 1990-talet framhållit att det krävs omprövningar av kommunal verksamhet. Kostnaderna måste begränsas och produktiviteten öka.

Samtidigt skall man slå vakt om välfärden och en god kvalitet i kommunernas verksamhet. Det ökande barnafödandet, fler äldre pensionärer och fler socialbidragstagare har ökat kraven på kommunal verksamhet under 1990-talet.

För att klara 1990-talets situation med ökande behov av omsorg samtidigt med minskade intäkter har kommunerna på olika sätt försökt minska sina nettokostnader. Rationaliseringar och effektiviseringar av verksamheterna har genomförts. De kommunala avgifterna har höjts, kvalitetskraven har sänkts och verksamheter som kommunen inte är skyldig att anordna har begränsats eller lagts ner. Neddragningen av kommunernas kostnader inleddes 1992 och har fortsatt i snabb takt även 1993 och 1994.

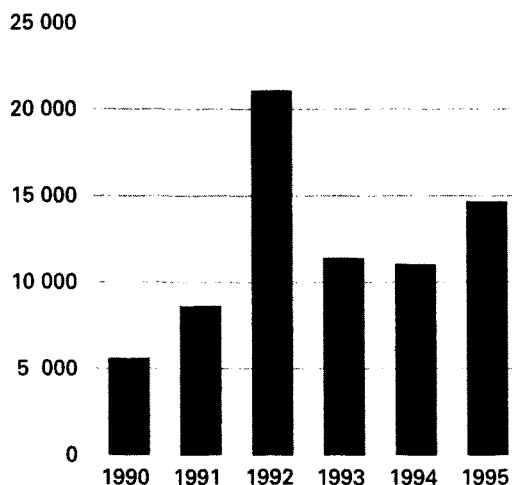


Diagram 7. Kommunernas ekonomiska resultat när verksamhet och räntor betalats ("resultat 2"). 1995 års prisnivå. Miljoner kronor

Källa: Räkenskapssammandrag (specialbearbetning). SCB

Fler barn i barnomsorgen och fler hemhjälpstimmar

Samtidigt med kostnadsneddragningen har verksamhetens omfattning ökat. I barnomsorgen har antal inskrivna barn ökat med närmare 30 procent. Inom äldre- och handikappomsorgen har det ökande antalet äldre (över 80 år) lett till att insatserna koncentrerats till de allra äldsta. Antalet personer som får hemhjälp har dock minskat. Detta gäller numera även för de allra äldsta, där antalet hjälptagare också har minskat det senaste året. Antalet platser i särskilt boende har däremot varit ungefär konstant. Inom missbrukarvården ökade istället antalet personer som fick vård något mellan 1994 och 1995. Det gällde både vård vid hem för vård eller boende (inkl familjevård) och öppenvård.

Produktivitetsutveckling

Produktivitetsmättet speglar om saker görs på rätt sätt. Värdet av det som produceras jämförs med värdet av de resurser som krävts för att producera. För socialtjänsten mäts värdet i volym och kostnader. Litet förenklat kan man säga att produktivitetsmättet inom omsorgsverksamhet beskriver hur mycket kostnaderna för t ex en plats eller en omsorgstimme har förändrats.

Ökad produktivitet inom barnomsorgen

Socialstyrelsens beräkningar visar att barnomsorgens produktivitet mellan 1991 och 1995 har ökat med 19 procent i daghem och 32 procent i fritidshem. I familjedaghem har produktiviteten varit ungefär oförändrad.

...men minskad inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen har låtit beräkna produktivitetsökningen inom äldre- och handikappomsorgen. Enligt beräkningarna ökade produktiviteten med 7–8 procent mellan 1990 och 1991. Under det första året efter Ädelreformen – år 1992 – kunde emellertid noteras en nedgång i produktivitetens utvecklingen med 2,5 procent. En orsak till detta var de stora omställningsproblemen vid organisationsförändringen. Även 1993 och 1994 är produktivitetens utvecklingen negativ; -1 procent 1993 och -0,3 procent 1994.

Kvalitetsförändringarna är svårbedömda

Produktivitetsmättet tar inte hänsyn till eventuella kvalitetsförändringar. Samtidigt med produktivitetens ökning har kvaliteten i barnomsorgen minskat. Den

generella kvaliteten inom barnomsorgen bedömde Socialstyrelsen 1993 som god. Samtidigt konstaterades att det fanns ett växande antal kommuner med brister i flera viktiga kvalitetskriterier. Fortsatta kostnadsminskningar tillsammans med försämringar i viktiga strukturella kvalitetsfaktorer ger dock anledning be-
fara en fortsatt kvalitetssänkning inom barnomsorgen. Inom äldreomsorgen tyder studier och kvalitetsindikatorer inte på någon markant förändring i kvaliteten på nationell nivå. På kommunal nivå kan det dock finnas stora skillnader.

Avgifter för kommunal verksamhet

Kommunen får enligt socialtjänstlagen ta ut skäliga avgifter för plats i förskola eller i fritidshem, färdtjänst, hjälp i hemmet, service och omvårdnad, särskilt boende eller annan liknande social tjänst. Avgifterna får inte överstiga kommunens självkostnader. Självkostnadsprincipen är bunden till varje verksamhetsområde. Det är kommunens totala kostnad för ett verksamhetsområde som avgör självkostnaden (proposition 1993/94:188).

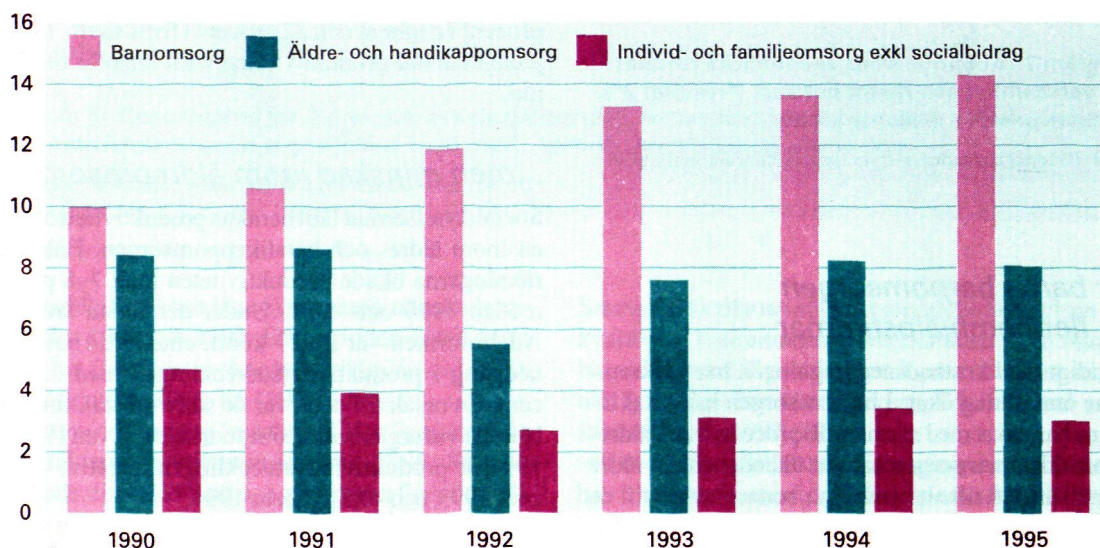


Diagram 8. Avgiftsfinansieringsgrad inom socialtjänstens verksamhetsområden. 1995 års prisnivå. * Procent

* Andelen avgiftsintäkter totalt i förhållande till kommunens totala kostnader för verksamheten. För vissa kommuner ingår inte intäkter från verksamhet som är utlagd på entreprenad. I avgifter för äldreomsorg 1995 inkluderas externa hyresintäkter.

Källa: Räkenskapssammandrag (specialbearbetning). SCB

Avgifterna har höjts

Statsmakterna har vid olika tillfällen under femårsperioden framhållit behovet av ökad avgiftsfinansiering av den kommunala verksamheten. Avgifter har angivits vara ett sätt att minska kommunernas finansiella obalans. Avgiftsökningar har också setts som ett alternativ till att minska eller avveckla verksamhet. Men en avvägning måste göras mot fördelningspolitiska konsekvenser och samhällsekonomiska effektivitetsaspekter.

I genomsnitt finansierar avgifter knappt 16 procent av den kommunala verksamheten. Inom socialtjänsten är andelen ungefär hälften så stor; knappt 10 procent. Totalt får socialtjänsten cirka 11,6 miljarder kronor från avgifter. Barnomsorgen har högst avgiftsfinansieringsgrad och individ- och familjeomsorgen har lägst. Skillnader i avgiftsfinansiering varierar mellan kommungrupperna.

Hur mycket ger avgiftshöjningar?

Det krävs stora avgiftshöjningar om avgifterna skall kunna ge något mer betydande bidrag till kommunernas ekonomi. En avgiftshöjning med 10 procent inom socialtjänsten skulle innebära en miljard mer i avgiftsintäkter för kommunerna. Fortfarande skulle dock endast cirka 10 procent av socialtjänstens kostnader skulle täckas av avgifter.

För att öka sina intäkter kan kommunerna välja att

antingen höja avgifterna eller skatten. En 100-procentig ökning av avgiftsintäkterna motsvarar en 6-procentig ökning av kommunernas skatteintäkter. Det skulle öka kommunernas intäkter med 13 miljarder kronor. Då skulle knappt 30 procent av barnomsorgskostnaderna täckas av avgifter, mot knappt 20 procent av kostnaderna för äldreomsorgen.

För hushåll med högre inkomster skulle det innebära mer än fördubblade avgifter. Vad gäller lågavlönade hushåll begränsas kommunernas möjlighet att höja avgifterna av att hushållen måste få kvar inkomster motsvarande minst socialbidragsnormen.

Referenser

1. Proposition 1994/95:150. *Kompletteringspropositionen för budgetåret 1994/95*
2. Socialstyrelsen. *Jämförelsetal för socialtjänsten 1995*. Tillsammans med Svenska Kommunförbundet och SCB. 1996
3. Socialstyrelsen. *Ädelreformen. Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2
4. Socialstyrelsen. *Socialtjänsten och de nya styrsystemen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:1
5. Statistiska centralbyrån. *Räkenskapssammandrag 1990–1995*
6. Svenska Kommunförbundet. *Vad kostar verksamheten i Din kommun 1995?*

Familjernas ekonomi



Hushållens inkomster har betydelse för socialtjänsten på flera sätt. Socialtjänsten har ansvaret för att individer skall leva på en skälig levnadsnivå. Om många människor har svårt att försörja sig ökar behovet av socialbidrag. Kommunernas möjlighet att ta ut avgifter för t ex barnomsorg och äldreomsorg är också beroende av hushållens inkomster.

Minskade disponibla inkomster

Under 1990-talet har de flesta hushåll fått minskad disponibel inkomst. En viktig förklaring till det är den höga arbetslösheten. De minskade löneinkomsterna kompenseras delvis av ökade bidrag. Som grupp har ungdomar fått störst försämringar medan pensionskollektivet har ökat sina inkomster. Det beror till stor del på att allt fler pensionärer med hög ATP höjt gruppens genomsnittliga inkomst.

Omfördelning av inkomst

Ett av syftena med samhällets fördelningsspolitik är att utjämna inkomst efter försörjningsbörda, arbetsförmåga och över livstid. Genom omfördelningssystemen utjämnas inkomster mellan dem som har barn och

dem som inte har det, mellan unga med låga inkomster och medelålders med högre, mellan yrkesverksamma och pensionärer. Transfereringar (bidrag) till hushåll svarar för nästan en fjärdedel av den statliga budgeten.

Ökade inkomstklyftor

I ett internationellt perspektiv är inkomstfördelningen jämn i Sverige. Inkomstspridningen har dock ökat under 1990-talet. Enligt Finansdepartementets beräkningar, som redovisas som en bilaga till budgetpropositionen för 1997, beror det till stor del på den minskade sysselsättningen, speciellt bland ungdomar. En annan förklaring är ökningen av realisationsvinster på aktier under 1994.

Det finns många sätt att beskriva inkomstskillnader och vad som skall räknas som låga inkomster. Vid internationella jämförelser relateras ofta hushållens inkomster till en mittinkomst för befolkningen. Ett mått beskriver antalet hushåll som har lägre inkomst än halva medianinkomsten¹. Ett annat mått anger hur många som har inkomster under en viss lägsta inkomst, t ex den inkomst som motsvaras av socialbidragsnormen.

Andelen hushåll som har lägre inkomst än hälften av medianinkomsten per konsumtionsenhet har ökat med nästan 30 procent, från cirka 6,7 procent 1990 till 8,5 procent 1994. År 1994 var den årliga disponibla medianinkomsten per konsumtionsenhet cirka 89 000 kronor.

Fler med lägre inkomst än socialbidragsnormen

Andelen hushåll med disponibla inkomster under socialbidragsnormen har ökat under 1990-talet med nästan 50 procent, från drygt 8 procent av alla hushåll

DISPONIBEL INKOMST

Ett hushålls *disponibla inkomst* beskriver vad som finns kvar efter det att skatten dragits ifrån och olika bidrag lagts till. Det är den inkomst man disponerar för sina utgifter. För att kunna jämföra levnadsstandarden för olika familjer beräknas en justerad disponibel inkomst som tar hänsyn till familjens sammansättning. Det ger en jämförbar *disponibel inkomst per konsumtionsenhet*. Detta mått, omräknat till 1994 års prisnivå, används genomgående i detta avsnitt.

¹ Hälften av alla hushållen har inkomster över medianinkomsten och hälften har inkomster under.

1990 till drygt 12 procent 1994. Svårigheten är att bedöma vilka av dessa hushåll som också har svag ekonomi. En orsak till låg inkomst kan t ex vara självvalt deltidsarbete. Men deltidsarbete kan också bero på deltidslöshet.

År 1994 hade 880 000 hushåll en årsinkomst som var lägre än socialbidragsnormen enligt Finansdepartementets beräkningar som redovisas i en bilaga till 1997 års budgetproposition. Om de undantogs som hade förmögenhet, var hemmaboende ungdomar, studerade, arbetade deltid eller del av år, var näringsidkare eller inte hade sökt bostadsstöd återstod ungefär 290 000 (33 procent) av hushållen med årsinkomst under norm. Hälften av dessa hade socialbidrag.

Hur mycket i inkomst behöver en person ha för att komma över socialbidragsnormen? Socialbidragsnor-

men var 1995 omkring 3 450 kronor per månad för ensamstående, exklusive framförallt boendekostnader. Unga ensamstående med heltidsarbete uppnår vanligen en högre levnadsstandard än socialbidragsnormen medan en ung arbetslös person som har KAS för det mesta får en levnadsnivå betydligt under normen.

Ensamstående mammor med flera barn har generellt sett svårt att klara sin försörjning även om de arbetar heltid. En ensamstående mamma med två barn måste 1995 ha en lön på knappt 11 000 kronor för att komma ovanför socialbidragsnivån². Samboende med två barn behövde ha löner motsvarande 14 000 och 9 600 kronor.

² Normen med antagen hyresnivå, fackföreningsavgift, barnomsorgsavgift

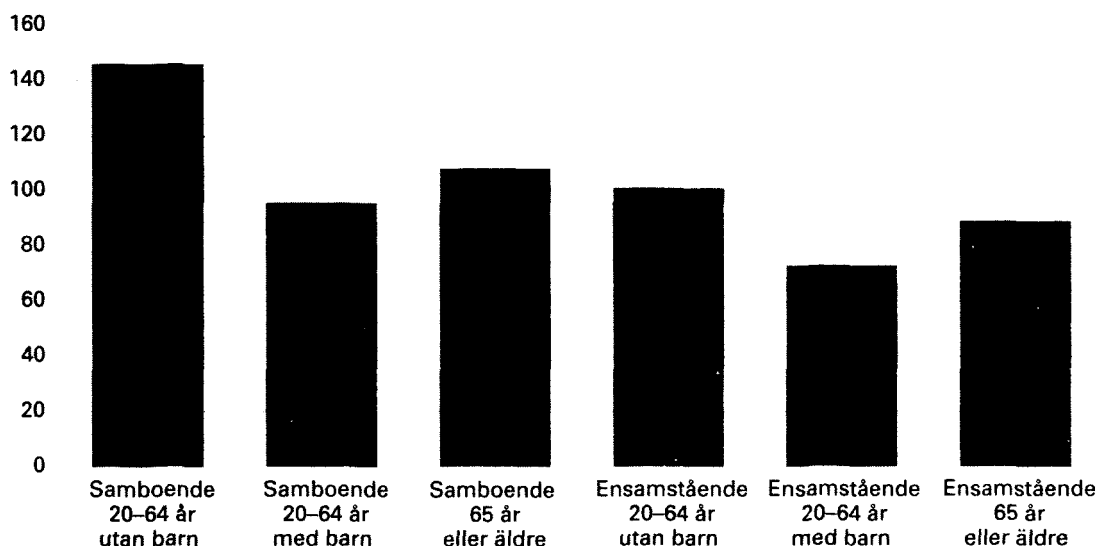


Diagram 9. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet för olika familjetyper 1994. Tusentals kronor

Källa: SCB:s inkomstfördelningsundersökning 1994

Skillnader i inkomst mellan olika hushållstyper

För att studera inkomstfördelningen kan man jämföra inkomst för olika familjetyper och åldrar.

Pensionärshushåll har högre inkomst än barnfamiljer

Trots utjämning genom skatte- och bidragssystem finns det genomsnittliga inkomstskillnader mellan barnfamiljer och familjer utan barn. För varje barn minskar familjens disponibla inkomst per konsumtionsenhet. Samboende med ett visst antal barn har mer att röra sig med än ensamstående med lika många barn.

Unga har generellt lägre disponibla inkomster än äldre. Fler ungdomar än äldre studerar eller är arbetslösa. Unga har också kortare tid i yrkeslivet och därför lägre löner. Pensionärer har i genomsnitt högre disponibel inkomst per konsumtionsenhet än barnfamiljer men lägre än hushåll i yrkesverksam ålder utan barn.

Omfördelning till ensamstående med barn

Samhällets stöd till ensamföräldrar har stor betydelse för deras ekonomi. Ensamföräldrarna får nästan lika mycket i familjestöd som de har i arbetsinkomst³. Läger man samman det samhället ger familjerna i form av bidrag och drar bort det hushållen betalar tillbaka, främst skatt, får man ett bidrags- eller *transfereringsnetto*.

Av diagram 10 framgår att samhället fördelar om från samboende utan barn (med ett negativt transfereringsnetto) till ensamstående med barn. För samboen-

de med barn och ensamstående utan barn blir det i genomsnitt i stort sett inte någon omfördelning.

Arbetsinkomsten har minskat under 1990-talet

Regeringens ekonomiska saneringsprogram har omfattat besparingar som rör hushållens ekonomi. Sjukförsäkringens ersättningsnivå har minskats både genom införandet av en karensdag och genom lägre ersättningsnivåer för korttidssjuka. Egenavgifter har införts för sjukförsäkring och pensioner. Barnbidragen har inte höjts sedan 1991. Flerbarnstilläggen sänktes 1995. Förändringar i arbetslöshetsförsäkringen har genomförts. Skattesystemet har vidare ändrats på ett flertal sätt. Detta har påverkat hushållens disponibla inkomst under 1990-talet.

Bidrag kompenserar delvis löneminskning

Huvuddelen av familjernas disponibla inkomster kommer från löner. Men lönens andel av inkomsten har sjunkit under 1990-talet. Under perioden 1991–1994 minskade löneinkomsterna (i fasta priser) för alla hushållstyper. Hushållens totala löneinkomster minskade med 41 miljarder kronor (6 procent). Detta berodde huvudsakligen på den ökade arbetslösheten. Minskningen av löneinkomsterna har delvis kompenserats av ökade bidrag på 36 miljarder kronor (10 procent). Eftersom även skatt och egenavgifter har ökat för de flesta kompenseras inte lönebortfallet fullt ut.

Sammantaget minskade den disponibla inkomsten för barnfamiljer och ensamstående mellan 1991 och 1994⁴. Däremot ökade i genomsnitt inkomsten för samboende utan barn och för pensionärer.

I genomsnitt har ensamstående mellan 20 och 64 år utan barn och samboende med barn fått sänkt disponibel inkomst med 4 procent. Det motsvarar omkring 4 000 kronor per konsumtionsenhet och år. För barn-

³ Arbetsinkomst = lön + företagarkinkomst + sjukpenning + föräldrapenning + dagpenning vid utbildning och tjänstgöring inom totalförsvaret.

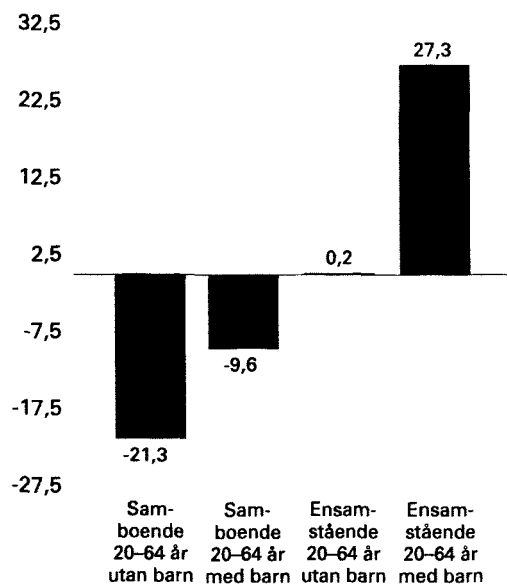


Diagram 10. Transfereringsnetto för olika hushållstyper 1994. Tusentals kronor

Källa: SCB:s inkomstfördelningsundersökning 1994

familjer innebär det i genomsnitt omkring 14 000 kronor per familj. Ensamstående med barn har procentuellt sett fått större inkomstminskning med nästan 6 procent eller 5 000 kronor per konsumtionsenhet och år.

Den disponibla inkomsten för samboende utan barn har ökat något. Pensionärskollektivets disponibla inkomst har i genomsnitt ökat med omkring 10 procent eller med ca 10 000 kronor per konsumtionsenhet och år. Det beror till stor del på att det blivit fler pensionärer med hög ATP.

⁴ Omläggningen av statistiken i samband med skattereformen gör att vissa uppgifter för 1990 inte är jämförbara med 1994 års siffror.

De yngres inkomster har försämrats

Under 1990–1994 har inkomsterna för 18–24-åringar som bor hemma halverats. Ungdomar som inte bor hemma utan har eget hushåll har fått nästan 20 procent lägre disponibel inkomst (fasta priser). En av orsakerna är den höga ungdomsarbetslösheten. Ungdomar som inte kommit in på arbetsmarknaden får låg eller ingen arbetslöshetsersättning.

Kvinnor har lägre inkomster än män

Kvinnor har i genomsnitt knappt 70 procent av männens arbetsinkomst (exklusive företagare) 1994. Det beror på många olika faktorer. Kvinnor arbetar deltid i högre utsträckning än männen, arbetar i yrken med annan lönestruktur och kan ha lägre löner. De heltidsarbetande kvinnorna har i genomsnitt knappt 80 procent av de heltidsarbetande männens löner. Minst löneskillnader är det bland unga män och kvinnor. För yngre och medelålders har de genomsnittliga löneskillnaderna mellan män och kvinnor minskat något mellan 1991 och 1994.

Lägre inkomst för de flesta

Den tiondel av befolkningen med lägst disponibel inkomst hade 1994 en årsinkomst på 27 000 kronor per konsumtionsenhet. I denna grupp ingår ungdomar som bor hemma, studerande, deltidsarbetande, värnpliktiga etc. Hälften av befolkningen har en årsinkomst under 85 000 kronor per konsumtionsenhet. Den tiondel som hade högst inkomster hade i genomsnitt 241 000 kronor per konsumtionsenhet och år.

Under 1990–1994 har gruppen med lägst inkomst minskat sin inkomst med nästan 25 procent. De flesta decilgrupper (tiondelar av befolkningen) har minskat inkomsten med upp till 6 procent. Gruppen med högst inkomst har ökat inkomsten med 18 procent, till stor del beroende på en kraftig ökning av realisationsvinster på aktier 1994.

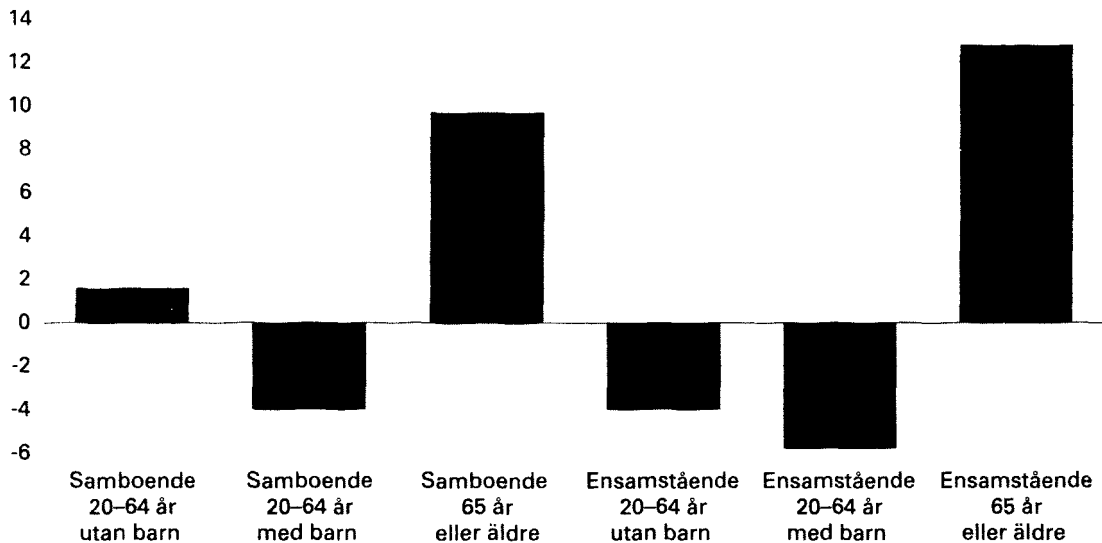


Diagram 11. Förändring i disponibel inkomst per konsumtionsenhet mellan 1991-1994. Procentuell förändring. 1994 års prisnivå

Källa: SCB:s inkomstfördelningsundersökning 1994

Kommer inkomsterna att fortsätta minska?

Finansdepartementet räknar i finansplanen med en svag minskning av den disponibla inkomsten för 1995. För 1996 väntas en genomsnittlig ökning på 1,2 procent. Besparingarna i olika bidragssystem för 1996 kommer dock att påverka olika inkomsttagare och familjer olika mycket. Det gäller t ex sänkta ersättningsnivåer vid arbetslöshet, sjukdom och föräldraledighet, ändrade regler för bostadsbidrag och sänkta barnbidrag.

De ovan nämnda förändringarna kan betyda att barnfamiljernas disponibla inkomster minskar 1996.

Hushåll med låga inkomster och särskilt barnfamiljer kan beräknas få en större procentuell minskning av sin inkomst efter skatt till följd av de sänkta ersättningsnivåerna.

Referenser

1. Proposition 1996/97:1 *Förslag till statsbudget för budgetåret 1997*
2. Socialstyrelsen. *Socialbidragsnormen – en översyn*. SoS-rapport 1995:24
3. Statistiska centralbyrån. *Inkomstfördelningsundersökningen 1994*. SM 9601

Barnomsorg



●●

Den barnomsorg som vi har i Sverige idag har i stort sett byggts ut under de senaste två, tre decennierna. Tidigare omfattade barnomsorgen framför allt deltidsförskolor. I daghem, fritidshem och familjedaghem gick ett begränsat antal barn, framför allt barn till ensamstående mödrar. I dag når förskoleverksamheten två tredjedelar av alla barn mellan ett och fem år och praktiskt taget alla sexåringar, medan skolbarnsomsorgen omfattar över hälften av de yngsta skolbarnen. Det stora flertalet kommuner i landet kunde våren 1996 uppfylla sin lagstadgade skyldighet att erbjuda barnomsorg till de barn som behövde, utan oskäligen väntetider.

●●

Kommunernas ansvar vidgas

Barnomsorgen i Sverige har av tradition haft en dubbel funktion. Den skall dels möjliggöra för föräldrarna – i praktiken mödrarna – att förena föräldraskap med förvärvsarbete eller studier, dels stödja och stimulera barns utveckling och bidra till goda uppväxtvillkor genom en pedagogisk gruppverksamhet. Denna dubbla funktion kännetecknar samtliga nordiska länders barnomsorg och brukar därför omnämnas som den nordiska modellen.

Genom en ändring i socialtjänstlagen (SoL) skärptes kommunernas ansvar för barnomsorgen den 1 januari 1995. Tidigare var kommunerna skyldiga att genom en planmässig utbyggnad erbjuda barnomsorg. Ändringen i SoL innebär att kommunerna är skyldiga att faktiskt tillhandahålla plats inom barnomsorgen till alla barn mellan 1 och 12 år vars föräldrar förvärvsarbetar eller studerar, eller till barn som har ett eget behov av barnomsorg. Plats skall erbjudas utan oskäligt dröjsmål, vilket normalt är inom tre–fyra månader

efter det att föräldrarna har anmält att barnet behöver plats, och så nära barnets hem eller skola som möjligt.

De skärpta kraven på kommunerna skall främst ses mot bakgrund av 1985 års riksdagsbeslut *Förskola för alla barn* som innebar att alla barn hade rätt att från och med ett och ett halvt års ålder fram till skolstarten delta i en organiserad förskoleverksamhet. Förskolan skulle vara fullt utbyggd 1991. Trots en intensiv utbyggnad var det emellertid fortfarande brist på platser under de första åren av 1990-talet.

Även kvalitetskrav preciseras i lagen. Verksamheten skall utgå från varje barns behov och det skall finnas personal med sådan utbildning eller erfarenhet att barnens behov av omsorg och god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Barngrupperna skall ha en lämplig sammansättning och storlek och lokalerna skall vara ändamålsenliga. Liksom tidigare betonas att barnomsorgen har ett särskilt ansvar för barn med behov av särskilt stöd.

Från familjepolitik till utbildningspolitik

Barnomsorgen har under hela uppbyggnadsskedet utgjort en viktig del i den svenska familje- och socialpolitiken och barnomsorgsfrågorna har handlagts i Socialdepartementet. Den 1 juli 1996 fördes ansvaret över till Utbildningsdepartementet och verksamhetens utbildningspolitiska betydelse får därmed ökad betoning. Regeringens avsikt är att som ett led i det livslånga lärandet integrera förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen. Pedagogisk verksamhet för barn och ungdomar bör ses som en helhet. I ett första steg skall ett gemensamt måldokument för den obligatoriska skolan, förskolans verksamheter för sexåringar och skolbarnsomsorgen utarbetas.

Stöd, stimulans och omsorg

Barnomsorgen skall, som annan verksamhet inom socialtjänsten, genomsyras av värderingarna i den s k

portalparagrafen i SoL. Barnomsorgen skall främja demokrati, jämlikhet och ansvar samt aktivt verka för att grundlägga dessa värderingar hos barnen.

Regeringen har därutöver fastställt övergripande mål som är styrande för barnomsorgens utformning, organisation och innehåll. Enligt dessa skall barnomsorgen

- genom pedagogisk gruppverksamhet ge barn stöd och stimulans för sin emotionella, sociala och intellektuella utveckling och bidra till goda uppväxtvillkor
- ge barn med behov av särskilt stöd i sin utveckling den omsorg som deras speciella behov kräver
- underlätta för föräldrar att förena förvärvsarbete och studier med vård och ansvar för barn
- utforma verksamheten i samarbete med föräldrarna för att därigenom öka deras delaktighet, medansvar och inflytande
- utforma stödet och regleringen så att verksamheten bedrivs ekonomiskt effektivt.

I samband med beslutet *Förskola för alla barn* tog riksdagen ställning till principer för förskolans innehåll. Socialstyrelsen har utifrån dessa utarbetat ett *pedagogiskt program* för förskolan. Där behandlas de pedagogiska grundprinciper som ligger till grund för svensk barnomsorg. Lekens centrala betydelse för barns utveckling och lärande betonas liksom omvårdnadens pedagogiska innehåll, det fria skapandet och vikten av ett temainriktat arbetssätt. Senare har även ett pedagogiskt program för fritidshem utarbetats. De pedagogiska programmen har kompletterats med *allmänna råd* om arbetet med bl a barn i familjedaghem, äldre förskolebarn och barn som behöver särskilt stöd.

Nya nämnder och styrformer

Barnomsorgen har genomgått stora organisatoriska förändringar under 1990-talet. Förändringarna har medfört att verksamheten, som tidigare utformades

på likartat sätt, nu kan se mycket olika ut i olika kommuner. Även inom kommunerna kan skillnader-na vara stora.

Nya nämndstrukturer och organisationsformer har vuxit fram. En dominerande tendens är samordning och integration av olika verksamheter som riktar sig till barn och unga. Flertalet kommuner har numera specialiserade nämnder med ansvar för barn och ungdomar eller utbildning. I dessa integreras socialtjänstens barnomsorg med grundskolan och i vissa fall också med verksamheter som fritid och kultur.

Barnomsorgen och skolan har således organisatoriskt närmat sig varandra och på många håll har verksamheterna integrerats. Särskilt gäller detta verksamheter för sexåringar, skolbarnsomsorgen och skolans lägre årskurser. Att flera verksamhetsformer ingår i samma ansvarsområde/resultatenhet har också blivit vanligt, t ex daghem, familjedaghem, öppna förskolor samt delar av skolans verksamhet. Föreståndartjänster har omvandlats till tjänster som områdeschefer, rektorer eller liknande, med ansvar för flera enheter.

Förändringsarbetet har också inneburit ökad decentralisering och nya styr- och driftsformer. Barnomsorgen har i många kommuner varit först med att decentralisera beslut och befogenheter, bl a genom införandet av resultatenheter. Barnomsorgen är också på många håll den verksamhet där decentraliseringen har gått längst.

Alternativa driftsformer har blivit vanligare. Antalet barn i enskild barnomsorg har ökat under hela 1990-talet, framför allt i daghemmen. I slutet av 1995 gick vart åttonde daghemsbarn i ett daghem som drevs i enskild regi. Den vanligaste formen av enskild barnomsorg är föräldrakooperativ.

Förutsättning för många av de här förändringarna har varit den nya kommunallagen och ändrade statsbidragsbestämmelser. Den centrala regleringen av barnomsorgen har minskat. De specialdestinerade statsbidragen till barnomsorgen – som motsvarade cirka en tredjedel av kommunernas kostnader – upphörde 1993 och har ersatts av generella statliga utjäm-

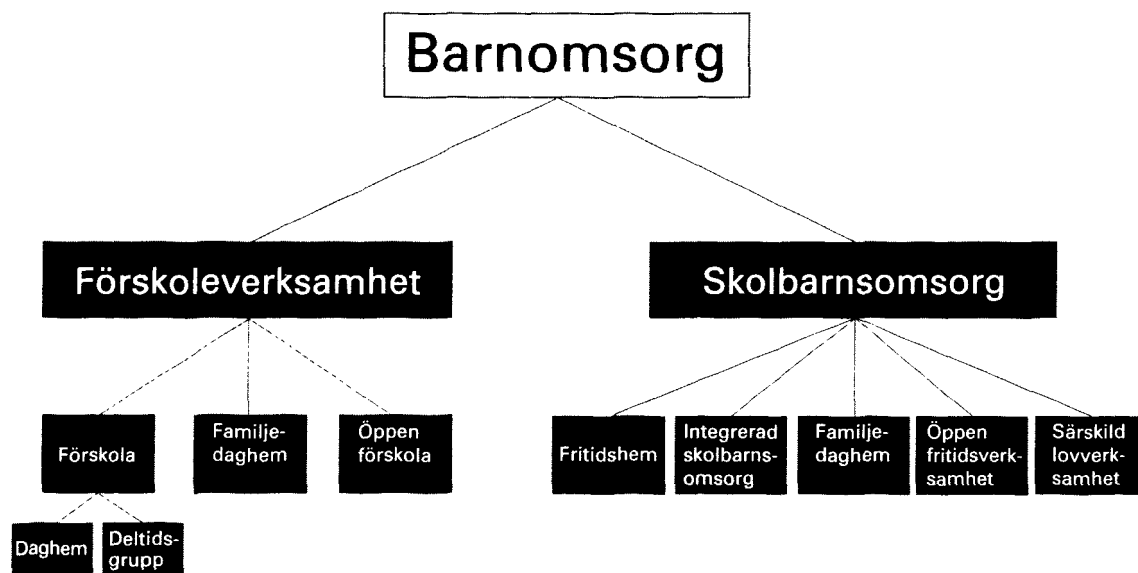


Diagram 12. Barnomsorgens former

ningsbidrag. Socialstyrelsens uppgifter har samtidigt förändrats från normering och reglering av barnomsorgen till uppföljning, utvärdering, tillsyn och utveckling av verksamheten.

Barnomsorgens rekordår

Den kommunala barnomsorgen började byggas ut på allvar under 1970-talet. Sedan 1970 har antalet barn inskrivna i daghem, fritidshem och familjedaghem ökat med över 600 000, från 61 000 barn till över 690 000.

Utbyggnaden har möjliggjort den mycket höga förvärvsfrekvensen bland svenska kvinnor. Utvecklingen har gått snabbt. På ett par decennier har det

vuxit fram ett helt nytt förvärvsmönster bland barnfamiljerna. Under 1960-talet växte de flesta barn upp med en hemarbetande mamma. Cirka två tredjedelar av förskolebarnen hade en mamma utan anknytning till arbetsmarknaden. I dag är detta betydligt ovanligare. Endast vart femte förskolebarn har en mamma utan någon arbetsmarknadsanknytning. Kvinnor i Sverige förvärvsarbetar numera även under den period i sitt liv då de har småbarn.

Utbyggnaden av barnomsorgen har inte avstannat. Ny lagstiftning och stora barnkullar har medfört rekordmånga nya platser de två senaste åren. Sammantaget omfattar barnomsorgen i dag en stor majoritet av förskolebarnen och en stor del av de yngre skolbarnen, medan verksamheter för barn i 10–12-årsåldern inte är lika väl utbyggd.

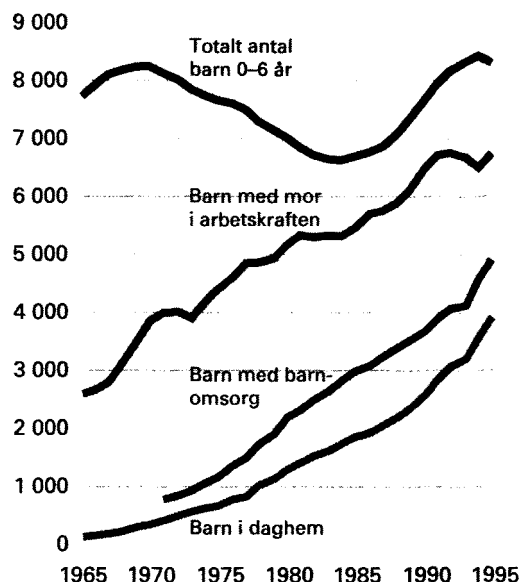


Diagram 13. Barn 0-6 år. Totalt antal barn, barn med mor i arbetskraften och barn i barnomsorgen 1965-1995. Antal barn i 100-tal

Källa: Socialtjänststatistiken samt arbetskraftsundersökningarna. SCB

Regionala skillnader

Barnomsorgen är inte jämnt utbyggd över landet. De regionala skillnaderna är förhållandevis stora. Storstäder, förortskommuner och större städer – kommundyper med hög kvinnlig förvärvsfrekvens – har högst andel barn inskrivna, medan landsbygdskommuner har den lägsta inskrivningsgraden. I storstäderna är t ex 73 procent av alla barn mellan 1 och 6 år inskrivna i daghem, fritidshem eller familjedaghem, medan 60 procent är det i landsbygdskommuner. Motsvarande andelar för barn i åldrarna 7-9 år är 64 respektive 44 procent.

Många barn i förskoleverksamhet

Förskoleverksamhet bedrivs i form av förskola (daghem eller deltidsgrupp), familjedaghem och öppen förskola. I förskolan och familjedaghemmet är barnen inskrivna medan den öppna förskolan normalt saknar inskrivningsförfarande.

I slutet av 1995 var över en halv miljon förskolebarn – cirka 520 000 – inskrivna i någon form av barnomsorg. Närmare 490 000 barn fanns i daghem, familjedaghem eller deltidsgrupp. Dessutom var cirka 34 000 sexåringar inskrivna i fritidshem, det stora flertalet utan att vara inskrivna i grundskolan.

Det innebär att närmare tre fjärdedelar – 72 procent – av samtliga barn mellan 1 och 6 år var inskrivna i barnomsorgen. Det är en ökning med ungefär 10 procentenheter sedan 1991¹. Denna ökning av *andelen* inskrivna barn skall ses mot bakgrund av att *antalet* barn samtidigt ökade. De höga födelsetalen under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet medförde att det fanns 5 procent fler förskolebarn 1995 än 1991.

Flest platser i daghem

I *daghem* bedrivs en pedagogisk gruppverksamhet för inskrivna barn huvudsakligen i åldern 1-6 år. Daghemmens öppettider varierar beroende på föräldrarnas arbetstider. I *familjedaghemmen* tar en dagbarnvårdare emot inskrivna barn, vanligen i sitt hem, under den tid föräldrarna förvärvsarbetar/studerar. På många orter har barn i familjedaghem tillgång till den öppna förskolans verksamhet.

Daghemmen svarar för den största delen av förskoleplatserna och det är också där som den största utbyggnaden skett. I slutet av 1995 fanns 361 000

¹ I 1991 års tal ingår inte sexåringar i fritidshem. T o m 1993 redovisas dessa i den officiella statistiken tillsammans med sjuåringar och kan således inte särredovisas.

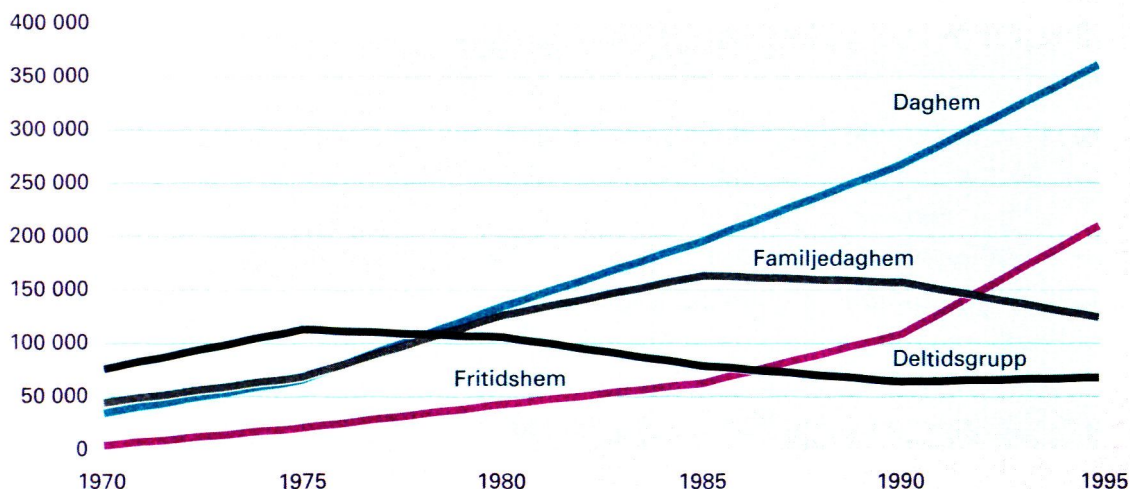


Diagram 14. Antal barn inskrivna i barnomsorgen 1970–1995

Källa: Socialtjänststatistiken

barn i daghem, vilket är 65 000 fler än 1991. Familjedaghemmen har inte byggts ut i samma takt som daghemmen och deras andel av barnomsorgsplatserna har stadigt sjunkit. År 1995 fanns 100 000 förskolebarn i familjedaghemmen, en minskning med 5 000 barn sedan 1991. Antalet förskolebarn i familjedaghem nådde en topp i slutet av 1980-talet med cirka 120 000 barn.

Familjedaghem är betydligt vanligare i landsbygdskommuner än i storstadsregionerna medan det omvända gäller för daghemmen. Det är tre gånger så vanligt att ett förskolebarn går i familjedaghem i en landsbygdskommun som i storstäderna.

Färre barn i deltidsgupper

Även i deltidsgupperna bedrivs en pedagogisk gruppsverksamhet, framför allt för barn i åldern 4–6 år.

Verksamheten omfattar i allmänhet tre timmar per dag och följer skolans terminssystem.

Antalet barn som är inskrivna i deltidsgupper började minska i slutet av 1970-talet samtidigt som daghemmen byggdes ut. Som mest tog deltidsgupperna emot 117 000 barn (år 1978). Under 1990-talet har minskningen avstannat och verksamheten omfattar i dag omkring 65 000 barn, huvudsakligen sexåringar. Drygt hälften av de barn som är inskrivna i deltidsgupper är samtidigt inskrivna i någon annan barnomsorgsverksamhet, som familjedaghem eller fritidshem.

Öppna förskolan viktig för hemmavarande föräldrar och barn

I den öppna förskolan ges hemmavarande föräldrar och dagbarnvårdare möjlighet att tillsammans med

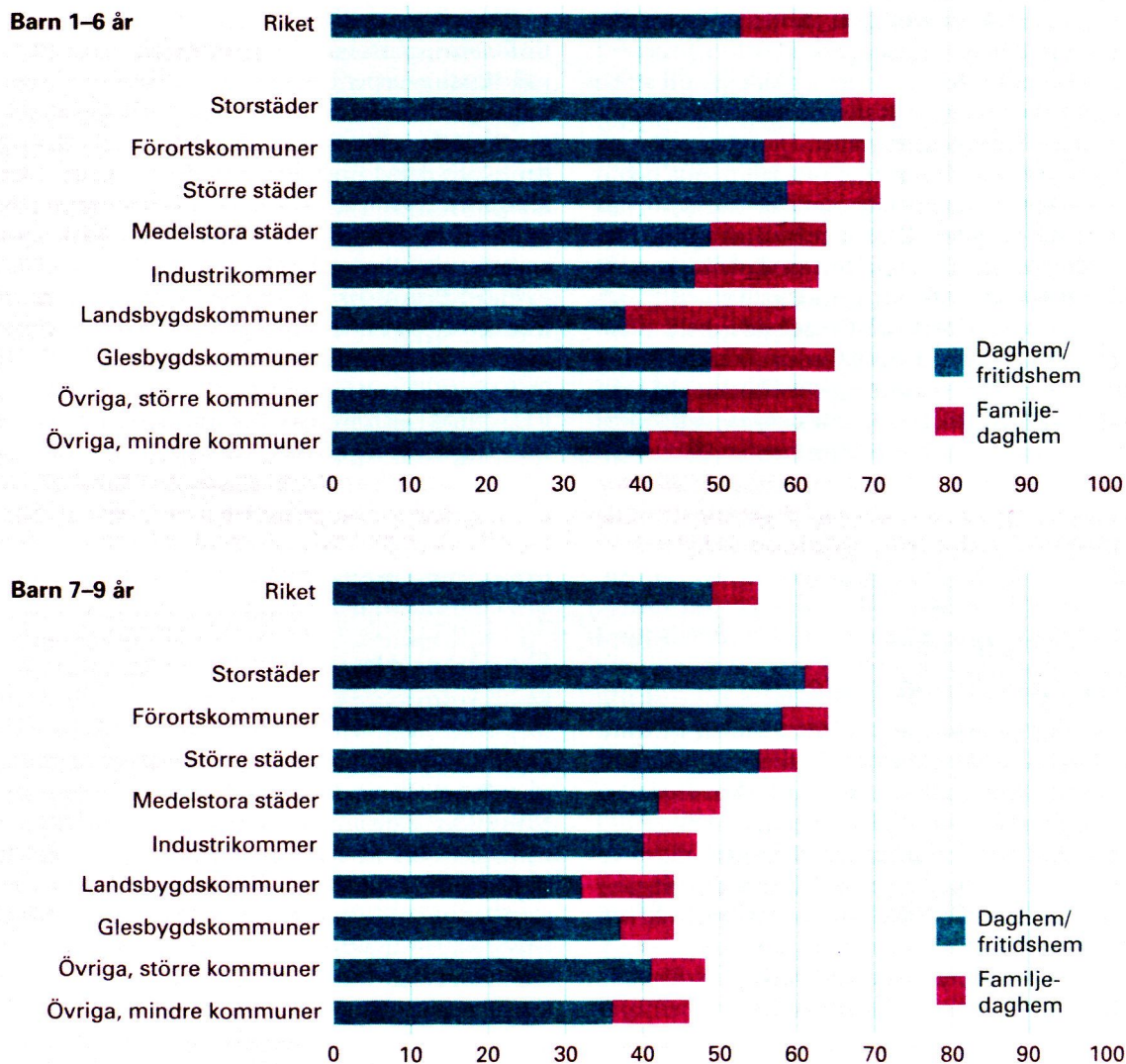


Diagram 15. Barn inskrivna i daghem/fritidshem och familjedaghem. Andel av samtliga barn i befolkningen i respektive åldersgrupp per kommungrupp. 1995. Procent

Källa: Socialtjänststatistiken

personalen utveckla en pedagogisk gruppverksamhet för barnen. Barn som inte är inskrivna i daghem eller deltidsgrupp bör ha möjlighet att delta i öppen förskoleverksamhet.

Den ökande arbetslösheten har bidragit till att de öppna förskolorna fått allt större betydelse som kompletterande förskoleverksamhet. De fyller också en viktig förebyggande funktion i socialt utsatta områden. I många invandratäta områden har de öppna förskolorna dessutom kunnat ge invandrarföräldrar, speciellt mödrar, och deras barn en värdefull kontakt med svenskt samhälle och svensk kultur.

Antalet öppna förskolor ökade under hela 1980-talet men har minskat under de senaste åren. I slutet av 1995 fanns 1 200 öppna förskolor i kommunal regi, jämfört med drygt 1 600 fyra år tidigare. Var fjärde öppen förskola har således lagts ner sedan 1991. Även öppettiderna har minskat. Mellan 1991 och 1995 steg exempelvis andelen öppna förskolor med öppet kortare tid än 10 timmar per vecka från drygt 25 procent till över 40 procent.

Verksamheter för sexåringar/flexibel skolstart

Alla sexåringar har lagstadgad rätt till minst 525 timmar i förskola under ett år, den s k allmänna förskolan. I vissa fall – exempelvis för barn i glesbygd – kan förskolan delas upp på två år och omfatta sammanlagt minst 700 timmar. För barn i familjedaghem innebär rätten en plats i deltidsgrupp. I princip samtliga sexåringar i Sverige som inte börjat skolan utnyttjar denna rätt och går i någon form av förskola.

Det finns i dag ett stort antal former av förskola riktade till sexåringarna. I många kommuner sammanförs alla sexåringar i grupper i skolans regi. För barn som behöver heldagsomsorg kombineras denna verksamhet med familjedaghem eller fritidshem. Andra kommuner samlar sina sexåringar i särskilda grupper i daghem eller deltidsförskolor. Vanliga beteckningar på de olika verksamheterna är sexårs-

grupper, småbarnsskola, skolförberedande grupper eller noll-klasser.

Kommunernas dåliga ekonomi är en av orsakerna till förändringen för sexåringarna. Att samla sexåringar i särskilda grupper har varit en av de första besparingsåtgärderna inom barnomsorgen. Grupperna har gjorts större och personaltätheten lägre än i de daghems- och deltidsgupper som tidigare tog emot sexåringarna. En annan orsak är 1991 års riksdagsbeslut om flexibel skolstart, en reform som kommunerna anpassat sig till på olika sätt.

Flexibel skolstart innebär att skolhuvudmännen från och med 1997 är skyldiga att ta emot sexåringar i skolan om barnens föräldrar så önskar. Under en övergångstid fram till läsåret 1997/98 kan sexåringarna tas emot i mån av plats. Reformen har inte i någon större utsträckning påverkat föräldrarnas inställning till skolstarten. En ökande men relativt liten andel av sexåringarna har börjat skolan sedan lagen trädde i kraft. Lsåret 1995/96 utgjordes 7 procent av nybörjarna i skolan av sexåringar.

Snabb utbyggnad av skolbarnsomsorgen

Skolbarnsomsorg är den övergripande beteckningen på verksamheter under den skolfria delen av dagen för grupper av skolbarn o m tolv års ålder. Den kan omfatta inskrivna barn, som fritidshem/integrerad skolbarnsomsorg och familjedaghem, eller vara öppen (öppen fritidsverksamhet). Integrerad skolbarnsomsorg innebär att fritidshem och skola ryms inom samma lokaler. Där finns gemensamma aktiviteter och en personalgrupp som har ansvar för hela verksamheten.

Fler sexåringar i fritidshem

Fritidshem är en pedagogisk verksamhet för inskrivna skolbarn som bedrivs som en helt fristående verk-

samhet eller i varierande grad samarbetar med skola, förskola eller fritidsgård. Under senare år har fritidshemmen även tagit emot många sexåringar som inte är inskrivna i skolan. *Familjedaghem* tar emot skolbarn som har behov av att vara i mindre grupper eller då barn och föräldrar av andra skäl föredrar familjedaghem. De utgör även ett alternativ på orter där underlaget för ett fritidshem inte är tillräckligt stort.

Skolbarnsomsorgen har byggts ut mycket snabbt sedan 1970-talet. Fritidshemmen svarar för den största ökningen. Medan antalet platser i landets fritidshem under större delen av 1960-talet uppgick till cirka 2 000, omfattade fritidshemmen närmare 210 000 barn år 1995. De senaste två åren har rekordmånga barn skrivits in.

Det är framför allt sexåringarna som blivit fler i fritidshemmen, vilket speglar den förändring som ägt rum i många kommuner för denna åldersgrupp. Många av de "sexårsgrupper" som inrättats i kommunerna bygger på en kombination av deltidsgrupp (allmän förskola) och fritidshem. Det innebär att sexåringarna deltar i fritidshemsverksamhet utan att vara inskrivna i grundskolan.

En del av ökningen sammanhänger med att de stora barnkullarna födda under 1980-talets senare hälft nu nått skolåldern. Det ökade *antalet* barn i skolbarnsomsorgen motsvaras inte av en lika stor ökning av *andelen* inskrivna barn i den aktuella åldersgruppen. Andelen inskrivna barn i åldern 7–12 år ökade från 30 till 32 procent mellan åren 1994 och 1995.

De flesta barn som är inskrivna i skolbarnsomsorgen är mellan 7 och 9 år. Det är för denna åldersgrupp som skolbarnsomsorgen byggts ut. År 1995 fanns över hälften av landets 7–9-åringar inskrivna i fritidshem eller familjedaghem. I mitten av 1970-talet låg andelen kring 10 procent. Andelen barn i åldern 10–12 år inskrivna i skolbarnsomsorgen har ökat obetydligt och har sedan mitten av 1980-talet legat kring 6 procent.

Antalet skolbarn i familjedaghem nådde en topp i slutet av 1980-talet med 53 000 barn. Därefter har det stadigt minskat. År 1995 fanns drygt 23 000 skolbarn

inskrivna i familjedaghem. De flesta är mellan 7 och 9 år. Totalt är 6 procent av barnen i denna åldersgrupp inskrivna i familjedaghem, jämfört med mindre än 1 procent av 10–12-åringarna.

Öppen fritidsverksamhet för äldre barn

I den *öppna fritidsverksamheten* är barnen normalt inte inskrivna. Verksamheten är ett alternativ till inskriven verksamhet främst för barn i åldersgruppen 10–12 år och fungerar också som ett komplement för de skolbarn som är i familjedaghem.

Enligt SoL kan skolbarnsomsorg för barn i åldern 10–12 år bedrivas i form av öppen fritidsverksamhet. Den öppna verksamheten utgör således ett alternativ till fritidshem/familjedaghem för barn i denna åldersgrupp och kan också fungera som ett komplement för de skolbarn som är i familjedaghem.

Den öppna verksamheten är dåligt utbyggd i landet. Socialstyrelsens uppföljning av de nya lagbestämmelserna våren 1996 visade att 70 procent av kommunerna helt saknar öppen verksamhet riktad till 10–12-åringar. Inte heller har man i någon större utsträckning inventerat behovet av sådan verksamhet. Endast 66 kommuner uppgav att de gjort någon inventering under det senaste året. Situationen var densamma ett år tidigare.

Enskild barnomsorg ökar

Kommunerna kan ge bidrag till enskild barnomsorg som uppfyller lagens krav på kvalitet och inte har avgifter som är oskäligt höga. Vid bedömningen av om kommunen skall ge ekonomiskt stöd till enskild verksamhet får enligt socialutskottet behovet av ytterligare barnomsorgsplatser vägas in.

Den enskilda barnomsorgen har ökat i omfattning under hela 1990-talet. Sammantaget fanns det 1995 närmare 53 000 barn i enskilda daghem och fritids-

hem, vilket är tre gånger så många som 1991. Det är framför allt daghem som bedrivs i enskild regi. Närmare 12 procent av samtliga daghemsbarn gick 1995 i ett enskilt daghem. Enskilda fritidshem är ovanliga även om de ökat i antal under de senaste åren. År 1995 fanns 5 procent av fritidshemsbarnen i ett enskilt fritidshem. I enskilda deltidsförskolor fanns samma år knappt 2 procent av det totala antalet barn i deltidsförskolorna. Denna andel har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren.

Den vanligaste formen av enskild barnomsorg är föräldrakooperativ. År 1995 fanns närmare hälften av barnen i enskilda dag- och fritidshem i föräldrakooperativ. De närmast vanligaste är bolagsdrivna och föreningsdrivna daghem och fritidshem.

