

Individ- och familjeomsorg

Lägesrapport 2018



Individ- och familjeomsorg

Lägesrapport 2018

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2018-2-20
Omslagsfoto	Scandinav/Johnér bildbyrå AB
Tryck	Ätta.45 Tryckeri AB, februari 2018

Förord

I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen samt missbruks- och beroendevården, inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i landsting och kommuner.

Rapporten har sammanställts av Ebba Hedlund. Flera medarbetare vid myndigheten har medverkat. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning.....	7
Social barn- och ungdomsvård	8
Insatser	9
Utvecklingsområden.....	14
Ensamkommande barn och unga	17
Sexuella övergrepp, exploatering och människohandel med barn	23
Kompetens – en nyckelfråga i myndighetsutövningen.....	24
Arbetet för våldsutsatta	28
Våldsbejakande extremism 2018	31
Ekonomiskt bistånd.....	33
Utveckling	37
Läget inom rättstillämpningen.....	40
Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	41
Samhällets ansvar för hemlösheten.....	41
Hemlösheten i Sverige 2017	42
Socialtjänstens boendeinsatser till hemlösa	47
Kommunernas arbete för att motverka hemlöshet.....	48
Missbruks- och beroendevård.....	50
Sammanfattande iakttagelser	50
Aktuell utveckling i befolkningen	50
Få får rådgivning från primärvården om alkohol och tobak	54
Vård och behandling	54
Kostnader för individ- och familjeomsorg	62
Referenser	64

Inledning

I den här lägesrapporten presenterar Socialstyrelsen en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, på följande områden:

- den sociala barn- och ungdomsvården
- det ekonomiska biståndet
- missbruks- och beroendevården
- arbetet för våldsutsatta och hemlösa.

Barns och ungas situation, och deras behov av stöd från socialtjänsten, återkommer i flera av rapportens delar och inte bara i kapitlet om den sociala barn- och ungdomsvården. I kapitlet om missbruks- och beroendevården behandlar Socialstyrelsen även delar av hälso- och sjukvårdens verksamhet inom området. Kostnadsutvecklingen inom individ- och familjeomsorgen beskrivs också. Varje kapitel inleds med sammanfattande iakttagelser.

Analyserna och slutsatserna bygger på aktuella utredningar och rapporter, på öppna jämförelser av socialtjänsten och på analyser genomförda med hjälp av Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister samt nationella kvalitetsregister och Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper. För utvalda områden har myndigheten gjort fördjupade analyser som inte är rapporterade tidigare.

Rapporten berör följande mål i Agenda 2030:

- Mål ett: Avskaffa fattigdom
- Mål två: Avskaffa hunger
- Mål tre: Säkerställa ett hälsosamt liv och välbefinnande i alla åldrar
- Mål fyra: Säkerställa en inkluderande och jämlik utbildning av god kvalitet och främja livslångt lärande för alla
- Mål fem: Uppnå jämställdhet, och alla kvinnors och flickors egenmakt.

Social barn- och ungdomsvård

Sammanfattande iakttagelser

Övergripande utveckling

- Antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige minskar. Socialtjänsten har därför delvis förändrat det arbete som är riktat till gruppen. Arbetet med att snabbt ordna placeringar har minskat jämfört med för ett par år sen. Antalet platser på hem för vård eller boende (HVB) har slutat att öka. Nu ökar i stället antalet platser på stödboenden.
- De ensamkommande barnen fortsätter att vara en stor behovsgrupp inom den sociala barn- och ungdomsvården, både för stöd och skydd och för samverkan med andra aktörer kring barnens och de ungas hälsa, utbildning, boende och arbete.
- Läget verkar nu stabiliseras för myndighetsutövningen i barn- och ungdomsvården, efter de senaste årens svårigheter att rekrytera och behålla personal.
- Flera utmaningar kvarstår och behöver nu mötas på nytt. Till exempel behöver många kommuner förbättra samverkan, både inom socialtjänsten och med andra aktörer, samt förbättra den systematiska uppföljningen och utvecklingen av arbetet.

Barnets rättigheter

- Det finns brister i barns delaktighet och i barns tillgång till information om socialtjänsten, och det behövs både nationella och lokala insatser för att komma tillrätta med dessa brister.
- Risk för diskriminering och annan negativ särbehandling behöver få större uppmärksamhet i arbetet för barn. Det gäller bland annat betydelse av kön och sexualitet samt nationella minoriteters rättigheter.
- Det finns risk att ensamkommande unga inte får samma tillgång till stöd efter att de fyllt 18 år, som andra i samma ålder, vilket medför risker för deras skolgång. Till exempel har andra unga som är i samhällsvård möjlighet att få stöd från socialtjänsten tills de fyller 21 år, men det får vanligtvis inte ensamkommande unga.
- Ensamkommande flickor riskerar att inte få stöd i samma utsträckning som ensamkommande pojkar. Det finns få HVB för enbart ensamkommande flickor och när de placeras på HVB tillsammans med en majoritet pojkar finns det sällan aktiviteter som är anpassade till flickors behov. Det gäller även nätverksplaceringar av flickor där de inte alltid har samma möjligheter som pojkar till fritidsaktiviteter.

Placeringar

- Det finns stor brist på kunskap om resultatet av insatser för placerade barn och unga. Därför är det viktigt att följa upp och utvärdera de metoder och arbetssätt som används i dag.
- Nätverksplaceringar behöver undersökas mer. För ensamkommande barn har nätverksplaceringar ofta inneburit en ökad trygghet, men det finns en oro inom socialtjänsten för att placeringarna i vissa fall inte har främjat barnens integration.
- För barn som tillhör de nationella minoriteterna kan samarbete mellan socialtjänsten och barnets nätverk, vid en placering, vara ett sätt att säkerställa barnets rätt till sitt språk och sin kultur.

Kompetens

- Kompetens hos socialtjänstens personal är en nyckelfråga i barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning. Flera nationella satsningar på kompetensutveckling har gjorts under de senaste åren, men det har varit svårt för kommunerna att genomföra satsningar, och dra nytta av dem, eftersom de har en pressad personalsituation och ett stort antal ensamkommande barn som behöver stöd. Det är också svårt att föra ut ny kunskap genom utbildning för socialsekreterare.
- Utvecklingen av introduktionsprogram för nyanställda socialsekreterare har varit positiv, med ett nationellt stöd som har kompletterats med läns- gemensamma program i allt fler delar av landet.

Insatser

Den sociala barn- och ungdomsvården möter många olika behov hos barn, unga och deras familjer. Vissa insatser är öppna och kan ges i hemmiljön, medan andra insatser innebär att barnet eller den unge placeras utanför hemmet, i den så kallade heldygnsvården. I detta avsnitt redovisas de senast tillgängliga uppgifterna från Socialstyrelsens statistik.

Öppenvårdsinsatser

Öppenvårdsinsatserna inom den sociala barn- och ungdomsvården kan innebära allt från stöd i ett tidigt skede, för att minska risken för framtida psykosociala svårigheter, till insatser som riktar sig till en viss målgrupp som redan har påtagliga problem.

Insatsen är oftast frivillig för den som erbjuds den. Insatsen kan antingen riktas direkt till barnet eller den unge, eller till vårdnadshavarna för att genom dem bli till nytta för barnet. Vissa insatser kan barn få även om en av vårdnadshavarna inte samtycker till insatsen, under vissa omständigheter enligt 6 kap. 13 a § föräldrabalken. Ett exempel är samtalskontakt med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Barn som har fyllt 15 år kan också få insatser utan vårdnadshavarnas samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det, enligt 3 kap. 6 a § andra stycket SoL.

Socialstyrelsens öppenvårdsstatistik baseras på uppgifter på aggregerad nivå, och är således inte individbaserad. Den innehåller insatser som är behovsprövade och som beslutats enligt SoL eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Insatser till barn och unga utan biståndsbeslut ingår inte, det vill säga öppna insatser som ges till barn och familjer såsom service utan utredning och beslut.

Omfattningen av öppenvårdsinsatser för barn och unga under 2016 förändrades inte nämnvärt jämfört med 2015 (tabell 1). Insatsen kontaktperson och kontaktfamilj samt insatsen personligt stöd enligt SoL minskade något (figur 1).

Tabell 1. Öppenvårdsinsatser för barn och unga 0–20 år.

Andel i befolkningen med minst ett beslut om behovsprövad öppenvårdsinsats enligt SoL eller LVU den 1 november 2016, fördelat efter ålder och kön. Antal per 1 000 invånare.

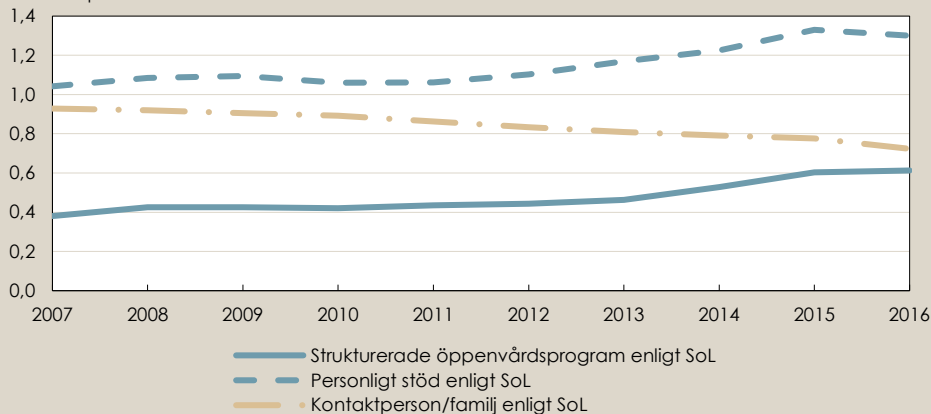
Ålder	Flickor	Pojkar
0–12 år	5	5
13–17 år	7	8
18–20 år	18	23