Den enskilda barnomsorgen är mycket ojämnt fördelad över landet. Den är vanligast i södra Sverige och i storstadsområdena. Ett sjuttiofem kommuner i landet hade 1995 ingen enskild barnomsorg alls medan i andra kommuner över 30 procent av de inskrivna barnen fanns i verksamheter som drevs i enskild regi.

Uppföljningar av barnomsorgslagstiftningen

Trots den stora utbyggnaden har det hela tiden funnits en brist på barnomsorgsplatser. De stora barnkullarna under 1990-talets första år medförde att bristen ökade. Den nya lagstiftningen har dock medverkat till att utbygganden forcerats och barnomsorgen är i dag fullt utbyggd i de allra flesta kommuner.

Socialstyrelsens uppföljningar av de nya bestämmelserna i SoL visar att våren 1996 kunde närmare 90 procent av kommunerna tillhandahålla plats i daghem eller familjedaghem till förskolebarn inom tre till fyra månader efter det att föräldrarna anmält behov. En något högre andel – 95 procent – kunde på motsvarande sätt erbjuda skolbarn plats i fritidshem eller familjedaghem.

De kommuner som inte klarade att ordna plats inom rimlig tid fanns framför allt i landets södra delar. Våren 1996 angav i stort sett alla kommuner norr om Leksands kommun i Kopparbergs län att de kunde ordna plats både till förskolebarn och skolbarn. Storstäderna Göteborg och Malmö hörde till de kommuner som inte hade full behovstäckning för skolbarn.

Drygt hälften av de kommuner som inte uppfyllde lagkraven våren 1996 uppgav att de räknade med att klara det under 1997. I resten av kommunerna hade man inte gjort någon bedömning.

Barnomsorg vid arbetslöshet

Den nya lagstiftningen lyfter fram barnets eget behov av barnomsorg, oavsett föräldrarnas sysselsättning och utan att barnet är i behov av särskilt stöd. Barn till arbetslösa nämns i lagens förarbeten som en grupp barn som ofta har ett eget behov av barnomsorg. Arbetslöshet innebär ofta en påfrestning för familjen och för barnen är det särskilt viktigt med kontinuitet och trygghet i tillvaron. I Socialstyrelsens allmänna råd *Barnomsorgen i socialtjänstlagen* betonas att behovet av plats bör bedömas från fall till fall utifrån det enskilda barnets och föräldrarnas behov och utifrån lokala förutsättningar.

Fler barn med arbetslösa föräldrar

Den snabbt stigande arbetslösheten i början på 1990-talet har medfört att antalet barn med arbetslösa föräldrar ökat. SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU) visar att 117 000 barn i åldern 0–16 år hade en arbetslös mamma och 103 000 en arbetslös pappa andra kvartalet 1996. Det är fyra gånger så mycket som 1991 då motsvarande antal var 28 000 respektive 25 000.

Barn i förskoleåldrarna är överrepresenterade bland barn med arbetslösa föräldrar. Andra kvartalet 1996

hade 53 000 barn i åldrarna 1–6 år en arbetslös mamma medan 40 000 hade en pappa som var utan arbete. Enligt barnomsorgsundersökningarna, som har en något vidare definition av begreppet arbetslös än AKU, hade 100 000 barn i åldrarna 1–6 år minst en arbetslös förälder i januari 1996. Det motsvarar 14 procent av åldersgruppen.

Skärpta regler

Kraven på kommunerna att bygga ut barnomsorgen samtidigt som det ekonomiska utrymmet är begränsat har gjort att allt fler kommuner har infört regler som begränsar barnets rätt till barnomsorgsplats när någon förälder är arbetslös eller då barnet får ett syskon. Det visar Socialstyrelsens uppföljningar av de nya lagbestämmelserna 1995 och 1996.

Våren 1996 hade 80 procent av kommunerna särskilda regler som trädde i kraft när en förälder blev arbetslös. Barn som redan hade plats fick i allmänhet behålla den, men med någon form av tidsbegränsning. Tidsbegränsningen gällde en viss tid per dag (vanligen tre timmar), ett visst antal månader eller en kombination av dessa. Sammantaget innebar reglerna att i 122 av landets 288 kommuner förlorade förskolebarnet förr eller senare sin barnomsorgsplats när en förälder miste sitt arbete medan de fick gå kvar under ett begränsat antal timmar per dag i 108 kommuner. Skolbarnet förlorade sin plats i 148 kommuner och fick gå kvar med tidsbegränsning i 55 kommuner.

De barn som står utanför barnomsorgen har mycket svårt att få en plats så länge någon av föräldrarna saknar arbete. Endast var tionde kommun hade våren 1996 regler som möjliggjorde att barn till arbetslösa föräldrar kunde få en plats i barnomsorgen.

Även kommunernas regler för barnets rätt att vara kvar i barnomsorgen när en förälder är hemma med ett nyfött syskon skärptes mellan 1995 och 1996. Andelen kommuner där barnet mister sin plats i stort sett omedelbart ökade från cirka 40 procent till närmare 50 procent mellan de två åren.

Enligt barnomsorgsundersökningarna fanns ungefär hälften av barnen i åldersgruppen 1–6 år med arbetslösa föräldrar i daghem/fritidshem eller familjedaghem i januari 1996. Föräldrarna efterfrågade dock plats till betydligt fler, totalt till cirka 70 procent av barnen.² För de barn vars föräldrar var hemma med ett yngre syskon var efterfrågan inte lika stor. Cirka 35 procent av de föräldralediga ville ha barnomsorgsplats till sitt äldre förskolbarn och hälften av dessa hade redan en plats.

Barnen utanför barnomsorgen

Andelen barn i åldern 1–6 år som får del av förskoleverksamhet är i dag större än någonsin. En allt mindre andel barn befinner sig permanent utanför barnomsorgen. I januari 1996 var cirka 223 000 barn i åldern 1–6 år utanför den offentligt finansierade barnomsorgen, dvs cirka 30 procent av åldersgruppen. De flesta av dessa (83 000) hade en förälder som var föräldraledig för att ta hand om ett yngre syskon. De närmast största grupperna bestod av barn vars föräldrar förvärvsarbetade eller studerade (66 000) och barn till arbetslösa (48 000). En mindre grupp (20 000) hade en förälder som var hemmafru/-man.

För drygt vart fjärde barn utanför barnomsorgen efterfrågade föräldrarna en plats. Efterfrågan var högst bland de arbetslösa där drygt 40 procent ville ha plats i daghem eller familjedaghem till sitt barn. För barn vars föräldrar förvärvsarbetade/studerade eller var föräldralediga låg efterfrågan kring 25 procent. Lägst var efterfrågan bland hemmafruar/-män där mindre än 10 procent ville ha en plats.

² Föräldrarna tillfrågades hur de skulle vilja ha tillsynen ordnad under resten av första halvåret 1996.

Efterfrågan bland utrikes födda

Det är inga större skillnader mellan barn med utrikes födda föräldrar och barn med svenskfödda föräldrar när det gäller tillgång till barnomsorg, åtminstone inte på riksnivå. Barn vars båda föräldrar är utrikes födda är något oftare utan barnomsorg än andra barn (33 procent jämfört med 28 procent). Barn med en utrikesfödd och en svenskfödd förälder skiljer sig däremot inte från barn med två svenskfödda föräldrar.

Skillnaden är större inom gruppen utrikes födda föräldrar. Föräldrar födda i f d Jugoslavien, Turkiet, Mellanöstern, Eritrea, Etiopien och Sydamerika efterfrågar oftare plats för sina barn än svenskfödda föräldrar, medan efterfrågan bland föräldrar födda i t ex Somalia är betydligt lägre.

Kostnad och produktivitet

Barnomsorgen är näst efter äldreomsorgen den kostnadsmässigt största verksamheten inom socialtjänsten. Det är också en av de verksamheter där kommunerna har sparat mest. År 1995 svarade barnomsorgen för 30 procent av kommunernas kostnader för socialtjänsten, vilket motsvarar en minskning med 4 procentenheter sedan 1992.

I rapporten *Barns villkor i förändringstider* visade Socialstyrelsen att kommunernas besparingar under 1993 var relativt sett större inom verksamheter som rörde barn och unga än inom övriga områden. De största besparingarna hade gjorts inom barnomsorgen.

Oförändrade bruttokostnader

Den totala bruttokostnaden för barnomsorgen uppgick 1995 till närmare 40 miljarder kronor. Den största delen – 66 procent – gick till daghem, medan familjedaghem och fritidshem upptog cirka 15 procent vardera. Personalkostnader utgör den största delen av bruttokostnaden, cirka två tredjedelar.

Trots de senaste årens kraftiga utbyggnad har de totala kostnaderna för barnomsorgen inte ökat. Barnomsorgen kostade i fasta priser t o m något mindre 1995 än 1990 trots att antalet inskrivna barn ökade med närmare 30 procent. Under perioden 1991–1993 sjönk bruttokostnaden med 5 procent. De största besparingarna under ett enskilt år uppmättes under 1993.

Tabell 4. Antal inskrivna barn i daghem, fritidshem, familjedaghem och deltidsgupper samt bruttokostnad för barnomsorgen 1990–1995 (1995 års priser)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Inskrivna barn, 1000-tal	595	622	638	648	712	761
Bruttokostnad, miljarder kr	40,2	40,7	40,5	38,6	38,9	39,7

Källa: Socialtjänststatistiken och SCB, Räkenskapssammandragen

Högst kostnader i storstäderna

I publikationen *Jämförelsetal för socialtjänsten* anges varje år ett antal nyckeltal för socialtjänstens olika verksamhetsområden kommun för kommun. Kostnaden för barnomsorgen beskrivs genom användning av bl a kostnad per invånare, kostnad per inskrivet barn och kostnad per heltidsbarn.

Jämförelsetalen visar på stora variationer i kostnaden för barnomsorgen mellan olika kommuner, oavsett vilket kostnadsmått som används. År 1995 varierade t ex bruttokostnaden per inskrivet barn i kommunala daghem mellan 48 000 och 96 000 kronor medan kostnaden per inskrivet barn i kommunala fritidshem varierade mellan 11 000 och 51 000 kronor. Även för familjedaghemmen var kostnadsvariationerna stora. Värden på såväl 31 000 som 75 000 kronor uppmättes.

Genomgående är den genomsnittliga kostnaden per inskrivet barn högst i storstäderna. Det gäller både för daghem, fritidshem och familjedaghem. År 1995 fanns de genomsnittligt lägsta kostnaderna per inskrivet barn i kommunala daghem och fritidshem i förorter medan landsbygdskommunerna och gruppen övriga mindre kommuner hade de klart lägsta kostnaderna i familjedaghemmen.

De höga kostnaderna i storstäderna kan bl a förklaras av höga lokalkostnader. Dessa är ofta svåra att snabbt göra något åt. Andra tänkbara förklaringar är en hög andel barn som behöver särskilt stöd samt att barnen har långa närvarotider. Den kvinnliga förvärvsfrekvensen är hög och föräldrarna har långa resvägar till och från arbetet.

Kostnadsskillnaderna mellan kommunerna kan också förklaras av skillnader i personaltäthet och gruppstorlekar samt olika åldersfördelning bland de inskrivna barnen. Även olika principer för resursfördelning och kostnadsredovisning liksom skillnader i politiska prioriteringar kan leda till avvikelser mellan kommunerna. Olika grader av samordning mellan skola och skolbarnsomsorg kan också ha betydelse.

Stora kostnadsminskningar

Kostnaden per inskrivet barn ger inte ett helt rättvisande mått på kostnaden i barnomsorgen. Barnens närvarotid bör räknas in. Kommuner där barnen har långa vistelsetider bör rimligtvis ha högre genomsnittlig kostnad per plats än kommuner där barnen har kortare vistelsetider. Dessutom förändras närvarotiderna över tiden vilket gör att de bör vägas in när kostnadsjämförelser görs för en längre tidsperiod.

För att eliminera effekterna av skillnader i närvarotider har Socialstyrelsen beräknat *kostnaden per timme* i kommunala daghem, fritidshem och familjedaghem för åren 1991–1995. Beräkningarna bygger på kostnadsuppgifter i räkenskapssammandragen och jämförelsetalen. Antalet timmar har för förskolebarnen beräknats utifrån antaganden om vistelsetider

hämtade från SCB:s barnomsorgsundersökningar. För skolbarn har vistelsetiden antagits vara 40 timmar per vecka minus antagen tid i skolan. Kostnadsuppgifter för daghem och fritidshem finns endast särredovisade för åren 1994 och 1995. För perioden 1991–1993 har fördelningen av kostnaden på respektive verksamhetsform gjorts med hjälp av relationen mellan kostnader och antalet årsarbetare. Antalet inskrivna barn ett visst år har beräknats som genomsnittet av barnantalet den sista december det aktuella året och året innan. Hänsyn har tagits till att yngre barn är mer resurskrävande än äldre genom att antalet barn i åldersgruppen 0–2 år har multiplicerats med 1,3.

Beräkningarna pekar på mycket stora kostnadsminskningar vid daghem och fritidshem. Mellan 1991 och 1995 sjönk kostnaden per timme i daghem och fritidshem med 19 respektive 32 procent (fasta priser). Den största kostnadsminskningen skedde under 1993. Vid familjedaghemmen har inte motsvarande besparingar gjorts. Timkostnaden är 2 procent högre i slutet av perioden än i början. De stora kostnadsminskningarna vid fritidshemmen har medfört att fritidshemmen har de lägsta timkostnaderna 1995. I början av perioden var kostnaden lägst i familjedaghemmen.

Vid *daghemmen* gjordes de relativt sett största kostnadsminskningarna i de tre storstäderna och i förortskommunerna medan industrikommuner och glesbygdskommuner svarade för de minsta nerdragningarna. Sammantaget medförde besparingarna att storstäderna – som i början av perioden hade de högsta kostnaderna per timme – år 1995 hade en kostnad som motsvarade genomsnittet för riket. För förortskommunerna, som hade kostnader under genomsnittet redan i början av perioden, innebar besparingarna att de 1995 hade de lägsta genomsnittliga timkostnaderna vid daghemmen. Glesbygds- och landsbygdskommuner har inte sparat lika mycket. Från att ha haft timkostnader strax över genomsnittet för riket 1991 hade kommunerna i glesbygden de högsta timkostnaderna 1995. Även industrikommuner och lands-

bygdskommuner hade 1995 timkostnader vid daghemmen som låg över riksgenomsnittet.

Kostnadsutvecklingen vid *fritidshemmen* uppvisar ett något annat mönster än vid daghemmen. Storstäderna svarade för den relativt sett största kostnadsminskningen men hade trots detta fortfarande de högsta timkostnaderna 1995. Förorterna och större städer hade de lägsta kostnaderna per timme både i början och i slutet av perioden. De minsta besparingarna vid fritidshemmen gjordes i medelstora städer där timkostnaderna låg under genomsnittet för riket 1991 men över genomsnittet 1995.

Kostnadsutvecklingen vid *familjedaghemmen* avviker från den vid daghemmen och fritidshemmen. Den genomsnittliga timkostnaden var högre 1995 än 1991. Av kommungrupperna är det endast förorterna som uppvisar kostnadsminskningar. I alla andra kommuntyper har kostnaden stigit. Storstäderna hade de högsta timkostnaderna varje år utom 1991 och svara-

de även för de största kostnadsökningarna under perioden. År 1991 var timkostnaden högst i förorterna, men besparingarna medförde att förorternas timkostnad var densamma som riksgenomsnittet 1995.

Kraftigt ökad produktivitet

Antalet inskrivna barn i barnomsorgen ökade kraftigt mellan 1991 och 1995. Särskilt stor var ökningen 1993–1995. Samtidigt var den totala kostnaden i stort sett oförändrad. Kostnaden beräknad såväl per inskrivet barn som per timme minskade. Det här innebär en kraftigt ökad produktivitet under perioden. Socialstyrelsens beräkningar visar att kostnaden per timme minskade med 19 procent vid daghemmen och 32 procent vid fritidshemmen under perioden, medan den ökade med 2 procent i familjedaghemmen. Det motsvarar en årlig genomsnittlig produktivitetsökning på 4 procent vid daghemmen och 7 procent vid

Tabell 5. Förändring i kostnad per timme för daghem, fritidshem och familjedaghem per kommungrupp 1991–1995 (fasta priser). Index för respektive verksamhetsform: riket 1991=100

Kommungrupp	Daghem		Fritidshem		Familjedaghem	
	1991	1995	1991	1995	1991	1995
Storstäder	109	81	122	70	106	118
Förortskommuner	93	72	91	60	109	103
Större städer	100	82	92	59	98	101
Medelstora städer	101	86	93	67	102	103
Industrikommuner	95	87	102	67	97	101
Landsbygdskom	105	87	104	66	94	98
Glesbygdskom	102	91	96	63	93	103
Övriga, större	96	84	99	65	96	100
Övriga, mindre	97	85	106	63	95	101
Riket	100	81	100	68	100	102

Källa: Socialstyrelsen

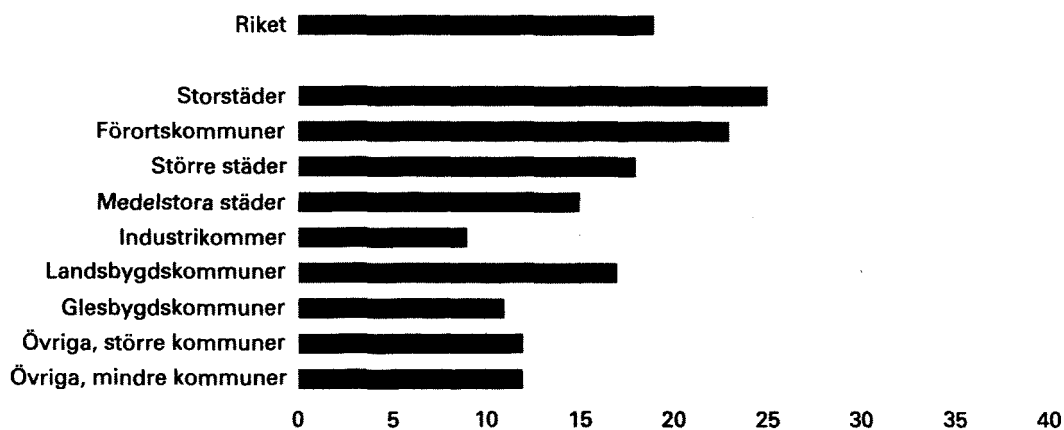


Diagram 16 a. Produktivitetsökning i kommunala daghem 1991–1995 per kommungrupp. Procent

Källa: Socialstyrelsen

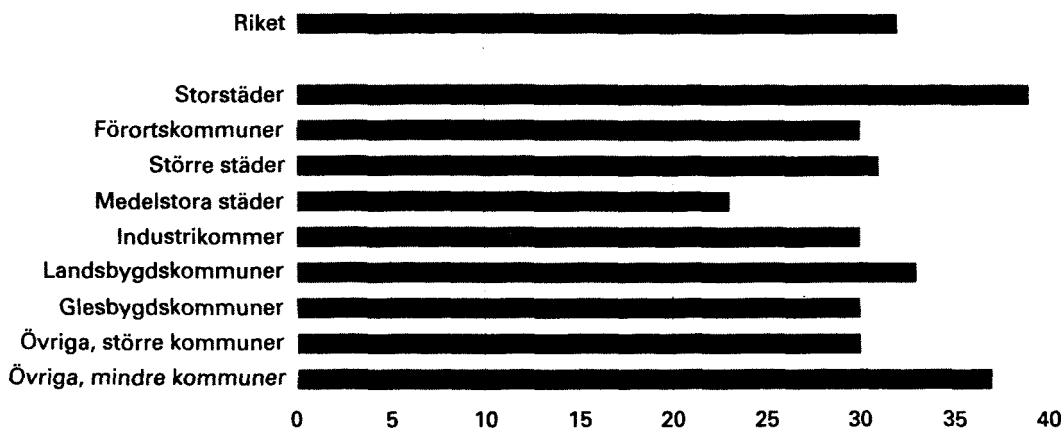


Diagram 16 b. Produktivitetsökning i kommunala fritidshem 1991–1995 per kommungrupp. Procent

Källa: Socialstyrelsen

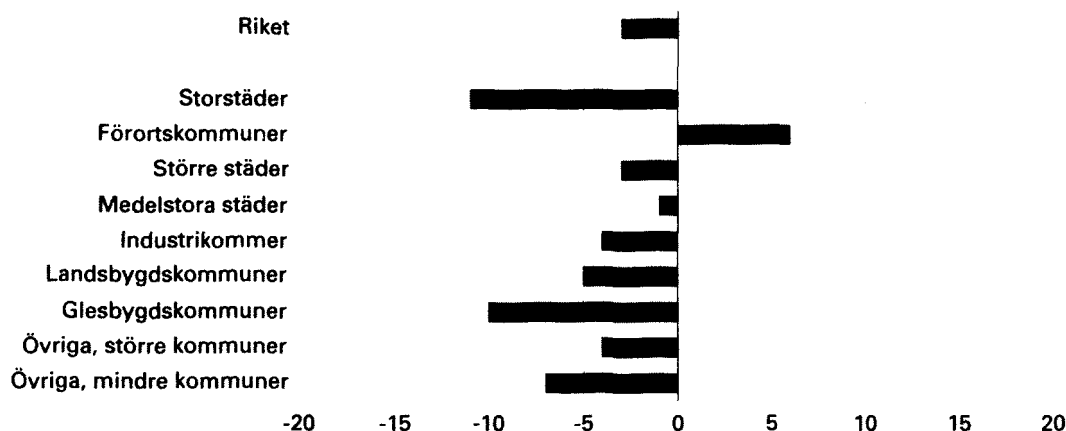


Diagram 16 c. Produktivitetsökning i familjedaghem 1991–1995 per kommungrupp. Procent

Källa: Socialstyrelsen

fritidshemmen. I familjedaghemmen har produktiviteten varit i stort sett oförändrad.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) har visat att produktiviteten inom barnomsorgen stigit även tidigare. ESO har i en studie beräknat produktivitetsförändringarna i barnomsorgen för perioden 1980–1992. Enligt ESO ökade produktiviteten med 27 procent mellan 1980 och 1992 vilket motsvarar en årlig produktivitetsökning på 2 procent. Förändringen inom barnomsorgen är den största av alla undersökta sektorer. Ökningen härrör främst från daghem och fritidshem perioden 1989–1992. År 1991 och 1992 uppgick produktivitetsförändringen totalt till cirka 6 respektive 9 procent. Enligt ESO är det mest anmärkningsvärda den långsiktiga produktivitetshöjningen i daghem och fritidshem. Den har, med vissa variationer, fortgått i över 20 år.

Förändrade avgifter

Kommunen får enligt SoL ta ut skäliga avgifter för plats i förskola, fritidshem, integrerad skolbarnomsorg och familjedaghem. Avgifterna får inte bli så betungande för föräldrarna att de avstår från den verksamhet som barnet erbjuds och som det skulle vara värdefullt för barnet att delta i. I så fall kan kommunen enligt lagens förarbeten inte anses ha uppfyllt sitt ansvar.

Avgifterna inom barnomsorgen har allt mer kommit att användas som ett medel för kommunerna att minska nettokostnaderna. Avgiftshöjningar syftar till att öka intäkterna medan taxeytssystemen konstrueras så att efterfrågan, och därmed kostnaderna, hålls nere.

Utvecklingen har gått snabbt. I en kartläggning av daghemsavgifternas utveckling har Socialstyrelsen

visat att cirka 85 procent av landets kommuner hade gjort större eller mindre förändringar i sina taxesytem mellan januari 1993 och juni 1994. En tydlig tendens var utvecklingen mot avgifter som baserades på barnens närvarotider.

Tidsrelaterade avgifter ökar

I det stora flertalet kommuner är i dag barnomsorgsavgifterna beroende av den tid barnen vistas i verksamheten. I Socialstyrelsens kartläggning framkom att antalet kommuner med tidsrelaterade avgifter steg från 235 år 1993 till 251 år 1994. Vanligast var en taxa med två tidsintervall – hel- eller halvtid – men antalet tidsintervall ökade. Var tredje kommun hade en tidsrelaterad daghemstaxa i fler än tre steg i juni 1994 jämfört med var femte kommun ett och ett halvt år tidigare. Utvecklingen var tydligast i storstadsregionerna.

Ett syfte med den ökade tidsrelateringen är att korta barnens närvarotider för att på så sätt minska behovet av personal och därmed personalkostnaderna. Samma faktiska personaltäthet kan uppnås med avsevärt färre helårsanställningar i en kommun med genomsnittliga närvarotider på exempelvis sju timmar per dag jämfört med en kommun där barnens genomsnittliga närvarotid är tio timmar per dag.

Nästan alla kommuner har inkomstrelaterade avgifter

I de allra flesta kommuner är barnomsorgsavgifterna även beroende av föräldrarnas inkomster. År 1994 hade 85 procent av kommunerna en sådan inkomstrelaterad taxa vid daghemmen. Andelen har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren.

Avgifter i mars 1996

Socialstyrelsen har gjort en kartläggning av avgiftsnivåerna vid daghem och fritidshem i mars 1996 för

ett antal typfamiljer. Typfamiljerna skiljer sig åt bl a vad beträffar inkomster och arbetstider, antal barn i barnomsorgen och barnens närvarotider.

Kartläggningen visar på mycket stora skillnader mellan kommunerna. För en familj med två barn på daghem och en sammanlagd månadsinkomst på 29 300 kronor uppgick t ex avgiften i den "dyraste" kommunen till 3 900 kronor, vilket är tre gånger så mycket som i den "billigaste" kommunen. För en ensamstående förälder med ett fritidshemsbarn och en månadsinkomst på 17 000 kr var avgiften i den "dyraste" kommunen mer än fyra gånger så hög som i den "billigaste" kommunen.

Tabell 6. Lägsta och högsta barnomsorgsavgift för två typfamiljer

Familjetyp/ närvarotid	Brutto- inkomst kr/mån	Avgift kr/månad	
		min	max
Samboende, två barn i dag- hem, 40 tim/vecka	29 300	1 300	3 910
Ensamstående, ett barn i fritids- hem, 26 tim/vecka	17 000	340	1 500

Källa: Socialstyrelsen

I kartläggningen studeras även kopplingen av avgiften till barnens närvarotider. För att belysa hur mycket avgiften påverkas om barnets närvarotid förändras har avgiften för tvåbarnsfamiljen i exemplet ovan hämtats in även för närvarotiden 33 timmar/vecka. Också här är skillnaderna mellan kommunerna mycket stora.

I knappt hälften av kommunerna förändrades inte

Tabell 7. Antal kommuner med olika avgifter för två barn i daghem vid 40 resp 33 timmars närvaro/vecka. Familj med sammanlagd inkomst 29 300 kr/månad

Kommungrupp	Antal kommuner	Procent
Storstäder	3	100
Förorter	28	78
Större städer	17	68
Medelstora städer	18	46
Industrikommuner	34	64
Landsbygdskom	18	47
Glesbygdskom	9	28
Övriga, större	10	37
Övriga, mindre	19	54
Alla	156	54

Källa: Socialstyrelsen

avgiften alls om den aktuella familjen sänkte närvarotiden från 40 till 33 timmar per vecka. Det var betydligt vanligare att avgiften förändrades i storstadsregionerna än i landsbygds- och glesbygdskommuner.

Bland de kommuner som sänkte avgiften uppgick sänkningen till i genomsnitt 377 kronor per månad. Även här är det skillnader mellan kommuner. Som mest uppgick den till 954 kronor, medan den minsta förändringen låg på 29 kronor. Avgiftsförändringarna är i genomsnitt störst i storstadsregionerna.

Även Svenska Kommunförbundet, som vid flera tillfällen redovisat avgifterna vid daghem och fritidshem för ett antal typfamiljer, visar på mycket stora skillnader i avgiftsnivåer mellan kommunerna. Enligt Kommunförbundet ökade dessutom skillnaderna både mellan åren 1991 och 1993 och mellan åren 1993 och 1995.

Tabell 8. Minsta och största avgiftsförändring vid 40 respektive 33 timmars närvaro/vecka i kommuner där avgiften ändras. Familj med två barn i daghem och sammanlagd inkomst 29 300 kr/månad

Kommungrupp	Förändring i kr/månad	
	min	max
Storstäder	419	594
Förorter	108	954
Större städer	29	703
Medelstora städer	117	615
Industrikommuner	88	756
Landsbygdskom	73	850
Glesbygdskom	117	615
Övriga, större	164	548
Övriga, mindre	134	590
Alla	29	954

Källa: Socialstyrelsen

Avgiftsfinansieringsgrad

Avgifternas andel av barnomsorgens totala kostnader har ökat under hela 1990-talet. År 1995 finansierade föräldraavgifterna 14 procent av kostnaden för den kommunala barnomsorgen jämfört med 10 procent 1990. Ökningen är ett resultat både av att avgifterna höjts – avgiftsintäkterna har ökat med 1,7 miljarder kronor eller med över 40 procent under perioden – och att kostnaderna per inskrivet barn minskat. Fritidshemmen har en något högre avgiftsfinansieringsgrad än daghemmen och familjedaghemmen.

Närvarotiderna minskar

Barnomsorgsavgifterna är en förhållandevis stor utgift för många barnfamiljer och en utgift som dess-

utom tar en växande andel av barnfamiljernas inkomster. Vilken betydelse har avgiftshöjningarna för efterfrågan på barnomsorg? Finns det risk att den ökande kopplingen till närvarotiderna i praktiken medför att vissa grupper avstår från barnomsorg som barnen egentligen har behov av?

För närvarande finns inga studier som kan ge något egentligt svar på dessa frågor. Det är dock möjligt att med hjälp av SCB:s barnomsorgsundersökningar följa utvecklingen av förskolebarnens närvarotider i daghem och familjedaghem. Undersökningen visar både att närvarotiderna generellt sett minskat och att de varierar relativt mycket mellan olika typer av kommuner. De längsta närvarotiderna fanns i storstäder, förortskommuner och större städer. År 1995 uppgick skillnaden i närvarotid mellan barn i förortskommuner och barn i landsbygdskommuner till sex veckotimmar vid daghemmen och fem veckotimmar vid familjedaghemmen.

Tabell 9. Genomsnittliga närvarotider i kommunala daghem och familjedaghem per kommungrupp 1995. Timmar per vecka

Kommungrupp	Närvarotid	
	daghem	familjedaghem
Storstäder	33,2	29,8
Förorter	34,5	31,7
Större städer	31,3	28,6
Medelstora städer	29,7	26,9
Industrikommuner	28,3	26,6
Landsbygdskom	28,2	26,9
Glesbygdskom	28,9	27,3
Övriga, större	29,3	27,2
Övriga, mindre	31,3	27,5
Alla	31,3	28,2

Källa: SCB, Barnomsorgsundersökningen 1995

Kvalitet

Enligt den s k kvalitetsparagrafen i SoL (13 b §) skall det inom barnomsorgen finnas personal med sådan utbildning och erfarenhet att barnens behov av omsorg och en god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Barngrupperna skall ha en lämplig sammansättning och storlek och lokalerna skall vara ändamålsenliga. Verksamheten skall utgå från varje barns behov och barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling skall ges den omsorg som deras speciella behov kräver.

Kvalitetsfrågor har fått ökad aktualitet i och med de senaste årens stora besparingar inom barnomsorgen. Hur stor del av produktivitetshöjningarna kan hänföras till att verksamheterna bedrivs mer effektivt och rationellt än tidigare och hur mycket har inneburit kvalitetsförsämringar? Kan kommunerna uppfylla lagens krav på omsorg och en god pedagogisk verksamhet som är anpassad efter varje barns behov?

Besparingar och kvalitet

Kostnadsminskningar medför inte nödvändigtvis kvalitetsförsämringar. Även stora besparingar kan ibland genomföras utan att kvaliteten försämras. Det finns flera studier som visar att besparingskrav inom barnomsorgen fått positiva effekter genom att arbetet blivit mer planerat och målinriktat. Samordning skola-skolbarnsomsorg är exempel på ett förändringsarbete som ofta gett positiva effekter både kostnads- och verksamhetsmässigt.

Det finns dock självfallet en gräns för hur stora besparingar som kan göras utan att effekterna blir negativa för verksamheten. Stora och snabba besparingar kan få negativa följder särskilt om de inte föregås av nödvändigt utvecklingsarbete och inte förbereds tillräckligt tillsammans med berörd personal.

Kvalitetsindikatorer

Det råder i dag relativt stor samstämmighet om vilka faktorer som är väsentliga för god kvalitet och vilka områden som är viktiga att bevaka när barnomsorgen skall utvärderas. Socialstyrelsen har inom ramen för projektet *Aktiv uppföljning* definierat ett tiotal sådana områden, som behandlar både struktur-, process- och resultatkvalitet. (1992) Barngruppernas storlek och sammansättning samt personaltäthet är strukturella faktorer som avgör vilken verksamhet som kan bedrivas i barnomsorgen. Hög kompetens hos personal och ledning liksom möjlighet till kompetensutveckling är också viktiga kvalitetsindikatorer. Kontinuitet i barn- och personalgrupper är en förutsättning för goda relationer och fungerande arbetslag. Andra viktiga förutsättningar kan kopplas till hur styrning och ledning, liksom samverkan och samspel mellan olika nivåer i organisationen fungerar.

De strukturella förutsättningarna skall möjliggöra en god pedagogisk kvalitet. Det förutsätter ett bra samspel mellan personal och barn liksom att verksamheten är planerad och fortlöpande följs upp och utvärderas. Även miljön i form av lokalernas och lekmiljöernas utformning har betydelse. Hälsa, kost och säkerhet är andra kvalitetsfaktorer vilkas betydelse återigen aktualiserats i barnomsorgen. Ett förtroendefullt samarbete mellan personal och föräldrar är en förutsättning för en god verksamhet.

Strukturkvaliteten kan följas löpande i den officiella statistiken. I denna finns uppgifter om t ex gruppstorlekar, personaltäthet och personalens utbildning, kvalitetsindikatorer som alla nämns särskilt i lagstiftningen. Indikatorer som rör process- och resultatkvaliteten är svårare att mäta. För närvarande saknas i allmänhet uppgifter om dessa på nationell nivå.

Besparingsstrategier

Kostnadsminskningarna inom barnomsorgen har åstadkommits framförallt genom att kommunerna ökat

gruppstorlekarna och minskat personaltätheten. I samband med regeringsuppdraget *Barns villkor i förändringstider* lät Socialstyrelsen kommunerna uppge vilka besparingsstrategier som tillämpats under 1993 inom olika barn- och ungdomsverksamheter. Inom barnomsorgen var den vanligaste åtgärden personalminskningar och större barngrupper. I storstadsregionerna hade praktiskt taget alla kommuner ökat barnantalet i grupperna och tre fjärdedelar hade dessutom minskat antalet anställda. I hela landet hade ungefär två tredjedelar av kommunerna använt sig av minst en av åtgärderna. Även i Svenska Kommunförbundets studier framkommer att större gruppstorlekar och lägre personaltäthet är den vanligaste besparingsåtgärden.

Inom skolbarnomsorgen har besparingar även åstadkommits genom en ökad samverkan mellan barnomsorg och skola. Närmare två tredjedelar av kommunerna uppgav i Socialstyrelsens ovan nämnda studie att de minskat sina kostnader genom ökad samverkan.

Andra sätt att minska kostnaderna och/eller öka intäkterna har varit att höja avgifterna samt att införa taxesystemen som gynnar korta närvarotider. Införandet av särskilda "sexårsgrupper", skärpta regler för tillgång till plats vid föräldrars arbetslöshet och föräldraledighet, nedläggning av öppna verksamheter har varit andra sätt.

Gruppstorlek och personaltäthet

Ökningen av barngruppernas storlek har inte bara skett i besparingssyfte. Det har också varit ett sätt att snabbt åstadkomma fler platser. I Socialstyrelsens uppföljning av den nya barnomsorgslagstiftningen våren 1996 angav tre fjärdedelar av kommunerna att de under det senaste året tillskapat nya platser i barnomsorgen genom att ta in fler barn i befintliga daghems-/fritidshemsavdelningar. Det är den åtgärd som nämns oftast både i 1995 och 1996 års uppföljning.

De genomsnittliga gruppstorlekarna har ökat i samtliga barnomsorgsformer under hela 1990-talet. Ten-

densen är likartad i hela landet men det är stora skillnader mellan – och även inom – kommunerna.

I början av 1980-talet var det ovanligt med fler än 15 barn i en daghemsgrupp. När statsbidragsbestämmelserna ändrades 1984 så att bidraget inte längre kopplades till gruppstorleken, steg andelen grupper med fler än 15 barn till cirka 30 procent. Denna andel var i stort sett oförändrad fram till början av 1990-talet då den som en följd av besparingskrav återigen steg. År 1995 fanns det fler än 17 barn i över 40 procent av daghemsgrupperna. Var tionde grupp hade 21 eller fler barn.

Grupperna i fritidshemmen har ökat ännu mer. Den genomsnittliga gruppstorleken ökade drygt 20 pro-

cent mellan 1991 och 1995 – från cirka 19 barn per grupp till över 23.

Även i familjedaghem och deltidsgupper har barnen blivit fler. Andelen familjedaghem med fler än sex barn ökade t ex från 35 till 50 procent mellan 1991 och 1995.

Samtidigt som grupperna blivit större har personaltäteten minskat. Antalet barn per årsarbetare har ökat. Under hela 1980-talet gick det i genomsnitt cirka fyra barn per heltidsanställd vid daghemmen, år 1995 närmare sex. Vid fritidshemmen ökade under samma period antalet barn per heltidsanställd från cirka åtta till drygt elva.

Personalens kompetens viktig förutsättning

En av de viktigaste förutsättningarna för kvalitet i barnomsorgen är personalens och ledningens kompetens. I flera av de studier kring kvalitetsfrågor som Socialstyrelsen genomfört lyfts personalens kompetens fram som en av de allra viktigaste förutsättningarna för kvalitet.

Personalen i den svenska barnomsorgen är överlag mycket välutbildad. I stort sett alla anställda vid daghem, fritidshem och deltidsförskolor hade 1995 utbildning för arbete med barn. Eftersom många kommuner har strävat efter att behålla högskoleutbildad personal vid personalminskningar har andelen förskollärare/fritidspedagoger ökat i förhållande till barnskötare och personal med annan utbildning. År 1995 hade närmare 60 procent av de anställda (omräknat till årsarbetare) förskollärary- eller fritidspedagogexamen, jämfört med 50 procent 1991.

Arbetsledningen strategisk

Arbetsledarna vid barnstugorna, föreståndarna, har en nyckelroll i det förändringsarbete som pågår i barnomsorgen. Större barngrupper, minskad personaltätet, fler små barn i grupperna, fler mångkultu-

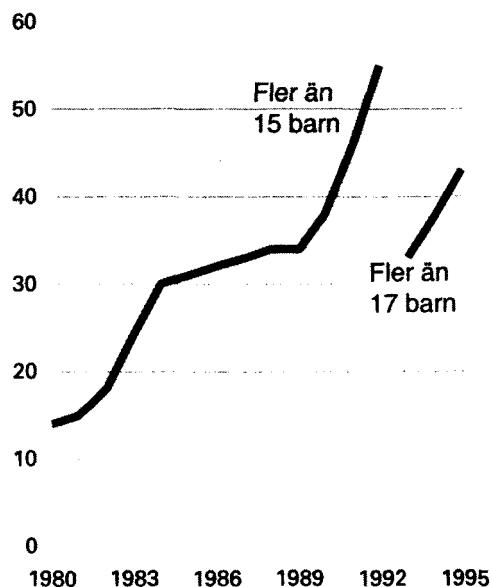


Diagram 17. Andel daghemsavdelningar med fler än 15 resp 17 barn 1980–1995. Procent

Källa: Socialtjänststatistiken

rella grupper är exempel på förändringar som har ökat behovet av en väl fungerande arbetsledning. Samtidigt har decentraliseringen av beslut och befogenheter medfört att ekonomiska och administrativa frågor upptar allt mer av föreståndarnas tid.

Arbetsledarna/föreståndarna har också fått ansvar för allt större enheter genom att många kommuner har omvandlat föreståndartjänster till områdeschefer eller motsvarande med ansvar för flera barnstugor/enheter. Denna utveckling illustreras i den officiella statistiken som visar att antalet föreståndare i daghem, fritidshem och deltidsgrupp är ungefär detsamma 1995 som 1986 trots att de anställda och framför allt barnen är betydligt fler. I genomsnitt har antalet årsarbetare per föreståndare ökat med 40 procent och antalet barn per föreståndare med 80 procent under perioden.

Tabell 10. Antal föreståndare, årsarbetare/föreståndare och barn/föreståndare 1986–1995

År	Antal föreståndare	Antal årsarb/ föreståndare	Antal barn/ föreståndare
1986	7 600	8,1	45,9
1988	8 300	8,5	46,6
1990	9 300	8,7	47,2
1992	7 400	10,6	67,6
1994	7 400	11,6	78,7
1995	7 700	11,6	83,1

Källa: Socialtjänststatistiken

Kvalitetsförsämringar?

I rapporten om barns villkor konstaterade Socialstyrelsen 1993 att den generella kvaliteten inom barnomsorgen var god men att det fanns ett växande antal kommuner med brister i flera viktiga kvalitetskriterier. I de kommuner där besparingar och förändringar

varit genomtänkta och väl förberedda hade verksamheten inte utsatts för allvarliga kvalitetsförsämringar. Men speciellt i delar av storstäder och vissa förortskommuner hade förändringarna varit så omfattande och snabba att det inte gått att upprätthålla en verksamhet som överensstämde med de nationella mål som finns för barnomsorgen.

Det finns för närvarande inte några studier på nationell nivå som gör det möjligt att ge ett sammanfattande omdöme om de senaste årens kvalitetsutveckling i barnomsorgen. Fortsatta kostnadsminskningar under 1994 och 1995 tillsammans med försämringar i viktiga strukturella kvalitetsfaktorer ger dock anledning befara en fortsatt kvalitetssänkning både inom förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. Personaltätheten har minskats ytterligare och barngrupperna har blivit större, framför allt i fritidshemmen. Lokaler som inte är anpassade till verksamheten har blivit ett allt större problem. Öppna förskolor har minskat i omfattning och har kortare öppethållande medan den öppna fritidsverksamheten för 10–12-åringar är bristfälligt utbyggd. Färre barn med annat hemspråk än svenska får hemspråksstöd i förskolan. Som kvalitetsförsämringar kan också räknas höjda avgifter liksom skärpta regler för tillgång till plats när föräldrarna är arbetslösa eller föräldralediga.

Särskilda behovsgrupper

Vissa barn är mer beroende än andra av en hög generell kvalitet i barnomsorgen. Det gäller t ex barn med behov av särskilt stöd, invandrar- och flyktingbarn och de yngsta barnen. Situationen för dessa barn har generellt försämrats inom barnomsorgen.

Flera studier tyder på att barn med behov av särskilt stöd ökar. Större barngrupper, lägre personaltäthet och bristande kontinuitet i arbetslagen har försvårat möjligheterna att ge dessa barn det stöd de enligt socialtjänstlagen har rätt till. Det gäller framför allt barn med psykosociala problem. För de funktionshindrade barnen har de särskilda stödresurserna i stor

utsträckning kunnat behållas. Även dessa barn påverkas dock av försämringar i den generella kvaliteten.

Invandrar- och flyktingbarn är en av de grupper som tydligast fått känna av de besparingar som görs. De är många gånger speciellt beroende av trygghet och kontinuitet i vuxenkontakter och har gynnats av en hög generell kvalitet i barnomsorgen. Stöd i hemspråket och i svenska som andra språk skall bidra till att barn med annat hemspråk än svenska blir aktivt tvåspråkiga. Hemspråksstödet i förskolan har dock skurits ner kraftigt. Sedan 1991 har andelen barn med annat hemspråk än svenska som fått hemspråksstöd i förskolan sjunkit från cirka 40 procent till 20 procent 1995.

Även de yngsta barnen är beroende av trygghet och stabila vuxenkontakter. Trots att många kommuner haft en uttalad ambition att hålla nere gruppstorlekarna för de små barnen finns de i allt större barngrupper. År 1995 fanns 60 procent av barnen under tre år i barngrupper med fler än 16 barn. Det kan jämföras med situationen 1992 då 25 procent av de allra yngsta fanns i grupper med fler än 15 barn.

Barn i åldern 10–12 är en ytterligare grupp som det finns anledning att uppmärksamma. Barn i denna åldersgrupp finns i mycket begränsad omfattning i inskrivna verksamheter samtidigt som den öppna verksamheten är dåligt utbyggd.

Referenser

1. Ds 1994:24. Finansdepartementet. *Den offentliga sektorns produktivitetsutveckling 1980–1992*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO).
2. Proposition 1993/94:11. *Utvidgad lagreglering på barnomsorgsområdet*.
3. Proposition 1994/95:61. Vårdnadsbidraget. *Garantidagarna. Enskild barnomsorg*.
4. Proposition 1994/95:100. Bilaga 6 till budgetpropositionen.
5. Proposition 1995/96:206. *Vissa skolfrågor m.m.*
6. Socialstyrelsen. *Vad menas med kvalitet och hur bedömer man kvalitet i barnomsorgen?* Aktiv uppföljning i Örebro län och Västmanlands län. Socialstyrelsen 1992
7. Socialstyrelsen. *Daghemsavgifternas utveckling 1993 och 1994*. SoS-rapport 1994:20
8. Socialstyrelsen. *Barns villkor i förändringstider*. Slutrapport. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:4
9. Socialstyrelsen. *Socialtjänsten och de nya styrsystemen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:1
10. Socialstyrelsen. *Uppföljning av barnomsorgslagstiftningen*. Meddelandeblad 22/95
11. Socialstyrelsen. *Uppföljning av barnomsorgslagstiftningen våren 1996*. Meddelandeblad 11/96
12. Socialstyrelsen. *Barnomsorgen i socialtjänstlagen*. Allmänna råd 1995:2
13. Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Statistiska centralbyrån. *Jämförelsetal för socialtjänsten 1995*
14. Socialstyrelsen. *Barnomsorg 1995*. Årlig publikation.
15. Socialutskottets betänkande 1994/95:SOU8. *Vårdnadsbidraget. Garantidagarna. Enskild barnomsorg*.
16. Statistiska centralbyrån. *Barnomsorgsundersökningen 1996*
17. Svenska Kommunförbundet. *Kommunernas ekonomiska läge 1994*
18. Svenska Kommunförbundet. *Avgifterna i barnomsorgen*. Kommunernas barnomsorgstaxor 1995

Barn som far illa och utsatta ungdomar



●●

De flesta barn i Sverige lever under gynnsamma förhållanden. De har god hälsa, mår psykiskt bra och uppvisar i internationella jämförelser goda skolresultat. Många familjer och barn utsätts dock idag för större påfrestningar än tidigare på grund av t ex arbetslöshet och dålig ekonomi. För barn där det förekommer missbruk, psykisk sjukdom eller våld i familjen är situationen särskilt svår, liksom för många flyktingbarn. De har inte bara eftersatta somatiska behov utan också många gånger svåra psykiska trauman. Ungdomar som experimenterar med droger och begår brott bär inte sällan på en djup misstro mot en vuxenvärld som inte har sett och beaktat deras behov.

●●

Barnets bästa i främsta rummet

Socialtjänstens insatser för barn och unga styrs av socialtjänstlagen (SoL) lag om vård av unga (LVU) och föräldrabalken (FB). Socialnämnden skall verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden. Med särskild uppmärksamhet skall nämnden följa utvecklingen hos barn som riskerar en

”Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala väldfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.”

Artikel 3, Konventionen om barnets rättigheter

ogynnsam utveckling. Den skall i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdom som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd som de behöver. Principen om barns bästa, som den kommer till uttryck i FN:s konvention om barns rättigheter från år 1989 är, utan att vara svensk lag, en annan viktig utgångspunkt.

Helhetssynen är central i allt socialt arbete. Den innebär bl a att socialtjänsten skall sträva efter en samlad lösning på sociala problem som utgår från individens totala situation. För arbetet med utsatta barn och ungdomar innebär det att barnets situation måste beaktas, inte bara i familjen utan också i släkten och övrigt nätverk samt i förhållande till olika samhälleliga institutioner som skola och barnomsorg. Andra viktiga riktlinjer är närhet, kontinuitet, frivillighet och flexibilitet. Av särskild vikt för valet av insats är frivillighetsprincipen. Den innebär att insatser skall ske i samförstånd med, och efter samtycke av, vårdnadshavarna och av den unge själv, om han/hon har fyllt 15 år.

Påfrestningar på familjen påverkar barnen

Barn och deras föräldrar kan behöva hjälp från socialtjänsten därför att föräldrarna av någon anledning sviktar i sin föräldraroll. Orsaker till det kan vara missbruksproblem, psykisk sjukdom eller förstånds-handikapp hos föräldrarna. Föräldrar kan också ha svårt att ta sitt fulla ansvar vid svår fysisk sjukdom eller då de av någon anledning befinner sig i en svår livskris eller lever under stark psykisk press. Barn kan också fara illa på grund av relationsproblem i familjen. Det kan vara fråga om misshandel i familjen eller uppsplitande konflikter i samband med skilsmässa. Oavsett anledningen till föräldrarnas svårighet att se och tillgodose barnens behov kan barnen bli försummade och känslomässigt övergivna.

Även socioekonomiska problem kan vara en risk-

faktor. Yttre påfrestningar, som dålig ekonomi och arbetslöshet påverkar föräldrarnas fysiska och psykiska hälsa, vilket i sin tur kan innebära en belastning på och försvagning av föräldraförmågan. Detta påverkar också barnen. En undersökning från Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad (Hagquist C, Starrin B 1995) visar att barn och ungdomar som växer upp i familjer med socioekonomiska problem oftare är sjuka, har mer psykosomatiska besvär, dricker mer alkohol, röker och skolkar i större utsträckning än barn och ungdomar med resursmässigt bättre uppväxtvillkor. Andelen elever i årskurs nio med psykosomatiska besvär är närmare 90 procent högre bland dem som ofta eller alltid är oroliga för familjens ekonomi i jämförelse med dem som sällan eller aldrig är det.

Många ensamstående mammor har en besvärlig ekonomisk situation. En tredjedel av dem får socialbidrag någon gång under året. Av ensamstående mödrar med barn under sju år saknade 38 procent förvärvsarbete år 1995. Det är nästan en fördubbling jämfört med 1988. Bara en tredjedel av de unga ensamstående mammorna förvärvsarbetade under 1995 (Socialdepartementet 1995).

Flyktningbarn har särskilda behov

Under senare år har många barn från krigsdrabbade länder kommit till Sverige. Ofta har barnen traumatiska upplevelser bakom sig som de behöver hjälp med att bearbeta. Socialstyrelsen har dock i rapporten Medicinskt omhändertagande av asylsökande och flyktingar i Sverige konstaterat att endast ett fåtal sjukvårdsenheter försöker identifiera flyktningbarn som haft traumatiska upplevelser i hemlandet. Rapporten visar också att barn som far illa i sina familjer – ofta med misstanke om misshandel – inte följs upp samt att det sällan inleds något samarbete med socialtjänsten i dessa ärenden. Socialstyrelsen har vidare uppmärksammat att andelen barn med invandrabakgrund som placeras för vård utanför hemmet är mycket stor, närmare 40 procent (Invandrarbarn i familjehem, 1995).

Ungdomar med sociala problem ställer nya krav på socialtjänsten

En kartläggning inom socialtjänsten i Stockholms län 1994 visade att 4014 ungdomar var aktuella inom socialtjänsten. Det motsvarar 5 procent av pojkarna och 3 procent av flickorna i länet. De vanligaste anledningarna var kriminalitet, relationsstörningar, skolproblem, gängproblem och missbruk. 700 av ungdomarna visade tendens till våldsbenägenhet och/eller hade begått våldsinriktade handlingar. Av undersökningen framgår dock att det i stor utsträckning saknas modeller för att återanpassa ungdomar till skolan. Resurser saknas för t ex fältarbete med inriktning mot ungdomar med invandrabakgrund (den unge själv eller minst en av föräldrarna födda utomlands), som utgjorde omkring 40 procent av ungdomarna i undersökningen.

Invandrarungdomarna är också överrepresenterade vid de särskilda ungdomshemmen. Av SiS årsredovisning 1994/95 framgår att drygt 40 procent av de inskrivna ungdomarna hade invandrabakgrund. Tre fjärdedelar av dessa var av utomnordiskt ursprung. Uppgifterna bekräftas i en undersökning av 248 ungdomar som var inskrivna vid akut- och utredningsavdelningarna på särskilda ungdomshem i Stockholms län. I denna framgår också att invandrarungdomarna hade allvarligare sociala problem än de svenska ungdomarna (Bergström U, Sarnecki J 1996).

Få ungdomar har provat narkotika

Andelen skolungdomar i årskurs nio som någon gång har provat narkotika har sedan mitten av 1980-talet varit omkring 3–4 procent, med en svag ökning under 1990-talets första hälft. År 1995 var andelen omkring 6 procent. Ungdomars alkoholvanor har vid en sammantagen bedömning inte genomgått några stora förändringar under de senaste tio åren. Det finns dock uppgifter under de senaste åren som tyder på att den genomsnittliga årskonsumtionen bland ungdomar har

ökat något. Av de ungdomar som budgetåret 1994/95 skrevs in vid de särskilda ungdomshemmen uppgav socialtjänsten i nästan 60 procent av fallen att det förekom inslag av missbruk.

Ungdomar och kriminalitet

Många ungdomar, främst pojkar, experimenterar i yngre tonåren med gränsöverskridande som också innebär kriminella aktiviteter. Ytterst få kommer dock att utveckla en kriminell livsföring. Den totala registrerade ungdomsbrottsligheten (främst stöld) har förändrats obetydligt sedan 1970-talet. Däremot ökar ungdomsvåldet. Misshandel är det i särklass vanligaste våldsbrottet både bland vuxna och ungdomar. Mellan 1984 och 1994 fördubblades antalet misshandelsbrott som begåtts av ungdomar mellan 15 och 17 år, från 1 280 år 1984 till 2 600 år 1994. Också bland de yngsta har misshandelsbrotten ökat. Antalet anmälda misshandelsbrott mot barn i åldern 7–14 ökade från knappt 760 år 1981 till drygt 3 500 år 1994. Antalet brottsmisstänkta minderåriga ökade från 116 barn år 1984 till 718 år 1994. Uppgifterna pekar på att misshandelsbrott i ökad utsträckning begås av barn mot barn. Ökningen kan bl a bero på att skolan i större utsträckning börjat anmäla brott som begås av elever inom skolan.

Många ungdomar utan jobb

Arbetslösheten bland ungdomar har ökat kraftigt under senare år. Allt fler ungdomar är också föremål för konjunkturberoende åtgärder. År 1993 var 27 000 ungdomar mellan 18 och 24 år sysselsatta i sådana åtgärder. År 1995 var motsvarande antal 32 300. I september 1996 var 89 000 ungdomar öppet arbetslösa. Det var en uppgång jämfört med motsvarande tidpunkt år 1993, då 80 800 ungdomar var öppet arbetslösa. Ungdomar som är födda utomlands har betydligt svårare än svenska ungdomar att få ett varaktigt arbete. 29 procent av invandrarungdomarna och 15 procent av de svenska ungdomarna var arbetslösa 1995.

Skillnaden mellan grupperna är små direkt efter avslutad skolgång. Fyra år efter avslutad grundskola är emellertid fler invandrarungdomar än svenska ungdomar arbetslösa. Många ungdomar rör sig mellan studier och tillfälliga anställningar utan att få varaktiga anställningar. Ungdomarna förlorar därmed inte bara möjligheter till egen försörjning utan också delaktighet i vuxenlivet. Framför allt drabbas de som är långtidsarbetslösa av negativa följder. Studier visar att arbetslöshet bland ungdomar medför ökad risk för sociala konsekvenser som utslagning och kriminalitet.

Vad gör socialtjänsten?

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för omsorgen om barn och unga. Allmänheten, anhöriga, skolan, polisen eller någon annan kan uppmärksamma socialtjänsten på att barn far illa eller att en ungdom behöver en stödsats. Socialtjänsten skall omedelbart inleda en utredning, som sedan ligger till grund för bedömning av vilken insats som behövs. Insatserna skall utformas i nära samråd med hemmet. Många gånger räcker det med en stödsats, t ex i form av kontaktperson, medan det i andra fall bedöms vara bra för barnet eller den unge att under en längre eller kortare tid bo någon annanstans än i det egna hemmet. I sådana fall ordnas vanligen plats i ett familjehem, det som tidigare kallades fosterhem. Ibland bedöms det lämpligare att vården sker i ett hem för vård eller boende, ett s k HVB.

Fler anmälningar om barn och ungdomar som far illa?

Den officiella statistiken innehåller inga uppgifter om anmälningar till socialtjänsten om barn och ungdomar som far illa. Samtliga länsstyrelser i landet har dock på förfrågan från Socialstyrelsen uppgivit att antalet anmälningar har ökat under 1995, åtminstone i några av länets kommuner. Några länsstyrelser har

uppgivit att ökningen har varit liten medan andra har uppgivit en mycket stor ökning. Uppgifterna vilar dock inte på något systematiskt insamlat underlag.

Som orsak till ökningen uppges enligt länsstyrelserna bl a familjernas försämrade ekonomi, arbetslöshet, relationsproblem och besparingar inom barnomsorg, skola och fritidsverksamhet. När det gäller ungdomar uppger några att missbruk och våld verkar ha ökat. Ökning av antalet anmälningar kan emellertid också bero på att polisen i sin nya närpolisorganisation uppmärksammar mer problem, att allmänheten har blivit mer observant samt att samarbetet mellan socialtjänsten och andra myndigheter har utvecklats.