Följande insatser ingår: strukturerade öppenvårdsprogram, personligt stöd, kontaktperson/-familj och särskilt kvalificerad kontaktperson enligt SoL, samt särskilt kvalificerad kontaktperson/behandling 22 § LVU. Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Figur 1. Behovsprövade insatser* till barn och unga enligt SoL någon gång under respektive år 2007–2016

Andel i befolkningen**, procent.

Andel i procent



* Kontaktperson/-familj avser 3 kap. 6 § 3 st. Särskilt kvalificerad kontaktperson enligt 3 kap. 6 § 4 st. ingår inte.

** Avser befolkningen i åldern 0–20 år den 31 december respektive år.

Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Placeringar i heldygnsvård

Som placerade barn och unga räknas personer i åldersgruppen 0–20 år som får omvårdnad, stöd, fostran och ibland behandling i ett familjehem, jourhem, HVB eller stödboende med stöd av SoL eller LVU. Barn och unga med funktionsnedsättning kan även vara placerade med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Familjehem var länge den vanligaste placeringsformen för barn och unga i Sverige, men på senare år har bilden förändrats genom att fler ensamkommande barn har kommit till Sverige och då oftast placerats i HVB. Under senare år har det också blivit allt vanligare med konsulentstödda familjehem, där företag rekryterar familjehem, säljer tjänsten till kommunens socialtjänst och bistår hemmen med resurser, till exempel handledning. Tillståndsplikt infördes av riksdagen. Inspektionen för vård och omsorg, IVO införde 2017 krav på tillstånd för företag som ger konsulentstöd till familjehem och jourhem.

Stödboende är en ny placeringsform sedan den 1 januari 2016, för barn och unga som är 16–20 år. För barn som är 16–17 år krävs särskilda skäl, enligt 6 kap. 1 § SoL. Stödboende infördes för att det behövdes fler placeringsalternativ, och då särskilt en insats som är mindre ingripande än en placering i familjehem eller HVB. Stödboende kan vara ett fristående, första placeringsalternativ, eller fungera som en utslussning efter en period av vård i familjehem eller HVB. I stödboendet finns inget krav på att personal ska finnas på plats hela tiden. Personal ska dock vara tillgänglig dygnet runt och kunna komma dit vid behov, ”utan oskäligt dröjsmål med hänsyn tagen till barnets eller den unges trygghet och säkerhet”. Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:56) om stödboende, 7 kap. 3 §.

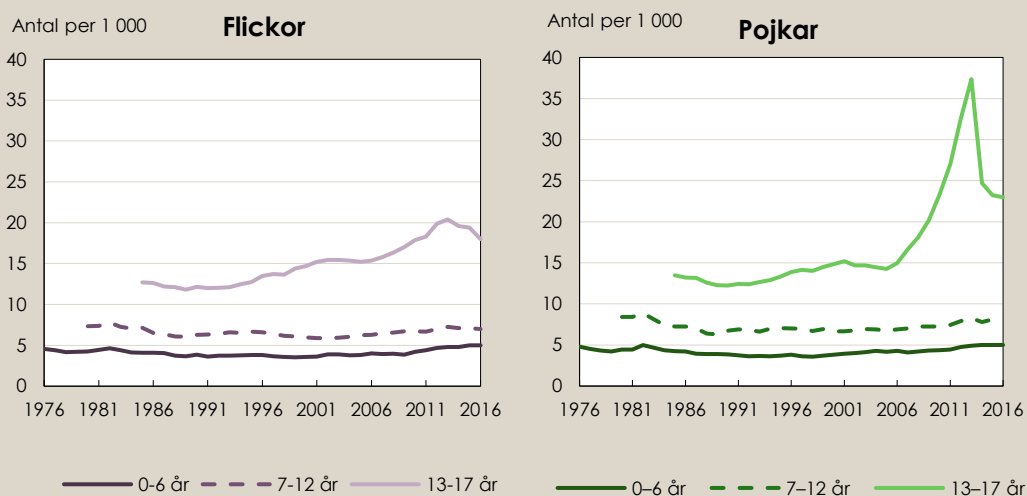
Det finns ingen heltäckande statistik över samtliga placerade barn och unga i Sverige, eftersom statistiken sedan 2014 bara omfattar personer med svenskt personnummer. Det innebär att ensamkommande asylsökande barn och unga inte ingår i statistiken förrän de får uppehållstillstånd.

Andelen barn 0–17 år som var placerade i heldygnsvård någon gång under året 2016 var densamma som 2015.

Till och med 2013 ökade andelen placerade barn, främst tonåringar, och det beror till största delen på att många ensamkommande barn sökte asyl i Sverige och fick placering. Minskningen 2014–2016 beror dels på att färre ensamkommande asylsökande kom till Sverige, dels på att barn utan svenskt personnummer inte längre ingår i statistiken.

Figur 2. Varit placerad någon gång under året

Andel barn i befolkningen som varit placerad i heldygnsvård* någon gång under året fördelat efter kön och ålder.

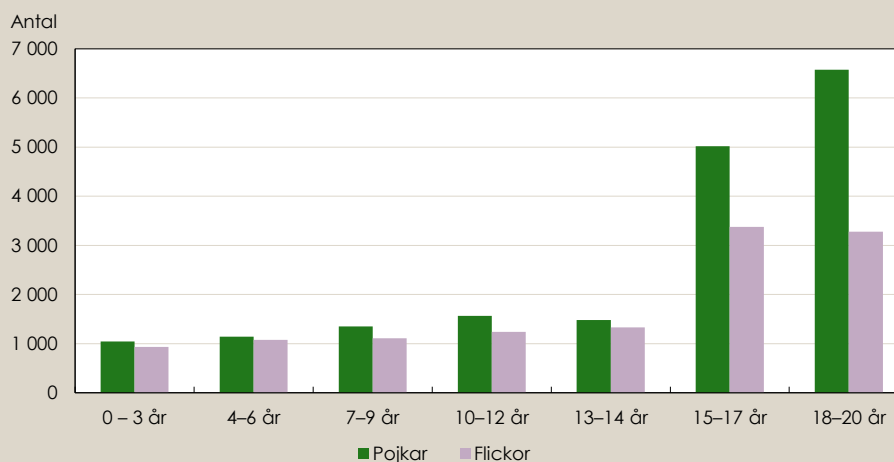


* Fr.o.m. år 2014 ingår bara personer med svenskt personnummer.

Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Figur 3. Heldygnsvård till barn och unga 2016

Antal barn och unga med svenskt personnummer som fått heldygnsvård någon gång under året.



Källa: Registret över insatser för barn och unga, Socialstyrelsen

Familjehemsvård

Rekryteringen av familjehem är en central fråga för familjehemsvården. Informationskampanjen "Min insats" lanserades 2017 för att öka allmänhetens kunskap om vad det innebär att vara familjehem, jourhem, kontaktperson, kontaktfamilj, god man eller särskilt förordnad vårdnadshavare. Syftet är att fler ska anmäla intresse hos kommunerna för att ta dessa uppdrag. På webbplatsen mininsats.se finns filmer och annat informationsmaterial. Dessutom har sociala medier aktivt använts som kanal under kampanjen. Det gjordes 160 000 sidvisningar på webbplatsen <http://mininsats.se/> under 2017 och

Socialstyrelsens inlägg på Facebook om kampanjen visades 1,4 miljon gånger. Kampanjen togs fram av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen.

Socialtjänsten inhämtar också information om familjer som vill bli familjehem och ger familjehemsföräldrar utbildning och stöd, som en del av arbetet för familjehemsplacerade barn och unga. I början av 2017 uppgav 82 procent att de använder bedömningsmetoden BRA-fam (Bedömning vid rekrytering av familjehem) för att hämta information om familjer som vill bli familjehem, och 80 procent av kommunerna uppgav att de erbjuder Socialstyrelsens grundutbildning "Ett hem att växa i" för familjehemsföräldrar. Totalt 42 procent av kommunerna sade att de hade en samlad plan för familjehemmens kompetensutveckling [1].

Det är mindre vanligt med insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn, trots att alla önskar stöd, både personer som har växt upp i familjehem, och deras föräldrar och familjehemsföräldrar. De efterlyser stöd till både barnen och familjehemmen under placeringen. Detta har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) sett i sin systematiska litteraturöversikt [2].

Ingen av de insatser som förekommer har utvärderats. SBU konstaterar att effekterna av insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn i Sverige behöver följas upp och utvärderas, liksom effekterna av BRA-fam och "Ett hem att växa i" [2].