Även barn- och ungdomspsykiatrien rapporterar en ökning av antalet nytillkomna patienter. Klinikernas statistik är inte jämförbar, varför det inte med bestämdhet går att ange hur stor ökningen är. På de flesta håll anges den dock till mellan 20 och 50 procent. Vid några kliniker har nyanmälningarna ökat med 100 procent.

Vård utanför hemmet sker oftast med samtycke

Vård utanför hemmet sker normalt med föräldrarnas samtycke. Det finns dock tillfällen när socialnämnden tvingas göra ingripande till skydd för barnet eller den unge, trots att föräldrarna, eller den unge, motsätter sig det. I de fallen ger LVU förutsättningar för vård. Anledningen kan antingen vara brister i hemmiljön, vilket är vanligast när det gäller små barn, eller att den unge med sitt eget beteende utsätter sin hälsa och utveckling för risk att skadas. Länsrätten beslutar om vård utan samtycke, efter ansökan av socialtjänsten. Vård med stöd av LVU innebär alltid, åtminstone inledningsvis, placering utanför det egna hemmet. LVU ger också socialnämnden möjlighet att omedelbart omhänderta den som är under 20 år.

En undersökning av kammarrättsdomar i LVU-mål (Socialstyrelsen 1995) har visat att missbruk hos föräldern/föräldrarna är det vanligaste skälet när socialnämnden ansöker om vård på grund av brister i

hemmet. Det förekom i 59 procent av fallen. Därefter kom psykisk ohälsa hos föräldrarna (27 procent). Föräldrarnas omsorgsbrister kategoriseras i 76 procent av fallen som försummelse, i 49 procent som vanvård och i 33 procent som psykisk misshandel.

Barn med påbörjad eller pågående insats

Den officiella statistiken över socialtjänstens insatser för barn och unga belyser kontaktmannaskap och vård utanför det egna hemmet. Fyra olika mått används för att beskriva barn med dessa insatser. Ett avser antalet *nyttillkomna barn* för vilka en eller flera insatser har påbörjats under året. Att barnen är nyttillkomna under året innebär att de inte har haft någon av de insatser som redovisas i statistiken under de fem närmast föregående åren. Det finns också ett mått som beskriver totalt antal *barn för vilka insatser påbörjats* under året. Statistiken mäter också antalet *barn med en pågående insats den 31 december*, oavsett vilket år insatsen påbörjats. Slutligen kan man av den officiella statistiken utläsa det totala antalet *barn som varit föremål för insats någon gång under året*.

Cirka 29 000 barn var föremål för insats någon gång under 1995. Detta var omkring 1 000 fler barn än under 1994. Relaterat till antalet barn i befolkningen var det dock ingen ökning. År 1995 hade knappt 15 barn per 1 000 barn i åldrarna 0–17 år en eller flera av de insatser som ingår i statiken, vilket är i stort sett samma antal som under 1994.

Den 31 december 1995 hade omkring 21 000 barn en eller flera pågående insatser. Det var en ökning med mer än 2 000 jämfört med samma dag 1994. Av barnen med pågående insatser den 31 december 1995 hade cirka 11 000 kontaktperson. Omkring 10 500 barn vårdades utanför det egna hemmet. Sedan 1994 var detta en ökning med mer än 1 000 barn eller omkring 15 procent. I relation till antalet barn per 1 000 barn i befolkningen 0–17 år innebar det en ökning från omkring 4,5 år 1994 till omkring 5,5 år 1995.

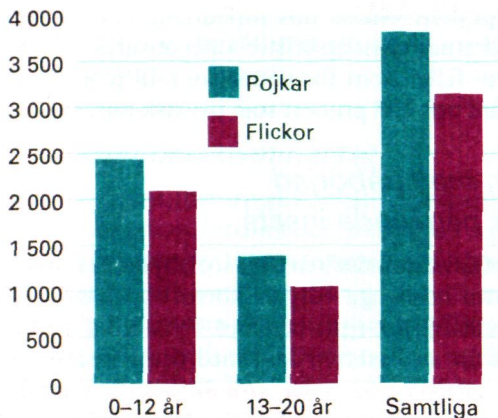


Diagram 18. Nyttillkomna barn och unga 1995 med insats enligt SoL och LVU fördelade efter ålder och kön. Antal

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

Ungefär 7 000 barn var *nyttillkomna* såväl under 1995 som under 1994. Båda dessa år hade drygt 40 procent (omkring 3 000) av de nyttillkomna barnen fått vård utanför det egna hemmet. Båda åren motsvarar det cirka 1,5 barn per 1 000 barn i åldrarna 0–17 år. Pojkarna är något fler än flickorna bland de nyttillkomna barnen. De små barnen, upptill 12 år, utgör nästan två tredjedelar av de nyttillkomna barnen.

Utvecklingen 1985–1995

I ett tioårigt perspektiv har antalet barn som varit föremål för insats någon gång under året, räknat per 1 000 barn i befolkningen, ökat kontinuerligt, från cirka 12 barn 1985 till cirka 15 barn 1995. Ökningen gäller kontaktpersoninsatser. Däremot har antalet barn med en eller flera vårdinsatser, både med och utan föräldrarnas samtycke, minskat. Under perioden 1985–1995 har barn som någon gång under respektive år

varit föremål för sådana vårdinsatser minskat från cirka 9 till cirka 7,5 barn per 1 000 barn i åldrarna 0–17 år.

Barn för vilka insatser har påbörjats under respektive år och nyttillkomna barn har legat på en ganska stabil nivå de senaste tio åren. Barn för vilka insatser har påbörjats under året har legat något över och nyttillkomna barn något under två barn per 1 000 barn i åldrarna 0–17 år. Att antalet barn som berörs av insatser under ett år kontinuerligt har ökat under tioårsperioden men däremot inte de påbörjade insatserna, skulle kunna förklaras av att insatsernas längd ökat. I kombination med vad som redovisas i diagrammet är det främst kontaktpersoninsatserna som ökat i längd.

Hur många barn har någon gång under sin barndom varit i familjehem?

Tvärsnittsmåtten som används i den officiella statistiken säger inget om hur många människor totalt som berörs av en insats, annat än just den dagen eller under ett år. Ett annat sätt att ställa frågan om omfattningen av samhällets insatser är att undersöka hur många som någon gång under sin barndom har varit placerad i familjehemsvård. I boken Svensk forskning om fosterbarnsvård (CUS 1996) kommer man med den utgångspunkten fram till att 3,2 procent av alla barn som föddes 1972–1974 någon gång under sin barndom hade varit i samhällelig ”dygnsvård”. Med dygnsvård avses all sorts vård utanför hemmet, med vårdtider som sträcker sig från en dag till 18 år.

Flest insatser i öppenvården

Av socialtjänstens öppenvårdsinsatser mäter statistiken endast kontaktmannaskapet. Det innebär att barnet eller den unge får en vuxen person eller en familj som de regelbundet träffar. Syftet med insatsen är framför allt att ge stöd och stimulans, samt för de större barnen en meningsfull fritid. Ett annat syfte kan vara att avlasta föräldern/föräldrarna. Många av de

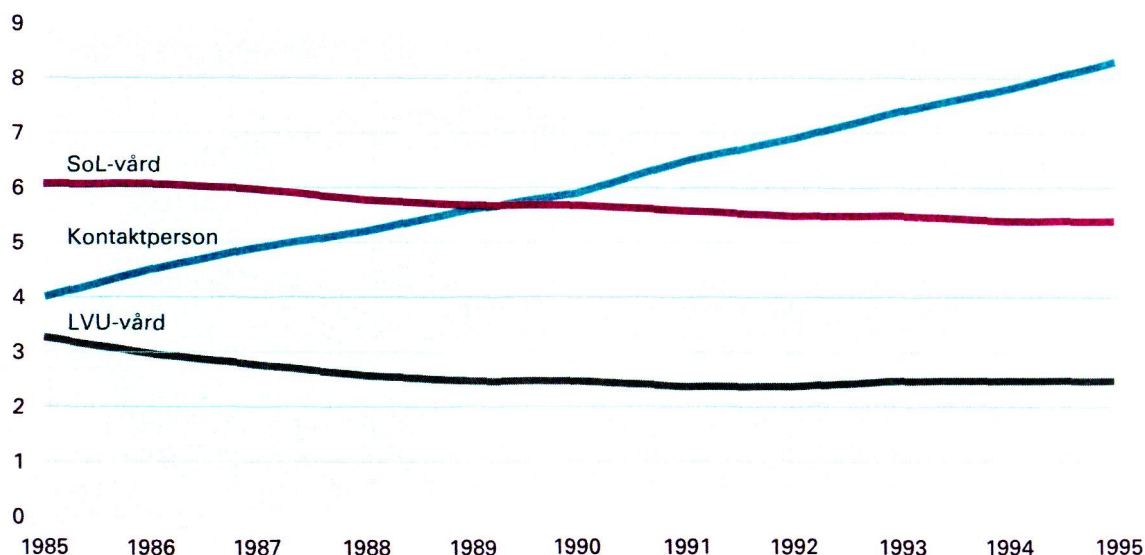


Diagram 19. Barn med kontaktperson, SoL-vård respektive LVU-vård någon gång under året. Antal barn per 1 000 barn i befolkningen i åldrarna 0–17 år. 1985–1995

Källa: Socialtjänststatistik 1995

barn som får kontaktperson/kontaktfamilj har ensamstående föräldrar med tunt socialt nätverk.

Antalet barn som har kontaktperson som en pågående insats den 31 december har ökat successivt under hela 1990-talet. Även i relation till antalet barn i befolkningen 0–17 år har en ökning skett av antalet barn med kontaktperson den 31 december från cirka 4 till nästan 6 barn per 1 000 barn.

Kontaktperson är en vanlig insats för nytillkomna barn. För 60 procent av de nytillkomna barnen 1995, cirka 4 200 barn, var kontaktperson den första insats de fick. Drygt 70 procent av dessa barn hade ännu inte fyllt 13 år. Något fler var pojkar (57 procent) än flickor.

Även andra insatser har utvecklats inom öppenvården för stöd åt barn och föräldrar. Som exempel på

sådana kan nämnas spädbarnsverksamheter för att förbättra samspelet mellan föräldrar (i regel mammor) och barn, gruppverksamhet för unga och/eller ensamstående mammor och för barn till alkoholmissbrukare, förstärkta öppna förskolor som kombinerar en öppen verksamhet med riktat stöd samt "hemmahos-verksamhet" som i första hand erbjuder familjer praktiskt och psykosocialt stöd i hemmet.

För ungdomar med kriminalitet, missbruk och andra psykosociala problem har det utvecklats olika s k mellanvårdsformer. Det innebär att den unge under dagtid medverkar i en strukturerad verksamhet, som i regel innebär arbete/studier samt organiserade fritidsaktiviteter. Ungdomarna bor under tiden kvar i hemmet. Socialstyrelsen har i ett försök att beskriva

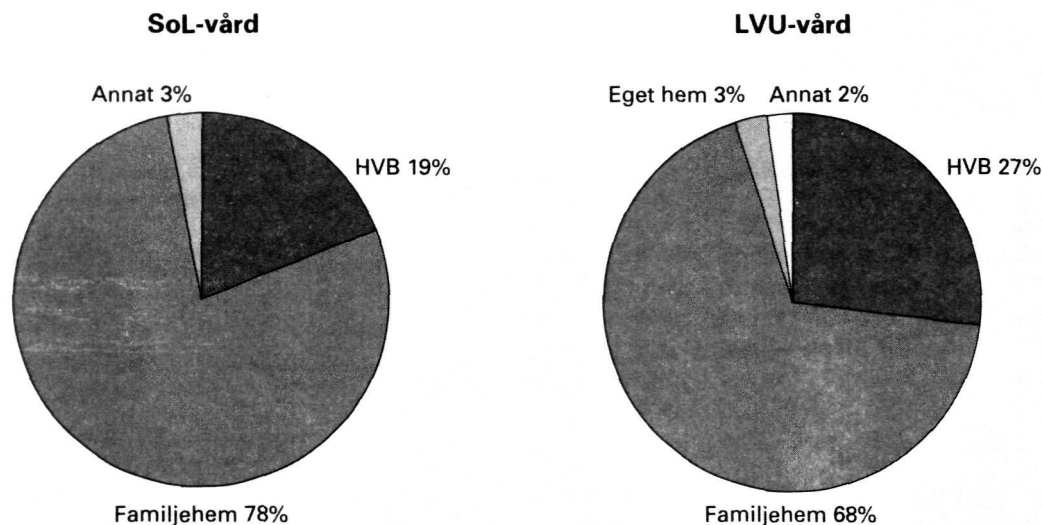


Diagram 20. SoL-vård och LVU-vård, placering den 31 december 1995

Källa: Socialtjänststatistik 1995

mellanvården liknat den vid öppenvården som form och institutionsvården som innehåll.

Familjehem vanligaste placeringsformen

Den vanligaste placeringsformen för barn som bor utanför det egna hemmet är familjehem. Med familjehem menas ett enskilt hem som tar emot ett barn för stadigvarande vård och fostran. Om hemmet har fem eller fler platser är det i regel att betrakta som ett HVB. Den 31 december 1995 var ungefär 10 500 barn och unga placerade för vård utanför det egna hemmet, inklusive omedelbara omhändertaganden enligt LVU. Tre fjärdedelar av dessa barn var placerade i familjehem. Familjehemsplacering var något vanligare vid

vård med samtycke enligt SoL än vid vård utan eget samtycke enligt LVU. Nästan 80 procent av de SoL-vårdade och knappt 70 procent av de LVU-vårdade hade en familjehemsplacering.

HVB för barn som behöver mer kvalificerad vård

HVB som tar emot barn och ungdomar drivs av landsting, kommun eller privat huvudman. I januari 1996 fanns 295 HVB för barn och unga och 124 för både barn och vuxna. I den sistnämnda kategorin ingår både HVB med inriktning på barnfamiljer och HVB för missbrukare där barn bor tillsammans med föräldrar som genomgår behandling för missbruksproblem. 73 procent av hemmen som enbart tar emot barn och

unga har privat huvudman. Resterande andel drivs av offentlig huvudman. Därutöver finns 38 särskilda ungdomshem. Dessa är inrättade för ungdomar som enligt socialtjänstens bedömning är i behov av särskilt noggrann tillsyn. Vanliga skäl för placering på ett särskilt ungdomshem är kriminalitet, missbruk eller att den unge har avvikit från annan placering. De särskilda ungdomshemmen drivs sedan 1994 av Statens Institutionsstyrelse.

HVB för yngre barn används mest när det finns behov av att utreda barnets behov och föräldrarnas omsorgsförmåga. För ungdomar som behöver mer kvalificerad vård än vad ett vanligt familjehem kan ge är HVB ett alternativ.

Den 31 december 1995 vårdades omkring 2 300 barn och unga i HVB. Det motsvarar drygt en femtedel av alla barn som genomgick vård med placering utanför hemmet den dagen. Även här finns en viss skillnad mellan frivillig vård och tvångsvård. Omkring 20 procent av de SoL-vårdade var placerade på HVB mot nästan 30 procent bland de LVU-vårdade. Av dem som hade en pågående LVU-vård den 31 december 1995 var nästan 10 procent placerade på särskilda ungdomshem.

Kostnader

Kommunernas samlade kostnader för placering av barn och unga uppgick 1995 till omkring 4,2 miljarder kronor, vilket utgör 12 procent av kommunernas totala bruttokostnader för individ- och familjeomsorgen. Den största delen av kostnaderna – 62 procent – gick till placeringar i HVB. Kostnaderna för placering av barn och unga har ökat successivt varje år sedan 1992 (fasta priser). Det gäller både för placering i HVB och i familjehem. Särskilt märkbar var kostnadsökningen för HVB-vården mellan 1994 och 1995. Hälften av den ökningen avsåg lönekostnader.

Vårdavgifterna mellan olika HVB varierar kraftigt. Socialstyrelsen fann vid en undersökning av barn-

HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE (HVB)

är ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård, behandling, omvårdnad eller tillsyn i förening med boende. Det kan drivas av offentlig huvudman eller av enskild person. Också yrkesmässigt bedriven familjehemsvård och familjehem med minst fem platser räknas som HVB. En enskild som vill inrätta ett HVB skall ha länsstyrelsens tillstånd.

Tabell 11. Kommunernas totala kostnader i miljarder kronor för placering av barn och unga 1992–1995. Fasta priser i 1995 års nivå.

Verksamhet	1992	1993	1994	1995
HVB-vård	1,5	1,7	1,8	2,6
Familjehem	1,2	1,3	1,4	1,6
Totalt för placeringar av barn och unga	2,7	3,0	3,2	4,2

Källa: Jämförelsetalen 1995

och ungdomsinstitutionerna 1993 att vårddygnsavgifterna varierade mellan 200 kronor och 4 600 kronor. De mycket små hemmen (2–4 platser) hade en lägre kostnadsnivå än hemmen med 5–9 platser, som i sin tur hade en högre genomsnittlig avgift än de stora hemmen (10–70 platser). HVB med upptagningsområde i norra Sverige hade genomgående en lägre kostnad än hemmen i övriga delar av landet. Högst var avgifterna i södra och västra Sverige. I denna del av landet samt i Stockholm sjönk dock avgifterna något mellan 1992 och 1993 medan de i övriga delar av landet fortsatte att öka, dock med väsentligt lägre ökningstakt än åren närmast dessförinnan.

Kommunernas genomsnittliga dygnskostnad för vård i HVB år 1995 var omkring 1 500 kronor. Variationerna i vårddygnskostnad är stor mellan olika kommungrupper. Den genomsnittliga vårdkostnaden per dygn varierade från drygt 1 000 kronor i glesbygdskommuner till cirka 1 700 i landsbygdskommunerna. En del av skillnaderna kan sannolikt förklaras av att kommunerna har lagt in olika betydelser i begreppet "HVB". I jämförelse med 1994 har kommunernas genomsnittliga dygnskostnad ökat med 1 procent i fasta priser. Förändringarna varierar dock mellan de olika kommungrupperna. Störst är ökningen i storstäderna där den genomsnittliga dygnskostnaden har ökat med 6 procent.

För vård i familjehem var kommunernas genomsnittliga dygnskostnad omkring 360 kronor. Den genomsnittliga dygnskostnaden varierade mellan de olika kommungrupperna, från 286 kronor i storstäderna till 424 kronor i övriga mindre kommuner. Den genomsnittliga dygnskostnaden i familjehem har ökat från år 1994 främst i förortskommuner och övriga mindre kommuner.

En jämförelse mellan länen visar att den genomsnittliga vårdkostnaden var lägst på Gotland, både för HVB och familjehem. Flera län i Västsverige – Hallands län, Göteborgs och Bohus län samt Skaraborgs och Älvsborgs län – har höga genomsnittliga dygnskostnader för barn och unga.

Barn- och ungdomsarbetet har hög prioritet

Verksamhet för barn och unga förefaller ha hög prioritet inom socialtjänsten. Det framgår bl a av en rapport från Socialhögskolan (Bergmark Å 1995). I enkäter och intervjuer med politiker och tjänstemän i fyra kommuner om prioriterade brukargrupper och verksamheter inom socialtjänsten uppger tjänstemännen att barn, ungdom och familj har högsta prioritet, medan politikerna främst vill prioritera äldreomsor-

gen, dock med tillägget att barn och ungdom med sociala problem är en mycket viktig grupp. Man vill främst satsa på förebyggande och uppsökande verksamhet av olika slag. Prioriteringen grundar sig bl a på insikten om små barns skyddslöshet och de allvarliga konsekvenser som otillräckliga eller för sent insatta åtgärder kan få.

Preliminära uppgifter från en kartläggning som Socialstyrelsen genomför 1996 av kommunernas ungdomsarbete visar att av 100 kommuner hade över hälften fått ökade anslag till arbetet med ungdomar inom individ- och familjeomsorgen. 32 kommuner redovisade oförändrade anslag medan 12 kommuner hade fått minskade anslag. Inte heller från barn- och ungdoms-HVB rapporteras några större besparingar. Det är fler HVB som har utökat personalstyrkan än som har minskat den. 60 procent har inte gjort några förändringar alls.

Det förefaller således som om kommunerna värnat om resurserna för det sociala barnavårdsarbetet. Nedskärningar inom andra områden får dock konsekvenser för barnen och i sin tur för barnavårdsarbetet. Besparingarna inom barnomsorgen och skolan har medfört större barngrupper och klasser, lägre lärartäthet och färre specialister i form av kuratorer, psykologer och speciallärare. Barn som tidigare kunde få tillräckligt stöd inom barnomsorgen eller skolan hänvisas i ökad utsträckning till socialtjänsten eller till barn- och ungdomspsykiatri, vilket kan innebära att insatserna sätts in för sent och att barnen lyfts ur sitt sammanhang. Strävan bör i stället vara att ge barnen stöd där de befinner sig, dvs i barnomsorg och skola eller där de bor.

Olika organisationsformer i olika kommuner

Sättet att organisera det sociala arbetet skiljer sig åt mellan kommunerna. Det saknas dock överblick av hur kommunerna har organiserat arbetet med barn

och ungdomar sedan de med den nya kommunallagen 1992 fick ökad frihet att själv bestämma nämndorganisation. Två organisationsprinciper är vanliga, nämligen integrering och specialisering. Integrationsprincipen kan sägas vara helt genomförd i kommuner med kommun- och stadsdelsnämnder. Den förekommer också i små kommuner där individ- och familjeomsorgen inte har tillräcklig omfattning för en specialisering.

I kommuner med en mer specialiserad organisation finns i allmänhet en ekonomigrupp, missbrukar-/vuxengrupp samt en barn- och familjegrupp. I en del kommuner finns också särskilda ungdomsgrupper. På andra håll är verksamheten organiserad i beställar- och utförarnämnder, där beställarna i huvudsak ansvarar för utredningar och beslut om åtgärd medan utförarna ansvarar för råd och stöd.

Några kommuner har valt att inrätta särskilda enheter, som gör utredningar i de fall det är sannolikt att vård med stöd av LVU kommer att behövas.

Under senare år har samverkan utvecklats och några familjecentra byggts upp. I dessa centra finns flera olika myndigheter under samma tak, t ex individ- och familjeomsorg, MVC/BVC och öppen förskola. Erfarenheterna av denna organisationsform är mycket goda.

Det finns i de flesta kommuner en tydlig inriktning mot att utveckla vård i öppna former på hemmaplan både för barn och ungdomar. Ambitionen är att minska antalet placeringar. För ungdomar har flera kommuner utvecklat strukturerade öppenvårdsprogram för arbetsträning och/eller studier.

begreppen synonymt, ibland har de olika innebörd. År 1991 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att utarbeta ett åtgärdsprogram för att höja kompetensen och utveckla ett barnperspektiv i arbetet med utsatta barn. Projektet benämndes Barn i fokus.

En av förutsättningarna för att ett barnperspektiv skall kunna utvecklas är att arbetet med barn och unga organiseras på ett sådant sätt att det skapar förutsättningar för ett barnperspektiv. Barn i fokus lade därför särskild vikt vid samverkansfrågor.

Utvecklingsprojekt initierades som syftade till en långtgående samverkan mellan myndigheter som i sin verksamhet kommer i kontakt med barn, t ex socialtjänsten, MVC/BVC och barnomsorg. Erfarenheterna från försöksprojekten visade att samarbetet befrämjas av integration av personal med olika huvudmän, gemensamma lokaler samt närhet till klienterna/patienterna. Samarbetet får en stabil bas om verksamheten betjänar ett geografiskt avgränsat område och är lättillgänglig.

Erfarenheter från Barn i fokus visar att människor får bättre hjälp med ett långtgående samarbete. Det gäller i synnerhet om problemen är komplexa och hjälpbehovet sammansatt. En verksamhet där olika myndigheter samarbetar har mer att erbjuda, kan arbeta mer flexibelt och har lättare att skraddarsy lösningar. De samlade resurserna tillvaratas och utnyttjas också effektivare, vilket är viktigt, för att inte säga nödvändigt, i en krympande ekonomi. För personalen innebär samarbetet att de utvecklar sin kompetens. Genom ett nära samarbete får de också en ökad förstå-

Kvaliteten har många dimensioner

Samverkan förstärker barnperspektivet

Barnperspektiv är ett uttryck som ofta har använts under senare år. Andra begrepp som används är barns bästa, barn i centrum och barn i fokus. Ibland används

"Barnperspektiv innebär att vuxna ser barnet, strävar efter att förstå det och vidtar åtgärder som de bedömer vara till barnets bästa. I detta ingår att lyssna till barnet och att skaffa sig en egen uppfattning om det."

(Barn i fokus definition av barnperspektivet)

else för andra yrkeskategoriers kompetens, ansvar och roller. Man vinner också tid när myndigheterna inte behöver remittera ärenden till varandra. Därmed kan t ex utredningstider minskas och stödsatser eller behandling sättas in i ett tidigare skede.

Brister i barnavårdsutredningarna

Som grund för valet av insats ligger en social utredning, där man bl a gör en bedömning av det enskilda barnets behov. Uppföljningar som gjorts, bl a av Socialstyrelsen, visar stora brister i socialtjänstens utredningar och dokumentation. De vanligaste bristerna är att det inte klart framgår när en utredningen påbörjas och avslutas, att barnen, och ofta också papporna, är osynliga i utredningen, att den sociala analysen är otillräcklig och att utredningarna tar lång tid.

En granskning av socialutredningarna i 51 LVU-mål i kammarrätterna som Socialstyrelsen och Stockholms socialförvaltning har gjort ger en något annorlunda bild av utredningarnas kvalitet. Det visade sig emellertid att utredningarnas kvalitet inte hade något tydligt samband med domstolens beslut. Avslag eller bifall till socialnämndens ansökan beror alltså inte främst på beslutsunderlagets kvalitet, utan på andra faktorer, t ex vad som framkommer i den muntliga förhandlingen.

För att kartlägga social barnavård inom individ- och familjeomsorgen samt att belysa hur barnavårdsutredningar bedrivs, har barnavårdssutredningar vid tre socialdistrikt i Stockholm granskats (Wåhländer E 1994). Sammanlagt 508 barn ingår i studien. Av dessa valdes 60 personer ut för en närmare analys av de sociala utredningarna. Resultaten visar bl a att den genomsnittliga handläggningstiden var drygt ett år, att det saknades journalanteckningar i 20 procent av akterna samt att det framför allt var barnens mammor som hade kontakt med socialsekreteraren under utredningstiden. Många utredningar hade dessutom formella brister.

På många håll pågår ett intensivt arbete för att utveckla utredningsmetodiken. Ett försök, som också

har inspirerat andra kommuner, har bedrivits i Visby. Barnavårdsutredningarna koncentreras till 4–6 veckor. Under den tiden vistas familjen dagtid i en lägenhet där en socialsekreterare är fast stationerad. Familjens ordinarie socialsekreterare frigörs under utredningstiden och finns också i lägenheten. Dessutom medverkar BVC och BUP i utredningsarbetet. Alla som skall medverka i utredningen finns alltså på samma ställe och gör utredningen i nära samarbete. Erfarenheterna är att det blivit lättare att skriva utredningen, att man får en tydligare bild av familjens resurser och brister och det är lättare att hålla barnet i fokus.

Stora utvecklingsbehov inom familjehemsvården

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört ett projekt som syftat till att utveckla och förstärka familjehemsvården. Projektet pågick mellan 1993 och 1995. Inom projektets ram har länsstyrelserna kartlagt och följt upp familjehemsvården. En så omfattande kartläggning och uppföljning av familjehemsvården har aldrig tidigare gjorts i Sverige. Den är också internationellt sett unik.

Länsstyrelserna fann i sin kartläggning att det ofta saknades en plan för barnets vård i familjehemmet. När behandlingsplan fanns var den inte sällan alltför ofullständig för att fungera som ledstjärna och styrinstrument. Planerna utgjorde sällan det redskap i arbetet som de borde vara. Vidare noterades att barnperspektivet måste bli tydligare under utredningens alla faser. Barnets behov och utveckling "syns" ofta inte i akten. Det framgår ofta inte om man alls talat med barnet inför och under placeringen.

Även om förbättringar har skett fanns det fortfarande stora brister i många ärenden vad gällde SoL:s krav på utredning, samråd och övervägande/omprövning. I en del län fick majoriteten av barnen i familjehem färre än två besök per år av sin socialsekreterare. Det visade sig också att utbildnings- och fortbildningsfrågorna inte prioriterades. De flesta familje-

hem får inte utbildning vare sig innan de tar emot ett barn eller under vårdtiden. Det är relativt sällsynt att de får handledning. Trots att 40 procent av barnen hade invandrabakgrund saknades en systematisk dokumentation av de placerade barnens etniska bakgrund.

Länsstyrelserna kunde också konstatera att vissa förbättringar har skett. Utredningarna, i synnerhet familjehemsutredningarna, har blivit bättre. Närhetsprincipen tillgodoses överlag väl vid placeringarna. De flesta barn är placerade inom tio mils avstånd från sitt hem. De flesta barn har kvar kontakten med sina biologiska föräldrar under sin tid i familjehemmet. Många socialsekreterare bedriver ett engagerat arbete för att få denna kontakt att fungera.

Inom projektets ram kunde Socialstyrelsen också konstatera att 44 procent av familjehemsplaceringar avbryts oplanerat. De avbrutna placeringarna ledde i drygt hälften av fallen till att barnet omplacerades. Av de barn som flyttade hem eller skaffade egen bostad placerades en betydande andel ånyo i familjehem efter en tid.

Hur gick det sedan?

Barn på akut- och utredningshem

Föräldrarnas – främst mammornas – problem är den främsta anledningen till placering utanför hemmet. Det framgår av en studie av 138 barn under 12 år och deras föräldrar, inskrivna på Stockholms läns landstings akut- och utredningshem mellan 1989 och 1990 (Kanter A 1993). Missbruk och psykisk sjukdom/stora psykiska problem utgjorde i de flesta fall grund för placeringen. Oro för, eller vetskap om, brister i barnens omvårdnad var den vanligaste placeringsorsaken. Den genomsnittliga inskrivningstiden var åtta veckor. 58 procent av barnen var inskrivna tillsammans med mamman och 9 procent tillsammans med båda föräldrarna.

För mer än hälften av barnen resulterade utredningen och andra faktorer till att deras boendeförhållanden förändrades. I flertalet fall kunde barnet fortsätta att i någon form bo tillsammans med sin mamma. 17 procent av barnen familjehemsplacerades och 3 procent placerades i HVB. 10 månader efter utskrivningen gjordes en uppföljning av barnen. Den pekar på att situationen hade förbättrats för 85 procent av barnen. Förbättringarna hade ett klart samband med att barnhemmes rekommendationer hade följts. Den största positiva förändringen gällde barn som bodde i familjehem. Uppgifterna bygger på bedömningar som gjorts av socialdistriktens handläggare.

Barn på barnhem

En annan undersökning avser barn under fyra år som var placerade på barnhem under 1980 och 1981 (Andersson G 1995). Den senaste uppföljningen, som gjordes tio år efter barnhemsvistelsen, gäller 21 barn som på grund av föräldrarnas missbruk placerades på barnhem och sedan i familjehem. I rapporten belyses bl a svårigheterna att svara på frågan hur det har gått för barnen. Svaret beror nämligen på om frågan skall besvaras i förhållande till en gängse uppfattning om hur barn normalt bör ha det, i förhållande till befintlig kunskap om hur barn vanligen har det eller i förhållande till vad man kan vänta sig med de klart sämre förutsättningar barnen hade.

Även om man får svar på frågor om hur det gått i olika avseenden, återstår ändå frågan vad det var som ledde fram till ett visst resultat. Det är ofta svårt att urskilja vad som t ex beror på barnets egen kraft, förändringar inom eller utanför familjen, socialarbetarens engagemang, kvaliteter hos kontaktfamilj eller fosterfamilj eller vad som beror på interaktionen mellan ett enskilt barn eller en enskild förälder och personer i omgivningen.

Frågan om relationen till föräldrar och fosterföräldrar illustrerar svårigheterna med att ge entydiga svar. Barn som har övergivits av sina biologiska för-

äldrar mår väl av att ha fosterföräldrar som psykologiska föräldrar. Att ha biologiska föräldrar som psykologiska föräldrar ger fler symtom på känslomässiga störningar och sämre självkänsla, eftersom de biologiska föräldrarnas situation kännetecknas av brister och missförhållanden. Att ha förankring hos både de biologiska föräldrarna och fosterföräldrarna däremot ger både färre symtom och högre självkänsla. Barn kan klara av att ha förankring i två familjer, de kan till och med må väl av det. Inget barn lyckas behålla "normal" självkänsla utan föräldrelationer.

Barn i fosterhem

I en avhandling vid Lunds Universitet har man ställt frågan om barn från utsatta ursprungsfamiljer som växer upp i fosterhem klarar sig bättre som vuxna än barn från samma familjer som växer upp hemma (Vinnerljung B 1996). För att få svar på denna fråga har en grupp av 107 vuxna fosterbarn jämförts med sina syskon i närliggande ålder, sammanlagt 128 stycken, som vuxit upp hemma.

Fosterbarnen i undersökningen hade varit placerade i familjehem minst fem år före tonåren. Vid 16 års ålder hade 80 procent bott i fosterhem tio år eller längre. Det är således effekterna av långvarig och stabil fosterhemsvård som studerats.

En stor mängd registerdata har utnyttjats för att belysa foster- respektive hemmabarnens situation som vuxna. Dessa data visar att skillnaderna mellan fosterbarn och hemmabarn i vuxen ålder är mycket små. De svaga tendenser som finns pekar på att fosterflickor har något bättre utfall än hemma flickor, främst i ekonomiska variabler. För pojkar gäller det omvända; fosterpojkar verkar vara något mer belastade än hemmapojkar. Om man jämför båda grupperna med jämnåriga av samma kön i Sveriges befolkning, är de undersökta gruppernas positioner genomgående sämre. Det är dock en minoritet både bland fosterbarn och hemmabarn som blir marginaliserade som vuxna. Resultaten stämmer överens med annan forskning.

En genomgång av cirka 50 undersökningar om vuxna fosterbarn pekar i stort sett i samma riktning. Avhandlingen visar – som mycket annan forskning – att till och med livslång stabil fosterbarnsvård med mycket goda förutsättningar förefaller innehålla riskfaktorer för barns långsiktiga utveckling. Men liksom för barn som växer upp i bristfälliga hem, är det ofta svårt att kartlägga hur riskfaktorer i hemmet samverkar med varandra och med skyddande faktorer under och efter barndomen.

Uppföljning av mellanvården

En uppföljning i Stockholm av ungdomar som varit föremål för mellanvård har gjorts av FoU-byrån i Stockholm (Lindblom-Nyman, Sundell 1995) visar att ungdomar som var aktuella inom mellanvårdsformer uppvisade i stora drag samma bild som de som placerats för vård i särskilda ungdomshem. De hade missbruksproblem, var kriminella samt hade andra sociala problem. Utvärderingen visade att över hälften av ungdomarna fullföljde sin mellanvårdsplacering. Hälften av ungdomarna var helt utan registreringar om kriminalitet och/eller missbruk efter två år. Studien visade att mellanvård kan vara ett alternativt bistånd till placering utom hemmet och resultatet av vården är att den lyckas väl med att rehabilitera ungdomarna. Mellanvården är en mindre integritetskränkande, en mindre stigmatiserande och billigare behandlingsform än institutionsvården.

Föreslagna och beslutade förändringar

Ändringar i SoL stärker barnets rätt

I socialtjänstkommitténs huvudbetänkande (SOU 1991:139) föreslås ett tillägg i portalparagrafen med följande lydelse: "När socialtjänstens åtgärder rör barn skall barnets bästa sättas i främsta rummet". Ett annat

viktigt tillägg gäller barns rätt att komma till tals inom socialtjänsten. När en åtgärd rör ett barn skall barnets beredas möjlighet att uttrycka sin åsikt. Barnets åsikt skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Vidare föreslås reglerna om socialtjänstens allmänna utredningsskyldighet kompletteras med en bestämmelse om socialtjänstens rätt och skyldighet att i vissa fall genomföra en utredning utan vårdnadshavares samtycke. Utredningen skall inledas omedelbart och vara slutförd senast inom tre månader.

Kommittéer ser över barns situation

Barnkommittén tillkallades våren 1996 med uppgift att göra en bred översyn av hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med FN:s barnkonvention. I delrapporten Barnkonventionen och utlänningslagen (SOU 1996:115) föreslås bl a att en portalparagraf om att barnets bästa skall komma i främsta rummet skall införas i utlänningslagen. Barnkommittén skall lämna sin slutrapport sommaren 1997.

Kommittén för vård och stöd till barn och ungdomar med psykiska problem skall överväga och föreslå olika insatser för att förebygga psykiska problem samt för att hjälpa och stödja sådana barn och ungdomar. Kommittén skall vara färdig med sitt uppdrag i december 1997.

Referenser

1. Arbetsmarknadsstyrelsen. *Ungdomars arbetslöshet*. AMS, 1996
2. Andersson, Gunvor. *Barn i samhällsvård*. Studentlitteratur 1995
3. Anderzon, Kjell. *Socialtjänstens ungdomsarbete i Stockholms län*. Kommunförbundet Stockholms län, 1995
4. Bergmark, Åke. *Prioriteringar i socialtjänsten*. Socialhögskolan i Stockholm, 1995
5. Bergström, Ulrika och Sanecki, Jerzy. *Invand-
rare på särskilda ungdomshem i Stockholms län*. I antologin *Vård och ungdomar med sociala problem*. SiS, 1996
6. CAN/Folkhälsoinstitutet, Rapport 1996. *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*, 1996
7. Estrada, Felipe. *Ungdomsbrottslighetens utveckling 1975–1994*. Stockholms Universitet, 1995
8. Haggquist Curt och Starrin Bengt. *Ekonomisk kris och utsatthet – hur påverkas barnen?* Länsstyrelsen i Värmland, 1995
9. Kanter, Allan: *Behövs det fortfarande barnhem?* Stockholm läns landsting, 1993
10. Linblom-Nyman, Monika och Sundell, Knut. *Ung och kriminell*. En utvärdering av mellanvård för kriminella ungdomar. FoU-byrån, Stockholms socialtjänst, 1995
11. Leiniö, Tarja-Liisa. *Invandrarungdomars etablering*. Institutet för social forskning. Universitetet i Stockholm, 1994
12. Statistiska centralbyrån. *Arbetsmarknads- och utbildningsstatistik 1996*
13. Socialdepartementet, Valfärdsprojektet: *Ensamförlädrarna – en utsatt grupp?* Skriftserien Fakta/kunskaper nr 2
14. Socialstyrelsen. *Invandrarbarn i familjehem* SoS-rapport 1995:7
15. Socialstyrelsen. *Sammanbrott i familjehem*. SoS-rapport 1995:9
16. Socialstyrelsen. *Barnet i rättsprocessen*. SoS-rapport 1995:21
17. Socialstyrelsen. *Slutrapport från Barn i fokusprojektet*. SoS-rapport 1996:19
18. Socialstyrelsen. *Insatser för barn och unga 1995*. Årlig publikation.
19. Socialstyrelsen. *Socialbidragstagare och socialbidragens utveckling*. SoS-rapport 1995:4
20. Socialstyrelsen. *Invandrares hälsa och sociala förhållanden*. SoS-rapport 1995:5
21. Socialstyrelsen. *Medicinskt omhändertagande av asylsökande och flyktingar i Sverige*. SoS-rapport 1996:9

22. Statens institutionsstyrelse. Årsredovisning 1994/95
23. Vinnerljung, Bo. *Fosterbarn som vuxna*. Lunds Universitet, 1996
24. Vinnerljung, Bo. *Svensk forskning om fosterbarnsvård*. CUS och Liber utbildning AB, 1996
25. Wåhlander, Eva: *Att allsidigt belysa barns sociala situation*. FoU-byrån, Stockholms socialtjänst, 1994

Handikapp



●●

1994 års handikappreform innebar bl a att lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) trädde i kraft, att nya stats- och stimulansbidrag infördes samt att stödet till små och mindre kända handikappgrupper förbättrades. Samtidigt upphörde bl a omsorgslagen att gälla. Ett av motiven bakom tillkomsten av LSS var att befintlig lagstiftning inte var tillräcklig för att skapa jämlika levnadsvillkor för samtliga personer med funktionshinder. Därför utformades LSS som en rättighetslag, som skall komplettera de insatser som kan ges med stöd av annan lagstiftning, som socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Reformens målgrupp är bl a personer med omfattande och varaktiga funktionshinder. En av nyheterna i LSS var rätten till personlig assistans eller ekonomiskt stöd för assistans.

Eftersom lagstiftningen är ny kan statistiken inte jämföras med tidigare års uppgifter. Till skillnad från övriga avsnitt hänför sig uppgifterna i regel till situationen den 1 januari 1996.

Rätt till ett självständigt och oberoende liv

Den svenska handikappolitiken utgår från en miljörelaterad syn på handikapp. Det innebär att handikapp inte är en egenskap hos en person, utan något som uppkommer när människor med funktionshinder ställs inför otillgängliga miljöer.

Utgångspunkt för handikappolitiken är principen om alla människors lika värde och lika rätt. Innebörden av det är att personer med funktionshinder skall beredas möjligheter att som andra vara med i sam-

hällsgemenskapen och delta i olika aktiviteter. De skall – precis som andra medborgare – ges möjlighet att få en god utbildning, ett förvärvsarbete och ett tryggt och värdigt boende samt möjligheter att delta i olika fritids- och kulturaktiviteter. Målet för handikappolitiken är att uppnå full delaktighet och jämlikhet. Samhällets insatser skall stärka den enskildes möjligheter till ett självständigt och oberoende liv.

Socialtjänsten har enligt SoL ett särskilt ansvar för människor med funktionshinder. Socialnämnden skall verka för att människor som av olika skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden skall också verka för att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och ett boende anpassat efter dennes särskilda behov av stöd. Verksamheten enligt LSS skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för dem som omfattas av lagen. Målet skall vara att den enskilde får leva som andra.

År 1993 antog FN:s generalförsamling standardregler för att tillförsäkra människor med funktionshinder jämlikhet och delaktighet. Alla samhällets

LSS PERSONKRETS

LSS innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och service åt personer

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

områden täcks in av de 22 reglerna som beskriver förutsättningar för delaktighet på lika villkor, olika huvudområden samt hur reglerna kan genomföras. Reglerna är inte juridiskt bindande men ett moraliskt och politiskt åtagande för medlemsstaterna.

Svårt att veta hur många funktionshindrade det finns

Det saknas uppgifter om antalet personer i befolkningen som har funktionshinder. Det har bl a att göra med svårigheter att avgränsa och definiera gruppen funktionshindrade. SCB skattade i en studie om handikappades levnadsförhållanden år 1975–1989 antalet rörelsehindrade till 600 000, varav 365 000 var svårt rörelsehindrade, personer med nedsatt hörsel till 780 000 och personer med nedsatt syn till 175 000. 825 000 bedömdes ha höggradigt nedsatt arbetsförmåga. En annan källa är handikapprörelsen. Ett 40-tal handikapporganisationer organiserar sammanlagt omkring en halv miljon människor. Riksförbundet mot reumatism är störst med över 50 000 medlemmar, medan den minsta, Föreningen för de Neurosedynskadade, organiserar drygt 100 personer.

Insatser enligt LSS

I LSS finns angivet tio olika insatser. Dessa är bl a rådgivning och personligt stöd, biträde av personlig assistent, ledsagarservice, kontaktperson, korttidsvistelse utanför hemmet, daglig verksamhet och särskilt boende. Den som tillhör LSS personkrets och har behov av någon av dessa insatser kan ansöka om sådan. Avslag kan överklagas till förvaltningsdomstol. Kommunen är med ett undantag huvudman för samtliga de stödformer som anges i LSS. Undantaget gäller "rådgivning och personligt stöd". För denna insats är landstinget ansvarig. Det står dock huvudmännen fritt att överenskomma om annan ansvarsfördelning.

Sammanlagt fanns det den 1 januari 1996 omkring 90 000 beslut om insats enligt LSS. Närmare 40 000 personer hade beslut av kommunen och omkring 18 000 hade beslut om insats av landstinget, i de flesta fall råd och stöd. En och samma person kan ha beslut om insats både av kommun och landsting, vilket innebär att mellan 40 000 och 58 000 totalt hade beslut om insats enligt LSS. Därtill kommer drygt 7 000 personer som hade beslut om personlig assistans enligt lag om assistansersättning (LASS). Utöver insatser enligt LSS ger SoL möjlighet till andra stödinsatser, som t ex social hemhjälp och färdtjänst. Många funktionshindrade har också behov av särskilda insatser för arbete och sysselsättning.

De flesta tillhör personkretsgrupp 1

Något över hälften av dem som hade beslut om insats var män. Omkring en fjärdedel av samtliga beslut gällde insatsen råd och stöd medan 20 procent avsåg daglig verksamhet, 15 procent boende för vuxna och drygt 10 procent kontaktperson.

Nästan 90 procent av besluten rörde personer i personkretsgrupp 1. Den vanligaste insatsen var råd och stöd. Drygt 7 procent av besluten riktade sig till personer i personkretsgrupp 3. Den vanligaste insatsen var personlig assistans, men också ledsagarservice och råd och stöd var vanligt förekommande. För personer i personkretsgrupp 2 slutligen var den vanligaste insatsen daglig verksamhet samt råd och stöd.

65 procent av besluten rörde personer mellan 23 och 64 år. Omkring 30 procent av besluten gällde barn och ungdomar under 23 år.

Många utvecklingsstörda har kontaktperson

Innan LSS infördes tillgodosågs stödbehoven hos personer med utvecklingsstörning genom den dåvarande omsorgslagen. LSS har inneburit att fler utvecklingsstörda personer än tidigare har fått motsva-

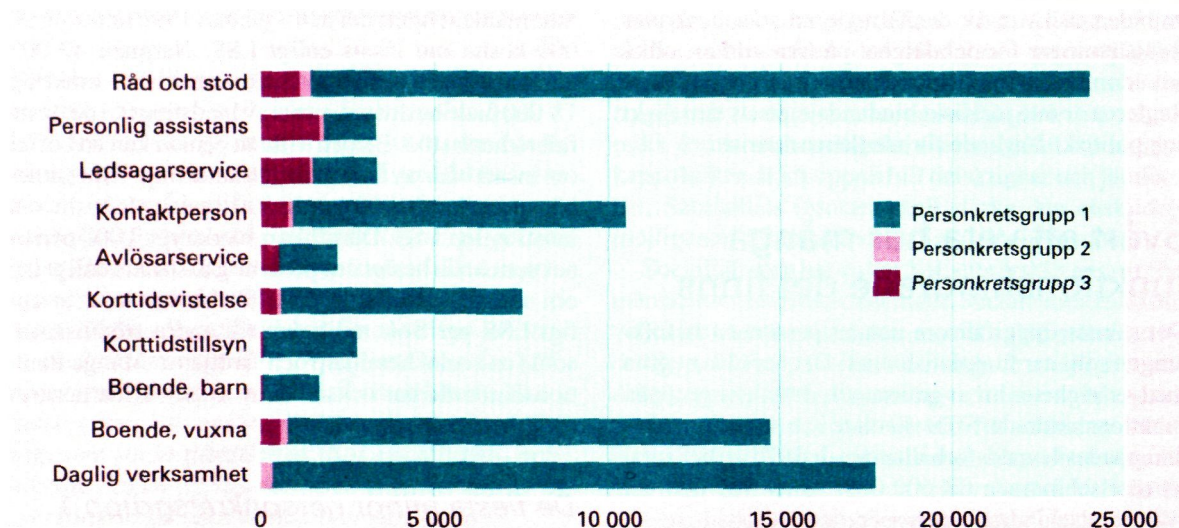


Diagram 21. Samtliga beslut enligt LSS efter insats och hur besluten fördelas efter personkretsgrupp

Källa: Socialtjänststatistiken 1 januari 1996

rande insatser. Den största ökningen gäller insatsen kontaktperson, men också boende för vuxna har ökat. Boende för barn har däremot minskat, medan daglig verksamhet har ökat förhållandevis lite.

Tabell 12. Förändring av vissa insatser för personer med utvecklingsstörning

Insats	1992	1996
Kontaktperson	6 300	9 700
Korttidsvistelse	6 600	7 100
Korttidstillsyn	2 300	2 700
Boende för barn	1 800	1 600
Boende för vuxna	12 300	14 200
Daglig verksamhet	17 300	17 800

Källa: Socialstyrelsen

Råd och stöd den vanligaste LSS-insatsen

I propositionen till LSS framgår att insatsen råd och stöd kan ges av bl a kurator, logoped, psykolog och sjukgymnast och insatsen skall vara ett komplement till habilitering, rehabilitering och socialtjänst. Omkring 24 000 personer hade den 1 januari 1996 beslut om råd och stöd enligt LSS och insatsen är därmed den vanligast förekommande LSS-insatsen. Landstinget svarar för insatsen för cirka 18 000 personer.

Det är stora skillnader mellan olika landsting vad gäller antalet personer som har beviljats insatsen. Uppsala landsting uppgav t ex att inte någon person hade beslut om råd och stöd den 1 januari 1996 medan Västerbotten rapporterade att 1 710 personer samma dag hade sådan insats.

Det kan finnas många förklaringar till de stora

variationerna mellan landstingen. En kan vara att hälso- och sjukvården erbjuder habilitering/rehabilitering i den omfattning att det tillgodoser den enskildes behov. En annan förklaring kan vara att personer som har rätt till insatser enligt LSS inte känner till sina rättigheter och därför inte begärt någon hjälp. En annan förklaring kan vara att handläggningsrutinerna skiljer sig emellan landstingen.

Landstinget är huvudman för insatsen råd och stöd. Landsting och kommuner kan dock avtala om annan ansvarsfördelning. I Malmöhus och Jämtlands län har kommunerna helt tagit över ansvaret, medan kommunerna i Hallands och Bohus län ansvarar för insatserna för personkretsgrupp 1 och 2 i LSS, dvs de som tidigare omfattades av omsorgslagen. Göteborg och Malmö, som är kommuner utanför landstingen, har inordnat råd och stöd i socialtjänstens organisation.

För barn med funktionshinder har 21 landsting som ansvarar för råd och stöd inordnat verksamheten i en organisation för samordnad barnhabilitering. Där kan barn och ungdomar med olika funktionshinder och deras familjer få ett samlat stöd från olika kompetensområden. De föräldrar som inte är nöjda med omfattningen av eller kvaliteten på habiliteringsinsatserna kan begära råd och stöd som komplement. Även för vuxna pågår en utveckling mot samordnad habilitering.

Personlig assistans för personer med omfattande funktionshinder

Sedan mitten av 1980-talet har det i vissa kommuner varit möjligt att få personlig assistans som en form av bistånd enligt SoL. Genom LSS fick personer under 65 år och med omfattande funktionshinder bl a rätt till personlig assistans.

Den enskilde kan antingen få assistans direkt av kommunen eller ett ekonomiskt stöd för att själv anställa en assistent eller för att köpa assistans från annan. Om den enskildes behov överstiger 20 timmar per vecka svarar försäkringskassorna för handlägg-

BESLUT OM PERSONLIG ASSISTANS

Antal löpande beslut, faktiska utbetalningar	7 099
Varav för barn	1 334
Genomsnittligt antal timmar per vecka	69,86
För barn	57,69
Genomsnittlig ersättningsnivå	165,01 kr/tim
För barn	163,48 kr/tim
Arbetsgivarform	
Kommun arbetsgivare	5 539
Brukarkooperativ	779
Annan serviceorganisation	517
Egen arbetsgivare	205
Kombination av ovanstående	59

Källa: Riksförsäkringsverket, september 1996

ning och ersättning. De flesta, omkring 80 procent, anlitar kommunen som arbetsgivare åt den personliga assistenten.

I september 1996 hade drygt 7 000 personer beslut om assistansersättning från försäkringskassan. Antalet personer som söker och får assistansersättning fortsätter att öka, men i långsam takt. Även barn har rätt till personlig assistans. 1 300 barn hade personlig assistans i september 1996. Därtill kommer 3 300 personer som hade beslut om personlig assistans av kommunen. 1 100 av dessa, eller 35 procent, var under 23 år.

I personkretsgrupp 1 rör 70 procent av besluten barn och unga medan 70 procent av besluten i personkretsgrupp 3 rör vuxna. De flesta som söker assistans-

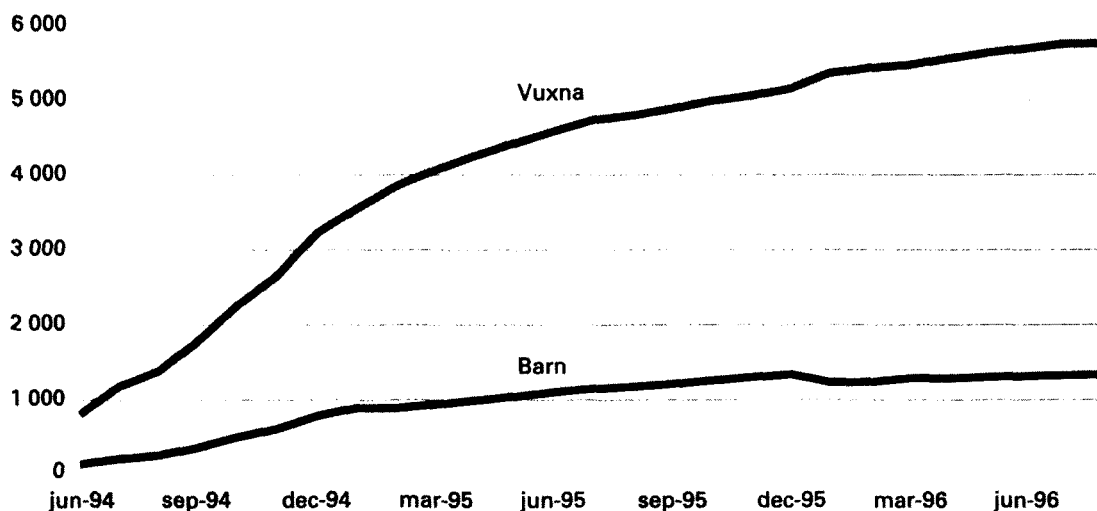


Diagram 22. Beslut om assistansersättning för barn och vuxna juni 1994–augusti 1996. Antal

Källa: Riksförsäkringsverket 1996

ersättning har ett rörelsehinder eller en utvecklingsstörning som huvudsakligt funktionshinder. Kategorierna nedan överlappar varandra.

Det genomsnittliga antalet beviljade timmar har sjunkit sedan reformen genomfördes. I augusti 1996 var det knappt 70 timmar per vecka eller 302 timmar per månad, att jämföras med drygt 340 timmar i genomsnitt per månad i juni 1994. Det var nästan dubbelt så mycket som de 40 timmar per vecka som beräknades i förarbetena till LSS. Barn har genomgående beviljats ett lägre antal timmar. De hade i augusti 1996 i medeltal 253 timmar per månad, eller knappt 60 timmar per vecka.

Personer med funktionshinder som har rätt till personlig assistent kan själv välja anställningsform för denne. Av drygt 7 000 personer med personlig assis-

Tabell 13. Typ av funktionshinder och beviljad assistansersättning, september 1995

Typ av funktionshinder	Antal personer	Procent
Utvecklingsstörning	1961	29
Autism	337	5
Hjärnskada i vuxen ålder	439	7
Kommunikationshandikapp	141	2
Psykiskt funktionshinder	218	3
Rörelsehinder	3338	49
Övrigt, t ex epilepsi	308	5
Summa	6742	100

Källa: Riksförsäkringsverket

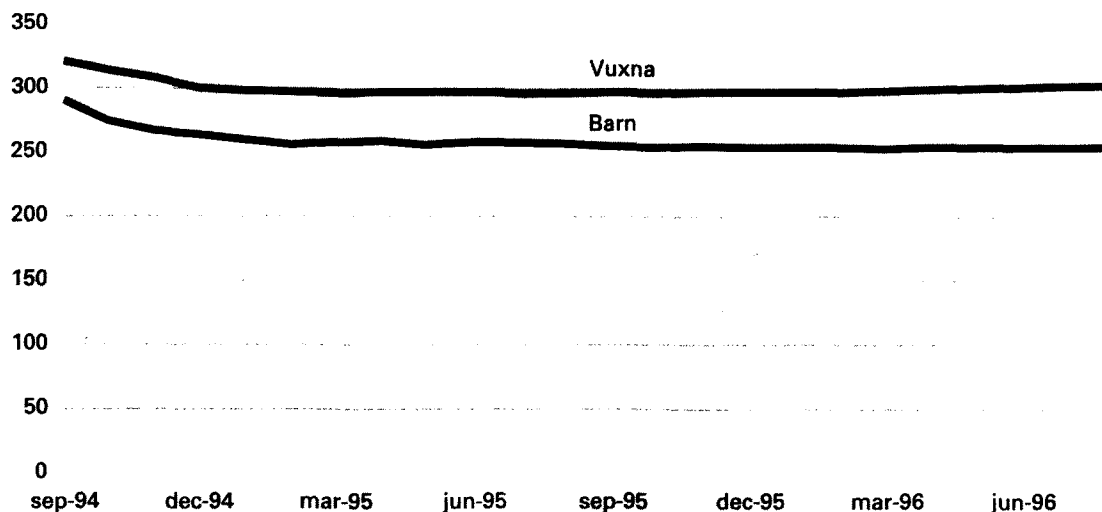


Diagram 23. Genomsnittligt antal beviljade timmar för vuxna och barn juli 1994–augusti 1996

Källa: Riksförsäkringsverket

tent har omkring 5 500 valt att låta kommunen stå som arbetsgivare. 780 anlitar ett brukarkooperativ och drygt 500 annan serviceorganisation. Endast drygt 200 var själv arbetsgivare.

Gruppbostäder och alternativa boendeformer

I samband med Ädelreformen 1992 gavs kommunerna ansvar för att inrätta bostäder med särskild service för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Ett särskilt statsbidrag om 3 miljarder kronor gavs för att stimulera utbyggnaden av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer för äldre och bl a fysiskt funktionshindrade, psykiskt långtidssjuka samt per-

soner med utvecklingsstörning. Totalt har 850 ansökningar gällt omkring 4 000 bostäder för utvecklingsstörda.

För ett par decennier sedan bodde omkring 14 000 personer på vårdhem för utvecklingsstörda. Idag (den 1 juni 1996) är det cirka 1 300. Det var ungefär lika många män som kvinnor. Åldersfördelningen var jämn, med endast en tredjedel ålderspensionärer. I införandelagen till LSS finns bestämmelser om att vårdhemmen skall avvecklas. I sju län är samtliga vårdhem avvecklade. Enligt övriga huvudmäns planer sker avvecklingen successivt fram till år 2000.

De flesta som har flyttat från vårdhem bor nu i gruppboendestäder. Uppföljningar i bl a Hallands och Skaraborgs län har visat att såväl äldre utvecklingsstörda personer som personer med omfattande stöd-

behov har haft stora vinster av utflyttningen. Att flytta till egen lägenhet har inneburit en standardhöjning samtidigt som det har skapat förutsättningar för individuellt utformat stöd.

Många funktionshindrade har svårigheter på arbetsmarknaden

Under 1990-talet har det skett stora förändringar på arbetsmarknaden, vilket har haft direkt inverkan på funktionshindrade personers möjlighet att få arbete. Flera studier och rapporter har visat att personer med funktionshinder har lägre sysselsättningsgrad än övriga medborgare och högre arbetslöshet än andra på arbetsmarknaden. De har ofta sämre betalda arbeten än övriga anställda och arbetar i många fall i dåliga arbetsmiljöer. De har svårare att anpassa sig till arbetslivets snabba förändringstakt och riskerar i större utsträckning än andra att efter avslutad anställning hamna i långtidsarbetslöshet eller förtidspensionering. Arbetslösheten är störst bland personer med fysiska rörelsehinder och somatiska sjukdomar som astma och allergier, men det är också vanligt bland personer med socialmedicinska problem och psykiska funktionshinder.

Det finns dock ingen statistik över hur många personer med funktionshinder som saknar arbete eller som inte arbetar på den öppna arbetsmarknaden. Det beror bl a på att olika huvudmän definierar begreppet funktionshinder olika. Endast arbetshandikappade som aktivt söker arbete eller är registrerade för arbetsmarknadspolitiska åtgärder är enligt AMS definition att betrakta som arbetslösa. Registreringen som arbetshandikappad är emellertid frivillig, vilket innebär att inte samtliga arbetshandikappade finns med i statistiken. I tabell 14 har AMS statistik kompletterats med lönebidragsanställda, anställningar vid Samhall samt förtidspensionerade mellan 16 och 64 år.

Tabell 14. Arbetshandikappade, lönebidragsanställda m m 1991, 1994, 1995

	1991	1994	1995
Arbetshandikappade	47 300	68 200	72 700
arbetssökande enligt AMS			
varav i arbetsmarknads-	19 900	22 500	24 300
politiska åtgärder			
Lönebidrag	41 500	48 100	49 000
Samhall	29 380	28 990	28 960
Vuxna förtids-	367 000	411 000	409 000
pensionerade/sjukbidrag,			
bosatta i Sverige			

År 1993 nybeviljades drygt 62 000 förtidspensioner, vilket var det högsta antal nybeviljade förtidspensioner som har registrerats. Anledningen var bl a att man det året gjorde en genomgång av samtliga långvariga sjukskrivningar, som i många fall ledde till förtidspensionering. En policyförändring med kraftig betoning på arbetslinjen gav en nedgång i antalet beviljade förtidspensioner de följande åren. År 1994 nybeviljades knappt 49 000 förtidspensioner och året därpå omkring 39 000.

Förändringar i socialförsäkringssystemet får ofta direkta konsekvenser för personer med funktionshinder. Ett exempel är skärpningen av reglerna för sjukbidrag och förtidspension. Det är numera arbetsoförmåga, och inte sjukdom/funktionshinder som ger rätt till förtidspension. Denna förändring kan försvaga skyddet mot inkomstbortfall för personer med funktionshinder som har viss arbetsförmåga, men svårt att få och behålla ett arbete. Det finns därför anledning att förmoda att behovet av stöd från socialtjänsten kommer att öka, både vad gäller ekonomiskt bistånd och meningsfull sysselsättning.

Kommunens ansvar

I en kartläggning som gjordes av handikapputredningen uppgav 70 procent av personerna med de mest omfattande funktionshindren att de saknade arbete eller daglig sysselsättning utanför hemmet. Flera kommuner har uppmärksammat deras behov av sysselsättning, men undersökningar visar att många kommuner har dålig kunskap om behovet av åtgärder inom detta område. Socialtjänsten skall dock inta en aktiv hållning i dessa frågor.

Mer verksamhet för psykiskt funktionshindrade?

I samband med psykiatrireformen år 1994 initierade många kommuner särskilda satsningar för att skapa meningsfull sysselsättning för psykiskt funktionshindrade. För personer med långvariga psykiska funktionshinder är meningsfull sysselsättning ofta en förutsättning för att klara ett eget boende. Ensamhet och isolering däremot leder inte sällan till ökat vård- och servicebehov. Vi vet dock mycket lite om hur stor andel av de långvarigt psykiskt funktionshindrade som idag finns inom kommunal verksamhet.

LSS ger personer i personkretsgrupp 1 och 2 rätt till daglig verksamhet. Andra funktionshindrade har däremot inte rätt till sådan verksamhet. Omkring 17 000 personer hade beslut om daglig verksamhet den 1 januari 1996. De flesta av dessa ingick i personkretsgrupp 1. För personer med utvecklingsstörning är daglig verksamhet normalt förlagd till dagcenter. Få kommunala verksamheter vänder sig emellertid till andra svårt funktionshindrade än utvecklingsstörda och psykiskt funktionshindrade

Social hemtjänst eller personlig assistans?

Med social hemtjänst har den enskilde möjlighet att genom socialtjänstens försorg få stöd, service och omvårdnad i hemmet. Mellan år 1989 och 1993 minskade antalet personer under 65 år med hemtjänst från 39 000 till 22 000. Mellan 1993 och 1994, då LSS trädde i kraft minskade gruppen med ytterligare 2 000. Majoriteten av dessa hade beviljats många hemtjänsttimmar. Det är därför rimligt att anta att många av dem i stället för social hemtjänst beviljades personlig assistans med stöd av LSS och LASS.

Färdtjänst

Färdtjänst är ett komplement till de allmänna kommunikationerna, för att personer med funktionshinder skall kunna ges möjlighet att resa och förflytta sig. Vid årsskiftet 1995/96 hade drygt 70 000 personer under 65 år tillstånd att använda färdtjänst, vilket var 17 procent av samtliga färdtjänstberättigade vid denna tidpunkt. Av de som utnyttjade riksfärdtjänsten däremot var 40 procent yngre än 65 år.

Tabell 15. Färdtjänst för personer under 65 år

Ålder	1991	1992	1993	1994	1995
–44 år	27 800	28 300	27 700	29 400	29 400
45–65 år	40 700	40 000	40 500	41 500	41 500
	68 500	68 300	68 200	70 900	70 900

Källa: Socialtjänststatistiken 1 januari 1996

Barn med funktionshinder

Knappt en tredjedel av samtliga beslut om insats enligt LSS rörde barn och ungdomar under 23 år. Den vanligaste insatsen var råd och stöd, följd av korttidsvistelse och korttidstillsyn. Med korttidsvistelse menas att barnet under en kortare eller längre tid vistas i ett korttidshem, hos en annan familj eller deltar i lägerverksamhet. Föräldrarna ges med det möjlighet till avlösning och utrymme för avkoppling. Många ungdomar med omfattande funktionshinder som har föräldrar som förvärvsarbetar har svårt att klara sig själv före eller efter skoldagen och på skollov. För dem skall korttidstillsyn ge en trygg situation och en meningsfull sysselsättning. För barn under sex år var också avlösarservice vanligt. Avlösarservice innebär att en person tillfälligt tar över omvårdnaden från föräldrarna, bl a för att ge dessa möjlighet att ägna sig åt det funktionshindrede barnets syskon eller att delta i olika aktiviteter.

Allt fler elever i särskolan och i specialskolan

År 1994 överfördes ansvaret för särskolan från landstingen till kommunerna. Särskolans verksamhet riktar sig till barn och ungdomar med en utvecklingsstörning. Allt fler elever tas emot i den obligatoriska särskolan. Samtidigt har det också skett en ökning av elever som har integrerats i den vanliga grundskolan. En undersökning från bl a Hallands län visar dock att resursbrist i grundskolan kan ha medverkat till att elever som tidigare klarat sig i grundskolan och eventuellt också elever med andra svårigheter än utvecklingsstörning har skrivits in i särskolan. Skolverket pekar i en mindre studie på att föräldrar har lättare att acceptera särskolan efter kommunaliseringen, som fört skolan närmare kommuninvånarna. En annan förklaring kan vara att stödet till elever med särskilda behov i grundskolan har minskat på grund av minskade resurser till skolan.

Tabell 16. Beslut om insatser enligt LSS till personer yngre än 23 år

Insats	0–6 år	7–12 år	13–22 år	Totalt
Råd och stöd	1 940	2 630	4 130	8 700
Personlig assistans	290	330	490	1 110
Ledsagarservice	60	220	600	880
Kontaktperson				1 520
Avlösarservice	800	760	420	1 980
Korttidsvistelse	1 090	2 190	2 600	5 890
Bostad med särskild service, barn	100	250	1 080	1 420
Bostad med särskild service, vuxna				660
Daglig verksamhet				860
Totalt antal beslut enligt LSS	4 280	6 380	9 320	23 020
Totalt antal personer med beslut enligt LSS från landstingen	1 100	1 840	3 100	6 000
Totalt antal personer med beslut enligt LSS från kommuner	2 540	3 650	6 660	12 850

Källa: Socialtjänststatistiken 1 januari 1996

Hösten 1995 anordnades särskoleundervisning vid cirka 700 skolor i 206 kommuner. Samtliga kommuner hade elever i särskolan. Drygt en femtedel av eleverna gick i skolan i en annan kommun än där de var bosatta.

För elever med synskada, dövhet, hörselskada m m finns specialskolor med särskilt anpassad undervisning. År 1995/96 var 766 elever inskrivna i någon av landets åtta specialskolor, vilket är en ökning från 1991/92 med drygt 80 elever.

Tabell 17. Särskolan 1990/91–1995/96

År	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96
Antal elever totalt	11 421	11 880	11 925	12 395	12 850	13 417
Grundsärskolan	-	-	5 287	5 516	5 915	6 172
därav integrerade i vanlig klass					957	1 009
Träningskolan	-	-	2 942	3 102	3 181	3 371
därav integrerade i vanlig klass					20	34
Gymnasiesärskolan	-	-	3 649	3 777	3 754	3 874
därav integrerade i vanlig klass					68	122
Antal tjänstgörande lärare	-	-	5 304	4 992	4 863	4 595
Antal lärartjänster per 100 elever (heltid)	-	-	34,1	31,7	30,1	27,7

Källa: Skolverket

Invandrare med funktionshinder

Kunskapen om invandrare med funktionshinder och den situation de lever under är dåligt utvecklad. Synen på handikapp och habilitering skiljer sig ofta mellan olika kulturer. Det är t ex inte ovanligt att man i stället för att som i Sverige se handikappet som ett förhållande mellan funktionsnedsättningen och miljön betraktar funktionshindret som något helt individrelaterat, knutet till personen som något givet och oföränderligt. Det kan påverka hur man ser på habiliteringsinsatser. Ett ökat samarbete växer för närvarande fram mellan invandrarorganisationerna och handikapporganisationerna, vilket bör kunna förbättra möjligheterna att i framtiden nå invandrare med funktionshinder och deras familjer med information och stöd.

Psyiskt funktionshindrade

I samband med psykiatireformen 1995 fick kommunerna ett vidgat ansvar för psykiskt störda. Kommunerna blev då bl a betalningsansvariga för personer som har vårdats under tre månader i slutna psykiatrisk vård och som av läkare bedöms vara medicinskt färdigbehandlad. Kommunernas ansvar för boende och sysselsättning tydliggjordes också med reformen. De flesta med psykiska funktionshinder har insatser enligt SoL och inte enligt LSS. Av skilda skäl finns det idag varken uppgifter om hur många psykiskt funktionshindrade som har insats enligt LSS eller hur stort behovet är av sådana insatser i gruppen.

Olika organisationsformer

Kommunerna har valt olika sätt att organisera LSS-verksamheten. Enligt länsstyrelsernas årsrapporter för verksamheten år 1995 framträder tre organisationsformer, nämligen

- LSS i en egen sammanhållen organisation
- LSS ingår i organisationen för äldreomsorgen
- LSS är uppdelat på flera olika verksamheter, t ex äldreomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg.

I de två sistnämnda fallen kan det förekomma en central samordningsfunktion. Flertalet kommuner har beslutsfunktionen så central som möjligt. LSS bedöms som så svårtolkad att det bedöms vara bäst med en central beslutsfunktion till dess det finns tillräckligt med rättsfall som vägledning för bedömningen. I dessa kommuner fattas besluten antingen självständigt av nämnden eller tillsammans med cheftjänsteman, eller av cheftjänsteman självständigt tillsammans med handläggare. Det finns också kommuner som har valt att delegera beslutsfunktionen till handläggarna.

En del kommuner har valt att ha speciella LSS-handläggare för att få kunskap och kompetens samlad. Flertalet kommuner förefaller dock ha lagt LSS-uppgifter på handläggare i äldreomsorgen. Socialstyrelsen har i uppföljningen av handikappreformen konstaterat att den organisationsformen kan innebära allvarliga inskränkningar i yngre personers livsvillkor och levnadsförhållanden.

Handikappombudsmannen – en ny myndighet

Handikappombudsmannen (HO) inrättades 1994. Samtidigt upphörde Statens handikappråd som statlig myndighet. HO har som uppgift att bevaka frågor som rör funktionshindrade personers rättigheter och intressen samt att verka för att de övergripande målen för handikappolitiken – full delaktighet och jämlikhet

– uppnås. HO skall också bevaka och utvärdera de åtgärders om vidtas för att förverkliga FN:s standardregler och att föra ut dessa.

Inga stora kostnadsökningar för kommunerna

Socialstyrelsen har i utvärderingen av handikappreformen särskilt följt upp reformens kostnader. Utvärderingen har visat att LSS inte har inneburit någon väsentlig förändring av totalkostnaderna för kommunerna under 1994 jämfört med motsvarande kostnader för 1993. Totalkostnaderna för LSS under 1994 har beräknas till cirka 14 300 miljoner kronor. Osäkerhetsmarginalen är dock stor, på grund av stora brister i statistik och övrigt underlag. Boendeformer för vuxna och för barn, daglig verksamhet och den statliga assistansersättningen kostade mest medan ledsagarservice, avlösarservice och kontaktperson stod för de lägsta kostnaderna. Statens kostnader för assistansersättningen har blivit betydligt högre än beräknat. Överföringen av de särskilda omsorgerna från landstingen till kommunerna har en kostnad på cirka 12 000 miljoner kronor.

Kostnader för assistansersättningen

Socialstyrelsen har tillsammans med Riksförsäkringsverket (RFV) löpande följt utvecklingen av kostnaderna för den statsliga assistansersättningen. I propositionen som föregick LSS beräknades den årliga kostnaden till 2 475 miljoner kronor, utifrån antaganden om att 7 000 personer skulle beviljas ersättning med i genomsnitt 40 timmar à 170 kronor per vecka under årets samtliga veckor. RFV:s statistik över beslut och utbetald assistansersättning m m för 1994 visade att kostnadsutfallet överensstämde väl med de beräkningar som gjordes i propositionen. Såväl antalet personer med beslut som den genomsnittliga timkostnaden var lägre än vad som beräknats, medan däremot antalet beviljade timmar var väsentligt högre.

I kompletteringspropositionen 1994/95 beräknades statens kostnader för assistansersättning på årsbasis till 3 700 miljoner kronor. RFV:s årsstatistik pekade samtidigt på ett utfall på 4 025 miljoner kronor. Våren 1995 fick en särskild utredare regeringens uppdrag att redovisa förslag till alternativa åtgärder för att begränsa kostnadsutvecklingen. Utgångspunkten skulle vara att statens årliga kostnad inte skulle överstiga 2 850 miljoner kronor. Riksdagen har därefter beslutat om förtydliganden i LSS och lagen om statlig assistans ersättning (LASS) som skall minska kostnaderna med 215 miljoner kronor per år.

Kommunernas kostnader för personlig assistans under 1994 uppgick enligt Socialstyrelsens beräkningar till 271 miljoner kronor. Det är främst fråga om fall där det genomsnittliga behovet bedöms vara mindre än 21 timmar per vecka.

Kommunaliseringen av omsorgsverksamheten

Huvudmannaskapet för omsorgsverksamheten har successivt från 1991 till 1995 övergått från landstingen till kommunerna. Kommunaliseringen har inneburit att kommunerna har övertagit en samlad kostnad på cirka 12 000 miljoner kronor. Den ekonomiska regleringen har skett länsvis. 34 000 anställda har med omorganisationen bytt arbetsgivare och 34 000 funktionshindrade har berörts av reformen.

Statlig utredning ser över avgifter

En statlig utredning har gjort en omfattande kartläggning av vilka avgifter funktionshindrade får betala för vård och omsorg samt vilka merkostnader som tillkommer till följd av funktionshindret. I betänkandet föreslås olika vägar att minska kostnaderna för den enskilda, som effektiva högkostnadsskydd, avgifter för särskilda tjänster och produkter samt förbättringar

genom kostnadsersättningar. Ett grundläggande synsätt är att den enskilde personen inte skall ha extra kostnader på grund av sitt funktionshinder. Vissa grupper har enligt utredningen stora svårigheter att klara av de merutgifter som avgifter och andra kostnader för funktionshindret innebär. Högst kostnader redovisas bl a för personer med autism, rörelsehinder, psykiskt funktionshinder och diabetes.

Olika kvalitetsaspekter

Det finns flera olika kvalitetsaspekter på socialtjänstens verksamhet. En grundläggande förutsättning är att den enskilde dels är informerad om sin rätt att få del av viss verksamhet, dels att han får del av insatser som han är berättigad till. En annan aspekt är i vilken mån insatsen motsvarar brukarens förväntningar och om den kan bidra till att uppnå målet för verksamheten. I handikappomsorgen som i annan kommunal verksamhet är det angeläget att utveckla kvalitetsarbetet och noga följa kvalitetsutvecklingen.

Nöjd med insatsen?

Nordiska hälsovårdshögskolan har på Socialstyrelsens uppdrag genomfört en studie i Hallands län bland föräldrar till barn som tillhörde LSS personkrets. Frågor ställdes bl a om vilken information de fått om råd och stöd, om de var nöjda med de insatser barnet fick och i vilken mån expertinsatserna samordnades med annat stöd och service till familjen. Påtagligt många föräldrarna saknade kännedom om vad råd och stöd innebar. Var femte förälder uttryckte missnöje med innehållet i de råd och stödinsatser de fick. En tredjedel av dem var inte nöjda med omfattningen. Endast omkring hälften uppgav att de varit med om att planera insatserna till barnet.

I en annan studie framkom att drygt hälften av dem som hade råd och stödinsatser var nöjda med insatsen. De funktionshindrade eller deras familjer hade störst

regelbunden kontakt med kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Många efterlyste behov av mer insatser från logoped. I studien framkom vidare att de funktionshindrade eller deras familjer hade dålig kunskap om varför insatsen gavs och vem som hade ansvaret för den.

Rättssäkerheten hotad?

LSS och SoL är rättighetslagar, vilket innebär att avslag på ansökan om insats och bistånd kan överklagas till länsrätt och kammarrätt. Länsstyrelserna undersökte under juni och juli 1995 om personer som fått bifall från förvaltningsdomstolarna också fått domarna verkställda. Genomgången omfattade både domar enligt omsorgslagen och enligt LSS. Länsstyrelsen fann 47 domar enligt omsorgslagen, avkunnade mellan 1987 och 1991, som sommaren 1995 ännu inte var verkställda. I 35 av dessa gavs rätt till gruppbostad. Under 1994 avkunnade länsrätterna 150 gynnande domar. Sommaren 1995 hade huvudmännen verkställt 66 av dessa. 26 av de inte verkställda domarna gällde bostad med särskild service. Huvudmännen uppgav resursbrist som skäl till att domarna inte verkställdes. En fjärdedel av dem som fått bifall i domstolen fick vänta i tre månader eller mer innan domen verkställdes. Mer än hälften av dem som hade en dom om bostad med särskild service fick vänta längre än tre månader. 21 personer fick en gynnande dom i kammarrätterna under 1994. Enligt länsstyrelsernas uppföljning sommaren 1995 var 12 av dessa verkställda.

Behov att utveckla insatser för familjer med barn

465 nordiska familjer med barn med Downs syndrom mellan 2–18 år har studerats av forskare vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. 104 av familjerna är svenska. Det framgår att familjerna med hjälp av stödåtgärder kunnat tillförsäkras en materiell standard i nivå med andra barnfamiljers, men att deras

psykosociala situation kraftigt skiljer sig från andra barnfamiljers. Familjerna levde under större psykisk press, en mera beskuren fritid, sämre möjligheter att få barnvakt och med mindre möjligheter till ett eget vuxenliv parallellt med föräldrarollen. Kvinnorna avbryter studier respektive yrkesutbildning oftare än männen och oftare än andra kvinnor. Kvinnorna har även flera psykosomatiska symtom än jämförelsegruppen. Bägge föräldrarna är oftare än andra föräldrar långtidssjukskrivna. De svenska föräldrarna är, jämfört med sina nordiska grannar, genomgående mer missnöjda med bemötande från samhällets olika instanser. Det gäller t ex det första omhändertagandet i samband med att barnet fått sin diagnos.

Att få bestämma över sitt beroende av andra

I flera intervjustudier framkommer hur livskvaliteten ökar genom personlig assistans. I en studie visas att möjligheten till ett bättre boende påverkas genom att man med assistans kan flytta från föräldrahemmet eller gruppboستaden till ett eget och självständigt boende. Ökad livskvalitet visas i fler aktiviteter och en ökad delaktighet, effekter som är särskild tydliga för unga med funktionshinder. Omkring hälften av de som intervjuats anser dock att livskvaliteten är oförändrad. Anledningen tycks vara att anhöriga har blivit assistenter, vilket innebär att situationen för den enskilde inte har förändrats nämnvärt jämfört med hur det var tidigare.

Föreslagna och beslutade förändringar

Förändring i regler för assistansersättningen

Den 1 juli 1996 infördes nya regler om assistansersättning i LSS/LASS. Förändringarna innebär bl a att

ingen assistansersättning utgår för tid i barnomsorg, skola/särskola, daglig verksamhet och för sjukvårdande insatser enligt HSL. Samtidigt förstärks försäkringskassornas möjlighet att kontrollera assistanskostnader.

Förslag till en diskrimineringslagstiftning

Arbetsmarknadsdepartementet har i en promemoria "Förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder" (Ds 1996:56) föreslagit att en lag med förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder bör införas. Enligt förslaget får en arbetsgivare inte särbehandla en arbetsökande eller arbetstagare på grund av hans eller hennes funktionshinder. Det bör också finnas möjlighet till skadestånd för personer som blir diskriminerade. Vidare föreslås att Handikappombudsmannen ges en processförande roll och att regler införs om arbetsgivarens skyldighet att komma till överläggningar hos ombudsmannen samt regler om skadestånd.

Kostnadsutjämning mellan kommuner

Inom socialdepartementet har en arbetsgrupp utrett frågan om behov av en utjämning av eventuella kostnadsskillnader mellan kommunerna med anledning av LSS. Arbetsgruppen överlämnade sommaren 1996 promemorian "Utjämning av kostnadsskillnader för verksamhet enligt LSS" (Ds 1996:47). Arbetsgruppen ansåg det angeläget med ett nationellt kostnadsutjämningssystem för LSS och föreslog därför att ett sådant skulle införas fr o m den 1 januari 1998.

Referenser

1. Abrahamsson, Kenneth och Lindberg, Bengt. *Arbetsplatsens dolda trösklar* Arbetsmiljöfonden 1995
2. Ericsson, Kent. *Ny vardag och nya livsvillkor – efter avveckling av vårdhem för utvecklingsstörda*. Landstinget Skaraborg, 1996
3. Kollberg, Evy (red). *Downs syndrom – ett familjeperspektiv*. En studie av 465 nordiska familjer. Liber 1996
4. Proposition 1992/93:159. *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.
5. Proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.
6. Skolverket. *Skolan i siffror*. Rapport nr 103. Skolverket 1996:2
7. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre och funktionshindrade 1995*. Årlig publikation.
8. Socialstyrelsen. *Färdtjänst och riksferietjänst 1995*. Årlig publikation.
9. Socialstyrelsen. *Stöd och service till vissa funktionshindrade den 1 januari 1996*. Årlig publikation.
10. Socialstyrelsen. *Ädelreformen. Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:6
11. Socialstyrelsen. *Handikappreformen. Årsrapport 1994*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:11
12. Socialstyrelsen. *Handikappreformen. Årsrapport 1995*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:5
13. Socialstyrelsen. *Den statliga assistansersättningen – varför så många timmar?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:3
14. Socialvetenskapliga forskningsrådet och Rådet för arbetslivsforskning. *Funktionshindrades villkor i arbetslivet. En översikt över forskning och utvecklingsarbete*, 1996
15. Socialvetenskapliga forskningsrådet. *Svensk forskning om handikapp*, 1996

16. SOU 1990:19. *Handikapp och välfärd?* Betänkande av Handikapputredningen.
17. SOU 1991:46. *Handikapp – välfärd – rättvisa.* Betänkande av Handikapputredningen.
18. SOU 1995:126. *Kostnader för den statliga assistansersättningen.* Betänkande av Assistansutredningen.
19. SOU 1995:35. *Avgifter inom handikappområdet.* Betänkande av Avgiftsutredningen.
20. RFV informerar. *Statistikinformation* 1996: 1

Missbruk



Alkohol utgör för många ett viktigt inslag i det sociala umgänget. Samtidigt representerar alkoholen ett av våra allra största samhällsproblem. Högkonsumtion är en bakomliggande orsak till en rad allvarliga problem, t ex trafikskador, våld, sociala missförhållanden och sjukdomar. Att alkohol samtidigt förenar positiva och negativa inslag avspeglas också i vår inställning till den. Samtidigt som alkoholen bejakas i det sociala umgänget präglas den svenska inställningen till alkohol fortfarande av nykterhetsrörelsens kamp under arbetarrörelsens barndom för bättre sociala villkor och sociala rättigheter.

Förhållandet till narkotika är mer entydigt. Vi tar klart och tydligt avstånd till all form av narkotika. De starka negativa attityderna till narkotika och frånvaron av en "narkotikakultur" kan vara en förklaring till att antalet narkotikamissbrukare i Sverige är litet, både i en europeisk jämförelse och i jämförelse med antalet alkoholmissbrukare. Narkotikamissbruket är i det perspektivet ett marginellt samhällsproblem. Ur ett mänskligt perspektiv orsakar det dock stora lidanden, både för den enskilde missbrukaren och för hans nära omgivning. All narkotikahandling, även den egna konsumtionen, är kriminaliserad, vilket innebär att narkotikamissbruk i samtliga dess former är förenad med brottslighet och ett socialt utanförskap. Därtill kommer de stora risker som narkotikamissbrukaren utsätter sin hälsa för. Samhället har därför gjort stora satsningar för att förebygga missbruk och rehabilitera missbrukare.

Den totala alkoholkonsumtionen skall minska

Sverige har anslutit sig WHO:s alkoholpolitiska mål om att sänka konsumtionen med 25 procent till år 2000. För Sveriges del innebär det att alkoholkonsumtionen skall minska till omkring fem liter 100 procent alkohol per invånare 15 år och däröver. Under hela 1990-talet har alkoholförsäljningen legat stabilt kring 6,2–6,3 liter. Målet att reducera konsumtionen har sin teoretiska grundval i den sk totalkonsumtionsmodellen. Den bygger på antagandet att antalet missbrukare i ett samhälle påverkas av konsumtionsnivån i befolkningen i sin helhet. Om alla människor i samhället är mer återhållsamma med alkohol kommer det på sikt att leda till färre missbrukare. Metoderna för att åstadkomma detta är i huvudsak inriktade på hela befolkningen via bl a höga skatter och priser, monopol, restriktiva försäljnings- och utskänkingsregler och rigorösa hanteringsbestämmelser samt informationskampanjer.

Högt ställda narkotikapolitiska mål

Ett ökande missbruk av narkotika bland främst storstadsungdomar under 1960-talet ledde till att regeringen 1968 antog ett tiopunktsprogram som bl a innebar en förstärkning av polisens och tullens resurser för narkotikabekämpning, straffskärpning för grova narkotikabrott, ökade informationsinsatser samt åtgärder för att samordna olika myndigheters insatser. Den ökande uppmärksamheten på narkotikamissbruk gav under de följande åren upphov till flera utredningar och undersökningar. År 1982 tillsattes en narkotikakommission med uppdrag att samordna och intensifiera kampen mot narkotika. Kommissionens arbete låg till grund för regeringens proposition 1984/85:19 om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik. Där slogs fast att

målet för den svenska narkotikapolitiken skall vara att skapa ett narkotikafritt samhälle. Här betonades också behovet av att utveckla en specialiserad och uppsökande narkomanvård inom socialtjänsten.

Under hotet av en HIV/aids-epidemi bland narkomaner i mitten av 1980-talet gjordes stora satsningar för att begränsa smittspridningen. Uppsökande arbete, ökade behandlingsresurser och information var viktiga redskap för att nå samtliga narkomaner. I regeringens proposition 1985/86:171 fastslogs att målet skulle vara att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling. Satsningen, som kom att gå under namnet "Offensiv narkomanvård", innebar bl a att ansemliga resurser ställdes till förfogande för förebyggande insatser, information samt vård och behandling av narkotikamissbrukare.

Nya statliga myndigheter

På det statliga området har det under 1990-talets första hälft skett vissa organisatoriska förändringar. År 1992 inrättades Folkhälsoinstitutet med uppgift att

SOCIALNÄMNDENS ANSVAR

för åtgärder mot missbruk regleras i 11 § socialtjänstlagen (SoL). Där framgår bl a att socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel samt att insatser för barn och ungdom skall ägnas särskild uppmärksamhet. Socialnämnden skall vidare aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård han behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Hjälp ges som bistånd enligt 6 § SoL. Den enskilde har stort inflytande över utformningen av biståndet, dock utan någon ovillkorlig rätt att erhålla viss insats.

förebygga sjukdomar och ohälsa genom att stödja lokalt och regionalt folkhälsoarbete samt främja samarbete mellan olika organ på nationell nivå. Tyngdpunkten i institutets arbete ligger på informationsinsatser och kampanjer riktade till hela befolkningen. I samband med Sveriges inträde i EU var staten tvungen att släppa sitt monopol på inköp av alkohol. För att tillgodose behovet av kontroll över tillståndsgivningen för importörer och exportörer inrättades därför Alkoholinspektionen 1995. Huvudmannaskapet för tvångsvården av vuxna missbrukare samt de särskilda ungdomshemmen överfördes 1994 till Statens institutionsstyrelse (SiS).

Missbrukarvårdens struktur och inriktning i kommunerna

Ansvaret för vård och behandling av missbrukare ligger främst på socialtjänsten och sjukvården. I princip gäller att socialtjänsten svarar för den långsiktiga rehabiliteringen och andra stöd- och hjälpinsatser, medan sjukvården ansvarar för avgiftning och behandling av psykiska komplikationer till missbruk. Betydande insatser för missbrukare görs också inom enskild vård och av frivilliga organisationer.

En väsentlig del av socialtjänstens arbete med missbrukare sköts inom ramen för individ- och familjeomsorgens reguljära verksamhet. Härutöver finns också den s k specialiserade öppenvården, som t ex alkoholpolikliniker och behandlings- och rådgivningsbyråer. Dessa drivs till största del i offentlig regi, med socialtjänsten som huvudman i de flesta fall. Länsjukvården och primärvården svarar också för flera öppenvårdsenheter, ofta i samverkan med socialtjänsten. Dessa öppenvårdsenheter har inga myndighetsutövande uppgifter, i form av t ex utredningsansvar enligt SoL eller LVM. Klienterna kan ofta välja att vara anonyma där. Inom ramen för dessa verksamheter bedrivs utåtriktat, förebyggande arbete. Det är däremot mindre vanligt med direkt uppsökande arbete.

Enligt Alkoholpolitiska kommissionen är förebyggande insatser satt på undantag. Många kommuner har varken resurser eller tid för sådant arbete.

Socialtjänstens organisationen har de senaste decennierna genomgått vissa förändringar. Under 1960-talet kom det sociala arbetet att alltmer bedrivas i integrerade former, enligt vad som då kallades familjevårdsprincipen. Denna helhetssyn dominerade också missbruksarbetet en bit in på 1970-talet. Efterhand riktades kritik mot denna utveckling. Många menade att integrationen och den decentralisering som skett av det sociala arbetet i mindre geografiska enheter tenderade att tunna ut kompetensen, splittra resurserna och leda till att missbruksarbetet negligerades. Som en reaktion mot detta började många kommuner specialisera insatserna för missbrukare i särskilda sektioner och vuxengrupper, dock med en bibehållen helhetssyn på missbrukaren. Idag bedrivs arbetet med missbrukare på socialbyråerna i allt väsentligt inom särskilda missbruksgrupper, såsom dagcentraler eller fältstationer eller mer strukturerade behandlingsprogram i öppna former.

Missbrukets omfattning

Ökad alkoholkonsumtion?

Alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs 9 har varit relativt stabil under 1990-talet, frånsett en viss ökning av konsumtionen bland flickor. Pojkar dricker dock nästan dubbelt så mycket som flickor. Berusningsbenägenheten bland värnpliktsinskrivna liknar den hos skoleleverna. SIFO genomför årliga undersökningar bland ungdomar i åldersgruppen 12–24 år. Mycket tyder på att det skett en markant ökning av alkoholkonsumtionen under 1990-talet både bland pojkar och flickor i stort sett i alla åldrar utom bland de allra yngsta. Bland vuxna har konsumtionen minskat något under de senaste åren. En dominerande trend är att starksprits- och vinkonsumtionen minskar något både bland män

och kvinnor. Till en del kompenseras denna minskning av en ökad konsumtion av starköl och öl klass II.

Konsumtionen av alkohol omfattar dock inte bara det som registreras. Med oregistrerad alkoholkonsumtion avses konsumtion av hemtillverkat, hembränd starksprit samt illegalt och legalt införd alkohol. Under senare tid hävdas att den så kallade hembränningen ökat, vilket styrks av de undersökningar som gjorts bland ungdomar (se ovan). Olika analyser pekar på att den oregistrerade konsumtionen motsvarar omkring en fjärdedel av den registrerade.

Hur många alkoholmissbrukare finns det?

Olika skattningar har gjorts för att beräkna antalet missbrukare. Den mest kända är den så kallade Lundbyun-

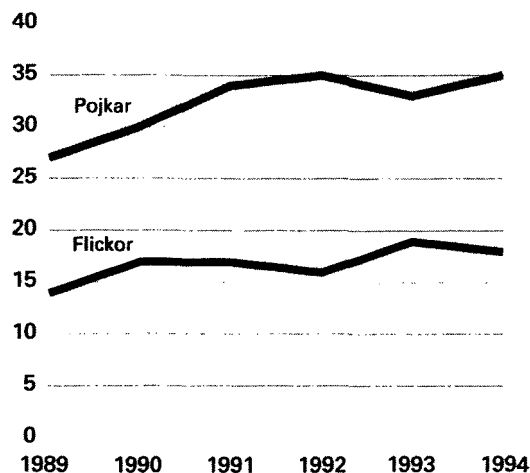


Diagram 24. Beräknad genomsnittlig årskonsumtion bland elever i årskurs 9, 1989–1994. Deciliter ren alkohol

Källa: CAN Rapport 1996

dersökningen, som startade 1947 med uppföljningar 1956, 1966 och 1972. Man kom fram till att drygt 9 procent av de vuxna männen hade alkoholproblem och att mer än en tredjedel av dem var kända av nykterhetsnämnden. I studien fann man också att närmare en femtedel riskerade att någon gång under livet utveckla någon form av alkoholproblem.

Ett annat sätt att skatta antalet missbrukare är att följa dödligheten i levercirrhos. Enligt denna skattning fanns det 1980 ungefär 100 000 alkoholister i Sverige. Andra beräkningar gör gällande att det finns mellan 300 000 och 500 000 missbrukare. Dessa siffror torde vara en skattning som utgår från Lundbyundersökningen, i varje fall då det gäller den lägre siffran. Man har också antagit att omkring 2 procent

av de vuxna kvinnorna har missbruksproblem. De olika skattningarna är dock beroende av hur man väljer att definiera alkoholism, alkoholmissbruk eller alkoholproblem. Med en vid definition av alkoholmissbruk är det troligt att omkring 10 procent av befolkningen i åldern 20–70 år har mer eller mindre allvarliga alkoholproblem. Det motsvarar omkring 300 000 personer.

Narkotikamissbruket förefaller ha ökat

Undersökningar av hur många elever i årskurs 9 respektive värnpliktsinskrivna som har prövat narkotika visar för de senaste åren en svagt uppåtgående trend. År 1995 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av

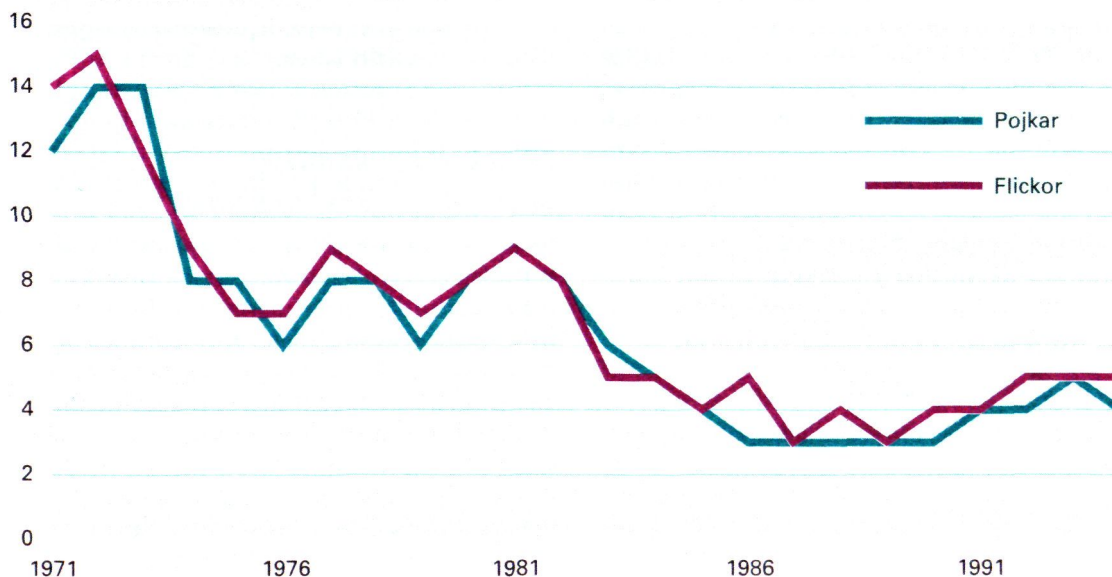


Diagram 25. Andel ungdomar i årskurs 9 som har använt eller använder narkotika 1971–1994. Procent

Källa: CAN Rapport 1996

flickorna att de någon gång provat narkotika. Bland de värnpliktsinskrivna var det omkring 12 procent. Det har skett en fördubbling, från 1 till 2 procent, av antalet skolelever som uppger att de har tagit narkotika den senaste månaden. Ökningen sker dock från en i jämförelse med 1970-talet låg nivå. Variationerna i olika ungdomsgrupper är påtaglig. Risken eller benägenheten att missbruka narkotika är betydligt vanligare bland storstadsungdomar som inte har studerat vidare på gymnasienivå och som har flyttat hemifrån.

Enligt CAN, som årligen genomför intervjuundersökningar av narkotikaanvändningen bland vuxna, finns inga tecken på några stora förändringar i narkotikavanorna i den vuxna befolkningen som helhet. Däremot finns det uppgifter som tyder på en ökning av det tillfälliga-experimentella missbruket av amfetamin, hasch, ecstasy och kokain bland socialt mer väletablerade personer.

Det tunga narkotikamissbrukets omfattning har också kartlagts i två större undersökningar som genomfördes 1979 och 1992. År 1979 fann man mellan 10 000 och 14 000 tunga missbrukare medan man i den senare uppskattade antalet till mellan 14 000 och 20 000 missbrukare. Den vanligaste missbruksformen är blandmissbruk. Också i denna grupp är missbruket i hög grad koncentrerat till storstäderna. Sammantaget tyder undersökningarna på en uppgång i det tillfälliga-experimentella missbruket.

Läkemedelsmissbruk av okänd omfattning

Psykofarmaka utgör en läkemedelsgrupp, varav en del klassificeras som narkotika, som syftar till att lindra eller hämma psykiska rubbningar och organiska nervsjukdomar. Många av dessa läkemedel är beroendeframkallande. Det gäller främst bensodiazepinerna som under många år har dominerat förskrivningen. År 1990 svarade de för 80 procent av all försäljning av sömnmedel samt lugnande och ångestdämpande medel. På senare tid har de smärtstillande

medlens beroendeskapande potential och giftighet uppmärksammats. Det är dock framförallt bensodiazepinerna som har varit i fokus i debatten om läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende. Vid sidan av den legala förskrivningen förekommer en illegal handel med bensodiazepiner. Dess omfattning är dock inte känd. Missbrukets totala omfattning är inte heller känt.

Sniffning

I början av 1970-talet uppgav omkring en fjärdedel av pojkarna och 17 procent av flickorna i CAN:s skolundersökningar att de hade sniffat någon gång. Därefter sjönk andelarna successivt för att stabiliseras på en låg nivå under hela 1980-talet. Mellan 1992 och 1995 ökade den bland pojkarna från 6 till 12 procent och bland flickorna från 4 till 7 procent. Liknande tendens återfinns bland de värnpliktsinskrivna. År 1995 uppgav 5 procent av dem att de hade sniffat någon gång under de senaste två åren.

Minskad konsumtion leder till minskat missbruk

Samhällets insatser för att begränsa alkoholmissbruket grundar sig på alkoholpolitiska åtgärder för att hålla tillbaka den totala konsumtion. Dessa riktas till hela befolkningen och innefattar generella åtgärder som syftar till att begränsa tillgången och att dämpa efterfrågan. Tillgängligheten begränsas främst av en hög prisnivå och restriktioner vad gäller försäljning och servering av alkohol. De statliga inköps- och försäljningsmonopolen har varit ett sätt att hålla vinstintressen borta från alkoholhanteringen. Sveriges kompromisslösa inställning till narkotika och narkotikamissbruk har likartade utgångspunkter. Någon tendens till uppluckring av kontrollen och en liberalisering av narkotikapolitiken på samma sätt som sker i många andra europeiska länder finns inte här. Sverige

intar också en restriktiv hållning till program som innebär att missbruket kan fortgå, men med minskade skador, s k harm reduction. Sådan verksamhet avvisas dock inte konsekvent. I Lund/Malmö förekommer ett sprututbytesprogram samtidigt som det finns ett metadonunderhållsprogram för omkring 500 heroinmissbrukare.

Psykiskt störda missbrukare

Under senare år har allt större uppmärksamhet riktats mot att många missbrukare också har olika typer av psykiska störningar. Med psykiskt svårt störda missbrukare menas personer som vid sidan om ett missbruk också har en allvarlig psykisk störning, en s k dubbeldiagnos. Med det avses schizofreni, vanföreställningar och andra psykotiska tillstånd, manodepressiv sjukdom, djupgående depressions- och ångesttillstånd samt uttalade personlighetsstörningar som antisocial personlighetsstörning (psykopati) och borderline-störning. Det växande intresset för problemet kan vara ett uttryck för att gruppen i högre grad än tidigare har blivit synlig i olika delar av vårdsystemet. Det kan också bero på en faktisk ökning av antalet personer med dessa problem. Det saknas dock tillförlitliga uppgifter över antalet missbrukare med svåra psykiska störningar i socialtjänsten. En skattning (Berglund m fl 1990) gör gällande att mindre än 10 procent av socialtjänstens missbrukare är i behov av kvalificerade psykologiska eller psykiatriska stödinsatser. Enligt Socialstyrelsens rapport "Psykiskt störda missbrukare" 1996 pekar andra undersökningar på att mellan 15 och 85 procent av alla narkotikamissbrukare har mer eller mindre allvarliga psykiska störningar.

Svårigheterna kring vården av svårt psykiskt störda missbrukare har betonats i flera utredningar. Psykiatriutredningen pekade bl a på de konflikter och problem som uppstod mellan socialtjänsten och psykiatri rörande kostnader och vårdansvar. Psykiatriutredningen ledde fram till psykiatireformen som trädde i kraft 1 januari 1995. Kommunerna fick där-

med huvudansvaret för de "psykiskt långtidssjuka". Landstingen har dock, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), fortfarande ett ansvar för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar. Trots den lagstadgade ansvarsfördelningen uppstår definitions- och gränsdragningsproblem mellan kommuner och landsting, framförallt huruvida den psykiska störningen/missbruket är primär eller sekundär och vilken diagnos som föregick vilken. Inom ramen för ett regeringsuppdrag att utvärdera psykiatireformen genomför Socialstyrelsen en försöksverksamhet för att utveckla samarbetet mellan psykiatri och socialtjänst. Försöksverksamheten förfogar över 45 miljoner kronor som fördelas till tio orter under tre års tid. Utvärderingen beräknas vara klar i maj 1998.

Missbruk bland invandrare

Den enda mer omfattande studien där även missbruk bland invandrare kartlagts är den s k UNO-undersökningen 1992. Undersökningen visade att ungefär en femtedel av samtliga drogmissbrukare hade någon form av invandrarbakgrund och var därmed något överrepresenterade i förhållande till sin andel av befolkningen. En närmare analys visar dock att det endast gäller invandrare under 25 år.

Drygt hälften av missbrukarna med invandrarbakgrund var första generationens invandrare och knappt hälften andra generationens invandrare. Bland dessa missbrukare finns en stark överrepresentation av invandrare från de nordiska länderna och således en underrepresentation av utomnordiska invandrare. Undersökningen visade ganska tydliga kulturella skillnader i val av missbruksmedel. Opiater, såsom opium och heroin, är vanligare bland utomnordiska invandrare än bland svenskar och nordiska invandrare.

En tendens som framkom i studien är den anpassning eller integration som sker till och mellan olika slags drokkulturer. Invandrare tenderar att "försvenskas" i sitt val av droger och sätt att missbruka dessa. Det gäller t ex det intravenösa missbruket. Svenskar

å sin sida använder i ökad utsträckning rökheroin i stället för att injicera det.

Få missbrukare med invandrabakgrund genomgår vård på behandlingshem. Överhuvudtaget är kunskapen om invandrare i missbrukarvården bristfällig. Inom socialtjänsten pågår dock flera projekt och kartläggningar som riktar sig till invandrare. En samlad redovisning av dessa återfinns i Socialstyrelsens rapport "Den andra flykten".

Vad gör socialtjänsten?

Öppenvården

Det finns allmänt en ambition att utveckla öppenvårdsinsatser och minska vården vid HVB. År 1994 omfattade den specialiserade öppenvården 267 enheter. Två tredjedelar av dessa var renodlade rådgivnings- och behandlingsenheter medan de övriga mer var inriktade på socialt stöd och omvårdnad. De flesta fanns i storstäderna med omkringliggande förortskommuner. Tre fjärdedelar av enheterna drevs i offentlig regi.

Socialstyrelsen har i en undersökning av missbrukarvårdens utveckling år 1994 kunnat konstatera att den specialiserade öppenvården hade kontakt med 48 000 personer. Tidigare undersökningar 1976 och 1991 pekade på öppenvårdskontakter i samma storleksordning. Mer än hälften av besökarna 1994 klassificerades som alkoholmissbrukare och drygt en fjärdedel som blandmissbrukare. Tre fjärdedelar var män. Närmare hälften uppskattades ha en social förankring, med bostad och arbete. 13 procent bedömdes vara socialt utslagna, utan arbetsförmåga och i avsaknad av stabila sociala förhållanden i övrigt. Övriga hade i varierande grad social anknytning och arbetsförmåga.

Till öppenvården räknas också den reguljära verksamhet som bedrivs i mer eller mindre specialiserade och strukturerade former inom ramen för socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Skattningar har gjort gällande att ungefär en femtedel av socialsekreterar-

na, omkring 1 800 helårstjänster, arbetar med personer med missbruksproblem och att en tredjedel av samtliga klienter har mer eller mindre uttalade missbruksproblem.

Frivillig vård vid HVB

Vården vid HVB eller liknande utgör en väsentlig resurs och insats inom socialtjänstens missbrukarvård. Här kan främst tre olika insatsformer urskiljas: skyddat boende i form av inackorderingshem, tränings- och försökslägenheter, frivillig vård i HVB samt tvångsvård vid LVM-hem.

Den 31 december 1995 var drygt 3 200 personer inskrivna för vård i HVB. Det innebar att ungefär hälften av det totala antalet platser vid landets 350 hem var belagda. Vården vid HVB har de senaste tio åren genomgått ganska stora förändringar. År 1982 fanns det cirka 5 500 platser i HVB. Under senare hälften av 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad med hjälp av statsbidrag inom ramen för "Offensiv narkomanvård". År 1991 hade antalet platser ökat till drygt 8 000. Därefter har det skett en successiv minskning. År 1989 genomfördes närmare 19 000 inskrivningar. År 1994 hade antalet inskrivningar sjunkit till under 13 000. Under den senaste tioårsperioden har det skett stora förändringar vid många HVB. Hem har inrättats och lagts ned, bytt ägare och ändrat inriktning. Utvecklingen har bl a styrts av införandet av köp- och säljsystem och decentralisering av ekonomiska resurser, goda lånevillkor, kortare vårdtider samt naturligtvis stor efterfrågan på vård. Socialtjänsten har som vårdköpare haft stor frihet att välja vårdgivare på en marknad med både offentliga och privata entreprenörer och där vårdens pris och kvalitet är föremål för förhandling. Möjligheten för privata bolag att konkurrera med hem i offentlig regi har drivit fram en snabb utbyggnad. På sex år har de privata bolagen mer än fördubblat sin andel av antalet platser inom den frivilliga institutionsvården. Idag svarar de privata bolagen för en tredjedel av platserna, stiftelser

och föreningar för en tredjedel samt kommuner och landsting för övriga. Den ökande andelen icke-offentlig vård innebar samtidigt att vårdtagarna i allt större utsträckning var socialt relativt väl förankrade missbrukare. Denna tendens har dock brutits och den frivilliga HVB-vården har åter blivit en insatsform för de socialt instabila eller utslagna grupperna.

Andelen alkoholmissbrukare inom den frivilliga HVB-vården har kontinuerligt sjunkit under de senaste åren. År 1994 utgjorde de lite mer än hälften av de inskrivna medan de fem år tidigare utgjorde nästan två tredjedelar. Vården domineras av medelålders män. Hälften av de inskrivna den 31 december 1995 var mellan 30 och 49 år. Endast 15 procent var yngre än 30 år. Gruppen har alltså en något äldre åldersprofil än de missbrukare som har kontakt med den öppna

specialiserade vården. Drygt en femtedel av de intagna var kvinnor, vilket innebär en något mindre andel än inom den specialiserade öppenvården. Gruppen domineras helt av ensamstående personer utan barn.

Vård utan samtycke

Tvångsvården genomgick 1994 två betydande administrativa förändringar. Dels övertog socialnämnderna utrednings- och ansökningsansvaret för LVM-vården från länsstyrelserna, dels tog Statens institutionsstyrelse över huvudmannaskapet för vården.

Vård enligt LVM utgör en förhållandevis liten del av den totala missbrukarvården. Merparten av all vård ges i frivilliga former. Från 1955 då motboken av-

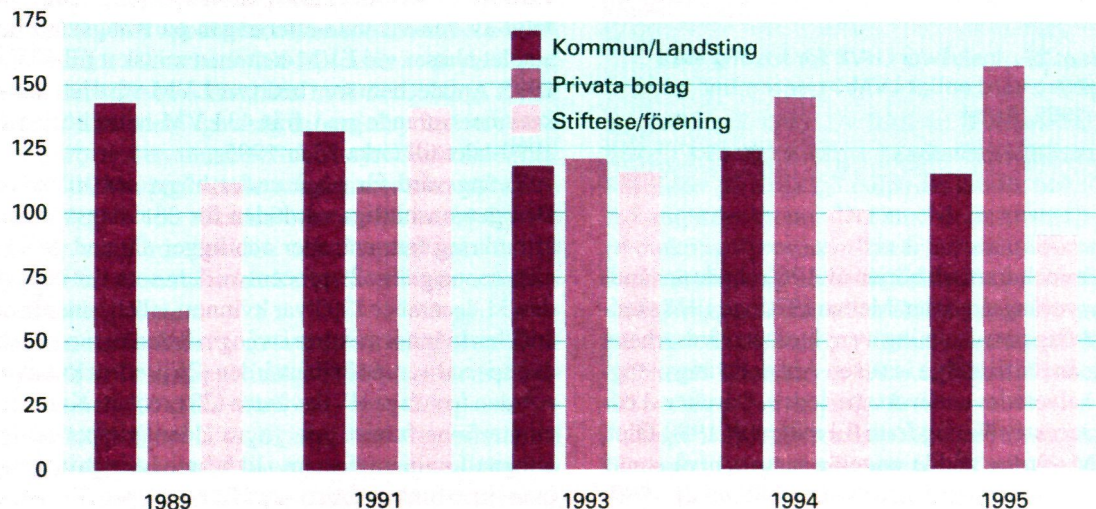


Diagram 26. Förändringar i ägandeformer för HVB (ej LVM). Antal

Källa: Kursändring i missbrukarvården. Socialstyrelsen 1996

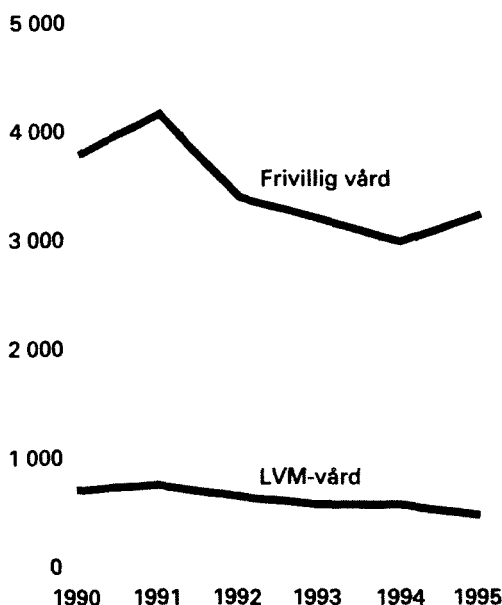


Diagram 27. Inskrivna i HVB för frivillig vård respektive vård enligt LVM 31 december 1990–1995. Antal

Källa: Socialtjänststatistiken

skaffades och fram till början av 1960 ökade användningen av tvångsåtgärder. Mellan 1970 och 1978 skedde en kraftig omsvängning av nykterhetsvårdsarbetet till förmån för frivilliga insatser. Antalet tvångsintagningar halverades under den perioden. Därefter skedde en successiv ökning fram till mitten av 1980-talet, då LVM-vården nådde ungefär samma nivå som i början av 1960-talet. Under senare hälften av 1980-talet och i början av 1990-talet har antalet intagningar varit relativt stabilt. Med undantag för 1993 har antalet intagna minskat avsevärt de senaste åren. År 1995 var omkring 1000 personer intagna för LVM-vård. År

LVM

Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är ett komplement till SoL. Vård utan samtycke kan komma ifråga om vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på annat sätt. LVM kan bli aktuell när missbrukaren är i behov av vård till följd av ett fortgående missbruk samt att missbrukaren till följd av detta antingen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Vården får pågå i högst sex månader. LVM-vårdens syfte är att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling och stöd.

1989 fanns det cirka 1 200 platser för tvångsvård. Till följd av den vikande efterfrågan på tvångsvård har antalet platser vid LVM-hemmen minskat till 625 år 1995. Antalet hem som bedriver LVM-vård har minskat i motsvarande grad, från 43 LVM-hem i början av 1990-talet till cirka 25 år 1995.

Tvångsvård får pågå under högst sex månader. Den genomsnittliga vårdtiden för de tvångsvårdade är omkring fem månader och ligger därmed ganska nära denna gräns. 29 procent av dem som var intagna den 31 december 1995 var kvinnor, vilket innebär att andelen kvinnor är större i tvångsvården än inom både den specialiserade öppenvården (26 procent kvinnor) och den frivilliga HVB-vården (22 procent). Kvinnorna återfinns främst i de yngre åldersgrupperna. De intagna domineras annars, i likhet med övriga grupper inom missbrukarvården, av åldersgruppen 30–49 år. Dessa utgör sammanlagt 57 procent. Blandmissbruk dominerar, följt av alkoholmissbruk och narkotikamissbruk, till skillnad mot den frivilliga vården där alkoholmissbruk är vanligast.