HVB och stödboenden

Antalet boenden för barn och unga har ökat under 2010-talet. I flera år gällde ökningen HVB, men under de senaste två åren har situationen förändrats. Nu ökar antalet platser i den nya placeringsformen stödboende. Den 16 januari 2018 fanns det 500 stödboenden med totalt 6 884 platser, enligt statistik från IVO. Det innebär mer än en fördubbling sedan januari 2017, då det fanns 212 stödboenden med totalt 2 541 platser [3, 4].

HVB-vården har länge kännetecknats av en stor andel privata utförare, och under en period startade många offentligt drivna HVB för att ta emot det stora antalet ensamkommande barn och unga. För övriga barn och unga är det oftare privata HVB som gör utredningar, stödinsatser och hälsoundersökningar.

Det finns vissa skillnader i utbildningsnivå mellan privata och offentliga HVB som tar emot andra barn än ensamkommande, men personaltätheten är lika god för båda verksamhetsformer.

Flest anmärkningar från IVO har HVB-verksamheter fått på områdena

- trygghet och säkerhet
- personalens kompetens
- barnens självbestämmande och integritet (bara hos privata HVB).

Om kvaliteten i vården är bra eller inte är det svårt att uttala sig om, med de uppgifter som finns. Varken skillnaderna i utbildningsnivå eller uppgifterna från tillsynen säger något om resultatet av vården, det vill säga hur det går för barnen efter placeringen. Överhuvudtaget är det i dag svårt att mäta och följa upp HVB-vården utifrån tillgängliga uppgifter. Dessutom finns en brist på

vetenskapliga underlag om nyttan och effekten av olika vård- och behandlingsinsatser på HVB [5].

De särskilda ungdomshemmen

Statens institutionsstyrelses (SiS) institutioner för ungdomar är en form av HVB som finns över hela landet. I början av 2018 fanns 24 särskilda ungdomshem med cirka 700 platser för akuta situationer och för utredning, behandling eller utslussning. Särskilda platser fanns också för sluten ungdomsvård för personer mellan 15 och 18 år. De ungdomar som placeras inom SiS har psykosociala problem, till exempel missbruk, kriminalitet och självskadebeteende. Under de senaste åren har antalet platser ökat inom SiS. Samtidigt har det varit mycket stor efterfrågan på dessa platser, och det har från och till bildats kö.

SiS-institutionerna, liksom många andra HVB, har haft svårt att rekrytera medarbetare med rätt kompetens. År 2016 införde SiS ett undantag i kompetenskraven för behandlingsassistenter men det ordinarie kravet på tvåårig eftergymnasial utbildning fortsätter att gälla i de fall det är möjligt. Undantaget förlängdes med ytterligare ett år i slutet av 2017 [6].

Utvecklingsområden

Barns rättigheter

Information för barn om socialtjänsten

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, har barn rätt att få och sprida information och tankar av alla slag, i tal, skrift eller tryck. Tillgången till information för barn om socialtjänsten varierar i kommunerna. Här är några exempel:

- 47 procent gav skriftlig information till alla placerade barn om barns rättigheter, kontaktuppgifter till socialsekreterare och IVO:s funktion ”Barn- och ungdomslinjen”, i början av 2017.
- 42 procent hade en skriftlig rutin om att informera familjer om deras möjlighet att få en samordnad individuell plan (SIP) [7].

”Koll på soc” är en webbplats för barn om socialtjänsten och vad socialtjänsten ska erbjuda barn som behöver stöd och skydd. Socialstyrelsen och Barnombudsmannen har utvecklat den på regeringens uppdrag. Mellan den 1 januari och den 20 december 2017 hade webbplatsen cirka 80 000 besök och drygt 71 000 unika besökare.

Ökad kunskap om barns rättigheter och delaktighet

Regeringen har beslutat om ett kunskapslyft under 2017–2019 till verk samma inom statliga myndigheter, kommuner och landsting. Barnombudsmannen har fått i uppdrag att erbjuda stöd till dessa aktörer rörande tillämpningen av bestämmelserna i barnkonventionen. Kunskapslyftet omfattar tio statliga myndigheter som är särskilt berörda av barnets rättigheter och som har kommit långt i detta arbete. Socialstyrelsen är en av dessa myndigheter som arbetar med att analysera utvecklingsbehov och identifiera utvecklings-

områden i den praktiska tillämpningen av barnkonventionen. Det övergripande syftet med utvecklingsarbetet är att myndigheten bättre ska kunna bidra till att barn får sina rättigheter tillgodosedda inom sina ansvarsområden.

Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården betonar i sin slutrapport från 2017 vikten av ökad kunskap om hur barns delaktighet kan öka enligt det som står i barnkonventionen. Barns delaktighet är nödvändig för att de och deras föräldrar ska kunna stödjas på rätt sätt. Därför måste det finnas utrymme för det relationsskapande arbetet och tid att göra barn och unga delaktiga, menar samordnaren [8].

Diskriminering och rättigheter

Arbetet för barns rättigheter förutsätter kunskap om både barnkonventionen och andra lagar om mänskliga rättigheter, bland annat diskrimineringslagen (2008:567) och lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Förtroendet för socialtjänsten är lågt bland hbtq-personer, och särskilt bland transpersoner. Bristande kunskap om unga transpersoners villkor kan leda till diskriminering, dåligt bemötande och inadekvata insatser, konstaterar en statlig utredare i SOU 2017:92 *Transpersoner i Sverige* [9]. Socialstyrelsen har tagit fram en webbutbildning för personal i socialtjänsten, som kan användas antingen individuellt eller i grupper. Utbildningen riktar sig till hela Socialtjänsten och inte bara den sociala barn- och ungdomsvården.

En majoritet av kommunerna uppfattar att de inte alls eller i liten grad är berörda av kraven på stöd till och rättigheter för de fem nationella minoriteterna. Men barns och ungas behov av inflytande ska beaktas vid alla beslut som rör barn och unga som tillhör någon av de nationella minoriteterna. Barn har rätt till sitt språk och sin kultur. Socialtjänsten kan beakta det genom att till exempel placera ett omhändertaget barn i ett familjehem där barnets språk och kultur är en naturlig del. Detta skriver en annan statlig utredare i SOU 2017:60 *Nästa steg? Förslag för en stärkt minoritetspolitik* [10].

Samverkan

Samverkan med andra aktörer är en central uppgift för barn- och ungdomsvården.

Samverkan inom socialtjänsten

Behovet av intern samverkan inom hela individ- och familjeomsorgen framgår av de följande kapitlen i denna lägesrapport, där barns och ungas situation och stödbehov också berörs när det gäller exempelvis våldsutsatthet, hemlöshet, ekonomiskt bistånd och missbruk.

I början av 2017 hade nästan 60 procent av kommunerna rutiner för intern samordning för personer som behöver ekonomiskt bistånd och har samtidig missbruksproblematik. Knappt 40 procent hade sådana rutiner för socialpsykiatri och stöd och service enligt LSS för barn [7].

Samverkan med andra verksamheter

För att placerade barn och unga ska få ett gott samlat stöd behövs en fortsatt samverkan med skolan och hälso- och sjukvården, enligt Socialstyrelsens senaste öppna jämförelser.

- Av de unga vuxna som varit placerade hela årskurs 9 hade 37 procent genomgått treårigt gymnasium vid 20 års ålder, 2015. Motsvarande andel bland alla jämnåriga var 79 procent. Att genomgå gymnasiet är viktigt för framtida försörjning och för ett gott vuxenliv.
- Av de 15–16-åringar, som varit placerade under hela årskurs 9, hade 6,2 procent två eller flera psykofarmaka förskrivna, samtidigt och långvarigt, 2015. Motsvarande andel bland alla jämnåriga var 0,9 procent. För att en sådan behandling ska ha god kvalitet behövs kontinuitet och närhet till specialistvård. Placerade barn och ungdomar har mindre tillgång till detta än sina jämnåriga [7].

Samverkan behövs också vid stöd till barn i familjer där en vuxen har ett missbruk, har en allvarlig sjukdom, lider av psykisk ohälsa eller använder våld eller har avlidit.

Barn till föräldrar som tagit sitt liv har flera förhöjda risker som följer dem till ung vuxen ålder, såsom risk för förtida död, eget suicidförsök och vård med diagnos som indikerar alkohol- eller narkotikamissbruk. Alla tre är mellan dubbelt och tre gånger så vanliga som för jämnåriga. Detta visar data som Karolinska institutet har bearbetat på uppdrag av Socialstyrelsen [11]¹. När en förälder har tagit sitt liv blir det lättare att förebygga risker och stärka skyddsfaktorer för barnet om det finns tydliga rutiner för ansvarsfördelning och samverkan i den akuta situationen [12].

Förekomsten av aktuella överenskommelser om samverkan mellan barn- och ungdomsvården och andra verksamheter varierar betydligt, enligt öppna jämförelser. Vanligast var överenskommelser med barn- och ungdomspsykiatri (57 procent), skolan (53 procent) och förskolan (52 procent). Aktuella samverkansöverenskommelser med statliga myndigheter var inte lika vanliga. Av kommunerna hade 40 procent sådana överenskommelser med Polisen, 18 procent hade det med Migrationsverket och 17 procent med SiS [1].

Rutiner och överenskommelser ger förutsättningar för samverkan, men det kan också krävas andra lösningar för att de ska leda vidare till konkret samordning av stödet för enskilda barn och deras familjer. Socialstyrelsen har uppmärksammat lokala lösningar i olika delar av landet för att främja samordning av stödet för barn med funktionsnedsättning. Dessa lösningar omfattar både regionala eller lokala överenskommelser och stöd för att organisera samverkansmöten där alla berörda parter konkret utgår från barnets och familjens berättelser [13].

Sociala insatsgrupper – en särskild samverkansform

Sociala insatsgrupper är en lokal samverkansform där insatserna för unga som riskerar att återfalla i allvarlig brottslighet koordineras på individnivå. Stödet till den unga samordnas under ledning av socialtjänsten i den kommun där personen bor.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utvärderat arbetet med sociala insatsgrupper. Utvärderingen visar att arbetet med sociala insatsgrupper har bidragit till lokala verksamheter inom ramen för socialtjänstens verksamhet

¹ Uppgifter från en opublicerad bearbetning gjord 2017 av Lisa Berg, Karolinska Institutet, av de uppgifter som ligger till grund för Hjern, A. m.fl. Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Nka, Barn som anhöriga 2014:3. 2014.

när det gäller ärenden som berör kriminalitet. Den visar också att utformningen och genomförandet av sociala insatsgrupper varierar lokalt. Arbetet utförs på flera nivåer och omfattar många olika relationer: mellan och inom myndigheter, mellan och inom professioner, och mellan professionella och deltagare. Enligt professionella som arbetat inom sociala insatsgrupperna har arbetet lett till att de fångat upp individer som känner sig svikna av myndigheterna eller av samhället, och erbjudit dem stöd [14].

Socialstyrelsen har även utvärderat effekter av sociala insatsgrupper på individnivå. Resultatet tyder på att socialtjänstens arbete på kort sikt gav påtagliga effekter oberoende av om det bedrevs i samverkan i sociala insatsgrupper eller i annan form av samverkan [14].

Socialstyrelsen kommer att följa arbetet med sociala insatsgrupper och undersöka effekterna på längre sikt för individer och verksamheter [15].

Systematisk uppföljning och egenkontroll

Systematisk uppföljning fortsätter att vara ett utvecklingsområde inom den sociala barn- och ungdomsvården. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser uppgav 11 procent av kommunerna i början av 2017 att de använt resultat från en systematisk uppföljning för att utveckla öppenvården. Det var 8 procent som hade använt sådana resultat för att utveckla dygnsvården. Positivt var att en majoritet av de kommuner som genomfört en systematisk uppföljning med ett könsperspektiv också har använt resultaten för att utveckla verksamheten [1].

IVO publicerade i början av 2017 en rapport om myndighetsutövningen angående familjehemsplacerade barn. Underlaget till rapporten var granskningar i 22 kommuner och en enkät som skickats till 52 kommuner. IVO pekade på att flera tidigare konstaterade brister fortfarande förekom, bland annat långa utredningstider och bristfälliga utredningar. En annan brist var att verksamheterna inte utför en systematisk egenkontroll av verksamhetens kvalitet, antingen för att det saknats planer för det eller för att egenkontrollen inte hunnits med [16].

Under 2017 påbörjade Socialstyrelsen ett test av systematisk uppföljning med stöd av variabelistan i Barns behov i centrum (BBIC). I testet deltar 15 kommuner som ska följa upp sin verksamhet med utgångspunkt i variabelistan. Testet pågår i ett år och målsättningen är att myndigheten i slutet av 2018 kan publicera ett praktiskt användarstöd för hur ett arbete med systematisk uppföljning av verksamheten kan genomföras i BBIC. Kommunerna beskriver inledningsvis att de inte har så stor erfarenhet av att följa upp verksamheten systematiskt som en del av kvalitetsutvecklingen. I dag har 97 procent av kommunerna en ordinarie licens för BBIC [1].

Ensamkommande barn och unga

Antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige minskar och socialtjänsten står inte inför samma utmaning att ordna med placeringar och annat stöd direkt vid ankomsten som för ett par år sedan. De ensamkommande barn som kommit till Sverige fortsätter dock att vara en viktig grupp för den sociala barn- och ungdomsvården, både när det gäller stöd och skydd och när det

gäller samverkan med andra aktörer kring hälsa, utbildning, boende och arbete.

Färre söker asyl i Sverige

Fram till den 1 december 2017 hade 1 336 ensamkommande barn kommit som asylsökande till Sverige under året [17]. Den 31 december 2017 hade Migrationsverket 2 600 öppna ärenden från inskrivna ensamkommande barn som väntade på besked på sin asylansökan.