Vad kostar missbrukarvården?

Missbrukarvården har i likhet med annan offentlig verksamhet expanderat kraftigt under de senaste decennierna. Det har skett jämsides med en successiv ökning av alkoholkonsumtionen. Förutsättningarna för vårdens expansion har bl a varit ett ökat statligt och kommunalt ansvarstagande, ökad specialisering och professionalisering.

I en rapport från Riksrevisionsverket (RRV) om narkomanvården gjordes en grov uppskattning av kostnaderna för narkomanvården år 1991. Den byggde bl a på material från Malmö kommun och en enkät till samtliga kommuner från Socialstyrelsen. Enligt denna skattades kostnaden för specialiserade narkomanvårdsenheter till 150 miljoner kronor, institutionsvård för narkomaner till 300 miljoner kronor samt tvångsvård till 84 miljoner kronor. Den sammanlagda kostnaden skulle därmed bli 534 miljoner kronor för socialtjänstens narkomanvård.

Enligt en gemensam rapport av Socialstyrelsen och SCB 1993 uppskattades det totala antalet socialsekreterare till cirka 9 000 (inkluderar psykologer, kuratorer och vissa kanslisters). Av dem antogs 1 800, dvs en femtedel, ägna sig åt socialbyråernas missbruksarbete. I en annan av Socialstyrelsens undersökningar 1994 uppskattade kommunerna att sammanlagt 1 300–1 400 socialsekreterare på heltid ägnade sig åt vuxna missbrukare och att ytterligare 1 000 årsarbetare fanns inom andra sektorer av den kommunala verksamheten.

Kommunerna har som svar på en enkät från Socialstyrelsen 1994 uppgivit att 27 000 personer beviljades bistånd för olika vård- och behandlingsinsatser under 1994. Det var en ökning från året innan med cirka 2 000 personer. I samma undersökning efterfrågades också kommunernas budgeterade vårdanslag för missbrukarvården 1993–1995 samt bokslutskostnader för 1993 och 1994. Enligt undersökningen anslås omkring 2,3 miljarder kronor årligen för missbrukarvård. Några större förändringar har inte skett mel-

Tabell 18. Kommunernas kostnader i miljoner kronor för missbrukarvården enligt bokslut 1993 och 1994. Skattningarna anges med 95 procents konfidensintervall

	1993	1994
Specialiserad öppenvård*	370+/-60	445+/-65
Institutionsvård/familjevård*	1 325+/-110	1 375+/-115
Skyddat boende*	360+/-55	410+/-60
Frivilliga organisationer	95+/-20	85+/-20
Övriga kostnader	210+/-65	230+/-65
Total bokslutskostnad	2 360+/-215	2 545+/-225

* Skattningen för specialiserad öppenvård och skyddat boende har 13 och institutionsvård/familjevård 11 procents bortfall

Källa: Kursändring i missbrukarvården. Socialstyrelsen 1996

lan 1993 och 1995. De faktiska kostnaderna (enligt bokslut) var dock något högre. För 1993 redovisas kostnader på cirka 2,3 miljarder kronor och för 1995 2,5 miljarder kronor. Det innebär en kostnadsökning på omkring 7 procent vilket är mer än konsumentprisindex förändring under den aktuella perioden. Kostnadsökningarna var störst för den specialiserade öppenvården. Institutionsvården som svarar för över hälften av kostnaderna har också ökat sina kostnader till omkring 1,4 miljarder kronor.

Öppenvården, som har haft den största kostnadsökningen, har ökat med omkring 20 procent. Särskilda statliga projektmedel om sammanlagt 50 miljoner kronor har sedan år 1994 stimulerat utveckling av öppenvården, för att skapa alternativ till HVB-vården. Även för HVB-vården kan en 4-procentig kostnadsökning noteras. Kommunernas anslag för vård

och behandling är i stort sett oförändrade, trots att antalet nyttjade vård dagar och antalet missbrukare har minskat under 1990-talet. Undersökningen visar att det sk skyddade boendet – t ex inackorderingshem samt försöks- och träningslägenheter där olika former av tillsyn i boendet är det primära – ökade med omkring 14 procent.

211 öppenvårdsenheter som lämnade uppgifter om sin budget för 1994 hade en sammanlagd budgetomslutning om cirka 331 miljoner kronor. En analys och skattning av bortfallet ger vid handen att den specialiserade öppenvården kostade totalt cirka 500 miljoner kronor. Totalt fanns det 1 158 fasta helårstjänster.

Minskade kostnader för HVB-vården

Kostnaden för vård vid HVB utgör den största enskilda utgiftsposten inom missbrukarvården. Kommunernas försämrade ekonomi och en ökad kostnadsmedvetenhet har lett till att många kommuner idag anbudsupphandlar institutionsvård. Efterhand har detta inneburit en ökad kompetens i kommunernas upphandling och därmed minskade kostnader. I Stockholms socialtjänst sjönk den genomsnittliga dygnskostnaden från 850 kronor år 1991 till 641 kronor år 1994. Det innebär en kostnadsminskning med omkring 25 procent.

Kostnaderna för missbrukarvården varierar i övrigt högst avsevärt mellan olika kommuner. Om kostnaden fördelas per invånare har storstäderna de högsta kostnaderna med närmare 800 kronor som medianvärde. Övriga kommuner med över 30 000 invånare har en mediankostnad om cirka 450 kronor och de minsta kommunerna knappt 300 kronor.

Om kommunens kostnad fördelas per missbrukare framträder däremot ett annat mönster. Medianvärdet för hela riket var 1994 omkring 90 000 kronor per missbrukare. De minsta kommunerna – de med färre än 30 000 invånare – har här högre kostnader (omkring 95 000 kronor) än medelstora kommuner och storstäderna Malmö och Göteborg. I Stockholm var

Tabell 19. *Kostnaden för missbrukarvården under år 1994, fördelat per invånare i åldern 18–64 år, i de tre storstäderna, övriga kommuner samt för hela riket. Skattningen anges med 95 procents konfidensintervall*

	Medianvärde för kostnaden per invånare 18–64 år
Stockholm	780
Göteborg	590
Malmö	655
Övriga kommuner (> 30 000 invånare)	440+/-70
Övriga kommuner (< 30 000 invånare)	295+/-50
Totalt för riket	350+/-50

Källa: Kursändring i missbrukarvården. Socialstyrelsen 1996

genomsnittskostnaden 102 500 kronor. Olika heterorna kan ha skilda orsaker. En kan vara skillnader i upphandlingskompetens medan en annan kan vara vilka typer av missbrukare man arbetar med och deras ålderssammansättning. Yngre tunga injektionsmissbrukare kostar mer än äldre utslagna alkoholmissbrukare.

Den totala kostnaden för all HVB-vård 1994 beräknades enligt SCB till 1 560 miljoner kronor. Det var en ökning med 4 procent jämfört med 1993, men en minskning med knappt 7 procent jämfört med 1992.

Statsbidrag styr vården?

Statsbidragssystemet till missbrukarvården har genomgått flera förändringar och revideringar de senaste 10–15 åren. Förändringarna har huvudsakligen motiverats av statsmakternas önskan om att påverka

utvecklingen av vårdstrukturen. År 1987 konstaterade tex socialberedningen i sitt betänkande att bidragssystemet lett till en kraftig minskning av institutionsresurserna och att alltför få kvalificerade öppenvårdsalternativ tillkommit. I senare utredningar har frågan om bristen på öppenvårdsalternativ åter diskuterats.

Sedan 1990 har ett statsbidrag på 950 miljoner kronor per år utgått till kommunerna. Omkring hälften av dessa medel överfördes den 1 juli 1993 till anslaget för Statens institutionsstyrelse, som då övertog ansvaret för tvångsvården. 430 miljoner kronor fördelas sedan 1993 mellan kommunerna. Budgetåret 1994/95 uppgick statsbidraget till 480 miljoner kronor. År 1993 beslutade regeringen att rikta ett särskilt bidrag – 50 miljoner kronor årligen – till öppenvårdsinsatser inom missbrukar- och ungdomsvården. Detta bidrag administreras och följs upp regionalt av länsstyrelserna.

En fråga som bl a behandlats av en särskild parlamentarisk beredning är hur statsbidrags- och utjämningsystemen för kommuner och landsting i detalj skall utformas. Av intresse här är om statsbidraget till missbrukarvården skall specialdestineras eller utgå som ett generellt bidrag. F n är bidraget specialdestinerat, men på sikt kan det komma att fördelas med utgångspunkt i samma principer som för huvuddelen av statsbidragen.

Har vården någon effekt?

Behandlingsforskningen ger inga entydiga svar på frågan om vårdens effekter. I skriften "Behandling av alkoholproblem" (CUS, Socialstyrelsen 1994) diskuteras och värderas resultat av olika behandlingsmetoder och arbetssätt inom alkoholvården, såväl i svensk som internationell litteratur. Sammanfattningsvis finns det inget stöd för att någon enskild behandlingsmetod är klart bättre än andra för alla människor med alkoholproblem. Utvärderingar pekar på att enkla rådgivande samtal inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård kan ha väl så goda effekter som mer omfattande

och ingripande behandling. Allt tyder också på att s k matchning, vilket innebär att klientens situation och problematik spelar en avgörande roll vid valet av behandling, är en mer framgångsrik metod än omatchade behandlingsval. En annan slutsats är att man bör vara restriktiv med all institutionsvård. Sådan vård bör i första hand reserveras för personer som av medicinska, psykiatriska eller sociala skäl inte kan tillgodogöra sig behandling i öppna former. Kombinationer av insatser i öppna former, som utnyttjar tekniker som premierar positiva förändringar och förstärker individens motivation till förändringar, har goda förutsättningar att nå resultat även med svårt alkoholberoende personer.

Behandlingseffekter som en följd av insatser och behandling av narkomaner är idag mer oklara. Osäkerheten beror bl a på att få behandlingsprogram underställs vetenskaplig prövning och den höga frekvensen av missbrukare som avbryter sin behandling i förtid, s k drop-outs. Internationella studier tyder på att det finns ett samband mellan den tid narkomanen är i behandling och behandlingsutfall. Lika lite som den mer renodlade alkoholbehandlingen kan ta sikte på generella program för alla klienter kan narkomanvården göra det. Behandlingen måste dels inriktas på missbrukarens specifika situation och anpassas till de behov och resurser som denne har, dels kanske brytas ned i en omvårdande del, en skadelindrande och en botande del. Det senare får betydelse för de terapeutiska interventionernas inriktning och omfattning och sannolikt också för en nyansering vad beträffar de anspråk som kan ställas på behandlingsresultaten.

Få nysmittade i HIV

Sjukdomen aids upptäcktes i början av 1980-talet i USA. Sjukdomen sprids genom ett virus, HIV, huvudsakligen via blod och sperma. Det är framför allt genom injektionsmissbruk som narkomaner kan föra smittan vidare med infekterade injektionsnålar. År 1984 testades injektionsmissbrukare för första gång-

en i Stockholm. Redan då var en tredjedel av heroinmissbrukarna HIV-positiva. I det Socialmedicinska häktesprojektet (Narkotikamissbruk och HIV, 1991) som pågick mellan 1987 och juni 1990 undersöktes drygt 1 900 narkotikamissbrukare, varav cirka 1 600 var injektionsmissbrukare. I den senare gruppen fann man att drygt 10 procent var HIV-positiva.

Antalet nydiagnostiserade HIV-positiva missbrukare har fortlöpande registrerats sedan 1984. Mellan 1985 och 1987 inrapporterades sammanlagt 444 HIV-positiva injektionsmissbrukare. Därefter har antalet nydiagnostiserade sjunkit markant. År 1995 rapporterades 19 nya fall. Sammanlagt hade 708 injektionsmissbrukare smittats fram till 1995. HIV-smitta bland injektionsmissbrukare är huvudsakligen förlagd till Stockholm och Malmö. Den kraftiga nedgången i antalet nydiagnostiserade fall bland injektionsmissbrukare kan tolkas som att HIV-epidemin bland injektionsmissbrukare nu är under kontroll. Det kan delvis ses som ett resultat av de medvetna satsningar på utbyggnad och utveckling av narkomanvården som genomfördes 1986–1992 inom ramen för "Offensiv narkomanvård".

Dokumentation och uppföljning

I olika sammanhang har bristen på dokumentation och uppföljning av missbrukarvården uppmärksamats. Det gäller å ena sidan uppgifter om kommunernas kostnader för olika delar av vården av missbrukare samt det antal missbrukare som fått bistånd för vård och behandling och å andra sidan brister i dokumentation och uppföljning av de insatser som görs. I mycket liten utsträckning kan kommunerna besvara frågor som rör vården och behandlingens effekt för den enskilde. Det senare förutsätter information på individnivå, d v s att socialsekreterarna systematiskt dokumenterar och följer upp sina insatser för den enskilde klienten. När det gäller den individbaserade dokumentationen har Socialstyrelsen givit ut "Dokumentation inom missbrukarvården" (CUS, Liber,

1996) för att stimulera och underlätta lokal uppföljning och intern metodutveckling. I skriften redovisas olika dokumentationssystem och uppföljningsinstrument, bl a ASI (Addiction Severity Index) som är ett av de internationellt bäst utvärderade instrumenten inom missbrukarvården. Med stöd av ASI kan bl a tyngden i beroendet, graden av social stabilitet och förekomst av psykisk sjukdom kartläggas. En viktig aspekt är också att ASI ger en grund för att mäta klientens problem både före och efter behandling.

EU-medlemskapet innebär alkoholpolitisk omorientering

En viktig fråga i samband med Sveriges inträde i EU var i vilken mån det skulle tvinga fram förändringar i den svenska alkoholpolitiken. Att medlemskapet medför en omprövning förefaller uppenbart, men frågan är på vilka områden förändringar kommer att ske och hur pass djupgående dessa kommer att bli. Efterfrågan på alkohol kommer att påverkas till följd av nya skattebestämmelser, priser, införselkvoter och ökad gränshandel och att det finns en risk för ökad konsumtion och därmed ett ökat antal missbrukare. Vad det kommer att innebära i fråga om risker för ökad konsumtion har berörts i olika sammanhang, bl a av CAN i olika publikationer och Alkoholpolitiska kommissionen i sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24). Diskussionen förs å ena sidan utifrån förändringarnas konsekvenser på tillgänglighetssidan – priser, antal försäljningsställen, monopol m m – och å andra sidan vilka konsekvenser det får på efterfrågan.

I Sverige har vi jämförelsevis höga skatter på alkohol. Skälet till det är att höga skatter och priser är ett av de mest verksamma medlen för att reglera försäljningsvolym och konsumenternas preferenser. Både vad gäller moms och punktbeskattning på alkohol har EU angivit miniminivåer som ligger väsentligt under

de nivåer som Sverige har. Sverige får visserligen behålla sina skattesatser och mervärdesnivåer, men det kan på sikt bli ogörligt att upprätthålla stora prisskillnader, bl a därför att allt fler av kostnadsskäl gör sina inköp i andra länder. Det gäller särskilt de som bor i gränstrakterna. Det förefaller därför rimligt att anta att Sverige till viss del anpassar sina punktskatter till EG-nivå.

Införselkvoterna är av strategisk betydelse för gränshandeln med alkohol. EU:s grundläggande princip om fri handel med varor och tjänster förutsätter att alla importrestriktioner minimeras. På sikt betyder det att resenärer kan föra in, om inte obegränsade, så ändå stora kvantiteter alkohol. Om stora prisskillnaderna länderna emellan bibehålls men importrestriktionerna minskar är det rimligt att förutse en kraftigt ökad gränshandel, medan minskade prisskillnader håller tillbaka gränshandeln. EU-kommissionen kommer under hösten 1996 att lägga fram ett förslag till ministerrådet angående de danska, finska och svenska undantagen från de införselregler som gäller inom EU.

En annan fråga i sammanhanget rör de svenska monopolen på försäljnings- och produktionssidan. Genom monopolen har staten med några få undantag försäkrat sig om att privata vinstintressen minimerats samtidigt som man har säkerställt kontrollen över stora delar av alkoholhanteringen. Monopol strider i och för sig mot EU:s idé om fri rörlighet och konkurrens, men den viktigaste principen är att monopolen inte särbehandlar olika produkter. Import- och exportmonopol är dock förbjudna enligt gemenskapsrätten. Det betyder att Systembolaget, under förutsättning av att i princip alla alkoholsorter är tillgängliga för kunden, kan fortleva som detaljhandelsmonopol. En prövning kommer dock ske av EU-domstolen

hösten 1996 med utgångspunkt i Rom-fördragets artikel 31.

Vin & Sprit AB:s monopolställning upphörde i och med Sveriges inträde i EU. I samband därmed tillkom Alkoholinspektionen som genom ett licensierings-system godkänner importörer, distributörer och exportörer. Även denna kontrollmyndighet har ifrågasatts. Oberoende av om monopolen helt eller delvis avvecklas kommer en marknadsanpassning att ske av deras verksamhet då de i större utsträckning kommer agera på en marknad där det också förekommer privata vinstintressen. En utökad och mer aggressiv marknadsföring och aktiv försäljning kan förutses. Om vinstmarginalerna minskar är risken uppenbar att aktörerna prövar de regelsystem som finns.

Europeiska influenser i den svenska narkotikapolitiken?

Under senare år har det i allt flera europeiska länder förts en diskussion om legalisering av sk lätta droger, främst cannabis. Företrädarna grundar sin uppfattning på att cannabis ur medicinsk skadesynpunkt är harmlöst jämfört med andra droger. Vidare anser man att en legalisering, dvs avkriminalisering, skulle leda till minskad kriminalitet och minskad nyrekrytering till tyngre missbruk. Det finns också grupper som menar att de svenska programmen för skadelindring (eller "harm reduction"), dvs sprututbytesprogrammet i Malmö och metadonunderhållsprogrammet, är en form av legalisering av det tunga missbruket, medan andra ser det som ett verkningfullt sätt att förhindra smittspridning av hepatit och HIV/aids och att behålla kontrollen över missbruket.

Referenser

1. Berglund, Mats, m fl *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. CUS och Libers förlag, 1994
2. Berglund, Mats m fl. *Dokumentation inom missbrukarvården*. CUS och Libers förlag 1996
3. CAN /Folkhälsoinstitutet, Rapport 1996. *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*, 1996
4. CAN. *Sverige, EG och alkoholpolitiken*. Rapport nr 14, 1990
5. CAN. *Totalkonsumtionsmodellen*. Rapport nr 12, 1990
6. CAN. *Prisets och inkomstens betydelse för alkoholbruk, missbruk och skador*. Rapport nr 14, 1991
7. Folkhälsoinstitutet. *Smittskyddsenhetens årsrapport 1995 och HIV-aktuellt*, nr 3–4, 1996
8. Holder, H, Olsson, O. *Alkoholpolitik, och minskningen av alkoholproblem*. Forskning & Fakta nr 14, CAN, 1995
9. Johansson, Kjell E (red.). *Narkotika – Legalisering – Missbruk*. Carlssons förlag 1996
10. Knutsson, Gert, Pettersson, Svante. *Psykiskt störda villkor*. Publica, 1995
11. Proposition 1984/85:19. *Om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik*.
12. RRV. *Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning*. Förvaltningsrevisionen utreder 1993:2
13. Socialstyrelsen. *Socialtjänsten och de nya styrsystemen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:1
14. Socialstyrelsen. *Kursändring i missbrukarvården – mot öppna former*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:3
15. Socialstyrelsen. *Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996:14
16. Socialstyrelsen. *Effekter av offensiv narkomanvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:1
17. Socialstyrelsen. *Öppenvård för alkoholmissbrukare*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:7
18. Socialstyrelsen. *Svårt psykiskt störda missbrukare – om vård och samverkan i Göteborgs och Bohus län samt Hallands län*. Enheten för Aktiv uppföljning, 1996
19. Socialstyrelsen. *Insatser för vuxna missbrukare i hem för vård och boende/HVB 1995*. Årlig publikation.
20. Socialstyrelsen. *Den andra flykten. Förebyggande och behandlande arbete bland invandrare som missbrukar*. SoS-rapport 1995:6
21. Socialstyrelsen. *Alkohol och sjukvård*. Socialstyrelsen redovisar 1987:5
22. SOU 1984:13. *Samordnad narkotikapolitik*. Slutbetänkande av narkotikakommissionen.
23. SOU 1987:22. *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget*. Betänkande av socialberedningen 1982.
24. SOU 1994:24. *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden*. Huvudbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen.
25. SOU 1994:26. *Att förebygga alkoholproblem*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen.
26. SOU 1994:27. *Vård av alkoholmissbrukare*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen.
27. Ågren, Gunnar. *Alkohol och alkoholskador*. Rapport nr 8, metodbyrå 2, Stockholms socialförvaltning, 1980

Kommunalt flyktingmottagande



●●

Flyktingar enligt Genevekonventionen, krigsvägrare samt personer som fått stanna i Sverige p g a flyktingliknande eller humanitära skäl erbjuds i Sverige ett särskilt mottagande. Även vissa nära anhöriga till flyktingarna omfattas av detta. I detta avsnitt benämns hela denna grupp flyktingar. Sedan 1985 är det främst Statens Invandrarverk och kommunerna som svarar för mottagandet.

Invandrarverket svarar för mottagandet av s k kvotflyktingar och asylsökande i förläggningar. Sedan 1994 kan asylsökande som ordnar bostad på egen hand få ekonomiskt bistånd från staten under den tid som de väntar på besked om uppehållstillstånd. År 1995 valde ungefär hälften av flyktingarna att inte vistas på förläggning.

Invandrarverket skall medverka till att kommunerna erbjuder flyktingar bostad och i övrigt tas emot på ett lämpligt sätt. Invandrarverket träffar årligen överenskommelser med kommunerna om att de skall ta emot ett visst antal flyktingar. Den introduktion som kommunerna erbjuder de nyanlända brukar kallas kommunalt flyktingmottagande. Någon i lag reglerad skyldighet för kommunerna att ta emot flyktingar finns inte. Alla människor som är bosatta i Sverige har dock rätt att välja bostadsort.

●●

KVOTFLYKTING

Med kvotflykting menas flykting som bereds möjlighet att komma till Sverige inom ramen för en av regeringen beslutad årlig kvot. Kvotflyktingarna kommer i regel från olika flyktingläger i världen.

Jämlikhet, valfrihet, samverkan

Målen för svensk invandrapolitik är sedan 1975 jämlikhet, valfrihet och samverkan. Målen sågs över 1986 och innebär numera att invandrare skall ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter som befolkningen i övrigt. Målen syftar till respekt för den enskildes identitet och integritet, möjligheter att utveckla det egna kulturarvet samt solidaritet och gemenskap mellan människor av olika ursprung. Goda etniska relationer bör präglade det svenska samhället och samhället bör markera sitt avståndstagande från alla uttryck för etnisk intolerans.

Dessa mål gäller givetvis även för det kommunala flyktingmottagandet. Därtill finns särskilda mål för själva mottagandet.

Kommunerna har ansvar för att flyktingar får en bra introduktion i det svenska samhället. Sedan 1991 förutsätts kommunerna göra upp individuella planer för flyktingarnas introduktion i det svenska samhället. Planen skall göras i samråd med flyktingen och samordning skall ske mellan de olika myndigheter som deltar i arbetet med flyktingen. Fyra mål har satts upp för det kommunala flyktingmottagandet (prop 1989/90:105). De syftar till att flyktingar snarast skall få bostad, reguljär sysselsättning med normal försörj-

SVENSKUNDERVISNING FÖR INVANDRARE

Svenskundervisning för invandrare (sfi) är sedan 1991 en del av det offentliga skolväsendet med kommunerna som ansvariga. Alla som är bosatta i kommunen och saknar grundläggande kunskaper i svenska språket har rätt till sfi. Varje kommun är skyldig att se till att flyktingarna får börja utbildningen så snart som möjligt efter bosättningen i kommunen, senast efter tre månader.

ning, så goda kunskaper i svenska och om svenskt samhällsliv att flyktingen aktivt skall kunna delta i arbetslivet och samhällslivet i övrigt, samt till delaktighet i samhällslivet som ger flyktingen möjlighet att påverka sin egen situation och därmed främja goda etniska relationer

267 000 flyktingar mellan 1985 och 1995

Åren 1985–1995 sökte drygt 303 000 personer asyl i Sverige. Av dessa har 205 000 fått uppehållstillstånd. Utöver dessa har 62 000 anhöriga till flyktingar fått uppehållstillstånd. Flyktingar och deras anhöriga ut-

gjorde 70 procent av den totala invandringen under perioden. Störst var antalet 1993 och 1994, då 44 000 respektive 58 400 flyktingar med anhöriga fick uppehållstillstånd. År 1995 hade antalet sjunkit till 13 700 personer. År 1996 blir det troligen ytterligare något lägre.

Flyktingarna kom under perioden 1985–1995 främst från f d Jugoslavien (de flesta från Bosnien-Hercegovina), Iran, Irak, Somalia, Etiopien och Chile. Ungefär 40 procent kom från länder i Europa, 37 procent från Asien, 9 procent från Afrika och 8 procent från Latinamerika.

17 procent av flyktingarna fick under perioden 1991–1995 sin första bostad i någon av storstadskommunerna Stockholm, Göteborg eller Malmö.

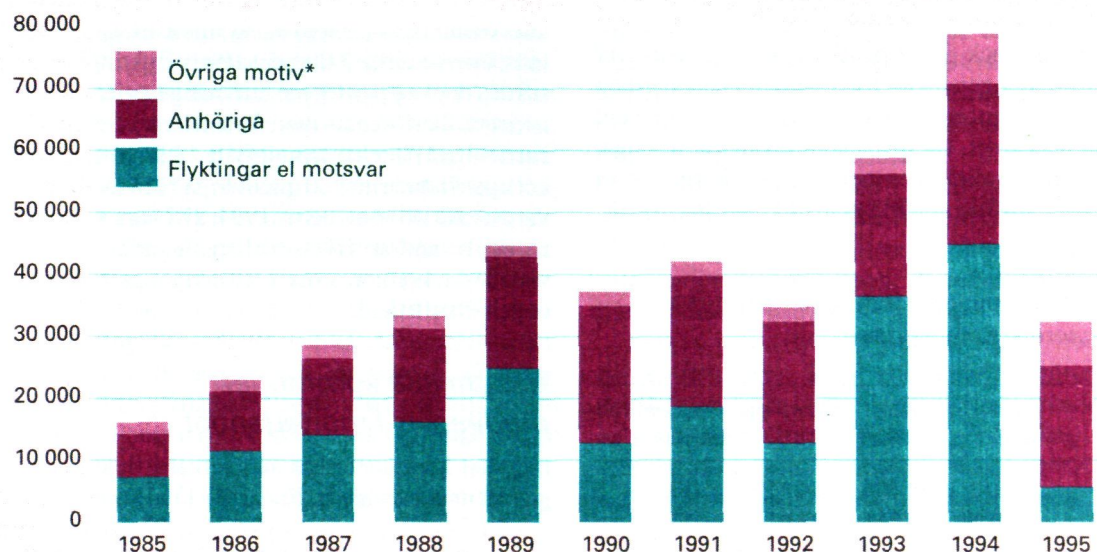


Diagram 28. Av Statens Invandrarverk beviljade uppehållstillstånd efter motiv. 1985–1995

* Adoptivbarn, arbetsmarknadsskäl, gäststuderande, EES-avtalet från 1994
Källa: SCB 1996

Tabell 20. Län som tagit emot flest flyktingar under 1991–1995

Län	Antal flyktingar
Stockholms	20 125
Malmöhus	14 813
Göteborgs och Bohus	12 958
Östergötlands	8 687
Älvsborgs	7 679
Jönköpings	6 246
Örebro	6 089

Källa: Statens Invandrarverk

De flesta är unga

Uppgifter om åldersfördelning bland invandrade flyktingar och deras anhöriga saknas. Åldersfördelningen bland utomnordiska medborgare som flyttar till Sverige kan dock ge en ganska klar bild även över åldersfördelningen bland flyktingar, då denna grupp dominerat den utomnordiska invandringen under det senaste decenniet. De flesta som invandrar är unga. Bara 3 procent av de utomnordiska medborgare som invandrade mellan år 1985 och 1995 var över 65 år.

Tabell 21. Flyttningar till Sverige 1985–1995 – utomnordiska medborgare

Ålder	Antal män	Antal kvinnor	Samtliga	Procentuell andel
0–6	27 813	26 406	54 219	13
7–17	35 429	31 641	67 070	17
18–64	134 710	131 219	265 929	67
65–	4 034	7 754	11 788	3
Summa	201 986	197 020	399 006	100

Källa: SCB befolkningsstatistik

Totalt sett under perioden var andelen invandrade män något högre än andelen invandrade kvinnor; 51 respektive 49 procent. Åren 1993–1995 invandrade dock fler kvinnor än män. Männen dominerade särskilt i åldersgruppen 7–17 år. Bland personer över 65 år var dock kvinnorna i majoritet (66 procent).

Många ensamman flyktningbarn

Under 1980-talet kom ett antal ensamman unga pojkar utan sina föräldrar från frihetskrigets Eritrea och från kriget mellan Iran och Irak till Sverige. Därefter har det årligen invandrat ett varierande antal ensamman flyktningbarn. En topp nåddes 1992. De flesta är tonåriga pojkar, men det förekommer också att mycket små barn kommer tillsammans med sina syskon. Många kommer också tillsammans med någon släkting. Barnen kommer från ett 40-tal länder. Det saknas emellertid tillförlitlig statistik över det totala antalet ensamman barn som har kommit hit. Under 1990-talet inreste cirka 3 000 ensamman flyktningbarn. Det saknas dock uppgifter om hur många av dem som har utvisats, återförenats med föräldrarna i Sverige eller i annat land eller har hunnit fylla 18 år. Invandrarverket uppskattade att 700 underåriga barn med tillstånd var bosatta i kommunerna 1994. 270 barn var inskrivna vid Invandrarverkets förläggningar och ett 80-tal vistades i kommunerna i avvaktan på besked om uppehållstillstånd.

Nästan alla kommuner medverkar i mottagandet

Flertalet kommuner har medverkat i flyktningmottagandet under senare år. Endast ett fåtal kommuner har avstått från att ta emot flyktingar. På grund av den ökande invandringen i slutet av 1980-talet tillfrågades i stort sett alla kommuner om att ta emot flyktingar – den s k Hela-Sverige-strategin. Bakom denna strategi låg även det stora antalet tomma lägenheter på många håll i landet.

Tabell 22. Antal kommunplatser enligt överenskommelse, antal mottagna flyktingar samt antal kommuner som träffat överenskommelse. 1990–1995

År	Antal kommunplatser enligt överenskommelse	Faktiskt mottagna	Antal kommuner
1990	22 808	22 237	278
1991	22 077	18 961	277
1992	21 817	18 472	271
1993	21 400	25 300	271
1994	49 900	61 500	272
1995	17 930	15 300	272
Totalt	174 229	182 943	

Källa: Arbetsmarknadsdepartementet

Hela-Sverige-strategin gäller i princip fortfarande men går inte att upprätthålla på grund av det minskande antalet flyktingar. Strategin har inneburit en ganska omfattande sekundärflyttning som huvudsakligen gått i två riktningar – från norr till söder, från glesbygd till storstad. Många flyktingar väljer att flytta från kommuner med hög arbetslöshet och där det finns få invandrare. En undersökning 1995 av de flyktingar som kom till Sverige 1991 visade att 70 procent bodde i kvar i den kommun där de först beretts bostad. I en undersökning som Arbetsmarknadsdepartementet genomförde 1994 angavs som huvudorsak till flyttning att flyktingarna ville komma nära släktingar och landsmän. Först i andra hand nämndes önskan att komma till en större kommun.

Flyktingmottagandet sköts vanligen av socialnämnden

De flesta kommuner har en särskild organisation för flyktingmottagandet. Ofta finns en särskild flykting-

samordnare. Kommunerna äger full frihet att organisera sitt flyktingmottagande. Detta innebär att det finns variationer såväl i vilken nämnd/förvaltning som ansvarar för flyktingmottagandet som i hur mottagandet är organiserat. Även mottagandets innehåll skiljer sig väsentligt mellan kommunerna. I två tredjedelar av kommunerna var 1992 socialnämnden ansvarig för flyktingmottagandet medan ansvaret i omkring en femtedel låg direkt under kommunstyrelsen. I endast fyra kommuner låg ansvaret på invandranämnden.

Staten svarar för kostnaderna

Under den första tiden efter beslut om uppehållstillstånd får flyktingar mestadels sin försörjning genom socialbidrag. Från och med den 1 januari 1993 kan kommunerna bevilja introduktionsersättning istället för socialbidrag. År 1995 hade ett 60-tal kommuner infört sådan ersättning. Nivån på ersättningen bestäms av kommunen. Villkor för ersättningen är att flyktingen följer introduktionsplanen. För hemutrustning erbjuds flyktingar ett lån, som administreras av Centrala studiestödsnämnden.

Den tyngsta kostnaden i flyktingmottagandet är socialbidragen. 3,2 miljarder kronor utbetalades 1995 till flyktinghushållen. Det var en ökning med 16 procent jämfört med året innan. Detta belopp inkluderar introduktionsersättning.

Kommunerna får statlig ersättning för mottagandet av flyktingar. Såväl ersättningens storlek som dess konstruktion har varierat. För närvarande utgår en schablonersättning per mottagen flykting, ersättning för vissa särskilda kostnader samt ersättning för extraordinära kostnader efter särskild prövning. Schablonersättningen är avsedd att täcka kostnaderna under ankomståret samt de därpå följande tre åren. Med särskild ersättning avses bl a ersättning för socialbidrag till flyktingar som vid ankomsten till följd av funktionshinder eller ålder inte kan försörja sig samt vissa kostnader för barn under 18 år som kommit till

Sverige utan sina vårdandshavare. Ersättning betalas också till landstingen för vissa sjukvårdskostnader.

De totala kostnaderna för ersättning till kommuner och landsting för mottagande av flyktingar var 5,3 miljarder kronor budgetåret 1993/94 och 7,4 miljarder kronor 1994/95. För budgetåret 1995/96 anslogs 6,3 miljarder kronor. I beloppen ingår bistånd åt asylsökande, som vistas i kommunen i avvaktan på besked om uppehållstillstånd.

Regeringen uppdrog år 1994 till en arbetsgrupp att följa upp den statliga ersättningen för flyktningmottagandet m m. Uppföljningarna har genomförts som urvalsundersökningar. Arbetsgruppen, som studerat kostnader t o m 1994 för flyktingar mottagna under 1991, fann att den statliga ersättningen i de flesta kommuner täckt de kostnader den var avsedd att täcka. Samma resultat visade uppföljning av kostnader för flyktingar mottagna 1992 under perioden t o m juni 1994.

De kommuner som inte hade fått sina kostnader täckta var de som tagit emot flyktingar som flyttat in från andra kommuner, s k sekundärflyttning. Den främsta anledningen till att den statliga ersättningen inte täckt kostnaderna är dock att socialbidragskostnaderna har blivit större än beräknat på grund av att det är så få flyktingar som har fått arbete.

Delat tillsyns- och uppföljningsansvar

Ingen statlig myndighet har det samlade ansvaret för tillsyn, uppföljning och utvärdering av det kommunala flyktningmottagandet. Det delas mellan olika centrala myndigheter. Invandrarverket skall t ex följa upp introduktionsplanerna, Socialstyrelsen skall följa upp och utvärdera socialtjänsten och hälso- och sjukvården och Skolverket sfi-undervisningen. Länsstyrelserna har tillsynen över socialtjänsten och Socialstyrelsen över hälso- och sjukvården, för flyktingar liksom för alla andra som är bosatta i landet. Arbets-

marknadsverket har genom arbetsförmedlingarna det direkta ansvaret för arbetsmarknadspolitiska insatser.

Någon mer omfattande uppföljning eller utvärdering av flyktningmottagandet har inte genomförts. Centrum för invandringsforskning (CEIFO) vid Stockholms universitet undersökte år 1990 mottagandet för tre flyktinggrupper – polacker, chilener och kurder. De konstaterade att flyktingarna passiviserades av för mycket omsorg och omhändertagande.

Bättre introduktionsplaner

Invandrarverket har fokuserat sin uppföljning på kommunernas introduktionsplaner. Arbetet med planerna har successivt förbättrats. Det gäller såväl förekomsten av planer som flyktingarnas deltagande, planernas innehåll samt samverkan mellan ansvariga myndigheter i kommunerna. De brister som kunnat konstateras gäller i första hand planer för barnen och för dem som flyttar till en ny kommun. Uppdatering och revidering av planerna är en annan svag punkt. Arbetsförmedlingen borde vidare spela en mer aktiv roll. Flera kommuner menar att samarbetet med arbetsförmedlingen fungerar dåligt. Detta innebär en förskjutning av kostnaderna från stat till kommun.

Brister i sfi-undervisningen

En rad undersökningar har konstaterat ett flertal brister i sfi-undervisningen. Väntetiderna på sfi har varit långa. Personer som flyttade till en kommun under 1992 fick i genomsnitt vänta tre månader. En femtedel fick vänta mer än nio månader. Antalet undervisningstimmar per vecka har varit lågt. Flexibiliteten är låg. Studieavbrottsfrekvensen är hög. Utvecklingsarbete inom undervisningsmetodik, läromedel och vuxenpedagogik för lågutbildade är eftersatt. Uppföljning och utvärdering genomförs inte kontinuerligt. En liten andel av de studerande avslutar studierna med godkänt resultat. Varvning av studier och praktik kommer sällan

till stånd. Centrum för tvåspråkighetsforskning vid Stockholms universitet genomför på uppdrag av Skolverket en nationell utvärdering av sfi-undervisningen. Den kommer att redovisas i december 1996.

Ensamma flyktingbarn särskilt utsatta

Invandrarverket har träffat avtal med några kommuner om att ta emot ensamma flyktingbarn. Särskilda sk grupper eller ungdomsboenden finns i några kommuner. Kommunerna saknar systematisk dokumentation om de ensamma flyktingbarnens etniska bakgrund och de olika placeringsformerna. Enligt Invandrarverkets bedömning fanns år 1994 de flesta barnen i familjehem. 65 procent av dessa var i släktinghem, 15 procent i andra hem med samma etniska bakgrund och 20 procent i svenska familjehem. Ett 100-tal ensamma flyktingbarn fanns i kommunala grupper och 200 i annat boende, tex olika former av ungdomsboende, folkhögskola el dyl.

År 1993 genomfördes intervjuer med 16 ungdomar som kommit ensamma till Sverige. Ungdomarna kom från fem länder. Intervjuerna visade att barnen och ungdomarna bär på problem som är typiska för flyktingskapet. De har svåra minnen, har lidit förluster, saknar sina anhöriga och är oroliga för dem. Några hade ekonomiska problem, då de försökte hjälpa sin familj i hemlandet. De önskade kontakt med fler vuxna och med personer som talar deras modersmål. Ungdomarna kände bitterhet över problem med familjesammanföringen. Vissa kände som om de inte levde, som om de existerade i ett undantagstillstånd. Genomgående och mest påtagligt förmedlades i intervjuerna en stark känsla av ensamhet. Kommunerna, som besvarade en enkät, pekade på brister i barnens sociala kontakter och stöd, speciellt för ungdomar i 18–20 årsåldern, som bor i egen lägenhet. Socialarbetarna har många gånger svårt att hitta den hjälp som det enskilda barnet behöver. Sunt förnuft och de normer och regler som annars kan styra det sociala arbetet sätts plötsligt ur spel. Socialarbetarna tycker att de saknar kunskaper.

Lång väg till självförsörjning

Flyktingar som kommit till Sverige under senare år har haft mycket svårt att komma in på arbetsmarknaden. Antalet flyktingar som fick socialbidrag under 1994 motsvarar närmare 90 procent av samtliga 125 000 flyktingar som togs emot i kommunerna mellan åren 1991 och 1994. Antalet bidragshushåll ökade med 50 procent. Bidragstiderna har blivit längre. Flyktinghushåll hade i genomsnitt tre månaders längre bidragstid än svenska hushåll.

Lokala utvärderingar tyder på att det är en mycket liten andel av de mottagna under senare år som klarar sin egen försörjning efter tre och ett halvt år. Få är självförsörjande efter introduktionens 18 månader. Orsaker till det kan sökas i den höga arbetslösheten, omstruktureringen på arbetsmarknaden, att flyktingarna kommer från avlägsna länder och att de diskrimineras på arbetsmarknaden, men kan också stå att finna i formerna för flyktingmottagandet. Flertalet flyktingar blir således efter introduktionen kvar i ett bidragsberoende.

Det finns ytterst få undersökningar som försöker spegla flyktingarnas egna upplevelser av och synpunkter på flyktingmottagandet. Det går inte att dra några generella slutsatser av de få undersökningar som har genomförts.

Föreslagna och beslutade förändringar

Beskattad introduktionsersättning

Invandrapolitiska kommittén föreslår i sitt slutbetänkande en ny invandrarmyndighet som skall ha till uppgift att upphandla introduktionsprogram från kommunerna. Introduktionen skall i normalfallet pågå i två år med möjlighet till förlängning vid behov upp till fem år. Under introduktionen skall en särskild

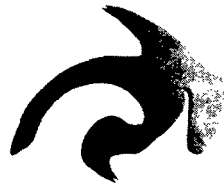
beskattad introduktionsersättning utgå. Aktivt deltagande föreslås vara en förutsättning för ersättningen. Även anhöriga skall vid behov få möjlighet till introduktion. Svenskundervisningen bör kombineras med praktik och andra yrkesrelaterade insatser. Väntetiden till sfi föreslås inte få vara längre än en månad.

När det gäller förskolebarn föreslås att språkträning skall ges såväl i modersmålet som i svenska samt att det för varje elev i skolan ska upprättas en individuell utbildningsplan.

Referenser

1. Arbetsmarknadsdepartementet. *Innehåll och kvalitet i det kommunala flyktingmottagandet*. 1995
2. Bäck, H – Soininen, M. *Från löpande räkning till en påse pengar*. Svenska Kommunförbundet. 1993
3. Bäck, H – Soininen, M. *Flyktingmottagande i förändring*. Svenska Kommunförbundet, 1993
4. Ds 1995:75 *Hur täcker den statliga ersättningen kommunernas kostnader för flyktingar mottagna år 1991?*
5. Ds 1994:136. *Hur täcker den statliga ersättningen kommunernas kostnader för flyktingmottagande?* Uppföljning av kommunalt flyktingmottagande för flyktingar mottagna åren 1991–1993 under tiden januari 1991 t o m juni tom juni 1994
6. Nordiska ministerrådet. *Ensamma flyktingbarn i Norden*. Tema Nord 1996:516
7. Similä, M. *Det kommunala flyktingmottagandets konflikter och roller*. Centrum för invandringsforskning, 1992
8. Socialstyrelsen. *Socialbidragstagare och socialbidragens utveckling*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:4
9. Socialstyrelsen och Statens Invandrarverk. *Ensam. Om flyktingbarn utan vårdnadshavare i Sverige*. SoS-rapport 1994:7
10. Soininen, M. *Det kommunala flyktingmottagandet: genomförande och organisation*. Centrum för invandringsforskning 1992
11. SOU 1996:55. *Sverige, framtiden och mångfalden*. Slutbetänkande från invandrapolitiska kommittén.
12. Statens Invandrarverk. *Årsredovisning 1994/95*
13. Statens Invandrarverk. *Svenskundervisning för invandrare*. En statistisk sammanställning över flyktingars deltagande. 1995

Familjerätt och familjerådgivning



●●

Familjen och familjebildningen har under senaste årtiondena genomgått stora förändringar. I dag är det lika vanligt att leva tillsammans utan att vara gift som i äktenskap. Mer än hälften av alla barn som föds i Sverige är födda av ogifta föräldrar. Många barn får också vara med om att föräldrarna separerar. I de allra flesta fall har föräldrarna gemensam vårdnad om barnet efter separationen, men det är fortfarande ovanligt att barnet bor hos pappan. Många barn får också uppleva att deras föräldrar bildar ny familj. I de allra flesta fallen följer barnet med sin mamma in i den nya familjen. Barns umgänge med den förälder som de inte bor till-sammans med är numera både tätare och mer regelbundet än tidigare.

Familjerätten och den kommunala familjerådgivningen har olika uppgifter i att hjälpa föräldrar och par i frågor som gäller samlevnad, separationer och föräldraskap. Medan familjerådgivningen har som sin huvudsakliga uppgift att hjälpa par och barnfamiljer att bearbeta sina inbördes relationer skall familjerätten främst företräda barnets intressen i frågor som främst gäller faderskap, vårdnad och umgänge samt adoptioner.

●●

FAMILJERÄTT

Barnens bästa i centrum

Socialtjänstens familjerättsliga verksamhet regleras i föräldrabalken (FB) och socialtjänstlagen (SoL). Lagstiftningens övergripande mål ansluter sig väl till vad som stadgas i FN:s konvention om barnens rättigheter från 1989. Enligt konventionen har barn rätt att så

långt det är möjligt få vetskap om sina föräldrar samt att upprätthålla kontakt med den eller de föräldrar det inte bor tillsammans med. Barn har också rätt att komma till tals i frågor som rör dem själva och att få sin åsikt respekterad. Båda föräldrarna har gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. Konventionsstaterna är vidare skyldiga att vidta åtgärder för att bekämpa olovligt bortförande och kvarhållande av barn i utlandet.

Genom olika lagändringar de senaste decennierna har barnets intressen satts i förgrunden och dess rättsliga ställning stärkts. Barnets bästa skall tjäna som ledstjärna vid avgörandet av de frågor som rör barn. I frågor som rör vårdnad och umgänge betonas särskilt barnets behov av en nära kontakt med båda sina föräldrar. Föräldrarnas gemensamma ansvar för sina barn har stärkts, bl a genom ett förenklat förfarande vid anmälan av gemensam vårdnad. Barn har sedan den 1 januari 1996 rätt att komma till tals i mål och ärenden som rör dem, vilket bl a innebär att barnets åsikter i högre grad än hittills måste komma fram i frågor som rör vårdnad, umgänge, adoption och namnändring.

Vad gör familjerätten?

Det familjerättsliga arbetet inom socialtjänsten styrs av regler i FB och SoL. Till arbetsuppgifterna hör att medverka till att faderskap fastställs för barn som föds av ogifta föräldrar samt att i dessa fall fastställa underhållsbidrag, att yttra sig till rätten i ärenden som rör adoption och att genomföra samarbetssamtal. Genom en ändring i FB 1991 kan ogifta föräldrar få gemensam vårdnad genom att göra en anmälan till socialnämnden i samband med att faderskapet fastställs. Målsättningen var enligt propositionen att gemensam vårdnad skulle komma till användning i så många fall som möjligt. Socialnämnden fick härigenom en viktig uppgift att i samband med faderskapsfastställelse verka för att föräldrarna också anmäler gemensam vårdnad.

Det familjerättsliga arbetet är i de flesta kommuner inordnat i socialtjänstens organisation för individ- och familjeomsorg, i egen avdelning eller sektion, ofta i nära anslutning till annat socialt arbete. I storstäderna är familjerätten som regel organiserad som en egen enhet, skild från övrig verksamhet. I små kommuner med få anställda är det inte ovanligt att det familjerättsliga arbete sköts av en handläggare som också har andra arbetsuppgifter inom socialtjänstens verksamhet. Det förekommer också att vissa utredningar, som vårdnadsutredningar och medgivandeutredningar, görs av för uppgiften särskilt anlitad konsult.

Att fastställa faderskap

Socialnämnden i den kommun där barnet är folkbokfört är ansvarig för att faderskapet utreds och fastställs. Socialnämnden är skyldig att föra protokoll över vad som framkommer vid utredningen och som är av betydelse för faderskapsfrågan. Olika typer av protokoll förs, beroende på om föräldrarna har varit sammanboende eller inte under konceptionstiden. Ett särskilt protokoll förs när mannen i ett äktenskap förutsätts vara far till barnet, men faderskapet har ifrågasatts.

I mitten av 1970-talet uppgick andelen barn för vilka socialtjänsten fastställde faderskap till drygt 30 procent. Andelen har därefter successivt ökat. Under 1990-talets första hälft har andelen barn för vilka socialtjänsten har fastställt faderskap varit mellan 45 och 53 procent av det totala antalet födda barn. År 1995 medverkade socialnämnden till att fastställa faderskapet för cirka 55 000 barn. Det motsvarar drygt hälften av alla barn som föddes det året. I 90 procent av fallen var föräldrarna sammanboende vid barnets födelse. Endast 371 faderskap fastställdes 1995 av domstol.

Tabell 23. Antal barn för vilka faderskap fastställs eller som har varit föremål för faderskapsutredning

År	Fastställt genom bekräftelse		Fastställt genom dom	Utredning nedlagd
	Antal	Andel av nyfödda		
1975	33 742	33	688	577
1980	37 769	39	503	454
1985	44 368	45	423	332
1990	56 337	45	466	318
1995	55 141	53	371	403

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

Socialnämnden beräknade, jämkade och fastställde underhållsbidrag för cirka 39 500 barn under 1995. Motsvarande antal var 29 500 år 1988 och 36 500 år 1993. Ökningen beror på att mödrarna i allt större utsträckning är ogifta när barnen föds.

Gemensam vårdnad?

Om föräldrarna inte är gifta med varandra vid barnets födelse har modern enskild vårdnad. Föräldrarna kan sedan 1991 anmäla gemensam vårdnad i samband med faderskapsbekräftelsen, under förutsättning att båda föräldrarna är överens om det. 90 procent av de föräldrar som har varit sammanboende i minst tio månader innan barnets födelse anmäler gemensam vårdnad i samband med faderskapsbekräftelsen. Av de föräldrar som inte är sammanboende när barnet föds anmäler endast 45 procent gemensam vårdnad. I båda fallen föreligger stora variationer mellan olika kommuner. I vissa kommuner anmäler endast omkring hälften av sammanboende föräldrar gemensam vårdnad medan så gott som samtliga gör det i andra kommuner.

Det kan finnas olika skäl att inte anmäla gemensam vårdnad. Ett är att modern vill vara ensam vårdnads-

havare. Uppgifter från familjerättshandläggare i olika delar av landet pekar på en nedgång i anmälningarna av gemensam vårdnad i samband med att den s k pappamånaden infördes i föräldraförsäkringen. En del av förklaringen till detta kan ligga i att föräldrarna är överens om att mamman skall ta ut hela föräldraleigheten, varför de väntar med att anmäla gemensam vårdnad till denna är slut. De stora skillnaderna mellan kommunerna kan bero på olika strategier för information till nyblivna föräldrar samt familjerättshandläggarnas egen syn på gemensam vårdnad.

Frågan om automatisk gemensam vårdnad även i de fall föräldrarna är ogifta har diskuterats i två olika utredningar (Vårdnadstvistutredningen och Pappagruppens slutrapport). Medan pappagruppen förordar att enskild vårdnad skall avskaffas, har vårdnadstvistutredningen, som anser att gemensam vårdnad skall vara huvudprincip, inte föreslagit automatisk gemensam vårdnad. Istället föreslår utredningen att domstolen får större möjlighet att med hänsyn till vad som är bäst för barnet döma till gemensam vårdnad. Socialstyrelsen ansåg i sitt remissvar att mycket talade för Pappagruppens förslag om gemensam automatisk vårdnad, då sådan vårdnad i ytterst få fall torde vara olämplig för barnet.

Färre internationella adoptioner

Från 1917 fram till mitten av 1960-talet hade omkring 50 000 svenska barn adopterats av föräldrar som inte var släkt med barnet. Därefter har antalet svenska adoptioner minskat kraftigt. Under 1995 lämnade socialnämnden 139 yttranden till tingsrätten för adoption av svenska barn. 105 av dessa gällde styvbarns-adoptioner, 19 gällde barn placerade i familjehem och 15 gällde barn 0–1 år födda i Sverige

Däremot kom adoption av utlandsfödda barn att öka kraftigt från mitten av 1960-talet. Sammanlagt har cirka 35 000 utlandsfödda barn kommit till Sverige för adoption. År 1977 rörde det sig om 1 900 barn. Från 1988 har antalet internationella adoptioner pend-

lat mellan 900 och drygt 1100 årligen. År 1995 kom 900 utlandsfödda till Sverige för adoption. 850 av dessa förmedlades av en auktoriserad organisation och de övriga genom privata kontakter. Haagkonventionen från 1993 reglerar hur internationella adoptioner skall handläggas, både i barnets ursprungsland och i mottagarlandet. Haagkonventionen innebär bl a att det blir svårare att genomföra privata adoptioner.

Skälet till adoption är i de flesta fall att föräldrarna inte kan få egna barn. Ett av skälen till nedgången i internationella adoptioner kan vara att fler föräldrar numera med hjälp av förbättrad medicinteknik kan hjälpas till egna barn. Behandling med IVF (in vitro fertilisering) har tillämpats i drygt tio år i Sverige och längre tid utomlands. Frågan om befruktning utanför kroppen är dock inte okomplicerad. I förarbetena till 1984 års lag om inseminationer betonades att barnet skall ha rätt att informeras om hur det kommit till. Om barnet vill veta vem som är donator har socialnämnden en skyldighet att bistå barnet med detta. Om några år, när de första inseminationsbarnen har uppnått mogen ålder, kommer socialnämndens ansvar i denna fråga att provas.

Frågan om äggdonation rymmer särskilt svåra etiska överväganden. Det råder delade meningar om huruvida sådana donationer skall tillåtas i Sverige. Frågeställningen har främst polariserats utifrån vad som är medicintekniskt möjligt och psykologiskt lämpligt. Skäl som talar för att tillåta äggdonation har bl a varit att barnlösa par inte skall tvingas åka utomlands för att genomgå behandling under okontrollerade former, medan det har anförts som skäl mot äggdonationer att man inte vet vad det psykologiskt kan innebära för ett barn att inte vara säker på vem som är dess genetiska mor.

Synen på adoptioner har under det senaste halvsekllet gått igenom stora förändringar. Medan man under 1950-talet lade stor vikt vid att barnet var så likt sina adoptivföräldrar som möjligt kom barnets behov av föräldrar att betonas under 1960- och 70-talet. Uppgången i de internationella adoptionerna under dessa

decennium skall ses mot den bakgrunden. I princip ansågs det alltid gagna ett föräldralöst barn att få föräldrar, även om det innebar adoption i ett annat land. Idag är det inte lika självklart. Enligt Haagkonventionen skall man först undersöka möjligheterna att placera ett föräldralöst barn hos släktingar eller familjehem i det egna landet innan det kan bli fråga om internationell adoption.

I dag finns det flera barn som väntar på internationell adoption än vad det finns adoptivföräldrar. Under 1970- och 80-talet var förhållandet det motsatta.

Samarbetssamtal i stället för domstolsprocess

Socialtjänsten har sedan i början av 1970-talet använt samarbetssamtal för att hjälpa föräldrar att lösa vårdnads- och umgängestvister utan domstolsprocess. I mitten av 1980-talet förekom samarbetssamtal i drygt tre fjärdedelar av Sveriges kommuner. Från 1991 finns regler i FB och SoL som innebär att föräldrar som tvistar om vårdnad eller umgänge skall erbjudas samarbetssamtal under sakkunnig ledning samt att kommunen är skyldig att tillhandahålla sådana. Sam-

SAMARBETSSAMTAL

är strukturerade samtal med föräldrar som i samband med eller efter separation är oeniga om hur de skall lösa frågor kring vårdnad och umgänge. Syftet med samtalet är att hjälpa föräldrarna att göra överenskommelser kring barnet. Överenskommelsen skall ta hänsyn till barnets behov och eventuella önskemål. Barnet skall också ha möjlighet att själv komma till tals. Föräldrarna skall ha möjlighet att välja om de vill att samarbetssamtalen skall genomföras med familjerådgivningssekretess eller socialtjänstsekretess.

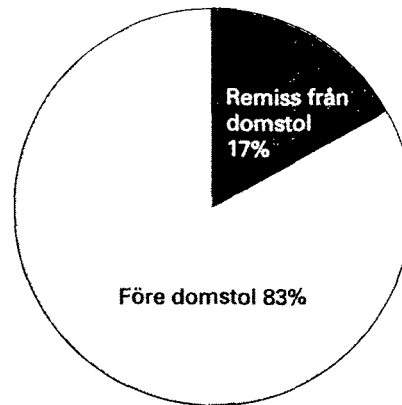


Diagram 29. Fördelning av samarbetssamtal 1995

Källa: SOU 1995:79 Vårdnad, boende, umgänge

arbetssamtal inleds normalt på föräldrarnas initiativ. Domstol har också möjlighet att remittera tvistande föräldrar till samarbetssamtal inom familjerätten.

Det är idag dubbelt så vanligt med samarbetssamtal i mindre och medelstora kommuner som i storstäderna. Antalet samarbetssamtal mer än fördubblades mellan 1986 och 1993. År 1993 genomfördes 6 600 samarbetssamtal, vilket innebär att omkring en fjärdedel av de familjer som separerade berördes. Knappt 85 procent av samtalen ägde rum innan en tvist aktualiserats i domstol. Normalt genomförs i dessa fall 3–5 samtal med föräldrarna.

De flesta föräldrar har träffat en överenskommelse om barnen när de avslutar samarbetssamtalet. Omkring 80 procent av föräldrarna som 1993 genomgick samarbetssamtal före ett domstolsförfarande enades. I de fall samarbetssamtalen genomfördes efter domstolsremiss enades omkring hälften. Det saknas dock uppgifter om hur föräldrarnas överenskommelser håller över tid.

Invandrarfamiljer separerar i större utsträckning än svenska familjer

Det är vanligare med separationer i familjer där en eller båda föräldrarna är utländska medborgare än bland par där båda är svenska medborgare. Familjer med invandrabakgrund söker sig oftare till familjerätten i samband med separation för att få hjälp att lösa frågor som har att göra med vårdnad och umgänge, än de vänder sig till familjerådgivningen för att få hjälp att bearbeta sina inbördes relationer. Invandrarfamiljerna är överrepresenterade i samarbetssamtal som remitteras från domstol. I vissa kommuner har nästan hälften av dem som går i samarbetssamtal utländsk härkomst. Av 113 domar i tvistemål 1995 om vårdnad vid Stockholms tingsrätt var 54 procent av männen utlandsfödda. De utlandsfödda männen fick enskild vårdnad i färre fall än de svenskfödda männen.

Samhällsekonomiska vinster av samarbetssamtal

År 1995 gjorde Socialstyrelsen på Vårdnadstvistemålsutredningens uppdrag en samhällsekonomisk utvärdering av samarbetssamtalen. Den visar att den ekonomiska vinsten av samarbetssamtal som genomförts efter remiss från domstol är omkring 20 000 kronor. Den ekonomiska vinsten utgörs av uteblivna rättegångskostnader. Därtill kommer aspekter som har att göra med den enskildes välbefinnande. Både barns och föräldrars hälsa påverkas negativt vid en separation. Det är sannolikt att de psykologiska slitningarna på individerna blir mindre om föräldrarnas inbördes konflikter kan bearbetas i samtal istället för att avgöras i domstol. Den sammantagna samhällsekonomiska vinsten kan därför förmodas vara ännu större.

Utvärderingen visar att samarbetssamtal också kan innebära minskade kostnader för kommunerna, förutsatt att samtalen leder till att föräldrarna enas så att en vårdnadstvist med åtföljande vårdnadsutredning kan

undvikas. Kostnaderna påverkas också av om kommunerna använder sig av en eller flera samtalsledare i samtalen.

Några kvalitetsmått

Enligt FB skall ett faderskapsärende bedrivas skyndsamt. Om inte särskilda skäl föranleder annat skall det vara slutfört inom ett år efter barnets födelse. Få faderskapsärenden har en utredningstid på över ett år, vilket innebär att målet i stort uppfylls.

Nästan hälften av kommunerna har kortare väntetid än två veckor för att få samarbetssamtal medan en tredjedel av kommunerna har mindre än tre veckors väntetid. Däremot förekommer det stora variationer mellan kommunerna. Små och medelstora kommunerna ger fler föräldrar samarbetssamtal än de stora kommunerna där färre familjer får stöd och hjälp i samband med separation. I små och medelstora kommuner är det nästan tre gånger så vanligt som i storstäderna att föräldrar genomgår samarbetssamtal.

Med några få undantag har samtalsledarna socioekonomisk kompetens eller motsvarande. I nästan 40 procent av kommunerna finns det samtalsledare som har en längre vidareutbildning. I de flesta fall får föräldrarna träffa två samtalsledare, i regel kvinnor.

Viktigt förebyggande arbete

Det familjerättsliga arbetet har också en viktig förebyggande aspekt. Socialnämndens skyldighet att utreda och fastställa faderskapet för alla barn som föds av ogifta föräldrar innebär att socialtjänsten 1995 träffade drygt hälften av samtliga nyblivna föräldrar. Relevant information och ett förtroendeingivande bemötande kan ge många familjer viktig kunskap om föräldraskap och vårdnad som på sikt kan ha betydelse för hur de kommer att klara sin föräldraroll. Om grunden till en förtroendefull relation läggs redan från början torde förutsättningarna öka för att föräldrarna

vid en separation tar kontakt med familjerätten istället för att vända sig till domstol. BRIS (Barnens rätt i samhället) konstaterar i sin rapport 1995 att samtal till BRIS från barn om separationer, vårdnad och umgänge har minskat med hälften sedan mitten av 1980-talet. Däremot är sådana frågor de vanligast förekommande när vuxna vänder sig till BRIS.

Föreslagna och beslutade förändringar

Socialnämnden är idag skyldig att fastställa underhållsbidrag för de barn där nämnden har haft skyldighet att fastställa faderskapet. I den nya lagen om underhållsstöd till barn till särlevande föräldrar har denna regel slopats.

Vårdnadstvistutredningen har föreslagit att socialnämnden skall få möjlighet att teckna avtal om vårdnad, boende och umgänge, med samma giltighet som en lagakraftvunnen dom. Förslaget innebär att socialnämnden får överta en stor del av det arbete som idag görs av advokater och domstolar.

FAMILJERÅDGIVNING

Från den 1 januari 1995 är kommunerna genom en ändring i SoL skyldig att anordna familjerådgivning för dem som begär det. Familjerådgivningens mål är att genom samtal medverka till bearbetning av samlevnadsproblem och konflikter främst i par- och familjerelationer. Med par menas också homosexuella par. Familjerådgivningen bör också enligt propositionen (1993/94:4) kunna anförtros mer komplicerade samarbetssamtal. En annan uppgift för familjerådgivningen är att förmedla kunskap och information i samlevnadsfrågor.

Vad gör familjerådgivningen?

Familjerådgivningens huvudsakliga uppgift är att bedriva parsamtal. År 1995 genomförde en familjerådgivare knappt två samtal per dag, vilket är ungefär lika mycket som 1993. Varje samtal pågår i genomsnitt cirka en och en halv timme. Därtill kommer omkring en halvtimmes förberedelse och efterarbete. En familjerådgivare ägnar drygt tre timmar per dag åt parsamtal. Vid många mottagningar har man dessutom par i grupp-samtal. Andra viktiga uppgifter är information, handledning och utbildning. I enstaka kommuner svarar familjerådgivningen för en del av samarbetssamtalen.

Tillgången till familjerådgivning tycks svara relativt väl mot behoven. År 1995 var väntetiden för att komma till familjerådgivning mindre än två veckor för cirka 75 procent av mottagningarna. I små kommuner (mindre än 20 000 invånare) var väntetiden kortare än två veckor medan den var något mer än två veckor i kommuner med mer än 20 000 invånare.

Olika sätt att organisera familjerådgivningen

Familjerådgivningen är i de flesta kommuner lokalmässigt skild från socialtjänstens övriga verksamhet, främst på grund av den särskilda sekretess som omger verksamheten. Kommunerna har valt olika sätt att organisera verksamheten. De flesta (25 procent) köper familjerådgivning från en annan kommun medan knappt en femtedel av kommunerna driver familjerådgivning med egen personal. Ytterligare knappt en femtedel har anlitat landstinget som entreprenör. Andra driftsformer är samverkan kommuner emellan, privata entreprenörer eller att kommunen både driver egen verksamhet och säljer tjänster till andra kommuner. Genom samarbete och nytänkande vad gäller organisations- och driftsformer har också de små kommunernas förutsättningar att bedriva verksamheter med god kvalitet ökat.

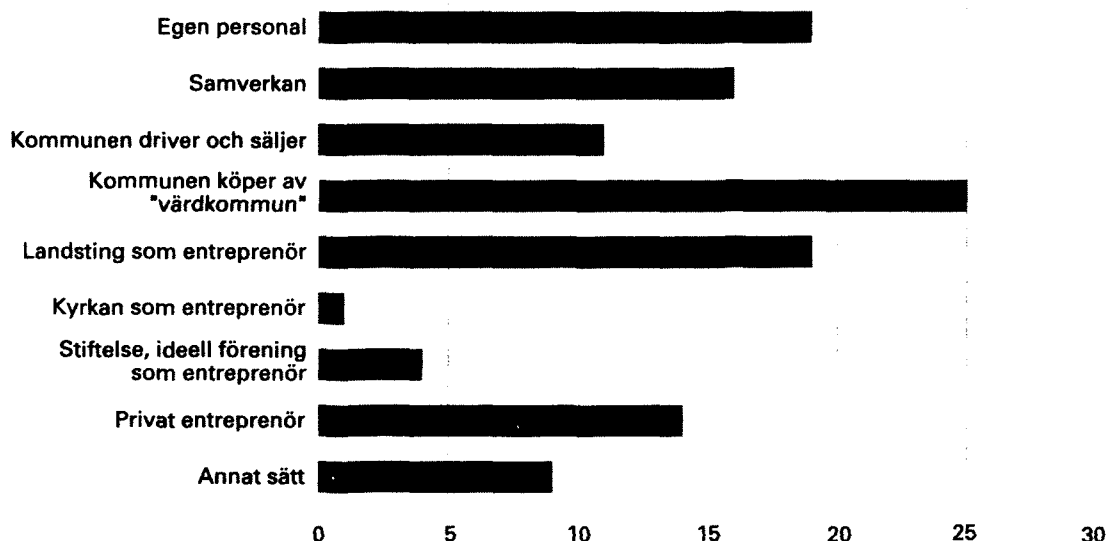


Diagram 30. Familjerådgivningens organisationsformer 1995

Källa: Socialstyrelsen 1996

Fler mottagningar efter kommunalisering

Familjerådgivningens tillgänglighet förbättrades i samband med kommunaliseringen 1995. År 1995 fanns det 124 mottagningar varav 32 filialer, att jämföras med 92 mottagningar 1993, varav ungefär hälften var filialer. Även antalet familjerådgivare har ökat, från 168 heltidstjänster 1993 till 233 heltidstjänster 1995. Det innebär att det 1995 fanns en familjerådgivare per 36 000 invånare mot en familjerådgivare per 51 700 invånare år 1993. Något fler än hälften av mottagningarna har tre eller fler familjerådgivare anställda. Vid knappt en femtedel av mottagningarna arbetar en ensam familjerådgivare.

Svårt att nå invandrarfamiljer

En kvalitetsaspekt är i vilken utsträckning verksamheten når de grupper som är störst behov av den. Familjer där en eller båda föräldrarna har utländskt ursprung separerar i större utsträckning än andra familjer. Av allt att döma frestar det hårt på familjelivet att flytta till ett främmande land. Endast 11 procent av familjerna i familjerådgivning utgörs dock av denna grupp. I en undersökning som Rädda Barnen gjorde 1993 om barn och skilsmässor i invandrarfamiljer framkom att majoriteten – 83 procent – av paren inte haft någon rådgivning överhuvudtaget i samband med skilsmässan. I den svenska jämförelsegruppen var motsvarande andel 67 procent.

Eftersom invandrarfamiljerna är överrepresenterade i separationsstatistiken borde de förekomma i större utsträckning i familjerådgivningen. Familjer med invandrabakgrund har i relativt stor utsträckning kontakt med familjerätten vid separation. I motsats till "svenska" familjer sker dock kontakten många gånger på initiativ av andra; genom domstolsremiss till samarbetsamtal eller från andra delar av socialtjänsten. Att familjerna är överrepresenterade i samarbetsamtal på remiss och i vårdnadsutredningarna tyder på att familjerna är svåra att nå med förebyggande insatser. I Socialstyrelsens uppföljning av invandrare i familjerätt och familjerådgivning framkommer att familjerådgivningen använder samma samtalsmetodik med invandrarfamiljer som med svenska familjer. Vid behov arbetar man med tolk, vilket upplevs särskilt problematiskt av familjerådgivarna. Familjerådgivarna anser att de i stort sett kan hjälpa nordiska och europeiska invandrarfamiljer lika bra som svenska, medan de är osäkra på i vilken utsträckning de lyckas hjälpa de utomeuropeiska familjerna.

Hög kompetens

Familjerådgivarna har genomgående hög kompetens. Nästan tre fjärdedelar är legitimerade terapeuter eller har en minst två-årig psykoterapiutbildning. Generellt sett kan de sägas tillhöra de mest välutbildade handläggarna inom socialtjänsten. I förarbetena till lagstiftningen om kommunalisering av familjerådgivningen sägs att familjerådgivningens kompetens bör kunna användas för andra ändamål än att bedriva parsamtal, t ex att bedriva komplicerade samarbetsamtal.

Kostnader och avgifter

I samband med Socialstyrelsens uppföljning av familjerådgivningens kommunalisering framkom att kommunerna i genomsnitt budgeterade drygt 318 000

kronor för verksamheten. Budgeterad mediankostnaden var 160 000 kronor.

Kommunerna har möjlighet att ta ut en avgift för familjerådgivning. Denna möjlighet utnyttjas av 45 procent av kommunerna, medan rådgivningen i en fjärdedel av kommunerna är kostnadsfri. Övriga kommuner tar ibland betalt, ibland inte. Avgiften varierar mellan 50 och 200 kronor. En tredjedel av kommunerna har infört ett högkostnadsskydd.

Referenser

1. Barnombudsmannen. *Upp till 18. Fakta om barn och ungdomar*. 1995
2. Ds 1996:2. *Underhållsstöd till särlevande föräldrar*.
3. Proposition 1994/95:224. *Barns rätt att komma till tals*.
4. Proposition 1993/94:4. *Om familjerådgivningen*.
5. Statistiska centralbyrån. *Barns familjeförhållanden 1990*. SCB, 1991
6. Statistiska centralbyrån. *Barn och deras familjer 1992–1993*. SCB, 1995
7. Statistiska centralbyrån. *Skilsmässor och separationer – bakgrund och utveckling*. Demografiska rapporter, SCB.
8. Statistiska centralbyrån. *Vårdnad och underhåll 1992*. SCB, 1993
9. Socialstyrelsen. *Faderskap och underhåll 1995*. Årlig publikation.
10. SOU 1995:17. *Vårdnad, boende, umgänge*. Betänkande av vårdnadstvistutredningen.
11. SOU 1994:137. *Internationella adoptioner*.
12. Widell, Johan. *Vårdnadsdomar och den utrikes födda mannen/pappan*. Sköndalsinstitutet, 1996

Socialbidrag



●●

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Hjälp, som ges som bistånd till försörjning eller övrig livsföring, skall garantera den enskilde en skälig levnadsnivå. Under 1990-talets första hälft har kommunernas kostnader för socialbidragen ökar kraftigt. En stor flyktinginvandring, ökad arbetslöshet och besparingar i de generellt riktade socialförsäkringarna har inneburit att allt fler människor har hänvisats till socialbidrag för sin försörjning. Antalet socialbidragstagare ökade från omkring 516 000 år 1990 till drygt 720 000 år 1995, samtidigt som kostnaderna nästan fördubblades.

●●

get bygger på en individuell behovsbedömning, vilket innebär att den "skäliga levnadsnivån" kan variera från fall till fall. Beslut om bistånd kan överklagas till förvaltningsdomstol.

Socialbidraget skall utformas tillsammans med den enskilde och på ett sådant sätt att det på sikt stärker hans eller hennes resurser att leva ett självständigt liv. På senare tid har aktiva insatser för att bryta socialbidragsberoendet fått allt större utrymme i socialtjänsten. Kraven på någon form av motprestation av den som söker bistånd för att få socialbidrag har därvid blivit tydligare och vanligare.

För att möjliggöra en enkel handläggning av socialbidragsärenden har Socialstyrelsen utarbetat en bruttonorm till vägledning för kommunerna. Normen, som har omarbetats under 1996 (SOSFS 1996:22), omfattar sådana vanliga levnadskostnader som är möjliga att schablonisera på riksnivå och som således inte varierar starkt mellan kommuner eller individer. Syftet med schabloniserade poster i en bruttonormen är att så få poster som möjligt skall behöva underställas en särskild prövning.

Ett yttersta skyddsnät

Ett yttersta skyddsnät mot nöd har ingått i fattigvården och socialpolitiken under århundraden. Det nya under senare årtionden har varit en höjning av ambitionsnivån, från att ge medborgarna hjälp i den yttersta nödsituationen till att även fattiga skall ha en standard som någorlunda ansluter till vad som gäller för samhället i övrigt.

Den enskilde har enligt socialtjänstlagen (SoL) rätt till bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Han skall därmed tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Vad som menas med skälig levnadsnivå preciseras inte i lagtexten. I lagens förarbeten framhölls att det inte går att en gång för alla fastställa vad som skall anses behövt, utan bedömningen måste anpassas till vad människor i allmänhet kan kosta på sig. Socialbidra-

Specialiserad handläggning

Socialbidragshanteringen organiseras i ett växande antal kommuner i särskilda s k ekonomigrupper där specialiserade handläggare ansvarar för bedömning, insatser och beslut. Inom ramen för Socialstyrelsens projekt Aktiv uppföljning gjordes i februari 1996 en granskning av handläggningen av socialbidragsärenden i kommuner inom Göteborgs och Bohus samt Hallands län. 37 av de sammanlagt 40 kommuner och stadsdelsnämnder som ingick i granskningen hade en speciell organisatorisk enhet för socialbidragshandläggningen. Endast Göteborg hade, med sina stadsdelsnämnder, en decentraliserad organisation på politisk beslutsnivå.

Aktiva insatser för att bryta bidragsberoende

Socialtjänstens roll i sysselsättningsfrågor har på många håll begränsats till stöd- och motivationsarbete riktat till enskilda eller grupper. På andra håll – och allt vanligare – har socialtjänsten tagit ett ansvar också för olika sysselsättningsskapande åtgärder. Det kan röra sig om permanent verksamhet eller projekt i samverkan mellan olika myndigheter för att erbjuda sysselsättning och bryta socialbidragsberoendet. Exempel på sådana insatser är kommunala arbetsmarknadsenheter, beredskapsarbeten med skilda arbetsuppgifter, samarbete med arbetsmarknadsinstitut samt projekt för utsatta grupper. Målgrupper i det senare fallet kan vara flyktingar/invandrare, personer med psykiska eller socialmedicinska handikapp, ungdomar, missbrukare eller kvinnor.

Drygt 60 procent av kommunerna uppgav 1994 i en enkät från Svenska Kommunförbundet att de erbjöd sysselsättning som alternativ till socialbidrag. I de flesta fall riktades verksamhet till ungdomar och/eller långtidsarbetslösa. Kommunernas kostnader för sådana verksamheter uppgick till närmare 200 miljoner kronor. Drygt 80 procent av kommunerna anser att socialbidragskostnaderna hade minskat tack vare de sysselsättningsalternativ som erbjödits.

Många kommuner erbjuder också budget- och skuldrådgivning. Rådgivningen till enskilda klienter har blivit en allt viktigare uppgift för socialtjänsten, både som förebyggande insats och för att reda upp en redan tilltrasslad ekonomi.

Utvecklingen under 1990-talet

Dåliga tider och växande behov

I början av 1900-talet var fattigvårdstagare främst gamla, sjuka, kvinnor och ensamstående. I takt med utbyggnaden av sjukförsäkring och pensionssystem

är de sjuka och gamla inte lika utsatta längre. Men nya grupper har tillkommit: unga är en, utländska medborgare en annan.

Under hela 1900-talet har andelen socialbidragstagare i befolkningen varierat mellan 4 och 10 procent. Störst har andelen varit under depressionsåren, under andra världskriget – och i dag. Flera faktorer ligger bakom variationerna. Strukturella orsaker växelverkar med individuella. Möjligheterna till försörjning genom eget arbete, arbetsinkomstens storlek och bidrags- och skattesystemens utformning påverkar bidragstagandet. Individens situation avgör vilka försörjningssätt som är möjliga, samtidigt som försörjningsbördan avgör om inkomsterna är tillräckliga. Förklaringar till fluktuationerna kan framför allt sökas i arbetslöshetens omfattning. Under perioder av högre arbetslöshet har socialbidragstagandet stigit, men sambandet är inte fullständigt. Också andra förhållanden har betydelse. För svenska hushåll och för ungdomar kan man dock se ett tydligt konjunkturmönster i socialbidragskostnaderna.

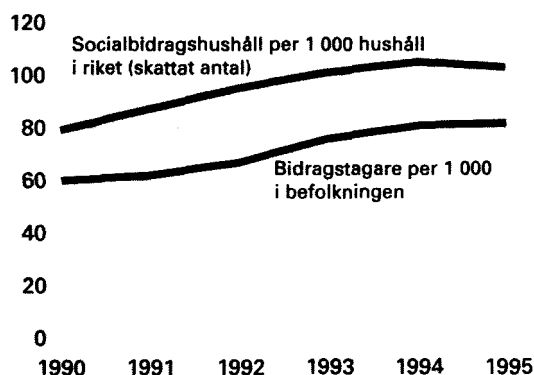


Diagram 31. Socialbidragstagare och socialbidragshushåll 1990–1995. Antal per 1 000

Källa: Socialtjänststatistiken

Fler bidragstagare

Socialbidragsstatistiken utgår från bidragstagare och bidragshushåll. Ett bidragshushåll kan bestå av ensamstående eller sammanboende, med eller utan barn. Med bidragstagare menas samtliga personer i ett hushåll som har fått socialbidrag.

Antalet socialbidragstagare ökade från knappt 517 000 personer år 1990 till drygt 720 000 år 1995. Antalet bidragshushåll ökade under samma period från drygt 277 000 hushåll till knappt 389 000.

Antalet hushåll med socialbidrag ökade för alla hushållstyper under perioden 1990–1995. Hushållstypen "ensamstående utan barn" står för merparten av ökningen. Hit räknas både ungdomshushåll och pensionärshushåll. Ökningen av gruppen ensamstående med barn är däremot relativt liten. Det återspeglar att detta är en liten grupp i befolkningen. Mest påtaglig under tidsperioden är den procentuella ökningen för ensamstående kvinnor utan barn.

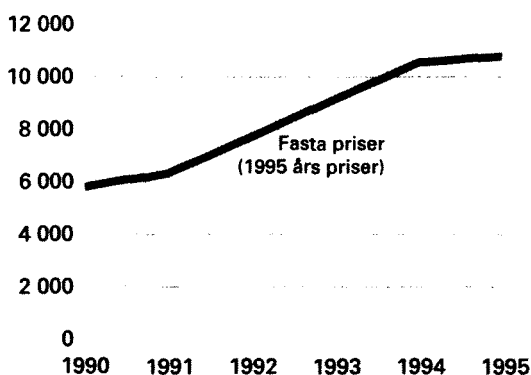


Diagram 32. Utgivet socialbidrag 1990–1995. Miljoner kronor i 1995 års prisnivå

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

Nästan fördubblade kostnader på fem år

Kostnaderna för socialbidrag har nästan fördubblats de senaste fem åren. Unga och invandrare som varken har arbete eller försäkringsskydd är den viktigaste förklaringen till den kraftiga kostnadsökningen. En annan orsak är neddragningar i socialförsäkringarna.

År 1995 utbetalades knappt 10,8 miljarder kronor i socialbidrag. I löpande priser innebär detta en ökning med cirka 5 procent jämfört med 1994. Drygt hälften – 5,6 miljarder kronor – avsåg socialbidrag eller introduktionsersättning till utländska hushåll inklusive introduktionsersättning för flyktingar. Introduktionsersättningen uppgick till 650 miljoner kronor, vilket motsvarar ungefär en femtedel av det totala bidragen till flyktinghushåll.

Att kostnadsökningen har begränsats under det sista året kan ha att göra med att kommunerna vidtagit olika åtgärder för att minska socialbidragstagandet. Sysselsättningsprojekt, samarbete med arbetsförmedling och försäkringskassa samt budgetrådgivning har minskat de direkta bidragskostnaderna. Den viktigaste orsaken är dock att antalet mottagna flyktingar i kommunerna har minskat betydligt, från cirka 62 000 år 1994 till 13 000 år 1995. Det minskade flyktingmottagandet motsvarar cirka 2,8 miljarder kronor i kostnader.

Betydelsen av socialbidragsnormens storlek har i det sammanhanget diskuterats; höga normer har ansetts leda till höga kostnader och tvärtom. Analyser som gjorts av kommunala variationer i socialbidragstagandet för 1994 pekar dock på att det inte föreligger några samband mellan socialbidragsnormernas nivå och kommunernas kostnader för socialbidragen (Byberg 1996). Vissa studier tyder på att låga bidragsnormer med individuell prövning kan innebära lika höga eller högre socialbidragskostnader totalt för kommunen. Bearbetning av underlag från Socialtjänstkommittén har visat att kommuner med låga normnivåer inte hade lägre socialbidragskostnader än de med höga normer (Socialstyrelsen 1992).

Fler bidragstagare med utländsk bakgrund

Andelen *bidragstagare* med utländsk bakgrund har ökat, från 37 procent av bidragstagarna 1990 till 45 procent 1995. Andelen från övriga nordiska länder har minskat från 29 procent 1990 till 18 procent 1995 medan andelen utomnordiska har ökat från 71 procent 1990 till 82 procent 1995. De utländska *hushållens* andel har ökat från drygt 17 procent av det totala antalet bidragshushåll 1985 till drygt 30 procent 1995. De utländska hushållens andel av socialbidragskostnaderna ökade samtidigt från knappt 30 procent 1985 till drygt hälften 1995.

En stor del av de som nyligen invandrat uppbär socialbidrag. Omkring en tredjedel av dem som invandrade 1990–1992 fick socialbidrag året efter in-

vandringen. Andelen sjönk de följande åren till omkring 20 procent efter tre år.

I *gruppen över 64 år* ökade andelen flyktinghushåll från 7 procent 1993 till 16 procent 1995. De utländska hushållens andel har oförändrat varit omkring en fjärdedel medan de svenska hushållens andel minskade från 70 procent till något under 60 procent.

... och bidragstiderna blir längre

År 1993 uppbär bidragshushållen i genomsnitt socialbidrag under 4,6 månader. År 1995 hade antalet ökat till 5,3 månader. De *svenska* hushållen uppbär bidrag i genomsnitt omkring 3,5 månader, medan de *utländska* hushållens genomsnittliga bidragstid var omkring 8,5 månader.

Drygt hälften av bidragshushållen uppbär 1993

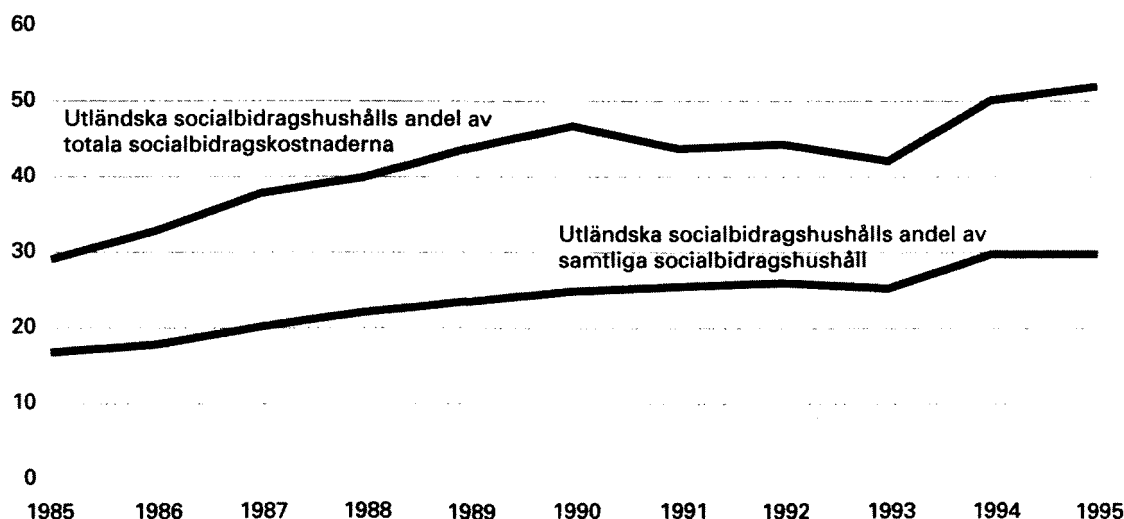


Diagram 33. Utländska socialbidragshushålls andel av samtliga socialbidragshushåll samt andel av totala socialbidragskostnaderna 1985–1995. Procent

Källa: Socialtjänststatistiken

socialbidrag under kortare tid, upp till ett kvartal. År 1995 hade andelen kortvariga bidragstagare minskat något. Knappt en femtedel av bidragshushållen fick socialbidrag nästan hela året 1993. Andelen hade 1995 ökat till drygt 20 procent.

Den femtedel av socialbidragstagarna som är långvarigt bidragsberoende svarar för närmare hälften av kostnaderna. Bidragstidens längd är således avgörande för kostnadernas storlek.

En undersökning från Socialstyrelsen visar att en tredjedel av de som fick socialbidrag 1985 i genomsnitt hade det också 1990 och 1992.

Longitudinella undersökningar visar att av samtliga hushåll i Malmö, Lund, Helsingborg och Landskrona hade uppskattningsvis vart femte hushåll mottagit socialbidrag åtminstone någon gång under en tioårsperiod (Salonen, T. 1994). En undersökning från Stockholms kommun visar att var sjunde invånare (exklusive flyktinghushåll) någon gång under åren 1990–1994 uppbär socialbidrag.

I en studie av Sundsvall och Eskilstuna kommuner noterades att nästan hälften av socialbidragstagarna i Eskilstuna 1993 hade fått socialbidrag också fem år tidigare. Mer än var femte hade fått bidrag tio år tidigare. I Sundsvall var andelarna lägre.

Situationen under 1995

Ungefär 389 000 hushåll fick under 1995 socialbidrag och/eller mottog introduktionsersättning för flyktingar. Det är en knapp 1-procentig minskning jämfört med föregående år. Det vanligaste socialbidrags-hushållet utgörs av ensamstående utan barn. Ensamstående män och kvinnor svarar tillsammans för drygt 60 procent av samtliga bidragshushåll. Drygt 10 procent av samtliga hushåll i befolkningen (18–64 år) mottog socialbidrag någon gång under 1995.

Antalet bidragstagare uppgick till drygt 720 000 år 1995. Det är en liten ökning jämfört med föregående år. Att antalet hushåll minskar och antalet bidragsta-

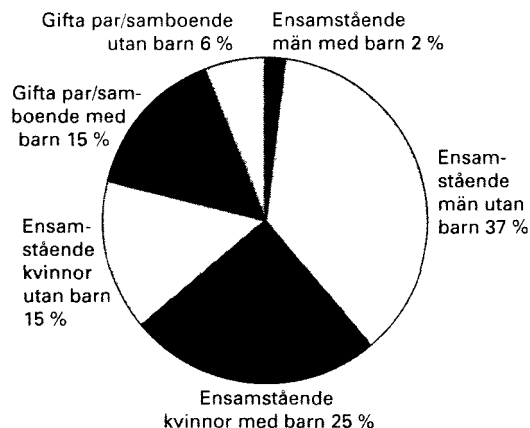


Diagram 34. Bidragshushåll efter hushållstyp i procent av samtliga bidragshushåll 1995

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

gare ökar – om än marginellt – beror på en betydande minskning av antalet ensamstående män som fått socialbidrag samtidigt som antalet hushåll med flera barn ökat.

Var tredje ensamstående mamma

Mer än var tredje ensamstående kvinna med barn fick socialbidrag under 1995. I rapporten "Ensamföräldrarna och den ekonomiska krisen" (Socialdepartementet 1995) konstateras bl a att ensamföräldrar har väsentligt lägre inkomster än sammanboende, även med hänsyn till hur många som skall leva på inkomsten. De lägre inkomsterna beror dels på att huvuddelen är kvinnor, som generellt sett har lägre inkomster än män, dels på högre förekomst av deltidsarbete, högre arbetslöshet och lägre andel som tillhör arbetskraften. Ensamstående med små barn har i större omfattning än andra grupper förlorat fästet på arbets-

marknaden under lågkonjunkturen. De mest utsatta i gruppen är yngre, lågutbildade mödrar och mödrar med invandrarbakgrund.

Vanligast bland unga, minst vanligt bland gamla

I befolkningen är det nu vanligast med socialbidrag bland unga och minst vanligt bland gamla. Av samtliga bidragstagare i åldern 18–64 år var 1995 drygt 40 procent i åldern 18–29 år. Det hänger främst samman med den höga arbetslösheten i åldersgruppen och att många ungdomar inte har kunnat kvalificera sig för arbetslöshetsersättning. Ungdomar har sällan heller egna besparingar. Då återstår bara socialbidrag. Av "ungdomshushållen" (registerledarens ålder mellan 18 och 24 år) utgör de svenska hushållen omkring 80 procent och de utländska 12 procent. Resterande hushåll utgörs av flyktinghushåll.

Socialbidragstagandet är särskilt högt bland andra generationens invandringungdomar. Knappt 6 procent av ungdomar i åldern 16–20 år med svenskfödda

föräldrar har socialbidrag. Bland ungdomar med utlandsfödda föräldrar är andelen nästan dubbelt så hög. En fjärdedel av unga invandrare med folk- eller grundskola som högsta utbildning mottog socialbidrag. Motsvarande andel svenska ungdomar var 10 procent. Bland personer med gymnasieutbildning var socialbidrag drygt tre gånger vanligare bland utlandsfödda än bland svenskfödda. Utlandsfödda med postgymnasial utbildning hade nästan tio gånger så hög andel socialbidragstagare som svenskfödda. Också bland de akademiskt utbildade invandrarna är försörjningssituationen svår.

Pensionärerna har hittills klarat sig bäst utan socialbidrag av alla åldersgrupper. Under senare år har dock allt fler gamla kommit in i socialbidragssystemet. År 1995 utgick socialbidrag till cirka 2 procent av befolkningen i åldrarna 65–74 år. Det rör sig framför allt om utländska medborgare som inte får svensk ålderspension, eller enbart reducerad sådan. I varje åldersgrupp har svenska hushåll lägre genomsnittligt bidrag än utländska, som i sin tur har lägre genomsnittligt bidrag än flyktingar. I de svenska hushållen har pensionärer lägst genomsnittligt bidrag, därefter kommer ungdomarna. I de utländska hushållen däremot ökar det genomsnittligt utbetalda socialbidraget med åldern.

Tabell 24. Antal bidragstagare fördelat på ålder m m år 1995

Ålder	Antal bidrags- tagare	Andel bidrags- tagare	Förändring i procent från 1994
18–24 år	122 802	15,6	- 3,0
25–29 år	70 982	11,4	- 7,4
30–39 år	130 456	10,7	+ 0,1
40–49 år	81 335	6,5	+ 2,1
50–59 år	34 785	3,2	+ 6,4
60–64 år	9 773	2,4	+ 10,0
65–69 år	14 893	1,8	+ 10,0
75–w år	9 122	1,2	+ 7,5

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

30 procent utgörs av utländska hushåll

Bidrag till flyktingar sammanvävs i statistiken med socialbidrag. En utlänning som flytt till Sverige räknas i statistiken som flykting från och med det år han fått arbets- och upphållstillstånd i Sverige och ytterligare tre kalenderår framåt. Kommunen avgör om introduktionsersättning eller socialbidrag skall utbetalas i det enskilda fallet. Kommunen bestämmer också ersättningens storlek. År 1995 hade cirka 60 kommuner infört introduktionsersättning. Ett villkor för att sådan ersättning skall beviljas är att flyktingen förbinder sig att följa en introduktionsplan som fastställs av kommunen efter samråd med den det gäller. Staten ersätter kommunerna för introduktionskostna-

der eller socialbidragskostnader. Ersättningen ges i första hand med ett schablonbelopp som avses täcka kostnaderna under flyktingskapet.

År 1995 var 30 procent – 118 000 – av bidragshushållen utländska. Med det menas att det i hushållet finns någon vuxen utländsk medborgare. Av dessa var omkring 50 000 flyktinghushåll. Jämfört med föregående år minskar de utländska bidragshushållen (exkl flyktingar) med 5 procent, medan flyktinghushållen ökar med samma procenttal.

De utländska hushållen uppbar socialbidrag i genomsnitt knappt sex månader 1995 medan flyktinghushållen uppbar socialbidrag knappt nio månader. Genomsnittlig bidragstid för svenska hushåll var fyra månader. Till de utländska hushållen (exklusive flyktinghushållen) utbetalades i medeltal närmare 36 000 kronor per bidragshushåll 1995. De svenska hushållen uppbar i medeltal 19 000 kronor per bidragshushåll. Högst bidrag hade flyktinghushållen. Här var det utbetalda beloppet i medeltal 64 000 kronor per bidragshushåll. De högre beloppen till de utländska

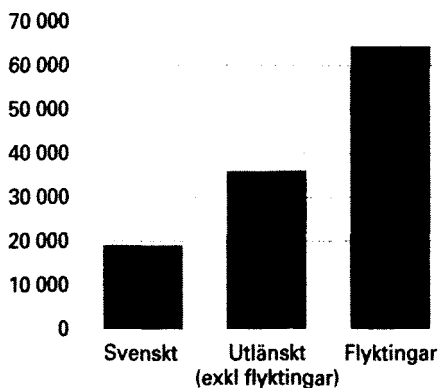


Diagram 35. Genomsnittligt bidragsbelopp efter medborgarskap 1995. Kronor

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

hushållen förklaras av att de i regel uppbar socialbidrag under längre tid än de svenska, att de har större familjer och att de i större utsträckning än de svenska hushållen står utanför sociala trygghetsystem

Bland de svenska socialbidragshushållen är andelen hushåll med barn endast en dryg fjärdedel, jämfört med omkring 40 procent av motsvarande utländska hushåll. I de utländska barnhushållen är det också betydligt vanligare med två eller fler barn. En växande grupp flyktingfamiljer med barn – ofta många barn – behöver socialbidrag.

Stora olikheter över landet

I Stockholms län finns nästan en fjärdedel av landets socialbidragshushåll. De tre storstadslänen svarar tillsammans för omkring 45 procent av bidragshushållen. Andelen som behöver bidrag hela året är större i storstäderna än i övriga landet. Storstäderna har också fler utrikes födda och fler ensamstående än andra kommungrupper. År 1995 var drygt 11 procent av befolkningen i Göteborgs och Bohus län socialbidragstagare, vilket var högst andel i landet. Därefter kom Södermanlands och Östergötlands län med 10 procent samt Stockholms, Malmöhus och Västmanlands län med 9 procent. Lägst andel socialbidragstagare hade Skaraborgs, Hallands, Älvsborgs och Norrbottens län med 6 procents bidragstagare i relation till befolkningen.

Sett över tid är förändringarna stora. I Göteborgs och Bohus län, Kristianstads och Älvsborgs län ökade andelen socialbidragstagare i befolkningen med 50 procent från 1985 till 1993. I Örebro och Gävleborg var andelen oförändrad, medan den faktiskt minskade i Upplands län. Riksgenomsnittet ökade under perioden med nästan 20 procent

Norra Sverige har, trots sin höga arbetslöshet, en relativt låg andel socialbidragstagare. Norrbottens län tillhör de län som har lägst andel socialbidragstagare i relation till befolkningen. Också ökningstakten är lägre än för övriga län. Detta framgår av följande figur:

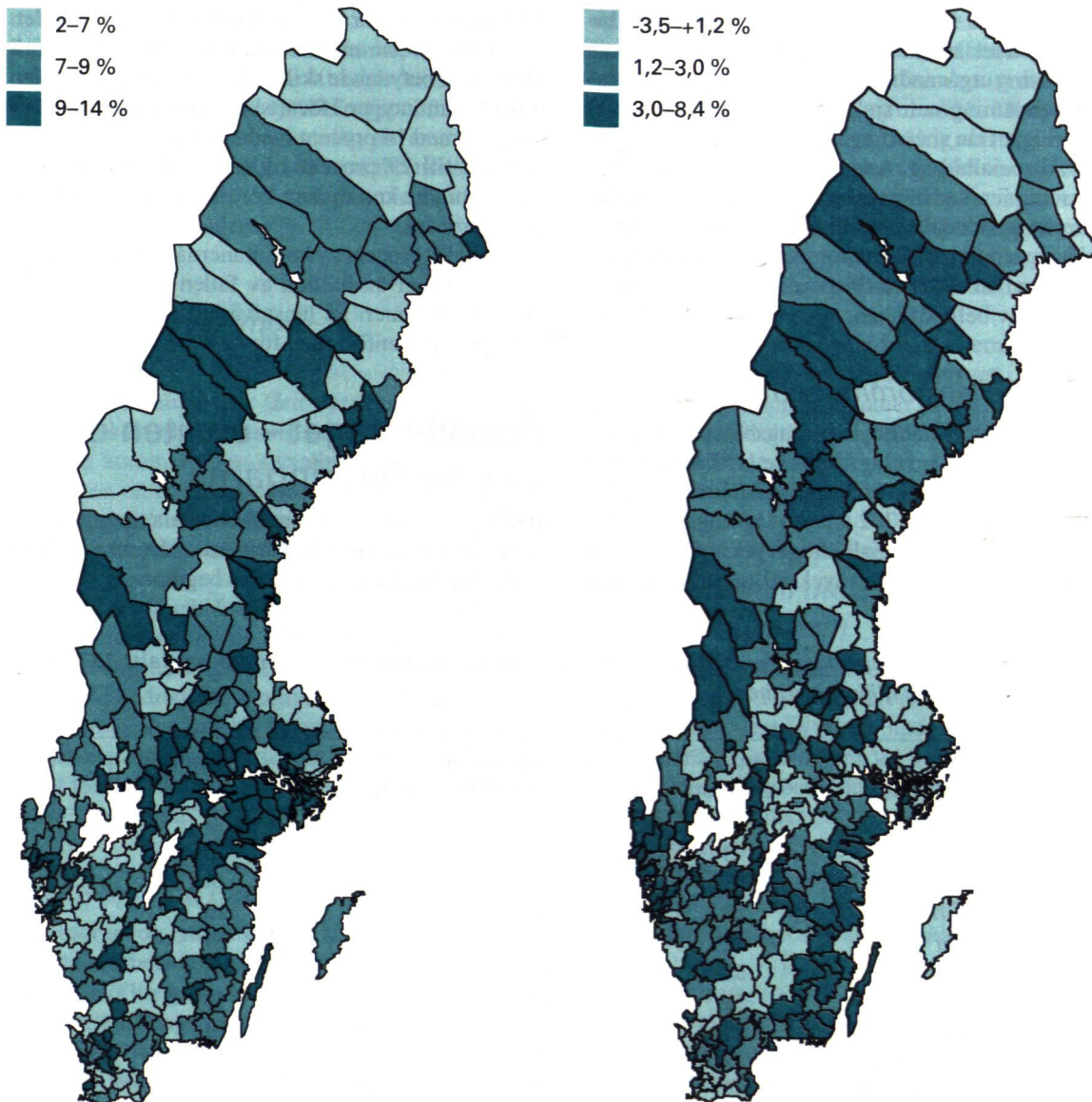


Diagram 36. Andelen socialbidragstagare
i befolkningen 1995

Förändring i andel socialbidragstagare
i befolkningen 1985-1995

Den viktigaste förklaringen till det lägre socialbidragberoendet är att det i Norrlandslänen i större utsträckning utgår andra ersättningar, som t.ex. arbetslöshetsersättning och sjukförsäkring, dvs. generella ersättningar från socialförsäkringen i stället för individuella socialbidrag. Andelen förtidspensionärer är hög i regioner med höga arbetslöshetstal. I Överkalix är mer än en tiondel av befolkningen i arbetsför ålder förtidspensionerad. I Stockholmsregionen finns kommuner med en andel förtidspensionärer på omkring 2 procent av befolkningen.

... och mellan kommunerna

Större kommuner har högre bidragsbelopp per invånare än mindre. Lägst låg Vellinge (152 kr/inv) och Bjurholm (206 kr/inv) 1995, medan Malmö (2 880 kr/inv) och Göteborg (2 702 kr/inv) låg högst. Det genomsnittligt utgivna socialbidraget per år för svenska hushåll varierar däremot mycket litet mellan olika

kommuner. Det rör sig om cirka 5 000 kr för flertalet.

En jämförelse mellan andra kvartalen 1995 och 1996 visar betydande skillnader i ökningstakt mellan olika kommuntyper. I förortskommunerna ökade kostnaderna med 14 procent medan motsvarande ökning uppgick till 29 procent i glesbygdskommuner och övriga mindre kommuner. För riket totalt var ökningen 24 procent.

Drygt 80 procent av kommunerna redovisar ökade utgifter. I mer än hälften av fallen är ökningen 20 procent eller mer. På länsnivå har utgifterna ökat i samtliga län jämfört med första kvartalet 1995.

Socialbidraget – en liten del av transfereringarna

Jämfört med andra delar av det sociala trygghetssystemet är socialbidragskostnaderna på omkring 10,8 miljarder kronor dock relativt begränsade. Kostna-

Tabell 25. Utbetalat socialbidrag (ej flyktingar) samt förändring i procent mellan andra kvartalet 1995 och andra kvartalet 1996. Miljoner kronor

Kommungrupp kommuner	Antal 2:a kvart 1995	Utbetalt belopp		Förändring i
		2:a kvart 1996	procent	
Storstäder	3	619	772	25
Förortskommuner	36	256	292	14
Större kommuner	25	526	660	25
Medelstora städer	39	192	232	21
Industrikommuner	53	103	124	20
Landsbygdskommuner	39	62	74	18
Glesbygdskommuner	31	28	36	29
Övriga större kommuner	27	67	87	28
Övriga mindre kommuner	35	44	57	29
Totalt	288	1899	2 334	24

Källa: Socialtjänststatistiken 1996

derna för det familjeekonomiska stödet var 1995 knappt 50 miljarder kronor medan kostnaderna för arbetslöshetsförsäkringen var 40 miljarder kronor samt förtidspensionerna och sjukbidragen 35 miljarder kronor. Det finns dock anledning att anta att lägre ersättningsnivåer och ändrade kvalifikationstider för KAS och arbetslöshetsersättning kommer att påverka socialbidragskostnaderna

Ersättningssystemen – kommunicerande kär!

Kommunförbundet har låtit beräkna hur neddragningarna i de statligt finansierade stödsystemen kan påverka kommunernas socialbidragskostnader. Beräkningen omfattar kostnaden för hälften av statens neddragningar i elva kommunen för de socialbidragshushåll som hade socialbidrag 1994. Den direkta effekten är, uppräknad till riksnivå, en ökning av kostnaderna för socialbidrag med drygt en miljard kronor, vilket motsvarar omkring 10 procent. Därtill kommer hushåll som inte tidigare varit berättigade till eller inte sökt socialbidrag. De sammanlagda effekterna leder enligt beräkningarna till kostnadsökningar för kommunerna på mellan två och tre miljarder kronor. Utfallet för de två första kvartalen 1996 tycks bekräfta dessa skattningar.

Hellre leva på bidrag än att arbeta?

Oron för att de fattiga skall få så höga bidrag att den allmänna arbetsmoralen och det individuella ansvaret undergrävs har gått som en röd tråd genom den sociala historien. I dagens debatt har det talats om behovet av ett ökat "respektavstånd". Kritiken som riktas mot systemet utgår ifrån att ersättningsnivåerna är för höga och kraven för låga. Två grundläggande teman återkommer i kritiken; dels brister i den individuella moralen hos socialbidragstagaren, dels strukturella fel i de system där bidragen hanteras. Uppfattningen

att bristande individuell motivation är en faktor av stor betydelse för bidragstagandets omfattning är emellertid inte grundad på någon form av systematiska iakttagelser eller forskning på området. Motivationsproblematiken har egentligen aldrig utsatts för någon mer ingående granskning i den svenska socialbidragsforskningen. Enskilda forskningsresultat visar däremot på att merparten av socialbidragstagarna upplever det som mycket obehagligt att söka socialbidrag. Många ser sig själva som "socialfall" i andras ögon (Bergmark, Å 1996).

Kunskaperna om socialbidragssystemets inverkan på bidragstagarnas beteende är i stort sett obefintliga. Inga data eller empiriska studier stöder antagandet att nuvarande ersättningsnivåer eller kvalifikationskrav skulle urholka den allmänna arbetsmoralen eller påverka benägenheten att söka hjälp.

Många hushåll under socialbidragsnorm

I analyser av inkomstfördelningen i landet brukar utvecklingen av antal hushåll med en svag ekonomi följas genom att man räknar andelen av alla hushåll vars inkomster inte når upp till Socialstyrelsens vägledande norm för socialbidrag. Andelen hushåll med inkomster under socialbidragsnormen har ökat kraftigt under 1990-talet. Även om mätningarna bör bedömas med försiktighet, och det i många fall finns "naturliga" förklaringar, tyder uppgifterna på att socialbidragssystemet snarare är under- än överutnyttjat.

En beräkning för 1994 visar att de allra flesta som har inkomster under socialbidragsnormen hör till de grupper där man är osäker på om låg inkomst kan likställas med låg ekonomisk standard. Beräkningen är utförd enligt uppställningen i tabell 26. Det innebär att först framräknas alla hushåll som enligt gällande regler har rätt till bostadsstöd men som inte har sökt det, därefter antalet som har förmögenhet osv.

Tabell 26. Antal hushåll med inkomster under socialbidragsnormen år 1994

	Antal hushåll under socialbidrags- normen	Därav med socialbidrag (procent)
	880 000	25
<i>Därav</i>		
har inte sökt	- 37 000	11
bostadsstöd		
har förmögenhet	- 226 000	2
näringsidkare	- 22 000	11
hemmaboende	- 155 000	10
ungdomar		
studerande	- 131 000	32
arbetar deltid	- 18 000	-
eller del av år		
Återstår	291 000	53

Källa: HINK, SCB, Finansdepartementet

Denna schablonmässig beräkning visar att cirka 150 000 hushåll som ligger under socialbidragsnormen inte söker eller får socialbidrag.

Kvalitet och rättssäkerhet

Bristfällig handläggning ger dålig rättssäkerhet

Antalet enskilda tillsynsärenden som rör ekonomiskt bistånd är stort. Till detta kommer att många enskilda vänder sig till länsstyrelserna med muntliga klagomål över handläggning och beslut. Andra söker råd och stöd. Klagomålen och tillsynsärenden rör framför allt

långa handläggningstider, uteblivna eller otydliga beslut samt rigid tillämpning av förenklade "modeller" för socialbidragshandläggningen. Antalet klagomål från enskilda som upplever att de blivit bemötta på ett kränkande sätt har ökat. Länsstyrelsernas årsrapporter för 1995 visade att granskningen ofta medfört att kritik riktats mot handläggning och dokumentation i de enskilda ärendena.

Ofullständig och ensidig information

Socialtjänstens information till enskilda människor när de ansöker om socialbidrag är av skiftande kvalitet och omfattning. I en rapport från N-O-R-P-länen om socialbidragsutvecklingen i åtta västsvenska kommuner noteras att en minoritet av de intervjuade klienter anser att den information om reglerna för socialbidrag som socialtjänsten ger är bra och tillräcklig.

I ett par projekt inom ramen för Socialstyrelsens projekt Aktiv uppföljning, där kommuner inom Älvsborgs län, Göteborgs och Bohus län samt Hallands län granskats, konstateras att det föreligger stora variationer i socialbidragsbedömningen både mellan och inom kommunerna. En orsak uppges vara bristen på interna skriftliga instruktioner, en annan att informationen fokuseras på socialbidragsnormen och hur denna räknas ut. Socialtjänstens information handlar i dessa fall mer om de krav och skyldigheter som gäller och mindre om den enskildes rätt till bistånd.

...och godtyckliga bedömningar

En annan huvudfråga som togs upp i den länsvisa uppföljningen var i vilken utsträckning lika fall bedömdes lika. Samtliga kommuner och stadsdelsnämnder (motsvarande) i de tre länen har bedömt tre typfall av hushåll som söker socialbidrag. Bedömningen avsåg beslut, motiv och belopp. Även om bedömningarna är relativt enhetliga blir utfallet vad gäller beslut och belopp högst varierande beroende på var bedömningen görs.

En större empirisk studie av lokala variationer i socialbidragsbeslut med handläggares bedömning av ett antal typfall visar också på en anmärkningsvärd skillnad också när det gäller utfallet vid ett och samma socialkontor, bl a beroende på den enskilde socialsekreterarens preferenser. Undersökningen som har genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen visar att hushåll som befinner sig i en likartad social och ekonomisk situation behandlas mycket olika när de ansöker om socialbidrag.

Analysen visar att den lokalt tillämpade normen, verksamhetens organisation och enskilda handläggares karakteristika har viss betydelse för variationerna i beslut. Så förefaller t ex hög ärendebelastning öka möjligheterna till att bistånd beviljas och att beloppet blir högre. Slutsatsen av de gjorda undersökningarna är att de stora variationerna i bidragsbeslut inte är förenliga med socialtjänstlagen och grundprincipen att personer med likartade biståndsbehov skall få tillgång till likvärdiga insatser.

Skärpt rättspraxis

Den enskilde kan besvära sig över socialtjänstens beslut om socialbidrag. Kommunen kan överklaga beslut i lägre rättsinstans till högre. I en genomgång som Socialstyrelsen har gjort av 300 kammarrättsdomar från den 15 april till den 15 maj 1995 framgår att det ställs höga krav på att socialbidragstagare skall vara *aktivt arbetssökande* på heltid för att få bidrag. Saknas giltigt skäl reduceras bidraget eller ansökan avslås. De flesta ansökningar om socialbidrag gäller den dagliga livsföringen eller "*bidrag enligt norm*". I de studerade fallen överstiger som regel de sökandes inkomster normen med några hundra kronor. Den vanligaste avslagsmotiveringen, när den enskilde söker pengar för oförutsedda utgifter är att behovet kan tillgodoses genom egna inkomster.

Överklaganden gäller också *normens storlek*. Det var tidigare praxis att en enskild som överklagade ett bidrag som understeg normen fick rätt till den av

Socialstyrelsen rekommenderade bruttonormen. Både antalet överklaganden och bifallen har minskat sedan Regeringsrätten i en dom den 29 juni 1994 gav kommunerna rätt att bryta ut vissa budgetposter ur Socialstyrelsens norm.

Praxis har skärpts vad gäller *bistånd till mat* när pengarna tagit slut. Också vad gäller bidrag till faktisk *boendekostnad* har en mer restriktiv bedömning blivit praxis. Hyresskulder jämföras också i ökad utsträckning med andra skulder, till vilka det på senare tid blivit allt svårare att få socialbidrag.

Särskilda ekonomigrupper försvårar en helhetsbedömning

I allt fler kommuner organiseras socialtjänstens socialbidragshantering i särskilda sk ekonomigrupper. Flera länsstyrelser pekar i sin rapportering till Socialstyrelsen på problem i samband med denna organisationsform. De har bl a lyft fram att helhetsbedömningen förvärras. Socialbidragshandläggningen tenderar att bli en ensidig ekonomisk utredning där helhetssyn och individuell prövning riskerar att komma i skymundan. Socialbidraget handläggs som om det vore en generell förmån där normen blir enda bedömningsgrunden.

Det förefaller dock som om kommunernas organisation inte nämnvärt påverkar vare sig informationsrutiner eller behovsbedömningar i socialbidragsärenden. Det går inte att visa att de skillnader vad gäller biståndsbedömningen som förekommer beror på organisationsform. Vid en tidigare undersökning (Individ- och familjeomsorg i en decentraliserad kommun, Socialstyrelsen 1992) fann man att organisationens storlek, den enskilde socialsekreterarens kompetens och kontinuiteten i kontakten mellan socialsekreterare och klient påverkade verksamheten mer än organisationsform.

”Uppsalamodellen” jämförs och utvärderas

I slutet av 1980-talet började socialtjänsten i en kommun i Uppsala arbeta med en ny metod för utbetalning av socialbidrag. Metodens främsta kännetecken är stöd i form av bland annat mer socialsekreterartid per ärende samt krav på och kontroll av att den enskilde aktivt söker arbete. Målet är att socialbidragstagaren så snabbt som möjligt skall försörja sig själv och man ställer därför andra krav på den enskilde än vad som är brukligt inom socialtjänsten. Ett 30-tal kommuner i landet arbetar i dag på liknande sätt. Metoden är dock kontroversiell. Kritiken tar fasta på vad som betraktas som kränkande inslag och meningslöst jagande efter obefintliga jobb.

För att undersöka effekterna för klienterna när olika arbetssätt används har Socialstyrelsen genomfört en studie av två kommundelar i Uppsala. Syftet är att visa hur olika metoder påverkat bidragstidens längd samt att visa hur det går för bidragstagarna på kort och något längre sikt. Ett annat syfte är att granska metodernas effekter för klienterna under olika samhälls-ekonomiska betingelser. Totalt ingår 506 individer i studien. Rapporten redovisas i början av 1997.

Inför framtiden

Riksnorm för socialbidrag?

Socialtjänstkommittén föreslog i betänkandet ”Ny socialtjänstlag” en lagstadgad lägsta socialbidragsnivå i kommunerna, en s k riksnorm. Denna skulle ersätta Socialstyrelsens nuvarande vägledande brutonorm för socialbidrag. Förslaget har ännu inte lett till lagstiftning. Huvudfrågan i lagstiftningsarbetet rör socialbidragsnormens giltighet, konstruktion och nivå.

Kommunernas socialbidragsnormer den 1 juni 1996 har kartlagts av SCB i en enkätundersökning utförd på

uppdrag av Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Kommunförbundet. Mer än hälften av kommunerna har ändrat socialbidragsnorm det senaste året – främst genom att enskilda delar av normen inte längre ingår i den generella ersättningen utan behandlas från fall till fall. Mindre än hälften av kommunerna följde Socialstyrelsens norm fullt ut.

Socialstyrelsens förslag till regeringen: Lyft ur vissa grupper ur socialbidragssystemet

Socialbidragssystemet är i grunden anpassat för tillfälliga behov och för att komplettera socialförsäkringarna. Ett individuellt behovsprövat socialbidrag, med sannolikt allt tydligare krav på och kontroll av de bidragssökande, är en dålig lösning på allt fler och allt större ekonomiskt svaga gruppers försörjningsproblem.

Var tredje *ensamstående mamma* får socialbidrag. Många av dem är arbetslösa, men också de som arbetar heltid kan behöva kompletterande socialbidrag. Det föreligger därmed en risk att socialbidraget tenderar att bli ett särskilt barnbidragssystem för ensamstående, heltidsarbetande mammor när lönen tillsammans med barnbidrag, underhållsbidrag och bostadsbidrag inte räcker till familjens försörjning.

Unga arbetslösa samt *flyktingar* är andra grupper som i stor utsträckning hänvisas till socialbidrag för sin försörjning. Försörjningstödet till dessa grupper borde dock mer aktivt än socialbidraget utformas så att de arbetslösa stimuleras till utbildning och arbete samt flyktingarna till introduktion i det svenska samhällslivet. För den växande andelen *äldre invandrare* som idag är hänvisade till socialbidrag för sin försörjning borde frågan kunna lösas genom att de kommer i åtnjutande av ett särskilt äldrestöd i nivå med folkpensionen.

Det finns en risk att den fortsatt höga arbetslösheten och de allt större krav på kompetens som idag

ställs på arbetskraften innebär att allt större grupper aldrig kommer in på arbetsmarknaden och därmed inte heller kvalificerar sig för arbetslöshetsersättning eller andra försörjningssystem. Stora gruppers försörjning tenderar därmed att flyttas från de generella socialförsäkringarna till det individuellt behovsprövade socialbidraget.

Referenser

1. Bergmark, Åke. *Välfärdens grundbult – om individuell moral och försörjningsincitament i socialbidragstagandet*. Försäkringskassaförbundet, mars 1996
2. Hydén, Lars-Christer m fl. *Att besluta om socialbidrag. En studie i 11 kommuner*. CUS-skrift 1995:1
3. NORP-rapport: *Socialbidragets utveckling – påverkas handläggningen?* Uppföljning i åtta kommuner i Västsverige, 1994
4. Proposition 1979/80:1 *Om socialtjänsten*
5. Salonen, Tapio. *Välfärdens marginaler*, Publica 1994
6. Socialdepartementet, Välfärdsprojektet: *Ensamförfärderna – en utsatt grupp?* Skriftserien Kunskap Fakta nr 2. 1996
7. Socialstyrelsen. *Socialtjänststatistik 1995*. Årlig publikation.
8. Socialstyrelsen. *Socialtjänststatistik. Socialbidrag under första kvartalet 1996*. Kvartalsvis publikation.
9. Socialstyrelsen. *Socialbidragstagare och socialbidragens utveckling*. SoS-rapport 1995:4
10. Socialstyrelsen. *Socialbidragsnormen – en översyn*. SoS-rapport 1995:24
11. Socialstyrelsen. *Rättssäkerhet i socialtjänsten, Socialbidrag på lika villkor*. Aktiv uppföljning i Älvsborgs, Hallands och Göteborgs och Bohus län. Socialstyrelsen, 1996
12. SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande av socialtjänstkommittén.
13. Svenska Kommunförbundet. *Kommunernas ekonomiska läge*, februari 1996 (ref)

Äldreomsorg



●●

Den moderna svenska äldreomsorgen daterar sig till 1950-talet, då möjligheten att få vård och omsorg i det egna hemmet i stället för på institution utvecklades. Under följande decennier kom såväl den institutionsbaserade vården som omsorgen i hemmet att byggas ut. Sett i relation till den äldre befolkningen var svensk äldreomsorg resursstarkast i slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet. Sedan 1980-talets mitt har äldreomsorgen genomgått stora förändringar såväl vad gäller omfattning, inriktning och karaktär; en process som har fortsatt allt snabbare under 1990-talet.

●●

Självbestämmande, integritet och trygghet

Den svenska äldreomsorgen skall präglas av självbestämmande, integritet, trygghet och valfrihet. Det framgår av proposition Äldreomsorgen inför 90-talet (prop 1987/88:176). Med självbestämmande och integritet menas att de äldre skall ha rätt att besluta om hur de vill leva sina liv och att service och vård måste utvecklas så att människor i högre grad kan välja att bo kvar i sitt eget hem och i sin egen miljö. Trygghet kan innebära att ha närhet till anhöriga och grannar eller kontinuerlig tillgång till personal dygnet runt. Människor måste vidare kunna påverka innehållet i och utformningen av samhällets service och vård. Det innebär att kommunerna bör sträva efter ett så varierat utbud av service och vård som möjligt.

Kommunernas skyldigheter att ge service, hjälp och omvårdnad för äldre regleras i socialtjänstlagen (SoL). Där framgår att kommunen genom hjälp i hemmet, färdtjänst eller annan service samt dagverk-

samheter bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra. Socialnämnden skall verka för att äldre ges möjlighet att leva och bo självständigt och att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden skall också verka för att äldre får goda bostäder samt ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen är skyldig att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd. Till sådana boendeformer räknas bl a servicehus, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem. Kommunerna är också skyldiga att planera äldreomsorgen. Detta skall ske i samverkan med landsting, andra samhällsorgan och organisationer.

Vidgat ansvar för kommunerna

Sedan kommunerna 1992 fick större frihet att utforma den politiska och förvaltningsmässiga organisationen i kommunen har stora förändringar skett, framförallt i nämndorganisationen. Det politiska ansvaret för äldreomsorgen återfinns idag i nämnder med skiftande benämningar, alltifrån "människonämnden" till det mer vanliga "vård- och omsorgsnämnd" och den traditionella socialnämnden. Tidigare var det vanligt med en politiska och förvaltningsmässig koppling mellan äldre- och handikappomsorgen. Den håller nu på att överges.

Den mest genomgripande förändringen av äldreomsorgen skedde dock när kommunerna genom Ädelreformen 1992 fick det samlade ansvaret för långvarig service och vård för äldre och handikappade. Syftet med reformen var att skapa klara ansvarsförhållanden och bättre organisatoriska och ekonomiska förutsättningar för att förverkliga de mål för äldreomsorgen som riksdagen slagit fast.

Reformen innebar att omkring 500 enheter för somatisk långtidssjukvård med drygt 31 000 platser

fördes över från landstingen till kommunerna. Dessutom fick kommunen betalningsansvar för ytterligare 3 300 vårdplatser för vilka landstingen har ett fortsatt verksamhetsansvar. Ett särskilt betalningsansvar infördes för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk korttidsvård och geriatrisk vård.

Kommunerna blev genom reformen också skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård i de särskilda boen- deformer och i dagverksamheter. Reformen inne- bar vidare att kommunerna fick ansvaret för enklare tekniska hjälpmedel. I varje kommun skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården skall utövas av socialnämnden eller motsvarande. Hälso- och sjuk- vårdsansvaret kan vidgas till att omfatta hemsjukvård i ordinärt boende, om kommunen och landstinget är överens om det. I drygt hälften av landets kommuner har kommunerna tagit över ansvaret för hemsjukvår- den.

För att stimulera utbyggnaden av särskilda boen- deformer infördes ett statligt bidrag för gruppboende- enheter och andra alternativa boendeformer som fär- digställs under åren 1991–1995. Bidrag utgick även för viss ombyggnad av sjukhem och utbyggnad av särskilda boendeformer under åren 1992–1996.

Ädelreformen innebar en omfattande decentralise- ring av ansvar och befogenheter till den kommunala nivån. Vidare medförde reformen ett nytt och utvid- gat hälso- och sjukvårdsansvar för kommunerna. Det senare har, i kombination med kommunernas ökade problem att finansiera äldreomsorgen, bl a inneburit att äldreomsorgens insatser allt oftare riktas till det mest hjälpbehövande och svårast sjuka. Äldreomsor- gen har därigenom kommit att få ett större inslag av sjukvård och omvårdnad.

Äldreomsorgen har konkurrensutsatts

En annan utvecklingstendens under 1990-talet har varit att äldreomsorgen har konkurrensutsatts. Syftet har varit att sänka kostnaderna för äldreomsorgen och

samtidigt kunna erbjuda alternativ till den kommunala äldreomsorgen. Inom äldreomsorgen är det inget nytt fenomen med privata entreprenörer. Under 1990- talet skedde dock en snabb volymökning. Enligt So- cialstyrelsen studier av alternativa styr- och driftsfor- mer inom äldreomsorgen omfattade den enskilt driv- na (privata) äldreomsorgen 1995 cirka 5 procent av den totala volymen äldreomsorg (knappt 4 procent av hemtjänsten/hemsjukvården och 8 procent av det sär- skilda boendet). Vissa kommuner har lagt ut en bety- dande andel av verksamheten på entreprenad. Bot- kyrka t ex hade 1995 lagt ut drygt hälften av det särskilda boendet på enskilda vård- och omsorgsgiva- re. I cirka 40 kommuner hade man samtidigt, eller på grund av konkurrensutsättningen av äldreomsorgen, skilt på myndighetsutövning och utförandet inom äld- reomsorg. Med s k ”beställare-utföraremodellen” avses att biståndsbedömningen sker separeras från utförandet, dvs biståndsbedömaren beställer insatsen från en utförare.

En åldrande befolknings behov

Mellan 1950 och 1995 mer än fördubblades antalet personer som var 65 år eller äldre – från 0,7 miljoner till drygt 1,5 miljoner. Av de 1,5 miljoner ålderspensionärerna 1995 var 410 000 över 80 år. 1950 fanns 107 000 personer över 80 år.

Befolkningsökningen under 1900-talet har fram- förallt berott på att en minskad dödlighet i alla åldrar har höjt medellivslängden. År 1995 var medellivs- längden för kvinnor drygt 81 och för män 76 år att jämföra med sekelskiftets 55 respektive 53 år. Av samtliga som var 65 år och äldre 1995 var 58 procent kvinnor. Andelen kvinnor ökar högre upp i åldrarna. I åldersgruppen över 90 år utgör kvinnorna 74 procent.

Andelen personer i befolkningen som är 65 år och äldre har blivit allt större. År 1950 var denna andel

drygt 10 procent mot nästan 18 procent år 1995. Fram till år 2000 beräknas andelen äldre minska något för att därefter återigen öka. År 2025 förväntas personer 65 år och äldre att utgöra mer än en femtedel av befolkningen. Den stora ökningen av gruppen 65 år och äldre har vi således bakom oss.

Tabell 27. Befolkningen i 1000-tal i olika åldersgrupper 1984–1994 samt prognos för åren 2000, 2010, 2020

	1985	1990	1995	2000	2010	2020
65–w	1454	1526	1543	1529	1697	2018
65–79	1141	1157	1128	1074	1215	1971
80–w	313	369	414	455	482	486
Total	8358	8590	8837	9015	9234	9467

Källa: SCB befolkningsstatistik

Inom gruppen äldre väntas stora förändringar ske åren fram till sekelskiftet och därefter. Personer i åldrarna 65–79 år kommer att bli färre medan antalet personer över 80 år ökar med 25 procent. År 2000 beräknas personer som är 80 år eller äldre att utgöra ungefär 30 procent av ålderspensionärerna mot 24 procent 1991. Ökningen fortsätter fram till 2010. Därefter kommer antalet ålderspensionärer att minska under några decennier fram till 2040-talet.

Uppskjutet vårdbehov, komprimerad eller utvidgad sjuklighet?

Förändringarna i befolkningssammansättning har mycket stora konsekvenser för behovet av och efterfrågan på vård och omsorg. Däremot finns det flera skilda uppfattningar om *hur* befolkningsförändringarna kommer att manifesteras i vårdbehov. En teori

utgår från tanken på ett *uppskjutet vårdbehov*, vilken skulle innebära att människor lever längre eller att de äldre åldersgrupperna blir större, men att vårdbehovet förblir detsamma även om det förskjuts framåt i tiden. Den andra teorin har en mer optimistisk ansats och förespeglar möjligheterna till en *komprimerad sjuklighet*, dvs att vi behåller hälsan längre än tidigare men sedan dör ”knall och fall”. Den tredje dominerande tankegången talar om *utvidgad sjuklighet*: i framtiden kommer de äldre att vara sjuka och vårdbehövande under ännu längre tid än idag. Forskningen inom området har presenterat en hel del motsägelsefulla resultat, men sammantaget finns det mer som talar för en utvidgad än en sammanpressad sjuklighet. Slutsatsen blir att det idag knappast finns anledning att förvänta ett minskat behov av och efterfrågan på vård och omsorg i takt med att befolkningen åldras.

Social hemtjänst underlättar det dagliga livet

Social hemtjänst är ett samlingsbegrepp för insatser som avser att underlätta det dagliga livet för äldre och personer med funktionshinder. Insatserna omfattar dels social hemhjälp, dels annan form av service eller omvårdnad som t ex dagverksamhet, ledsagarservice och trygghetslarm.

År 1995 fick 170 000 personer som var 65 år och äldre hemhjälp, vilket var drygt 11 procent av åldersgruppen. Drygt 5 procent av befolkningen i åldern 65–79 år hade hemhjälp. Av samtliga över 80 år var det 27 procent och i åldrarna över 90 år och äldre hade drygt 40 procent hemhjälp. Att det ändå är relativt få i de höga åldrarna som har hemtjänst beror på att många av dem bor på sjukhem, ålderdomshem, i gruppboende eller annat särskilt boende.

Under 1990-talet har både antalet och andelen hjälptagare minskat. Som framgår av tabell 28 har andelen hjälptagare minskat även i höga åldrar. Av alla som

Tabell 28. Antal personer med hemhjälp per 1000 invånare, i resp åldersgrupp november månad 1993–1995

År	-64 år	65–79 år	80–89 år	90–w år	Totalt
1993	3	55	259	416	2
1994	3	51	259	424	2
1995	2	51	247	427	2

Källa: Socialtjänststatistiken

fick hemhjälp i november 1995 var 60 procent 80 år eller mer. Drygt 30 procent var mellan 65 och 79 år. Den relativa fördelningen mellan åldersgrupperna har förändrats avsevärt. År 1982 var hälften av dem som fick hemhjälp 65–79 år och bara 37 procent över 80 år.

Fler ensamboende än sammanboende

Kvinnor hade – utom i åldersgruppen 90 år och äldre, både i absoluta och relativa tal – hemhjälp i högre grad än män. Förklaringen till detta ligger främst i att kvinnorna är betydligt fler och att kvinnor oftare bor ensamma. Män lever ofta tills de dör tillsammans med en kvinna som även ger dem vård och omsorg.

Ensamboende får hemhjälp i betydligt högre grad än personer som sammanbor med make/maka eller annan person. I Socialstyrelsens novemberundersökningen 1995 framkom att nästan 80 procent av samtliga som fick hemhjälp och/eller hemsjukvård var ensamboende. Bland ensamboende får män hemhjälp i högre grad än kvinnor. Förklaringen till detta kan både vara att det är vanligare att ensamboende män ansöker om hjälp och att benägenheten att bevilja ensamma män hjälp är större. SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden visar att män med funktionshinder anser sig behöva hjälp i högre grad än kvinnor med motsvarande funktionshinder.

Hemsjukvården byggdes ut under 1980-talet och har därmed bidragit till att allt fler kunnat bo kvar i hemmet. Uppgifter saknas dock om omfattningen av hemsjukvården. Socialtjänststatistiken redovisar bara de personer som samtidigt med social hemhjälp får hemsjukvård. Denna andel var närmare 25 procent av dem som fick hemhjälp i november 1995. År 1992 var motsvarande andel 18 procent, vilket innebär att en ökande andel av hemhjälpstagarna också får hemsjukvård.

En liten grupp får en stor del av resurserna

Socialstyrelsens novemberundersökning om social hemhjälp 1995 visade att 37 procent av dem med hemhjälp som var 65 år och äldre fick hjälp 1–9 timmar per månad. Endast 4 procent fick hjälp i 120 timmar eller mer, vilket är ungefär lika stor andel som vid 1990-talets början. De senaste tre åren har det funnits en tendens till ökning bland andelen hjälptagare som får hjälp 50 timmar eller mer. Det betyder ändå att en ganska liten grupp får en stor del av hemhjälpresurserna. Uppskattningsvis gick 60 procent av hjälptimmarna till en femtedel av de äldre som fick hemhjälp. Skillnaden i hjälptid per månad mellan personer som är under respektive över 80 år var relativt liten.

Drygt en fjärdedel av dem som fick hemhjälp i november 1995 fick hjälp varje kväll och/eller natt. I så gott som samtliga kommuner finns numera möjlighet att få service i hemmet på kvällar och nätter. Mer än en tredjedel av alla som fick social hemhjälp i november 1995 fick också sådan hjälp under helger.

Variationer mellan kommunerna

Den andel i befolkningen som får hemhjälp skiftar avsevärt mellan kommuner och kommuntyper. Skillnaderna märks i ålders- och kommunstruktur, hälso-

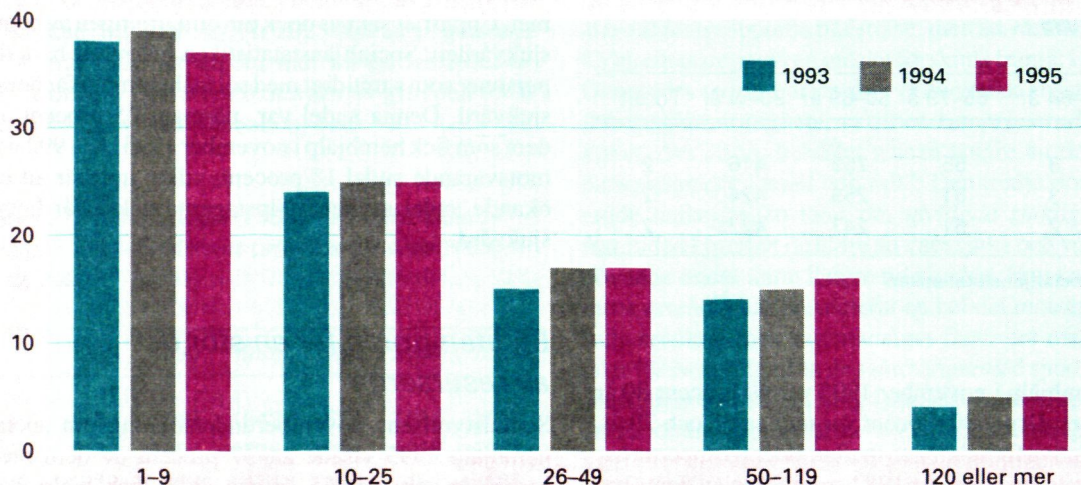


Diagram 37. Andelar av samtliga personer som erhöi social hemhjälp eller kommunal hemsjukvård under november 1993, 1994 och 1995 fördelade efter antal hjälptimmar. Procent

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten

tillstånd, kommunens prioriteringar och ambitioner samt i själva behovsbedömningen. I ett nationellt perspektiv varierar andelen hjälptagare i hemtjänsten bland 80-åringar och äldre mellan 5 och 40 procent. I hälften av kommunerna är dock variationen begränsad till mellan 18 och 25 procent när det gäller andelen hemhjälpsmottagare i ordinärt boende som är 80 år eller äldre. Det har dock inte gått att konstatera några entydiga samband mellan utbudet av hemtjänst och behovet därav i befolkningen.

Trygghetslarm och matdistribution som kompletterande service

Under framförallt 1980-talet utvecklades ett tämligen rikt utbud av kommunala servicetjänster, för att ska-

pa trygghet och möjlighet för äldre och handikappade att bo kvar hemma. I de flesta fall erbjuds dessa tjänster till en subventionerad avgift och ingår inte i det bistandsprövade utbudet.

Vid slutet av 1992 var drygt 54 000 lägenheter anslutna till trygghetslarm (exkl lägenheter i servicehus). Drygt 8 000 personer fick matdistribution. Det avser endast personer som inte har någon övrig hemhjälp. En annan typ av service är organiserad telefonservice, som innebär att de som är anmälda till sådan service regelbundet blir uppringda av personal som hör sig för "hur det står till". Uppgifter om den här typen av tjänster samlas inte längre in regelbundet på nationell nivå, varför det inte går att följa om tjänsten finns tillgänglig och till vilken kostnad. Denna typ av tjänster som betyder mycket för möjligheterna att bo

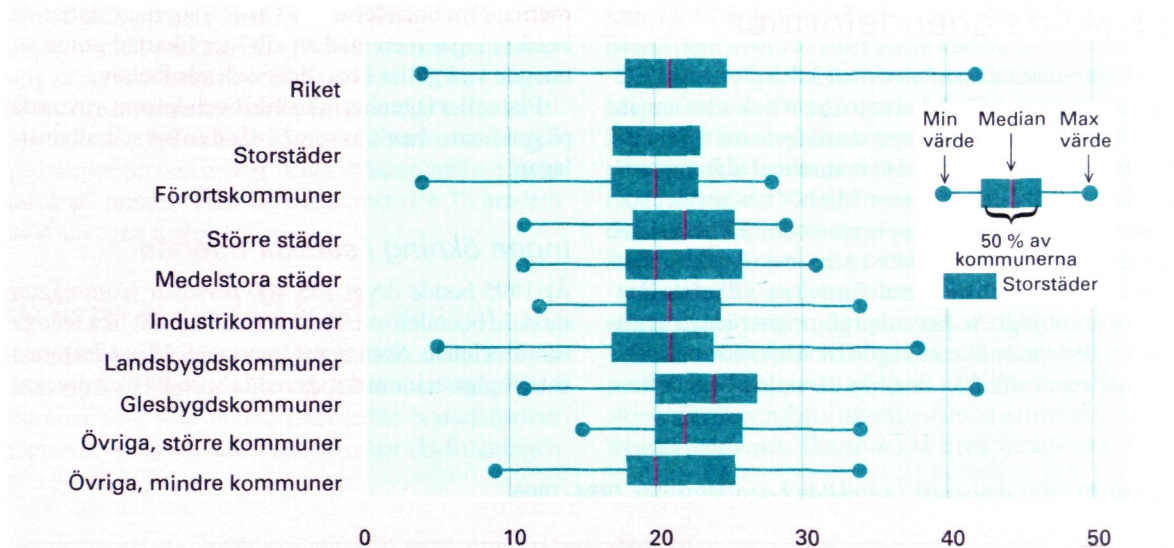


Diagram 38. Andel personer 80 år eller äldre av samtliga invånare i åldersgruppen i ordinärt boende med social hemhjälp och/eller hemsjukvård den 31 december 1995. Procent

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 1995

kvar hemma har alltmer kommit att diskuteras som en del av en mer marknadsorienterad äldreomsorg.

Ökad vårdtyngd i hemtjänsten

Utvecklingen inom hemtjänsten går mot att allt färre får hemhjälp och att insatserna koncentreras till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. Även bland de allra äldsta minskar numera antalet hjälptagare. Denna utveckling har pågått sedan mitten av 1980-talet, framför allt på grund av problem att finansiera verksamheten. Den kraftiga hjälpminskningen under 1980-talet tycks mest ha drabbat kvinnor och lågutbildade. Kvinnor har både i absoluta och relativa tal hemhjälp i högre grad än män, något som delvis kan förklaras

med att kvinnorna är betydligt fler – de lever längre – och oftare bor ensamma. Andelen ensamboende män som får hemhjälp är dock större än motsvarande andel kvinnor. Överhuvudtaget är det framförallt de ensamboende som får hemtjänst.

Den sociala hemhjälpen, som tidigare hade karaktär av service, präglas nu allt mer av personlig omsorg och tillsyn. Den ökande andelen dementa bland dem som får hemhjälp har medfört att hemtjänstarbetet blivit alltmer fysiskt och psykiskt krävande. Den successiva förskjutningen mot ett allt större inslag av sjukvårdsinsatser i hemmet innebär krav på ökad sjukvårdskompetens. Det blir därför allt vanligare att kommunerna fortbildar vårdbiträdespersonalen till undersköterskekompetens. Överhuvudtaget har äldreomsorgen kommit att bli alltmer sjukvårdspräglad.

Särskilda boendeformer

När kommunerna i samband med Ädelreformen 1992 övertog ansvaret för lokala sjukhem och viss annan långtidsvård infördes ett nytt samlingsnamn för samtliga boendeformer inom den kommunal äldreomsorgen: *särskilda boendeformer*. Hit hör t ex servicebostad, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem. Under tidigare år har en relativt klar åtskillnad kunnat göras mellan de olika boendeformerna, vilket nu inte längre är möjligt. Sedan Ädelreformen trädde i kraft samlas det därför inte in någon rikstäckande och särskiljande statistik från de olika särskilda boendefor-

merna. Nya boendeformer växer fram med skiftande benämningar men med en allt mer likartad grupp av boende vad gäller kön, ålder och vårdbehov.

Plats eller lägenhet i särskild boendeform – även då på sjukhem – beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen.

Ingen ökning i särskilt boende

År 1995 bodde drygt 135 400 personer inom någon särskild boendeform. Det var nästan exakt lika många som året innan. Som framgår av tabell 29 har det totala antalet platser inom det särskilda boendet ökat mycket

Tabell 29. Antal boende i särskilda boendeformer 1984–1995 ¹⁾

År	Ålder- domshem	Service- hus	Grupp- boende	Beräknat övertagna långvårds- platser	Särskilt boende	Totalt	Boende per 1000 invånare 80–w ²⁾
1984	51 740	33 479		33 495		118 714	391
1985	48 916	35 949		34 865		119 730	383
1986	44 380	39 428		35 009		118 817	367
1987	43 192	45 330		34 055		122 577	366
1988	40 644	48 881		34 453		123 978	361
1989	38 924	49 467		32 213		120 604	367
1990	37 150	52 261		29 941		119 352	323
1991	34 515	52 488	5 105	30 346		122 454	322
1992				2 443 *	118 618	121 061	310
1993					129 066**	129 066	324
1994					135 536**	135 536	332
1995						135 474	332

Källa: SCB, Landstingsförbundet, Ds 1994:24, Socialstyrelsen

1) Antalet boende är något större än antalet bostäder/platser eftersom vissa äldre delar bostad med annan person, vanligtvis make/a.

2) Efter korrigering för Ädelreformen

*) Korrigering för de landstingsfria kommunerna

**) Inkl antalet platser som kommunerna köper av landstingen och privata vårdgivare.

blygsamt de senaste åren. Ställt i relation till befolkningsutvecklingen har det i själva verket skett en minskning av servicenivån de senaste tio åren. Utvecklingen de senaste tre åren har dock planat ut något. Av samtliga boende 1995 delade 15 procent rum eller bostad med annan än make eller maka. Nästan hälften hade dusch på rummet eller i sin lägenhet och 70 procent hade sin egen toalett.

De flesta är över 80 år och kvinnor

Boende i särskilda boendeformer blir aktuellt först långt upp i åldrarna. Bara 3 procent av samtliga i åldrarna 65–79 år bodde i särskilda boendeformer medan drygt var femte bland personer i befolkningen

som var 80 år och äldre bodde i särskild boendeform. Bland dem som var över 90 år var det över hälften.

Nästan tre fjärdedelar av de boende var över 80 år. Majoriteten – 69 procent – var kvinnor. Andelen kvinnor i hela befolkningen 65 år och äldre var 58 procent, vilket tyder på att kvinnor är överrepresenterade i särskilda boendeformer. Kvinnornas andel av de boende blir högre längre upp i åldrarna, vilket bl a är ett utslag av att kvinnor lever längre än män.

Andelen ålderspensionärer som bor i särskilda boendeformer skiljer sig avsevärt mellan kommuner och kommuntyper. Medelvärde för samtliga kommuner var knappt 10 procent. Andelen var lägst i storstäderna och förortskommunerna och högst i glesbygdskommuner. Det är också stora variationer mel-



Diagram 39. Andel personer 80 år eller äldre av samtliga invånare i åldersgruppen i särskilt boende den 31 december 1995. Procent

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten 1995

lan kommunerna om man jämför andelen 80 år och äldre som bor i särskilda boendeformer.

År 1995 fanns det 122 731 bostäder/platser i särskilda boendeformer för yngre med funktionshinder och äldre, fördelade på 4 159 enheter. Antalet platser/bostäder är färre än antalet boende, då ibland två eller flera personer delar rum. Antalet flerbäddsrums var 6 804.

Inte ovanligt med privat drivna boendeformer

Äldreomsorgen har länge haft inslag av privata institutioner. År 1995 drevs 630 särskilda boendeenheter med plats för drygt 11 000 personer av enskilda vård- och omsorgsgivare. Det motsvarar ungefär 8 procent av det totala antalet boende inom särskilda boendeformer. År 1993 var motsvarande antal enskilt drivna platser 6 990, vilket motsvarade drygt 5 procent av det totala platsantalet. Kommunens hemtjänst beviljar och anvisar plats i särskilt boende som drivs av enskild vårdgivare. Denna form av äldreomsorg finansieras således som all annan äldreomsorg. Privat äldreomsorg i den bemärkelsen att hjälptagaren betalar hela kostnaden för vården på egen hand förekommer mycket sparsamt i Sverige.

Med seniorboende avses vanliga bostäder för enbart äldre (över 55 år) som inte förmedlas efter behovsprövning. Det första seniorboendet i Sverige tillkom 1929. Därefter byggdes ett fåtal under de närmaste decennierna. I början av 1980-talet startade en diskussion om privata och kooperativa boendeanternativ för äldre. Fem år senare togs de första "moderna" seniorbostäderna i bruk. En undersökning om boendeönskemål inför ålderdomen visade att intresset för privat eller kooperativt äldreboende var lika stort som för offentliga boendeformerna.

Allt äldre och mer vårdkrävande i särskilda boendeformer

Antalet platser för äldre i särskilda boendeformer minskade kraftigt fram till början av 1990-talet samtidigt som antalet äldre ökade. Det gällde särskilt personer i åldrarna över 80 år. Valfrihet för äldre har därmed blivit begränsad i den bemärkelsen att många, när de själva anser sig behöva, inte kan flytta till en plats på t ex ålderdomshem eller i en gruppbostad. Under åren 1993–1995 ökade antalet platser ökat något (cirka 3 procent), vilket samtidigt innebär en relativ minskning av antalet personer med social hemhjälp i ordinärt boende.

De som flyttar till särskild boendeform blir allt äldre och mer vårdbehövande. Det har främst att göra med att många som tidigare vårdades inom hälso- och sjukvården efter Ädelreformen nu finns i särskilda boendeformer. Många av dessa kräver betydligt mer avancerade insatser än vad kommunerna hade beredskap för när Ädelreformen trädde i kraft. Rehabiliteringsinsatser för äldre har därmed blivit en stor och viktig uppgift för kommunerna. Framförallt har vården av dementa ökat. Den kraftigt ökade vårdtyngden i det särskilda boendet illustreras av att allt fler dör i det särskilda boendet. För personalen har utvecklingen inneburit att arbetet har blivit tyngre och att risken för arbetsskador ökar. Standarden i särskilda boendeformer har successivt höjts och den utvecklingen fortsätter. Ändå kan knappt hälften av platserna/bostäderna betraktas som fullvärdiga bostäder. Särskilt låg standard har de flesta sjukhemmen.

De statliga stimulansbidragen har höjt standarden i de särskilda boendeformerna, bl a genom det ökande antalet gruppbostäder. Däremot är det osäkert om i vilken utsträckning stimulansbidragen bidragit till ökning av det totala antalet platser. En stor andel av platserna tillkommer genom ombyggnad av servicehus och ålderdomshem. Uppskattningsvis pekar dock mot ett nettotillskott på cirka 20 000 platser eller bostäder.

Dagcentraler, dagverksamheter och dagvård

Dagverksamheter för äldre har funnits och utvecklats sedan 1950-talet. Dagverksamhet utgör en mellanform av vård och omsorg i området mellan institutioner och den hjälp som ges i hemmet. Inom ramen för Socialstyrelsen uppdrag att utvärdera Ädelreformen genomfördes en nationell kartläggning av dagverksamheter 1995. Den visade att omkring 45 000 personer regelbundet deltar i någon form av dagverksamhet. Sammanlagt gör de ungefär 112 500 besök per vecka. Totalt omsätter dagverksamheterna cirka 500 miljoner kronor per år och har omkring 4 000 anställda, vilket motsvarar ungefär 2 550 årsarbetare.

Dagverksamheter bedrivs i många olika former. Dagcentraler finns i alla kommuner och är oftast samlokaliserade med servicehus eller annat äldreboende. Verksamheten är framförallt inriktad på enklare former av sysselsättning och social gemenskap. En annan form är dagverksamheter för personer med demenssjukdomar, som kommer till verksamheten efter remiss eller biståndsbeslut. En ytterligare form är dagvård för framförallt fysiskt sjuka och personer som behöver hjälp med rehabilitering, t ex efter en sjukhusvistelse.

Det finns inget statistiskt underlag för att utvecklingen av dagverksamheter skall kunna beskrivas. Ett problem i sammanhanget är att särskilja på olika typer av dagverksamheter. Spännvidden i innehållet i dagverksamheterna är mycket stora. Det är fråga om allt från "träffpunkter" dit vem som helst kan gå till specialiserad vård och behandling som ett led i en rehabilitering.

Färdtjänst ett komplement till allmänna kommunikationer

Färdtjänsten är ett komplement till de allmänna kommunikationerna med syftet att ge personer med funk-

tionshinder möjligheter att resa. Färdtjänsten kan användas både till arbetsresor och resor för t ex inköp, fotvård, besök hos släkt och vänner eller bio- och teaterbesök. Resor till grundskola (skolskjuts) och behandlingsresor (dvs resor till läkare, tandläkare och sjukgymnast) ingår inte i färdtjänsten. Färdtjänstresor görs oftast med vanlig taxi men även med specialfordon, särskilt anpassade för personer med rullstol. Färdtjänst beviljas enligt kommunala regler eller som bistånd enligt socialtjänstlagen.

Färdtjänsten byggdes ut framförallt under 1970-talet. År 1980 fanns färdtjänst i alla landets kommuner och det är den service inom socialtjänsten som omfattar flest personer. Mer än en fjärdedel av alla över 65 år, eller drygt 430 000 personer, hade färdtjänsttillstånd 1995. Trots det stora antalet färdtjänstberättigade visar SCB:s levnadsnivåundersökningar att var tionde pensionär som anser sig behöva färdtjänst inte har denna service, främst beroende på att de aldrig ansökt om den.

De flesta är över 65 år

År 1995 var lite mer än hälften av samtliga färdtjänstberättigade 80 år eller äldre och omkring en tredjedel mellan 65 och 79 år. 17 procent var under 65 år. Äldre kvinnor hade färdtjänst i betydligt högre omfattning än äldre män. 75 procent av de färdtjänstberättigade över 65 år var kvinnor. Det beror förmodligen på att kvinnoroftare saknar såväl bil som körkort. Av samtliga kvinnor över 65 år hade 30 procent färdtjänst. Motsvarande andel för män var 16 procent.

Variationer mellan kommunerna

Färdtjänstens regelsystem varierar från kommun till kommun, såväl i fråga om vad som definieras som färdtjänstberättigade, begränsningar av antalet resor per tidsperiod, resans längd och kostnad samt krav på samakning. De flesta kommuner bekostar färdtjänstresor upp till tre månader i en annan kommun. Också

Tabell 30. Antal färdtjänstberättigade personer i 1000-tal samt antal enkelresor 1984–1995

År	Antal färdtjänstberättigade	Antal gjorda enkelresor	I genomsnitt per person
1984	337	13 995	41
1985	360	14 827	41
1986	384	15 692	41
1987	406	16 495	41
1988	429	17 492	41
1989	445	17 874	42
1990	442	16 758	40
1991	439	15 351	35
1992	436	15 172	35
1993	433	16 882	40
1994	441	17 456	40
1995	432	16 651	39

Källa: Socialtjänststatistiken 1995

utnyttjandegraden mellan dem som är färdtjänstberättigade varierar.

Antalet äldre med färdtjänststillstånd ökade kontinuerligt fram till 1989. Mellan 1982 och 1989 ökade antalet från 250 100 till 445 000 personer, en ökning med över 50 procent. Därefter har antalet minskat med drygt 3 procent eller 14 000 personer. Minskningen har varit störst bland männen.

Andelen färdtjänstberättigade i åldersgruppen 65–79 år var relativt konstant under hela 1980-talet medan andelen bland personer 80 år och äldre ökade kraftigt från mitten av 1980-talet, för att minska från 1989. År 1995 hade drygt 220 000 personer som var 80 år och äldre färdtjänst, vilket innebär att drygt hälften av alla i den åldersgruppen hade färdtjänst.

Varje färdtjänstberättigad person gjorde i genomsnitt 39 enkelresor under 1995, jämfört med 42 resor under 1989. En viss del av minskningen kan förklaras

av att endast en resa har redovisats vid samåkning, vilket är felaktigt. Andra förklaringar kan vara restriktivare regler och utbyggnaden av servicelinjer. Även höjda avgifter kan tänkas ha minskat resandet.

I syfte att ge svårt funktionshindrade möjligheter att göra längre resor inom landet till normala kostnader bedrevs under nästan hela 1980-talet en försöksverksamhet med riksfärdtjänst. Sedan lagen om kommunal riksfärdtjänst trädde i kraft 1994 är kommunerna ansvariga för riksfärdtjänsten. Under 1995 reste nära 24 000 personer med riksfärdtjänsten, vilket är något färre än året innan. Av dem som reste med riksfärdtjänsten 1995 var 40 procent under 65 år, 30 procent var mellan 65 och 79 år och 30 procent var 80 år eller äldre. I genomsnitt gjorde varje person fyra resor med riksfärdtjänsten.

Anhöriga svarar för en betydande del av hjälpen

I propositionen Äldreomsorgen inför 90-talet betonas samhällets ansvar att se till att alla får god service och vård. Närståendes insatser bör vara frivilliga och ses som ett komplement. I praktiken är det dock den samhälleliga hjälpen som är ett komplement. Familjen, släkt, grannar och vänner svarar för en betydande del av hjälpen och stödet till äldre som har svårt att själva klara vardagssysslorna. Det är ofta till närstående de äldre först vänder sig när de behöver hjälp.

Socialtjänststatistiken redovisar dock bara de anhöriga som är anställda av kommunen samt antal personer som får kontantersättning för att vårda sina närstående. Anhörigas insatser sker oftast i det tysta, utan ekonomisk ersättning eller stöd från hemtjänst eller primärvård. Skattningar tyder på att omfattningen av den hjälp som ges av anhöriga till äldre som bor hemma är mer än dubbelt så stor som den som ges av samhället. Det är i första hand make/maka som står för hjälpen. Anhöriga utanför hushållet ger mest hjälp av praktisk natur, t ex matinköp och tvätt, medan kom-

munen mer svarar för den personliga omvårdnaden, t ex av- och påklädning och toalettbesök.

Antalet anhörigvårdare anställda i kommunen som vårdbiträden har minskat kraftigt sedan början av 1970-talet. År 1973 fanns 23 700 avlönade anhöriga inom sociala hemhjälpen. År 1995 hade antalet sjunkit till 4 051. Bidrag till anhörigvårdare ges även i vissa kommuner i form av sk hemvårdsbidrag. Under 1995 fick drygt 7 000 personer sådant bidrag. Samlad kunskap saknas dock om i vilken utsträckning kommunerna samverkar med och stödjer anhöriga som hjälper och vårdar äldre. Uppgift om antalet växelvårds- och avlösningssplatser finns i statistiken från år 1994, då de uppgick till 4 710 platser. År 1995 hade antalet ökat till 5 422 platser, vilket motsvarar cirka 4 procent av det totala platsantalet inom det särskilda boendet.

Kraftig ökning av personal

Sysselsättningen inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen ökade mellan 1986 och 1994 med 105 000 årsarbetare. Det motsvarar en ökning om totalt 84 procent. Drygt hälften av ökningen berodde på att 55 000 anställda i samband med Ädelreformen bytte arbetsgivare, från landsting till kommun. Mellan 1992 och 1994 ökade antalet kommunalt anställda inom äldre- och handikappomsorgen med närmare 17 000 personer. Till detta skall läggas ytterligare 5 000 anställda i den privat drivna vården. Ädelreformen har således inte inneburit någon minskning av antalet anställda inom äldre- och handikappomsorgen, snarare tvärtom.

År 1994 fanns omkring 168 900 vårdbiträden (inkl undersköterskor, sjukvårdsbiträden och skötare) inom äldre- och handikappomsorgen. Lite mer än hälften arbetade deltid medan drygt en femtedel arbetade heltid. Resterande 22 procent var timanställda. Det var dock stora skillnader mellan kommunerna. I vissa kommuner i Syd- och Mellansverige var andelen heltidsan-

ställda inte mer än 7 procent. Utvecklingen går mot en minskad andel heltidsanställda och en ökad andel timanställda. År 1994 hade drygt hälften av personalen någon form av gymnasieutbildning medan endast en av fyra anställda hade gymnasial utbildning med inriktning på arbete inom äldre- och handikappomsorg.

Totalt fanns det omkring 5 300 arbetsledare inom social service och omvårdnad år 1994. Med arbetsledare avses hemtjänstassistenter och inspektörer, ålderdomshemsföreståndare och biträdande ålderdomshemsföreståndare samt förste hemvårdare. Antalet arbetsledare inom medicinsk service och omvårdnad – sjuksköterskor, sjukgymnaster, distriktssköterskor, psykologer och arbetsterapeuter – uppgick år 1994 till cirka 12 800 personer.

I statistiken över personal inom äldre- och handikappomsorgen finns inga uppgifter om personal som är anställd i verksamheter som drivs i enskild regi. Uppgifter från 1994, sammanställda av expertgruppen för studier av offentlig ekonomi (ESO), visar att drygt 4 procent (9 660 personer) av all personal inom äldreomsorgen var anställd i enskild verksamhet.

Kostnadsutveckling

Äldre- och handikappomsorgen svarade 1995 för drygt hälften av socialtjänstens totala kostnader eller närmare 66 miljarder kronor. Inom ramen för Socialstyrelsens uppföljning av Ädelprojektet har kostnadsutvecklingen mellan 1984 och 1994 särskilt studeras. Den totala bruttokostnaden i *löpande priser* för äldre- och handikappomsorgen (efter korrigering för Ädelreformen) har drygt fördubblats under perioden. Konsumentpriserna har under samma period ökat med 73 procent, vilket således innebär att kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen ökat betydligt mer än den allmänna prisutvecklingen i landet. I *fasta priser* ökade den totala bruttokostnaden under samma tidsperiod med cirka 37 procent eller ungefär 9 miljarder kronor (efter korrigering för Ädelreformen).

Som väntat minskade landstingens driftskostnaderna för hälso- och sjukvård när Ädelreformen genomfördes. Mellan 1991 och 1992 minskade driftskostnaderna med knappt 16 procent och mellan 1992 och 1994 med knappt 4 procent i fasta priser. Läns- och regionsjukvårdens andel av kostnaderna, som mellan 1984 och 1991 hade varit relativt konstanta på drygt 70 procent, ökade dock fr o m 1992 med cirka fem procentenheter.

Ändringar i regelsystemet

Som en följd av förändringar i olika regelsystem – framförallt för statsbidrag och avgifter – har propor-

tionerna mellan olika finansieringskällor för den kommunala äldreomsorgen ändrats under 1990-talet.

Under perioden 1984–1991 var statsbidragets andel av finansieringen omkring 14 procent, medan kommunalskattens och skatteutjämningsbidragets andel tillsammans ökade från knappt 62 procent till knappt 65 procent. Avgifternas andel av finansieringen minskade till 9 procent. Eftersom reglerna för avgiftsuttag inte ändrades under denna tidsperiod kan nedgången i avgifternas andel vara en effekt av den ökade genomsnittsåldern bland befolkningen och en därmed sammanhängande minskad betalningsförmåga.

Som en följd av det nya statsbidragssystem som genomfördes 1993 minskade det statliga driftbidra-

Tabell 31. Kostnadsutveckling för äldre- och handikappomsorgen 1984–1994 i miljoner kronor (efter korrigering för Ädelreformen 1984–1991). Löpande och fasta priser.*)

År	Totala kostnader	Förändring i löpande priser	Totala kostnader i fasta priser (basår 1984)	Förändring i procent
1984	24 311		24 311	
1985	27 149	11,67	25 832	6,25
1986	30 048	10,68	27 391	6,04
1987	32 691	8,80	28 526	4,14
1988	37 802	15,63	31 138	9,16
1989	39 588	4,72	29 610	-4,91
1990	44 030	11,22	28 948	-2,23
1991	46 688	6,04	29 587	2,21
1992	51 272	9,82	31 225	5,54
1993	52 679	2,74	32 359	3,31
1994	56 475	7,21	33 295	3,21

Källa: Lindgren, Prütz, 1996.

*) Exkl insatser enligt LSS. Deflatorn vid fastprisberäkningarna är implicit BNP-deflator för hälso- och sjukvård och socialtjänst under åren 1984–1993. Motsvarande uppgift saknas ännu för år 1994, varför ett antagande om prisutvecklingen mellan 1993 och 1994 har gjorts. Vissa skillnader förekommer jämfört med de uppgifter som redovisades i Ädelreformen. Årsrapport 1995 (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:6), beroende på ett räknefel i använt prisindex i underlaget till årsrapporten.

gets andel från knappt 14 procent 1992 till 2 procent 1993 och 1994. Samtidigt ökade kommunalskattens och det statliga utjämningsbidragets sammanlagda andel med nära tio procentenheter mellan 1992 och 1993. Kommunalskattens och utjämningsbidragets andel av finansieringen var 83 procent 1993 för att minska till 80 procent 1994. Förändringen av statsbidragssystemet kan sägas ha inneburit ett systemskifte där (skatte)utjämningsbidrag och specialdestinerade driftbidrag "bytt plats" med varandra vad gäller bidragens storlek

Ökad avgiftsfinansiering

Avgifternas andel ökade mellan 1992 och 1993 med två procentenheter till drygt 7,5 procent och mellan 1993 och 1994 till 8,5 procent. En förklaring till ökningen mellan 1992 och 1993 är det nya avgiftssystemet som infördes 1993. Avgifternas ökade andel av finansieringen mellan 1992 och 1993 avsåg såväl särskilda boendeformer, social hemhjälp som "övriga tjänster".

Inom ramen för ett regeringsuppdrag har Socialstyrelsen kartlagt och analyserat de kommunala av-

gifterna och taxemodellerna på äldre- och handikappområdet under 1996.

Enhetstaxa, med lika avgift oavsett insatsens omfattning och individens betalningsförmåga, tillämpas i 5 procent av landets kommuner vad gäller hemtjänst och i 10 procent i heldygnsomsorg i särskilda boendeformer. Enbart *insatsrelaterad taxa* tillämpar 16 procent av kommunerna för sin hemtjänst och 4 procent för heldygnsomsorg i särskilda boendeformer. Enbart *inkomstrelaterad taxa* tillämpar 10 procent i hemtjänsttaxan och 66 procent för heldygnsomsorg i särskilda boendeformer. För *insats- och inkomstrelaterad taxa* är andelarna 69 respektive 20 procent i hemtjänst samt heldygnsomsorg.

Följande exempel visar konsekvenserna av kommunernas avgiftsuttag:

- Skillnaderna inom vissa kommuner i avgift för samma insats vid olika inkomster är så höga att det kan ifrågasättas om de är skäliga. I vissa fall riskerar de sammantagna marginaleffekterna av skatt, nedtrappning av bostadstillägg för pensionärer och avgifter överstiga 100 procent.
- Skillnaderna mellan kommunerna i avgift är i vissa fall så stora att det är tveksamt om man kan tala om vård på lika villkor.
- Majoriteten av kommunerna har en neutral avgiftsättning mellan olika boendeformer, men det är alltså vanligt att heldygnsomsorg är dyrare i särskilt boende än i ordinärt boende.
- Praktiskt taget samtliga kommuner har fastställt förbehållsbelopp i särskilt boende med heldygnsomsorg.
- Cirka 40 procent av kommunerna har inte lagt fast förbehållsbelopp i ordinärt boende.
- Ungefär var fjärde kommun saknar regler för jämkning av avgift.
- Utrymmet för avgiftshöjningar är mycket begränsade för majoriteten av gruppen äldreomsorgstagar.

Tabell 32. Kommuner fördelade efter taxemodell för hemtjänst respektive heldygnsomsorg i särskilt boende 1996. Procent

	Hemtjänst	Särskilt boende
Enhetstaxa	5	10
Insatsrelaterad taxa	16	4
Inkomstrelaterad taxa	10	66
Insats- och inkomstrelaterad taxa	69	20
	100	100

Produktivitetsutveckling inom äldreomsorgen

Inom ramen för Ädelutvärderingen har gjorts att försök att beskriva produktivitetstvecklingen inom äldreomsorgen mellan 1984 och 1994. Produktivitetstvecklingen visar hur relationen mellan prestationer i form av ett sammanvägt produktionsvärde och reala kostnader utvecklats. Produktionsvärdet har erhållits genom att antalet arbetade hemhjälpstimmar respektive dygn i särskilt boende (inkl medicinskt färdigbehandlade på akutkliniker och inom geriatriken samt patienter i av landstingen drivna enheter för långtids-sjukvård) vägts samman med respektive enhetskostnad för 1993.

För hela perioden 1984–1994 beräknas produktiviteten ha minskat med i genomsnitt knappt 1 procent per år. Med undantag för åren 1989 och 1990 har tillgången på resurser ökat snabbare än produktionsvärdet. Det tycks dock finnas ett cykliskt mönster i utvecklingen, varför alltför stor vikt inte bör fästas vid enstaka år. Istället bör mer långsiktiga trender betraktas. Beräkningarna visar dock en klar produktivitetsminskning år 1992, vilket var väntat, samt en visserligen negativ men ändå klart förbättrad utveckling under 1993 och 1994.

Stora skillnader mellan kommunerna

Det råder emellertid stora skillnader mellan kommunerna både vad gäller enhetskostnader och produktivitetstveckling. Enligt kommunernas egna uppgifter kunde en hemhjälpstimme 1993 kosta mellan 77 och 352 kronor och ett dygn i särskilt boende från 517 till 1 049 kronor i genomsnitt för olika län. Vissa län uppvisar en genomsnittlig produktivitetstveckling för kommunerna som är klart bättre än riksgenomsnittet. Det finns län i vilka kommunerna haft en positiv produktivitetstveckling såväl före som efter Ädelreformen.

Beräkningarna av produktivitetstvecklingen tar ingen hänsyn till eventuella kvalitetsförändringar under den studerade tidsperioden. Kvalitet kan sägas vara de egenskaper som en vara eller tjänst har. Det innebär att det i princip är kvaliteten som definierar en specifik vara eller tjänst. Är kvaliteten olika, är det också fråga om olika tjänster. Om denna skillnad är av betydelse för konsumenterna, kommer tjänsterna också att få olika marknadspriser, om marknaden fungerar väl och förhållandena i övrigt är likartade. Förändras kvaliteten över tiden kan detta också ses som att nya varor eller tjänster introduceras och ersätter de tidigare som därmed försvinner från marknaden.

Inga stora kvalitetsförändringar

Kommunal äldre- och handikappomsorg innebär myndighetsutövning och är oftast en produktion helt i offentlig regi. Även om privata driftsformer förekommer, är det fortfarande ett långt steg till marknadens mekanismer för prissättning och villkor i övrigt. I statistiken förs åtskilliga tjänster av skilda karaktärer och egenskaper samman till starkt aggregerade mått eller indikatorer på äldre- och handikappomsorgens produktion. Ett exempel är de särskilda boendeformerna. Samma mått återkommer i den officiella statistiken även om tyngdpunkten kan ha ändrats inom en viss kategori, som t ex fler "ålderdomshem" inom de särskilda boendeformerna, och även om kvaliteten ändras i övrigt.

Tillgängliga kvalitetsindikatorer och publicerade studier tyder inte på att någon markant förändring i kvaliteten inom äldre- och handikappomsorgen inträffat vare sig före eller efter Ädelreformen, om den betraktas på aggregerad, nationell nivå. Mellan kommuner kan det dock, på samma sätt som för produktivitets- och kostnadsutvecklingen, röra sig om betydande skillnader.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionshinder 1995*. Årlig publikation.
2. Socialstyrelsen. *Jämförelsetal för socialtjänsten 1995*. Årlig publikation i samarbete med Svenska Kommunförbundet och SCB.
3. Socialstyrelsen. *Dagverksamheter för äldre*. Ädelutvärderingen 1995:12.
4. Socialstyrelsen. *Färdtjänst och riksfärdtjänst 1995*. Årlig publikation.
5. Svenska Kommunförbundet. *Kommunal personal 1994*. Svenska Kommunförbundet, 1995
6. Socialstyrelsen. *Nya förutsättningar, bättre incitament – högre effektivitet efter Ädel? Ädelutvärderingen 1995:6*
7. Socialstyrelsen. *Äldreomsorgens avgifter*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:6
8. Socialstyrelsen. *Ädelreformen. Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2
9. Statistiska centralbyrån. *Sveriges framtida befolkning. Framskrivning för åren 1994–2050*. SCB 1994:3

Mot år 2000



Nya uppgifter, ökade kostnader

1990-talets första hälft har präglats av en ekonomi i djup kris. Arbetslösheten femfaldigades mellan 1990 och 1995 samtidigt som ett besparingsarbete påbörjades för att komma tillrätta med obalansen i statens finanser. För barnfamiljer har det bl a handlat om sänkta nivåer i föräldraförsäkringen, slopande av det vårdnadsbidrag som strax dessförinnan hade införts, begränsad sänkning av flerbarnstillägget samt förändringar i beräkning av bidragsförskott och bostadsbidrag. Kännbara förändringar har genomförts också på socialförsäkringsområdet. Allt fler människor har hamnat under s k skälig levnadsnivå och därmed blivit berättigade till socialbidrag. För kommunerna har utvecklingen inneburit kraftigt ökade kostnader.

Samtidigt har en rad reformer genomförts under perioden för att stärka kommunernas roll och skärpa deras ansvar för medborgarna. Genom Ädelreformen 1992 fick kommunerna det samlade ansvaret för långvarig service och vård för äldre och handikappade. Reformen innebar bl a att 31 500 vårdplatser för somatisk långtidsvård fördes över från landstingen till kommunerna samt att kommunerna blev skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Också handikappreformen 1994 innebar ett vidgat ansvar för kommunerna, framförallt genom att funktionshindrades rätt till olika insatser lagfästes i LSS. Kommunernas kostnader med anledning av reformen beräknas dock inte ha ökat nämnvärt.

Genom en skärpning av SoL 1995 ålades kommunerna att inom rimlig tid erbjuda plats i barnomsorgen till alla barn som behöver det. I stort sett samtliga kommuner uppfyller idag kraven. Trots att antalet inskrivna barn ökat mycket kraftig utbyggnad under 1990-talet har de totala kostnaderna i princip varit oförändrade. År 1995 blev familjerådgivningen ett kommunalt ansvar.

Socialbidragen är en tung post i kommunernas budget. Kommunernas kostnader för socialbidragen nära nog fördubblades mellan 1990 och 1995 samtidigt som antalet socialbidragstagare ökade från omkring 516 000 till drygt 720 000.

Placering av barn för vård utanför den egna familjen har minskat något under hela perioden medan allt fler barn får stöd av en kontaktperson. Inom missbrukarvården för vuxna är den mest framträdande tendensen en ökad satsning på öppenvård och en minskad användning av tvångsvård. Sveriges medlemskap i EU kommer med all sannolikhet innebära en alkoholpolitiska omorientering; den svenska modellen med höga priser för att hålla tillbaka konsumtionen får förmodligen modifieras.

Socialtjänstens roll i ett föränderligt samhälle

Det samhälle som socialtjänsten skall verka i befinner sig i ett skede av stora förändringar. Den obalans i samhällsekonomin som präglat 1990-talet har ställt stora krav på besparingar i hela den offentliga sektorn. Till följd av dessa nedskärningar liksom betydande permitteringar i den privata sektorn har arbetslösheten kommit att bli för svenska förhållanden unik. Ett troligt framtidsperspektiv är att arbetslösheten även i fortsättningen kommer att ligga på en avsevärt högre nivå än vad vi i Sverige är vana vid. Arbetslöshetsperioder blir kanske ett "normalt" inslag i många människors liv, främst de ungas. Därmed ökar behovet av att finna fungerande system för försörjning under dessa perioder.

Den sänkta förvärvsgraden leder till lägre skatteintäkter för kommunerna, vilket ytterligare försämrar den kommunala ekonomin. Det finns därför risk för ytterligare nedskärningar i socialtjänstens verksamheter. Utrymmet för att möta nya eller växande behov är mycket litet.

Som nya och växande behovsgrupper kan nämnas det ökande antalet äldre och de många flyktingar som Sverige har tagit emot under senare år. Mer data som pekar mot flera unga med svår försörjningssituation påverkar också framtidsbedömningen. En annan viktig aspekt på det samhälle som socialtjänsten idag verkar i är också att det är mångkulturellt. I dag har nästan var femte invånare i Sverige invandrabakgrund. År 2010 beräknas det gälla var fjärde person.

Skillnader i hälsa och social välfärd mellan olika grupper har ökat under senare år. Det finns tydliga tecken på ökad segregation och polarisering. I stadsområdena är boendesegregationen tydlig. Studier visar att vissa grupper, t ex invandrare, lågutbildade ungdomar, ensamstående föräldrar och deras barn, kan definieras som utsatta. Förändringarna i socialförsäkringssystemen kan leda till att allt fler får leva på socialbidrag. Vilka strategier har då kommunerna för att möta dessa förändringar?

Arbetslösa en viktig resurs

Arbetslöshet för med sig många negativa konsekvenser för den som drabbas. Det kan få konsekvenser för ens självbild och livstillfredsställelse. Det är förknippat med en försämrad ekonomi och oro inför framtiden. Längre perioder av arbetslöshet verkar passiviserande, vilket i sin tur kan bidra till ökade svårigheter att åter få arbete. I förlängningen finns en ökad risk för social utslagning.

Särskilt allvarlig är arbetslösheten bland ungdomar och invandrare som till viss del är nya grupper på arbetsmarknaden. Dessa riskerar att bli ställda utanför arbetsmarknaden i stor utsträckning. De får inte heller del av andra trygghetssystem, t ex sjukförsäkring och a-kassa.

Samtidigt finns en stor kapacitet bland dessa grupper. Många av de invandrare som kommer till Sverige är högt utbildade. De för med sig kunskap och kompetens som Sverige är i stort behov av. Dagens ungdomar är som regel skolade i ett nytt tänkande kring

informationsteknologi och internationalisering. De har ett perspektiv som behövs och är nödvändigt i 2000-talets Sverige. De stora arbetslöshetstalen gör också att situationen inte lika tydligt som förut verkar stigmatiserande, vilket kan underlätta genomförandet av en strategi mot ungdomsarbetslöshet.

Försörjningsmöjligheten för de unga är i dag i allt för stor utsträckning socialbidrag. Socialstyrelsen har i andra sammanhang pläderat för en arbetsgaranti åt unga för att bryta mönstret av socialbidragsberoende.

Anhöriga behöver mer stöd

Att vara anhörig till en svårt handikappad eller gammal person innebär att man tar på sig en naturlig vårdar- eller hjälparroll. Med knappa resurser och allt fler äldre med omfattande vårdbehov kommer anhöriga i framtiden i allt större omfattning behöva medverka i vården.

Det är samtidigt viktigt att konstatera att många anhöriga har det svårt i dag. De får många gånger bära ett större ansvar än de önskar och orkar. Det är därför viktigt att lyfta fram frågan om hur stödet och hjälpen till den anhöriga skall utformas.

Fler intresserade av frivilligt arbete

Många människor utför i dag ett frivilligt socialt arbete på socialtjänstens område. Undersökningar visar att det finns många fler som kan tänka sig ingå i sådana sammanhang. Frågan om vilken roll de frivilliga organisationerna spelar i förhållande till den offentliga sektorns ansvar är central. Frivilligt socialt arbete har flera viktiga funktioner. Genom att tillföra arbetet en annan dimension kan de frivilliga organisationerna upplevas som "kvalitetshöjare" av socialtjänsten. En del av det frivilliga arbetet är också "gratis" för samhället, som t ex det arbete som utförs inom idrottsrörelsen och av religiösa organisationer. En utveckling som innebär att de frivilliga organisationerna blir allt mer av entreprenörer inom socialtjänsten skulle kunna

gagna verksamhetens utveckling. Fler dimensioner kan tillföras och nya perspektiv öppnas.

Samtidigt är det av yttersta vikt att samhället garanterar att det finns hjälp att tillgå för den enskilde. De frivilliga organisationerna skall inte vara en garant för att socialtjänsten insatser fungerar och finns tillgängliga, utan snarare fungera som ett allt viktigare komplement.

Nya organisatoriska lösningar för ökad effektivitet och bättre samverkan

I dag pågår ett omfattande förändringsarbete på både statlig och kommunal nivå för att öka socialtjänstens effektivitet. Två utgångspunkter är centrala. Den ena är renodling av ansvarsområden, den andra förbättrad samverkan mellan olika verksamheter. En ytterligare drivkraft är ambitionen att öka medborgarnas inflytande.

Organisatoriska förändringar genomförs på både politisk och administrativ nivå. Det rör sig t ex om införandet av beställar-utförarorganisationer där kostnaden tydliggörs och konkurrensen får en ökad roll som styrnings- och fördelningsmedel. Det rör sig också om större städer som inför stadsdels- eller kommundelsnämnder, för att öka förutsättningarna för samverkan och medborgarinflytandet på det lokala planet. Ökad konkurrens befordrar som regel effektivitet i både privat och offentlig verksamhet. Det finns heller inget som tyder på att konkurrensen hittills skapar svårigheter för klienter och patienter. Det är dock viktigt att verksamheten följs upp så att inte skador uppstår eller människor far illa.

Strukturerna för det vardagliga sociala arbetet är på de flesta håll relativt oförändrade. Det finns stora önskemål och behov av att förändra strukturerna så att mer av samverkan och samarbete mellan verksamheter kommer till stånd. Det kan gälla t ex arbetet kring

arbetslösa, utsatta barn och äldre. Möjligheterna till samlade lösningar är goda. Det som erfordras är förståelse och respekt för varandras yrkesroller och kunskande istället för revirtänkande och snäva gränsdragningar. Med ökad samverkan kan resurserna utnyttjas mer effektivt, då planeringen och resurserna kan samlas kring den enskilde vårdtagaren och placera honom och hans familj i centrum.

Optimal vårdnivå?

Vård- och behandling av missbrukare, barn och unga, psykiskt störda, äldre och handikappade har tidigare i stor utsträckning skett i institutionell form. Mycket stora förändringar har dock initierats för att förbättra möjligheterna till vård på hemmaplan. Ädelreformen, handikappreformen och psykiatrireformen har bl a haft till uppgift att skynda på utvecklingen. Inom missbruksområdet har särskilda statsbidrag stött en förändring i denna riktning. Utgångspunkten har varit att identifiera den optimala vårdnivån, både ur ett mänskligt och ett ekonomiskt perspektiv.

Om man samlat betraktar den stora gruppen som idag har rätt att erhålla stöd i öppna former måste frågan ställas i vilken utsträckning kommunerna har klarat av denna utmaning. Den bild som framträder är att de förändringarna som gjorts i stort sett haft en positiv inverkan på den enskilde. Samtidigt är det viktigt att beakta att erfarenheterna är ganska nya och att kort tid har förflutit sedan de olika reformerna infördes. Att studera hela den omfattande avinstitutionaliseringen som skett i ett något längre perspektiv är angeläget.

Uppföljning, utvärdering och kompetensutveckling

Inom många delar av socialtjänsten prövas i dag nya metoder och arbetssätt. Öppenhet och intresse för

nyttänkande är en starkt positiv faktor i det sociala arbetet. Men för att vi skall veta om de nya metoderna leder till ökad kvalitet i arbetet krävs att de följs upp och utvärderas. Det är angeläget att få till stånd ett löpande och systematiskt kvalitetsarbete inom hela socialtjänsten under de närmaste åren. Kvalitetsarbetet, som behöver anpassas till varje delverksamhets särskilda krav måste med nödvändighet också innefatta frågan om kostnadseffektivitet.

Med minskad personaltäthet blir frågan om personalens kompetens allt mer central. Inom flera delar av socialtjänsten har utbildningsnivån höjts under 1980- och 90-talet. Inom barnomsorgen har de allra flesta någon form av grundläggande yrkesutbildning. Situationen är dock något annorlunda inom äldreomsorgen, där fortfarande en stor del av personalen saknar utbildning. Arbetsuppgifterna förändras hela tiden och kraven från arbetsgivaren/klienter och samhället ökar. Därför är kompetensutvecklingen viktig för all personal.

Utmaningar inför 2000-talet

Resurssituationen

Den utveckling av besparingar och nedskärningar i den offentliga sektorn som redan påbörjats kommer att känneteckna även de närmast kommande åren. Behovet av kommunala tjänster beräknas öka med knappt 1 procent per år fram till sekelskiftet till följd av förändringar i befolkningen. Samtidigt minskar intäkterna. Det totala gapet mellan behov och resurser uppgår enligt beräkningar i Långtidsutredningen till nära 9 procent fram till år 2000. Det måste kommunerna täcka genom ökad produktivitet, minskad servicenivå, eftersläpande kommunala löner eller höjda skatter och avgifter.

En överenskommelse har träffats mellan regeringen och Kommunförbundet om att Kommunförbundet skall verka för att skatterna inte höjs 1997 och 1998,

att kommuner undviker att säga upp fast anställd personal och att det kommunala förnyelsearbetet drivs vidare för att verksamheten skall bli bättre och mer kostnadseffektiv. Regeringen har åtagit sig att hålla statsbidragen på en nominellt oförändrad nivå även 1997 och 1998.

Antalet äldre med behov av sjukvård och äldreomsorg kommer att öka kraftigt i Sverige inom de närmaste 20 åren. En uppskattning är att det i äldreomsorgen kommer att saknas i storleksordningen 15 miljarder. Samtidigt kan vi inte se att arbetslösheten minskar inom en överskådlig framtid. Detta kan komma att leda till växande behov av socialbidrag under förutsättning att de nuvarande systemen inte reformeras kraftigt.

Den sammantagna ekonomiska situationen reser frågan om på vilket sätt kommunerna kan öka sina intäkter. I dag försöker kommunerna allt mer att finansiera verksamheter genom ökat avgiftsuttag.

Inom socialtjänsten är det främst inom barnomsorgen och äldreomsorgen som avgifter tas ut. Inom dessa områden har avgiftsfinansieringsgraden ökat under 1990-talet. Frågan är dock om det är möjligt för kommunerna att ytterligare öka avgiftsfinansieringsgraden mer än marginellt. Utrymmet för avgiftshöjningar för den stora gruppen äldreomsorgstagare är t ex idag mycket begränsat. Ytterligare höjningar av avgifterna förutsätter att de äldres inkomster ökar väsentligt om de samtidigt skall garanteras en rimlig nivå för privat konsumtion. Dessutom är skillnaderna i avgifter för en och samma insats stora såväl inom som mellan kommunerna. Dessa skillnader aktualiserar frågan om hur mycket en samhällsfinansierad verksamhet kan tillåtas variera utan att komma i konflikt med grundläggande krav på att vård och omsorg skall ges lika villkor i hela landet.

Socialstyrelsens bedömning är att en anpassning till kommande resursbehov inte kan finansieras vid nuvarande skattenivå. Möjligheterna till ökad avgiftsfinansiering är också små. Mycket talar därför för att andra och mer genomgripande förändringar av finansieringsystemet behöver övervägas.

De minskande resurserna och de ökande behoven innebär höga krav på kommunerna. Socialtjänsten kommer att behöva öka sin effektivitet och prioritera hårt bland de nu existerande verksamheterna. En större andel av kostnaderna för sociala tjänster och omvårdnad kommer att föras över på de enskilda genom höjda avgifter. Hårdast kommer detta sannolikt att drabba dem som har de minsta resurserna i samhället.

Jämlika sociala villkor

Många studier visar att den sociala ojämlikheten växer. Allt fler blir beroende av socialbidrag för sin försörjning. De segregerade områdena i städerna har fått större problem. Den växande arbetslösheten innebär en ökad omfattning av ekonomisk och social utsatthet. Avgifterna inom äldre- och handikappomsorgen varierar starkt mellan kommunerna. Föräldrar som önskar och behöver barnomsorg får i vissa kommuner ingen sådan på grund av arbetslöshet.

Statsbidraget till kommunerna har till syfte att bidra till att utjämna olikheterna i kommunernas ekonomiska förutsättningar. Men statsbidraget kan inte lösa problemen med stora välfärdsflyttor inom en och samma kommun. Kommunerna kan själva bidra till detta genom kvalificerade system för resursfördelning inom kommunen. Det är angeläget att kommunerna utvecklar bra metoder för att mäta och värdera behov. En viktig uppgift för Socialstyrelsen är att bevaka om vård och omsorg erhålls på lika villkor oavsett kommundeltillhörighet, klasstillhörighet, kön och etnisk bakgrund.

Många av dem som får hjälp och stöd genom socialtjänsten tillhör de mest utsatta grupperna i samhället. Det gäller t ex missbrukare, barn som far illa eller

som riskerar att göra det, flyktingar och personer med funktionshinder. Dessa grupper rättigheter bör särskilt uppmärksammas. Framför allt är det viktigt att bevaka frågor om rättssäkerhet, i synnerhet i samband med tvångsingripanden.

Utveckla arbetet!

Kunskapen om effektiva metoder och ett gott socialt arbete ökar om än i långsam takt. En av Socialstyrelsens viktigaste uppgifter är att systematisera de kunskaper som finns från forskningen och utrednings- och utvärderingsarbete i kommunerna. Socialstyrelsen kommer att ta initiativ för att successivt spåda på den kunskap som finns, både genom egna undersökningar och genom att diskutera med forskare om vilken forskning om socialt arbete som behövs. En utvecklad kunskap om metoder och arbetssätt är viktig för den enskildes rättssäkerhet och för bättre resultat i det sociala arbetet.

Socialstyrelsen har statens uppdrag att följa upp och utvärdera utvecklingen inom socialtjänsten. Förutsättningarna för att kunna klara av detta uppdrag och skapa säkra underlag är att det finns en nationellt fungerande statistik. Uppföljningarna kräver många gånger samlande analyser av flera närliggande sektorer i samhället. Därför är det angeläget att det finns en statistik över socialtjänsten som är säker och välutvecklad samt att den är samstämmig med andra sektors verksamhetsstatistik och ekonomiska data. Socialstyrelsen har genom sitt beställaransvar ett huvudansvar för utvecklingen av den officiella statistiken. Det är av stor vikt att detta arbete fortsätter att utvecklas samt att nya tekniska lösningar prövas.

Bilagor



Tabeller

Demografi

- Tabell 1. Befolkningen efter ålder och kön den 31 december, 1985, 1990, 1994–1995
Tabell 2. Befolkningen i åldern 16–64 år efter arbetskraftstillhörighet 1987–1995.
1 000-tal och procent av befolkningen
Tabell 3. Arbetslösa efter ålder och kön 1990–1995. 1 000-tal och i procent av arbetskraften
Tabell 4. Skattat antal hushåll i befolkningen i 1 000-tal, 18–64 år. 1990, 1994–1995

Ekonomi

- Tabell 5. Socialtjänstens kostnader i miljoner kr 1990–1995. Fasta priser i 1995 års nivå

Barn och ungdom

- Tabell 6. Daghem och fritidshem åren 1975–1995. Antal inskrivna barn fördelade efter ålder
Tabell 7. Deltidsgrupper och familjedaghem (inkl trefamiljesystem) 1975–1995. Antal inskrivna barn fördelade efter ålder
Tabell 8. Daghem, fritidshem och familjedaghem (inkl trefamiljesystem) 1975–1995. Andel inskrivna barn i respektive verksamhetsform i procent av befolkningen i åldrarna 1–12 år
Tabell 9. Barn med kontaktperson enl SoL/LVU, SoL-vård och/eller LVU-vård någon gång under respektive år. Antal barn per insatstyp 1985–1995
Tabell 10. Nyttillkomna barn med kontaktperson enligt SoL/LVU, SoL-vård och/eller LVU-vård 1985–1995. Nyttillkomna barn med en eller flera insatser
Tabell 11. Barn med pågående insatser enligt SoL och/eller LVU den 31 december 1985–1995. Antal barn per insats
Tabell 12. Barn med påbörjade insatser enligt SoL och/eller LVU 1985–1995
Tabell 13. Genomsnittlig vårdkostnad per dygn för barn och unga i familjehem och i hem för vård eller boende, 1995, samt förändring i procent mellan 1994–1995

Vuxna

- Tabell 14. Antal barn för vilka faderskap fastställts eller som har varit föremål för faderskapsutredning 1990–1995
- Tabell 15. Andel barn för vilka föräldrarna under 1995 anmält gemensam vårdnad i samband med faderskapsbekräftelsen i olika kommungrupper
- Tabell 16. Flyttningar till Sverige 1985–1995, – utomnordiska medborgare
- Tabell 17. Flyttningar till Sverige 1985–1995, – utomnordiska medborgare. Fördelning efter kön och ålder
- Tabell 18. Socialbidragshushåll efter hushållstyp. Förändringar i procent 1990–1995
- Tabell 19. Socialbidragshushåll efter registerledarens ålder. Förändringar i procent 1990–1995
- Tabell 20. Utbetalt socialbidrag efter hushållstyp. Förändringar i procent 1990–1995. Fasta priser i 1990 års nivå
- Tabell 21. Utbetalt socialbidrag efter registerledarens ålder. Förändringar i procent 1990–1995. Fasta priser i 1990 års nivå
- Tabell 22. Genomsnittligt socialbidrag per år efter hushållstyp. Förändring i procent 1990–1995. Fasta priser i 1990 års nivå
- Tabell 23. Genomsnittligt socialbidrag per år efter registerledarens ålder. Förändring i procent 1990–1995. Fasta priser i 1990 års nivå
- Tabell 24. Vuxna som p g a missbruk var intagna den 31 december respektive år i hem för vård eller boende. Frivilligt intagna och tvångsintagna 1985–1995

Äldre

- Tabell 25. Antal personer samt andelen i olika åldersgrupper som den 31 december respektive år bodde i särskilda boendeformer. 1992–1995
- Tabell 26. Antal personer samt andelen i olika åldersgrupper som erhöll social hemhjälp under november respektive år. 1992–1995
- Tabell 27. Variationer i andel personer 80 och äldre i särskilda boendeformer respektive med social hemhjälp i ordinärt boende den 31 december respektive år. 1993–1995
- Tabell 28. Personer med social hemhjälp i olika åldersgrupper fördelade efter antal hjälptimmar under november respektive år. 1990–1995. Procentuell fördelning
- Tabell 29. Variationer mellan och inom olika kommungrupper av andel personer 80 år eller äldre i särskilt boende *eller* med social hemhjälp och/eller hemsjukvård i ordinärt boende av samtliga invånare i åldersgruppen, 31 december 1995. Procent

Tabell 1. *Befolkningen efter ålder och kön den 31 december, 1985, 1990, 1994–1995*

Ålder/Kön	1985	1990	1994	1995
Totalt				
0– 6 år	668 056	764 864	841 991	829 144
7–14 år	843 945	783 338	820 674	836 218
15–17 år	332 496	332 114	299 456	301 776
18–24 år	834 390	832 167	797 882	785 145
25–29 år	559 911	615 525	636 698	620 877
30–39 år	1 232 541	1 162 249	1 201 434	1 217 133
40–49 år	1 090 168	1 267 881	1 258 232	1 239 082
50–64 år	1 342 521	1 306 296	1 419 899	1 464 789
65–79 år	1 140 908	1 156 618	1 131 983	1 128 593
80– år	313 203	369 578	408 132	414 739
Befolkningen totalt varav	8 358 139	8 590 630	8 816 381	8 837 496
0–17 år	1 844 497	1 880 316	1 962 121	1 967 138
0–20 år	2 215 528	2 224 814	2 290 716	2 281 854
20–64 år	4 813 294	4 952 936	5 101 372	5 122 052
65– år	1 454 111	1 526 196	1 540 115	1 543 332
Män				
0– 6 år	342 789	392 625	432 039	425 351
7–14 år	431 996	401 654	421 141	429 337
15–17 år	170 224	169 947	153 573	154 557
18–24 år	427 220	426 222	406 836	400 792
25–29 år	286 303	316 904	326 435	317 312
30–39 år	629 070	594 416	615 460	623 927
40–49 år	557 558	647 261	639 537	628 865
50–64 år	658 300	645 304	708 982	733 195
65–79 år	514 345	520 924	509 868	508 378
80– år	109 305	128 760	142 383	144 357
Män totalt varav	4 127 110	4 244 017	4 356 254	4 366 071
0–17 år	945 009	964 226	1 006 753	1 009 245
0–20 år	1 135 281	1 140 108	1 174 833	1 170 373
20–64 år	2 432 090	2 511 704	2 588 333	2 598 927
65– år	623 650	649 684	652 251	652 735

Tabell 1. forts

Ålder/Kön	1985	1990	1994	1995
Kvinnor				
6 år	325 267	372 239	409 952	403 793
7–14 år	411 949	381 684	399 533	406 881
15–17 år	162 272	162 167	145 883	147 219
18–24 år	407 170	405 945	391 046	384 353
25–29 år	273 608	298 621	310 263	303 565
30–39 år	603 471	567 833	585 974	593 206
40–49 år	532 610	620 620	618 695	610 217
50–64 år	684 221	660 992	710 917	731 594
65–79 år	626 563	635 694	622 115	620 215
80– år	203 898	240 818	265 749	270 382
Kvinnor totalt varav	4 231 029	4 346 613	4 460 127	4 471 425
0–17 år	899 488	916 090	955 368	957 893
0–20 år	1 080 247	1 084 508	1 115 883	1 111 481
20–64 år	2 381 204	2 441 232	2 513 039	2 523 125
65– år	830 461	876 512	887 864	890 597

Källa: SCB, Befolkningsstatistiken

Tabell 2. *Befolkningen i åldern 16–64 år efter arbetskraftstillhörighet 1987–1995.
1 000-tal och procent av befolkningen*

År	I arbetskraften			Ej i arbets- kraften	Befolkning
	Syssel- satta	Arbets- lösa	Samt- liga		
1 000-tal					
1987	4 316	94	4 410	890	5 299
1988	4 375	77	4 452	870	5 323
1989	4 442	66	4 508	848	5 356
1990	4 485	75	4 560	836	5 397
1991	4 396	134	4 530	894	5 425
1992	4 209	233	4 442	1 004	5 447
1993	3 964	356	4 320	1 141	5 461
1994	3 928	340	4 268	1 228	5 496
1995	3 986	333	4 319	1 204	5 523
% av befolkningen					
1987	81,4	1,8	83,2	16,8	100
1988	82,2	1,4	83,6	16,3	100
1989	82,9	1,2	84,2	15,8	100
1990	83,1	1,4	84,5	15,5	100
1991	81,0	2,5	83,5	16,5	100
1992	77,3	4,3	81,5	18,4	100
1993	72,6	6,5	79,1	20,9	100
1994	71,5	6,2	77,7	22,3	100
1995	72,2	6,0	78,2	21,8	100

Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningen (AKU)

Tabell 3. Arbetslösa efter ålder och kön 1990–1995. 1 000-tal och i procent av arbetskraften

År	Ålder 16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	Samtliga
1 000-tal						
1990	27	19	12	8	9	75
1991	45	40	23	14	12	134
1992	69	74	44	27	19	233
1993	97	111	69	49	31	356
1994	83	103	68	50	36	340
1995	76	98	67	50	42	333
i % av arbetskraften						
1990	3,7	1,8	1,0	0,8	1,5	1,6
1991	6,6	3,7	2,0	1,4	2,1	3,0
1992	11,4	6,9	3,9	2,6	3,2	5,2
1993	18,4	10,5	6,3	4,5	5,5	8,2
1994	16,7	9,9	6,3	4,5	6,5	8,0
1995	15,3	9,2	6,3	4,4	7,4	7,7

Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningen (AKU)

Tabell 4. Skattat antal hushåll i befolkningen i 1 000-tal, 18–64 år. 1990, 1994–1995

Hushåll	1990 Antal	%	1994 Antal	%	1995 Antal	%
Ensamstående män						
utan barn	840	24	904	26	896	25
med barn	32	1	40	1	44	1
Ensamstående kvinnor						
utan barn	615	18	634	18	637	18
med barn	139	4	161	5	166	5
Gifta/samboende						
utan barn	842	25	850	24	857	24
med barn	940	28	928	26	935	26
Summa hushåll 18–64 år	3409	100	3516	100	3534	100

Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningen (AKU)

Tabell 5. Socialtjänstens kostnader i miljoner kr 1990–1995. Fasta priser i 1995 års nivå

Verksamhet	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Barnomsorg	40 074	40 547	39 952	38 667	38 891	39 707
Äldre- o handikappomsorg	32 599	33 690	57 420	59 690	61 753	67 660
Individ- o familj exkl socialbidrag	12 714	13 462	13 959	14 464	16 722	17 536
Nettokostnader för socialbidrag	3 928	4 611	5 785	7 529	7 737	7 606
Socialtjänsten totalt	89 276	92 312	117 116	120 350	125 103	132 509

Källa: SCB, Kommunernas räkenskapssammandrag

Tabell 6. Daghem och fritidshem 1975–1995. Antal inskrivna barn fördelade efter ålder

År	Antal inskrivna barn i daghem					totalt
	yngre än 1 år	1–2 år	3–5 år	6 år	7 år och äldre	
1975	2 858	16 140	36 317	10 647	..	65 962
1976	2 757	18 425	44 299	11 548	622	77 651
1977	1 974	18 061	47 742	13 320	628	81 725
1978	2 821	22 360	58 790	16 652	770	101 393
1979	1 913	25 473	68 267	20 963	4 183	120 799
1980	1 607	29 677	74 342	23 475	6 145	135 246
1981	1 633	35 441	78 553	24 168	8 419	148 214
1982	1 258	39 233	85 056	25 576	10 893	162 016
1983	1 502	41 515	91 161	27 172	11 197	172 547
1984	1 546	45 557	98 004	28 139	11 503	184 749
1985	1 428	48 168	103 570	31 226	11 340	195 732
1986	1 044	50 709	106 293	33 878	11 875	203 799
1987	921	55 500	112 746	35 061	12 172	216 400
1988	1 017	57 572	121 422	37 361	12 094	229 466
1989	500	59 823	132 560	40 175	11 938	244 996
1990	613	67 649	144 381	43 706	11 122	267 471
1991	395	76 688	158 271	48 013	11 713	295 080
1992	548	83 269	172 170	50 882	8 681	315 550
1993	163	82 815	186 544	43 685	8 940	322 147
1994	155	84 594	206 548	40 506	5 819	337 622
1995	363	92 578	223 712	39 463	4 550	360 666

Anmärkning: För förskolor och fritidshem var mättdpunkten april åren 1975 och 1976 och februari åren 1977 och 1978. Fr o m 1979 är mättdpunkten 31 december.

Tabell 6. forts

År	Antal inskrivna barn i fritidshem			
	6 år ¹⁾	7–9 år	10 år och äldre	totalt
1975	..	18 188	2 525	20 713
1976	..	20 900	2 600	23 500
1977	..	22 901	3 171	26 072
1978	..	27 893	3 801	31 694
1979	..	34 367	4 173	38 540
1980	..	37 704	4 985	42 689
1981	..	40 911	5 610	46 521
1982	..	43 327	6 441	49 768
1983	..	46 000	7 479	53 479
1984	..	48 586	8 477	57 063
1985	..	52 882	9 581	62 463
1986	..	57 727	10 468	68 195
1987	..	64 951	11 121	76 072
1988	..	73 836	12 493	86 329
1989	..	82 861	14 907	97 768
1990	..	91 658	16 935	108 593
1991	..	100 157	16 360	116 517
1992	..	110 667	16 479	127 146
1993	..	122 318	10 428	132 746
1994	25 175	140 281	12 974	178 430
1995	34 291	159 559	16 135	209 985
	34 291	159 559	16 135	209 985

1) T o m år 1993 ingår 6-åringar i åldersgruppen 7–9 år.

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 7. Deltidsgrupper och familjedaghem (inkl trefamiljesystem) 1975–1995.
Antal inskrivna barn fördelade efter ålder

År	Antal inskrivna barn i deltidsgrupper ¹⁾			Antal inskrivna barn i familjedaghem ³⁾		
	3–5 år och yngre	6 år ²⁾ äldre	totalt	6 år och	7 år och	totalt
1975	22 930	89 100	112 030	49 811	17 825	67 636
1976	23 136	92 618	115 754	59 227	20 347	79 574
1977	23 722	93 359	117 081	67 332	23 549	90 881
1978	22 988	94 576	117 564	71 592	27 251	98 843
1979	20 379	87 510	107 889	77 898	31 628	109 526
1980	18 386	86 316	104 702	90 156	35 303	125 459
1981	16 540	78 561	95 101	91 530	39 948	131 478
1982	16 290	72 206	88 496	97 004	44 309	141 313
1983	15 150	67 643	82 793	103 177	46 661	149 838
1984	14 450	64 169	78 619	108 808	48 977	157 785
1985	13 770	64 255	78 025	113 466	48 942	162 408
1986	13 895	62 114	76 009	116 000	51 595	167 595
1987	14 412	58 811	73 223	118 677	53 424	172 101
1988	13 486	55 853	69 339	119 995	53 013	173 008
1989	14 059	53 258	67 317	117 825	51 755	169 580
1990	12 586	50 525	63 111	110 536	45 535	155 891
1991	11 582	53 927	65 509	104 988	40 365	145 353
1992	9 492	51 316	60 808	99 855	34 895	134 750
1993	8 815	56 485	65 300	98 235	29 932	128 167
1994	6 568	59 805	66 373	101 345	28 085	129 430
1995	5 652	61 282	66 934	99 730	23 565	123 295

Anmärkning: För familjedaghem var mättdpunkten oktober 1975–1979.
Fr o m 1980 är mättdpunkten 31 december.

1) Samtliga inskrivna barn i deltidsgupper – även de barn som också är inskrivna i daghem/fritidshem och familjedaghem.

2) Inklusive ett fåtal 7-åringar.

3) Inklusive trefamiljesystem.

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 8. *Daghem, fritidshem och familjedaghem (inkl trefamiljesystem) 1975–1995.
Andel inskrivna barn i procent av befolkningen i respektive åldrar*

År	Inskrivna barn i procent av samtliga barn i befolkningen i respektive åldrar Daghem och familjedaghem ¹⁾					
	Ålder					
	1–2 år	3–6 år	1–6 år totalt	därav		
				daghem	fritidshem	familjedaghem
1975	16	17	17	10	..	7
1976	18	21	20	11	..	9
1977	20	23	22	12	..	10
1978	23	28	26	15	..	11
1979	27	33	31	19	..	12
1980	31	38	36	21	..	15
1981	34	41	39	23	..	15
1982	38	45	42	26	..	16
1983	41	48	46	28	..	18
1984	43	52	49	30	..	19
1985	45	55	52	32	..	19
1986	45	57	53	33	..	20
1987	47	60	55	35	..	20
1988	47	62	56	36	..	20
1989	45	64	57	38	..	19
1990	44	64	57	40	..	17
1991	45	65	58	42	..	16
1992	46	65	59	44	..	14
1993	46	63	58	44	..	14
1994	48	70	63	45	3	14
1995	53	74	67	49	5	14

Anmärkning: För förskolor och fritidshem var mättdpunkten april åren 1975 och 1976 och februari åren 1977 och 1978. Fr o m 1979 är mättdpunkten 31 december. För familjedaghem var mättdpunkten oktober åren 1975–1979. Fr o m 1980 är mättdpunkten 31 december.

1) inkl trefamiljesystem

Tabell 8. forts

År	Inskrivna barn i procent av samtliga barn i befolkningen i respektive åldrar. Fritidshem och familjedaghem ¹⁾			
	Ålder			
	7-9 år totalt	därav		10-12 år
		fritidshem	familjedaghem	
1975	9	5	4	1
1976	10	6	4	1
1977	12	7	5	2
1978	15	9	6	2
1979	19	11	8	2
1980	22	13	9	3
1981	24	14	10	3
1982	28	16	12	4
1983	31	18	13	4
1984	34	20	14	5
1985	37	22	15	5
1986	40	24	16	6
1987	42	26	16	6
1988	45	29	16	7
1989	48	32	16	7
1990	49	35	14	8
1991	51	38	13	7
1992	51	40	11	7
1993	51	42	9	5
1994	52	44	8	5
1995	54	48	6	6

1) inkl trefamiljesystem

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 9. Barn med kontaktperson enl SoL/LVU, SoL-vård och/eller LVU-vård någon gång under respektive år. Antal barn per insatstyp 1985–1995

År	Barn med kontaktperson (SoL o LVU)		Barn med SoL-vård		Barn med LVU-vård ¹⁾	
	Antal	Per 1 000 av medelfolk- mängden 0–17 år	Antal	Per 1 000 av medelfolk- mängden 0–17 år	Antal	Per 1 000 av medelfolk- mängden 0–17 år
1985	7 359	4	11 376	6	6 140	3
1986	8 298	5	11 263	6	5 572	3
1987	9 052	5	11 082	6	5 163	3
1988	9 591	5	10 704	6	4 816	3
1989	10 296	6	10 520	6	4 596	3
1990	11 124	6	10 639	6	4 685	3
1991	12 236	7	10 627	6	4 610	2
1992	13 170	7	10 500	6	4 664	2
1993	14 173	7	10 587	6	4 731	3
1994	15 198	8	10 526	5	4 921	3
1995	16 332	8	10 602	5	4 966	3

1) Inkl "omedelbara omhändertaganden"

Tabell 9. forts

År	Barn med SoL- och/eller LVU-vård ¹⁾		Totala antalet barn med en eller flera insatser	
	Antal	Per 1000 av medelfolk- mängden 0–17 år	Antal	Per 1000 av medelfolk- mängden 0–17 år
1985	16 882	9	22 707	12
1986	16 201	9	22 835	12
1987	15 644	9	23 017	13
1988	15 036	8	22 920	12
1989	14 632	8	23 185	13
1990	14 804	8	24 067	13
1991	14 671	8	24 965	13
1992	14 559	8	25 720	13
1993	14 673	8	26 673	14
1994	14 707	8	27 681	14
1995	14 794	8	28 702	15

1) Inkl "omedelbara omhändertaganden"

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 10. Nyttillkomna barn med kontaktperson enl SoL/LVU, SoL-vård och/eller LVU-vård 1985–1995. Nyttillkomna barn med en eller flera insatser

År	Nyttillkomna barn med SoL- och/eller LVU-vård ¹⁾		Totala antalet nyttillkomna barn med en eller flera insatser	
	Antal	Per 1000 av medelfolk- mängden 0–17 år	Antal	Per 1000 av medelfolk- mängden 0–17 år
1985	2 926	2	4 882	2
1986	2 913	2	5 044	2
1987	2 710	1	4 979	1
1988	2 631	1	4 967	1
1989	2 532	1	5 053	1
1990	2 980	2	5 636	2
1991	2 813	1	5 960	1
1992	2 852	1	6 145	1
1993	3 068	2	6 642	2
1994	3 112	2	6 973	2
1995	3 007	2	6 974	2

1) Inkl "omedelbara omhändertaganden"

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 11. Barn med pågående insatser enligt SoL och/eller LVU den 31 december 1985–1995.
Antal barn per insatstyp

År	Barn med kontaktperson (SoL o LVU)		Barn med SoL-vård		Barn med LVU-vård ¹⁾		Totala antalet barn med en eller flera insatser	
	Antal	Per 1 000 barn 0–17 år 31 december	Antal	Per 1 000 barn 0–17 år 31 december	Antal	Per 1 000 barn 0–17 år 31 december	Antal	Per 1 000 barn 0–17 år 31 december
1985	4 946	3	5 595	3	2 852	2	12 914	7
1986	5 624	3	5 745	3	2 649	1	13 449	7
1987	6 166	3	5 754	3	2 448	1	13 775	7
1988	6 599	4	5 866	3	2 277	1	14 115	8
1989	7 134	4	5 813	3	2 331	1	14 593	8
1990	7 653	4	5 926	3	2 372	1	15 259	8
1991	8 342	4	5 987	3	2 485	1	16 112	8
1992	8 844	5	5 937	3	2 542	1	16 589	9
1993	9 446	5	5 877	3	2 753	1	17 371	9
1994	10 111	5	6 164	3	3 068	2	18 648	10
1995	11 353	6	6 917	4	3 699	2	21 094	11

1) Inkl "omedelbara omhändertaganden"

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 12. Barn med påbörjade insatser enligt SoL och/eller LVU 1985–1995

År	Barn med SoL och/eller LVU-vård ¹⁾		Totala antalet barn med en eller flera insatser	
	Antal	Per 1 000 av medelfolk- mängd 0–17 år	Antal	Per 1 000 av medelfolk- mängd 0–17 år
1985	4 766	3	7 563	4
1986	4 706	3	7 758	4
1987	4 517	2	7 753	4
1988	4 301	2	7 568	4
1989	4 127	2	7 737	4
1990	4 508	2	8 346	4
1991	4 466	2	8 978	5
1992	4 551	2	9 283	5
1993	4 909	3	10 140	5
1994	5 206	3	10 979	6
1995	5 210	3	11 340	6

1) Inkl "omedelbara omhändertaganden"

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 13. Genomsnittlig vårdkostnad per dygn för barn och unga i familjehem och i hem för vård eller boende (HVB) 1995, samt förändring i procent mellan 1994–1995

Kommungrupp	Familjehem		HVB	
	Medel- tal, kr	Förändring 1994–1995, i procent fasta priser	Medel- tal, kr	Förändring 1994–1995, i procent fasta priser
Storstäder	286	–6	1 660	6
Förortskommuner	359	4	1 653	–2
Större städer	328	–8	1 614	–1
Medelstora städer	350	3	1 650	3
Industrikommuner	381	5	1 539	–4
Landsbygds- kommuner	372	–4	1 593	1
Glesbygds- kommuner	301	–5	1 018	–19
Övriga större kommuner	346	–5	1 571	2
Övriga mindre kommuner	424	12	1 380	–18
Riket (ovägt)	361	1	1 511	–5
(vägt)	334	–3	1 618	1

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten

Tabell 14. Antal barn för vilka faderskap fastställts eller som har varit föremål för faderskapsutredning 1990–1995

År	Fastställt genom bekräftelse					Fastställt genom dom	Utredning nedlagd
	Antal	Andel av nyfödda, %	Antal genom S-protokoll	MF-protokoll	Ä-protokoll		
1990	56 337	45	50 268	5 847	73	466	348
1991	57 864	47	51 542	5 991	124	469	425
1992	60 752	50	53 950	6 335	130	474	391
1993	58 943	50	52 352	6 187	130	531	362
1994	57 042	51				447	392
1995	55 141	53	49 028	6 005	108	371	403

S-protokoll upprättas när parterna sammanbor.

MF-protokoll upprättas när parterna ej sammanbor eller då faderskapet är ifrågasatt.

Ä-protokoll upprättas när mannen i äktenskapet erkänner att annan man är far till barnet.

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 15. Andel barn för vilka föräldrarna under 1995 anmält gemensam vårdnad i samband med faderskapsbekaftelsen i olika kommungrupper

Kommungrupp	Barn med fastställda faderskap			
	Totalt			
	Antal	Andel med gemensam vårdnad, %		
Min-värde		Medel-värde	Max-värde	
Storstäder	8 363	75	82	84
Förortskommuner	8 166	47	85	99
Större städer	14 761	58	88	96
Medelstora städer	8 030	53	86	97
Industrikommuner	4 779	71	90	100
Landsbygdskommuner	3 086	68	91	00
Glesbygdskommuner	1 759	68	86	100
Övriga kommuner, större	3 931	51	86	96
Övriga kommuner, mindre	2 266	73	89	100
Riket	55 141	47	87	100

Kommungrupp	Barn med fastställda faderskap genom S-protokoll					MF-protokoll			
	Antal	Andel med gemensam vårdnad, %				Antal	Andel med gemensam vårdnad, %		
		Min-värde	Medel-värde	Max-värde			Min-värde	Medel-värde	Max-värde
Storstäder	6 711	91	91	95		1 613	15	44	54
Förortskommuner	7 101	51	90	100		1 051	0	51	83
Större städer	13 169	65	93	99		1 572	17	48	100
Medelstora städer	7 322	56	91	100		696	0	37	79
Industrikommuner	4 432	74	94	100		341	0	45	100
Landsbygdskommuner	2 900	70	94	100		184	0	39	100
Glesbygdskommuner	1 671	68	89	100		87	0	37	100
Övriga kommuner, större	3 601	56	90	98		320	0	47	100
Övriga kommuner, mindre	2 121	75	93	100		141	0	45	100
Riket	49 028	51	92	100		6 005	0	45	100

S-protokoll upprättas när parterna sammanbor.

MF-protokoll upprättas när parterna ej sammanbor eller då faderskapet är ifrågasatt.

Ä-protokoll upprättas när mannen i äktenskapet erkänner att annan man är far till barnet.

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 16. Flyttningar till Sverige 1985–1995, – utomnordiska medborgare

Inflyttningsår	Män	Kvinnor	Samtliga
1985	10 459	9 052	19 511
1986	13 361	11 807	25 168
1987	14 721	13 558	28 279
1988	17 293	15 677	32 970
1989	21 263	18 766	40 029
1990	18 857	18 511	37 368
1991	18 498	17 572	36 070
1992	16 631	16 505	33 136
1993	24 131	25 103	49 234
1994	33 366	34 672	68 038
1995	13 406	15 797	29 203
Totalt	201 986	197 020	399 006

Källa: SCB, Befolkningsstatistiken

Tabell 17. Flyttningar till Sverige åren 1985–1995, – utomnordiska medborgare.
Fördelning efter kön och ålder

Inflyttningsår/Kön	0–6 år	7–17 år	18–64 år	65–	Summa
Män					
1985	1 692	1 279	7 331	157	10 459
1986	2 095	1 883	9 171	212	13 361
1987	2 133	2 257	10 121	210	14 721
1988	2 362	2 679	11 942	310	17 293
1989	2 629	3 692	14 595	347	21 263
1990	2 679	3 281	12 561	336	18 857
1991	2 533	3 282	12 363	319	18 498
1992	2 225	3 087	10 977	342	16 631
1993	3 304	4 586	15 869	372	24 131
1994	4 587	7 266	20 729	784	33 366
1995	1 574	2 136	9 051	645	13 406
Totalt	27 813	35 429	134 710	4 034	201 986
Kvinnor					
1985	1 632	1 215	5 916	289	9 052
1986	2 033	1 510	7 876	388	11 807
1987	2 159	1 936	9 052	411	13 558
1988	2 163	2 328	10 618	568	15 677
1989	2 531	3 095	12 508	632	18 766
1990	2 515	2 980	12 344	672	18 511
1991	2 405	2 855	11 630	682	17 572
1992	2 015	2 722	11 095	673	16 505
1993	3 135	4 368	16 812	788	25 103
1994	4 303	6 646	22 396	1 327	34 672
1995	1 515	1 986	10 972	1 324	15 797
Totalt	26 406	31 641	131 219	7 754	197 020

Källa: SCB, Befolkningsstatistiken

Tabell 18. Socialbidragshushåll efter hushållstyp. Förändringar i procent 1990–1995

Hushållstyp	Svenska hushåll			Utländska hushåll exkl flyktingar		
	Antal		Föränd- ring i %	Antal		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
Ensamstående män						
utan barn	80 791	110 513	37	10 744	19 986	86
med barn	4 437	5 304	20	649	1 349	108
Ensamstående kvinnor						
utan barn	49 218	74 045	50	6 676	13 780	106
med barn	40 842	46 637	14	4 799	9 097	90
Gifta par/samboende						
utan barn	9 681	10 211	5	2 797	7 261	160
med barn	22 496	24 267	8	6 531	16 439	152
Övrig	–	245	–	–	146	–
Samtliga	207 465	271 222	31	32 196	68 058	111
	Flyktinghushåll			Samtliga hushåll		
	Antal		Föränd- ring i %	Antal		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
Ensamstående män						
utan barn	12 610	13 145	4	104 145	143 644	38
med barn	989	955	–3	6 075	7 608	25
Ensamstående kvinnor						
utan barn	5 819	8 296	43	61 713	96 121	56
med barn	3 452	3 374	–2	49 093	59 108	20
Gifta par/samboende						
utan barn	3 332	6 186	86	15 810	23 658	50
med barn	11 283	17 344	54	40 310	58 050	44
Övrig	–	122	–	–	513	–
Samtliga	37 485	49 422	32	277 146	388 702	40

Källa: Socialbidragsstatistiken

Tabell 19. Socialbidragshushåll efter registerledarens ålder. Förändringar i procent 1990–1995

Register- ledarens ålder	Svenska hushåll			Utländska hushåll exkl flyktingar		
	Antal		Föränd- ring i %	Antal		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
–17 år	1 092	846	–23	173	310	79
18–24 år	45 613	83 531	83	5 427	12 402	129
25–29 år	35 288	38 090	8	5 680	10 584	86
30–39 år	54 791	65 124	19	9 749	20 660	112
40–49 år	37 789	46 102	22	5 240	11 815	125
50–59 år	14 883	20 598	38	2 354	4 858	106
60–64 år	4 584	4 137	–10	1 057	1 960	85
65–74 år	7 775	6 777	–13	1 633	3 696	126
75–w år	5 650	6 017	6	883	1 773	101
Summa	207 465	271 222	31	32 196	68 058	111
	Flykting hushåll			Samtliga hushåll		
	Antal		Föränd- ring i %	Antal		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
–17 år	373	238	–36	1 638	1 394	–15
18–24 år	7 394	7 750	5	58 434	103 683	77
25–29 år	8 142	8 159	0	49 110	56 833	16
30–39 år	11 833	15 942	35	76 373	101 726	33
40–49 år	4 691	8 121	73	47 720	66 038	38
50–59 år	2 205	3 881	76	19 442	29 337	51
60–64 år	944	2 078	120	6 585	8 175	24
65–74 år	1 315	2 467	88	10 723	12 940	21
75–w år	588	786	34	7 121	8 576	20
Summa	37 485	49 422	32	277 146	388 702	40

Källa: Socialbidragsstatistiken

Tabell 20. Utbetalt socialbidrag efter hushållstyp. Förändringar i procent 1990–1995.
Fasta priser i 1990 års nivå

Hushållstyp	Svenska hushåll			Utländska hushåll exkl flyktingar		
	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
Ensamstående män						
utan barn	906	1 704	88	158	435	175
med barn	58	89	53	14	45	213
Ensamstående kvinnor						
utan barn	479	955	99	158	367	133
med barn	602	773	28	122	247	103
Gifta par/samboende						
utan barn	114	178	56	75	246	227
med barn	344	501	46	176	652	271
Övriga	–	2	–	–	2	–
Totalt	2 503	4 203	68	703	1 994	184
	Flyktinghushåll			Samtliga hushåll		
	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
Ensamstående män						
utan barn	328	446	36	1 392	2 585	86
med barn	38	48	24	111	182	64
Ensamstående kvinnor						
utan barn	167	311	86	804	1 634	103
med barn	151	166	10	875	1 186	36
Gifta par/samboende						
utan barn	150	386	158	339	810	139
med barn	680	1 231	81	1 200	2 384	99
Övriga	–	2	–	–	6	–
Totalt	1 515	2 591	71	4 721	8 787	86

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 21. Utbetalt socialbidrag efter registerledarens ålder. Förändringar i procent 1990–1995.
Fasta priser i 1990 års nivå

Register- ledarens ålder	Svenska hushåll			Utländska hushåll exkl flyktingar		
	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
–17 år	13	10	–23	2	4	84
18–24 år	475	1 131	138	82	263	221
25–29 år	440	584	33	102	272	165
30–39 år	774	1 142	48	201	615	206
40–49 år	505	796	58	114	379	232
50–59 år	171	352	106	64	163	155
60–64 år	43	70	65	39	79	103
65–74 år	49	71	45	64	150	133
75–w år	33	46	38	34	67	101
Summa	2 503	4 203	68	703	1 994	184
	Flyktinghushåll			Samtliga hushåll		
	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %	Utbetalt bidrag milj kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
–17 år	7	6	–14	22	20	–10
18–24 år	193	260	35	749	1 654	121
25–29 år	266	351	32	809	1 207	49
30–39 år	533	886	66	1 507	2 643	75
40–49 år	255	545	114	874	1 721	97
50–59 år	124	251	103	359	766	113
60–64 år	51	123	143	132	273	106
65–74 år	63	133	111	177	354	101
75–w år	24	36	48	91	149	64
Summa	1 515	2 591	71	4 721	8 787	86

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 22. Genomsnittligt socialbidrag per år efter hushållstyp. Förändring i procent 1990–1995.
Fasta priser i 1990 års nivå

Hushållstyp	Svenska hushåll			Utländska hushåll exkl flyktingar		
	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
Ensamstående män						
utan barn	11	15	38	15	22	48
med barn	13	17	28	22	33	50
Ensamstående kvinnor						
utan barn	10	13	32	24	27	13
med barn	15	17	12	25	27	7
Gifta par/samboende						
utan barn	12	17	48	27	34	26
med barn	15	21	35	27	40	47
Övrig	–	8	–	–	11	–
Samtliga	12	16	29	22	29	34
	Flyktinghushåll			Samtliga hushåll		
	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
Ensamstående män						
utan barn	26	34	30	13	18	35
med barn	39	50	29	18	24	31
Ensamstående kvinnor						
utan barn	29	37	31	13	17	30
med barn	44	49	12	18	20	13
Gifta par/samboende						
utan barn	45	62	39	21	34	60
med barn	60	71	18	30	41	38
Övrig	–	19	–	–	12	–
Samtliga	40	52	30	17	23	33

Källa: Socialbidragsstatistiken

Tabell 23. Genomsnittligt socialbidrag per år efter registerledarens ålder.
Förändring i procent 1990–1995. Fasta priser i 1990 års nivå

Register- ledarens ålder	Svenska hushåll			Utländska hushåll exkl flyktingar		
	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
–17 år	12	12	–1	13	13	3
18–24 år	10	14	30	15	21	40
25–29 år	12	15	23	18	26	42
30–39 år	14	18	24	21	30	44
40–49 år	13	17	29	22	32	47
50–59 år	12	17	49	27	34	24
60–64 år	9	17	82	37	40	9
65–74 år	6	11	66	39	41	3
75–w år	6	8	29	38	38	0
Summa	12	15	28	22	29	34

	Flyktinghushåll			Samtliga hushåll		
	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %	Genomsnittligt bidrag i 1 000-tal kr		Föränd- ring i %
	1990	1995		1990	1995	
–17 år	18	25	36	13	14	6
18–24 år	26	34	29	13	16	24
25–29 år	33	43	32	16	21	29
30–39 år	45	56	23	20	26	32
40–49 år	54	67	23	18	26	42
50–59 år	56	65	15	18	26	41
60–64 år	54	59	11	20	33	66
65–74 år	48	54	13	16	27	66
75–w år	41	46	11	13	17	36
Summa	40	52	30	17	23	33

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 24. Vuxna som p g a missbruk var intagna den 31 december respektive år i hem för vård eller boende. Frivilligt intagna och tvångsintagna 1985–1995

År	Tvångsintagna	Frivilligt intagna	Totalt	
			Antal intagna	Antal per 10 000 av befolkningen 18–64 år
1985	273	3 962	4 235	8,4
1986	304	3 818	4 122	8,1
1987	326	3 839	4 165	8,2
1988	337	3 660	3 997	7,8
1989	748	4 291	5 039	9,8
1990	708	3 794	4 502	8,7
1991	753	4 168	4 921	9,4
1992	651	3 403	4 054	7,7
1993	577	3 207	3 784	7,2
1994	575	2 996	3 571	6,7
1995	479	3 251	3 730	7,0

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 25. Antal personer samt andelen i olika åldersgrupper som den 31 december respektive år bodde i särskilda boendeformer. 1992–1995

År	Totalt antal personer	I procent av antalet invånare i resp åldersgrupp			
		–64 år	65–79 år	80–w år	65–w år
1992	118 618	0,2	2,7	21,2	7,4
1993	129 066	0,2	2,8	22,5	7,9
1994	135 536	0,2	3,0	23,2	8,3
1995	135 414	0,2	3,0	23,2	8,4

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 26. Antal personer samt andelen i olika åldersgrupper som erhöll social hemhjälp under november respektive år. 1992–1995

År	Totalt antal personer	I procent av antalet invånare i resp åldersgrupp			
		–64 år	65–79 år	80–w år	65–w år
1992	206 558	0,3	6,0	29,4	11,9
1993	203 564	0,3	5,5	27,8	11,3
1994	196 004	0,3	5,5	28,0	11,4
1995	187 474	0,2	5,1	27,0	11,0

Källa: Socialtjänststatistiken

Tabell 27. Variationer i andel personer 80 och äldre i särskilda boendeformer respektive med social hemhjälp i ordinärt boende den 31 december respektive år. 1993–1995

	Andel (%) i särskilda boendeformer av inv 80–w:			Andel (%) i ordinärt boende med social hemhjälp av inv 80–w:		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995
Maxvärde	36	42	45	43	40	42
Median	24	24	25	24	22	21
Minvärde	11	13	13	7	6	4

Källa: Jämförelsetal för socialtjänsten

Tabell 28. *Personer med social hemhjälp i olika åldersgrupper fördelade efter antal hjälptimmar under november resp år. 1990–1995. Procentuell fördelning*

–64 år	Nov 1990	Nov 1991	Nov 1992	Nov 1993	Nov 1994	Nov 1995
Antal hjälpta personer fördelade på:	25 630	25 077	23 274	22 302	20 062	17 555
1–9 tim	41,7	39,7	37,4	36,3	39,7	41,2
10–25 tim	25,2	25,4	25,0	24,3	26,2	26,9
26–49 tim	14,3	14,8	15,0	14,9	14,6	14,7
50–119 tim	12,2	12,9	14,2	14,7	12,8	12,6
120–w tim	6,6	7,2	8,4	9,8	6,7	4,6
65–79 år	Nov 1990	Nov 1991	Nov 1992	Nov 1993	Nov 1994	Nov 1995
Antal hjälpta personer fördelade på:	80 823	76 296	68 685	62 750	61 816	57 817
1–9 tim	49,4	48,6	46,3	37,0	36,3	34,4
10–25 tim	25,4	25,3	24,9	25,4	25,0	24,7
26–49 tim	12,8	13,3	14,2	17,1	17,6	18,1
50–119 tim	9,8	10,3	11,5	16,3	16,7	18,0
120–w tim	2,6	2,5	3,1	4,2	4,4	4,7
80–w år	Nov 1990	Nov 1991	Nov 1992	Nov 1993	Nov 1994	Nov 1995
Antal hjälpta personer fördelade på:	117 130	119 235	114 599	110 661	114 126	112 102
1–9 tim	49,4	48,6	46,3	37,0	36,3	34,4
10–25 tim	25,4	25,3	24,9	25,4	25,0	24,7
26–49 tim	12,8	13,3	14,2	17,1	17,6	18,1
50–119 tim	9,8	10,3	11,5	16,3	16,7	18,0
120–w tim	2,6	2,5	3,1	4,2	4,4	4,7

Källa: Societjänststatistiken

Tabell 29. Variationer mellan och inom olika kommungrupper av andel personer 80 år eller äldre i särskilt boende eller med social hemhjälp och/eller hemsjukvård i ordinärt boende av samtliga invånare i åldersgruppen, 31 december 1995. Procent

Kommungrupp	Maxvärde	Median	Minvärde
Storstäder	23	22	17
Förortskommuner	28	20	4
Större städer	29	22	11
Medelstora städer	31	20	11
Industrikommuner	34	21	12
Landsbygdskommuner	38	21	5
Glesbygdskommuner	42	24	11
Övriga större kommuner	34	22	15
Övriga mindre kommuner	34	20	9
Riket	42	21	4

Källa: Jämföresletal för socialtjänsten

Kommungruppsindelning

Socialstyrelsen publicerar varje år *Jämförelsetal för socialtjänsten* tillsammans med Svenska Kommunförbundet och SCB. I publikationen redovisas ett antal nyckeltal för varje verksamhetsgren, i syfte att möjliggöra jämförelse mellan dels enskilda kommunerna, dels olika kommungrupper. Indelningen i kommungrupper utgår från folkmängd, läge, tätortsgrad, invånare/km² och näringsstruktur. Uppgifterna om folkmängd, tätortsgrad och näringsstruktur är hämtade från 1990 års Folk- och bostadsräkning (FoB90)

I 1996 års Jämförelsetal för socialtjänsten ingår följande kommuntyper.

Storstad: Kommun med en folkmängd som överstiger 200 000 invånare.

Förortskommun: Förortskommun till storstad. Antingen pendlar mer än hälften av de förvärvsarbetande till arbete i en annan kommun eller 25 procent till arbete i en storstad.

Större stad: Kommun med minst 50 000 invånare, med tätortsgrad över 70 procent samt med mindre än 40 procent sysselsatta inom industrin.

Medelstor stad: Kommun med mellan 20 000 och 50 000 invånare, med tätortsgrad över 70 procent samt med mindre än 40 procent sysselsatta i industri.

Industrikommun: Kommun som inte är glesbygdskommun med mer än 40 procent sysselsatta inom industrin.

Landsbygdskommun: Kommun som inte är glesbygdskommun, med mer än 8,7 procent sysselsatta inom jord- och skogsbruk och en tätortsgrad under 70 procent.

Glesbygdskommun: Kommun med mindre än 20 000 invånare och mindre än fem invånare/km².

Övrig större kommun: Övriga kommuner med mellan 15 000 och 50 000 invånare.

Övrig mindre kommun: Övriga kommuner med mindre än 15 000 invånare.

Under 1990-talets första hälft har stora förändringar skett i samhället. En djup samhällsekonomisk kris har tvingat fram besparingar i de offentliga utgifterna samtidigt som reformer inom socialtjänstens område har skärpt och vidgat kommunernas ansvar för medborgarna. Nyttillkomna och växande behov hos olika grupper har dock inte som tidigare kunnat mötas med ökade utgifter. Istället har den nya tidens krav tvingat fram rationaliseringar, samverkan och nya organisatoriska lösningar.

I *Social service, vård och omsorg i Sverige 1996* ges en bred beskrivning av socialtjänstens utveckling mellan 1990 och 1995. Mot en bakgrundsbeskrivning av samhällsutvecklingen under perioden, kommunernas nya roll samt kommunernas och hushållens ekonomiska situation behandlas följande områden i var sitt kapitel:

- Barnomsorg
- Barn som far illa och ungdom i riskzonen
- Familjerätt och familjerådgivning
- Handikappomsorg
- Socialbidrag
- Missbruk
- Kommunalt flyktingmottagande
- Äldreomsorg

Boken vänder sig främst till politiker och tjänstemän inom socialtjänsten och angränsande verksamheter.

Boken kan köpas från Fritzes, Kundtjänst, 106 47 Stockholm
tel 08-690 91 90, orderfax 08-690 91 91, e-post fritzes.order@liber.postnet.se
ISBN 91-7201-152-1