Till slutet av 2018 bedömer Migrationsverket att antalet inskrivna ensamkommande barn kommer att minska till omkring 1 500. Länsstyrelserna uppger att kommunerna behöver avveckla eller ställa om boenden i takt med att antalet ensamkommande barn minskar. Under nästa år bedöms kommunerna ha tillräcklig beredskap och kapacitet för att hantera mottagandet av ensamkommande barn [18].

Under de tre senaste åren har antalet asylsökande ensamkommande barn förändrats och ligger i dag på en förhållandevis låg nivå.

Tabell 2. Antal asylsökande ensamkommande barn 2014–2017

Asylsökande ensamkommande barn	2014	2015	2016	2017
Flickor	1 363	2 847	435	293
Pojkar	5 686	32 522	1 764	1043
Totalt	7 049	35 369	2 199	1336

Källa: Migrationsverket

Majoriteten av de ensamkommande är i åldern 13–17 år men även yngre barn kommer till Sverige.

Tabell 3. Antal asylsökande ensamkommande barn 2017

Ålder	Flickor	Pojkar	Totalt
0–6 år	24	23	47
7–12 år	43	110	153
13–15 år	109	391	500
16–17 år	117	519	636
Totalt	293	1 043	1 336

Källa: Migrationsverket

En majoritet av de ensamkommande barnen är fortfarande pojkar i åldern 13–17 år. Flickorna utgör 22 procent av de asylsökande och 15 procent är yngre barn (1–12 år, både pojkar och flickor).

Tabell 4. Antal asylsökande ensamkommande barn efter ursprungsland 2017

Medborgarskap	Antal
Marocko	235
Afghanistan	222
Somalia	159
Syrien	159
Albanien	78

Källa: Migrationsverket

Fram till sommaren 2017 var barn från Afghanistan den största gruppen som sökt asyl i Sverige men därefter har barn från Marocko varit den största gruppen.

Analys av situationen i socialtjänsten

Socialstyrelsen fick 2017 regeringsuppdraget att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Kunskapscentrumet ska stimulera och förstärka kunskapsutveckling för arbetet med ensamkommande barn och unga inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Bakgrunden till uppdraget var det stora antalet ensamkommande barn som kommit till Sverige under de senaste åren och deras behov av stöd. Uppdraget sträcker sig till utgången av 2020.

Enligt regeringsuppdraget ska kunskapscentrumet bland annat

- stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla och sprida relevant kunskap och ändamålsenliga kunskapsstöd, metoder och arbetssätt
- belysa insatser för en utvecklad samverkan mellan kommuner och landsting med målet att professionella inom skolan, inklusive elevhälsa, hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska arbeta för att säkerställa barns och ungas skolgång.

I juni 2017 avrapporterade Socialstyrelsen en tredje analys av läget i socialtjänsten, tillsammans med slutrapporten av det regeringsuppdrag som myndigheten fick i januari 2016 med anledning av det ökade mottagandet av ensamkommande barn m.m. Grunden för den tredje analysen var telefonintervjuer i februari med 51 kommuner gällande den psykiska hälsan samt intervjuer med 74 kommuner i mars/april med fokus på ensamkommande flickor, yngre barn (0–12 år) och nätverksplaceringar [19].

Ensamkommande barn i åldern 0–12 år

Socialtjänsten uppger att de mycket sällan har kontakt med de yngre barnens biologiska föräldrar även om barnet, familjehemmet och gode mannen ofta har kontakt med dem. Av kommentarerna i intervjuerna förefaller det som om socialtjänsten inte ser de biologiska föräldrarna som en tillgång eller en viktig relation som kan tillföra något till utredningen.

Vårdbehov efter 18 år

Många av de intervjuade tar upp att vissa av de asylsökande barnen som fyller 18 år kan behöva vara fortsatt placerade. Kommunernas rätt till statlig ersättning för dessa placeringar har dock förändrats, så nu måste kriterierna för placering enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, vara uppfyllda (exempelvis förhållanden i hemmet, missbruk eller brottslighet), eller så måste det finnas ett motsvarande vårdbehov som kan tillgodoses enligt SoL. Detta skulle kunna medföra att asylsökande ensamkommande barn som fyller 18 år nekas fortsatt placering trots att de behöver vård men inte uppfyller det vårdbehov som anges i lagen. Det skulle innebära en särbehandling i förhållande till andra placerade ungdomar som vuxit upp i Sverige eller unga som har fått ett beslut om uppehållstillstånd, eftersom socialtjänsten ansvarar för dessa unga tills de fyller 21 år. Socialstyrelsen menar att det kan drabba de unga ensamkommande asylsökande som har ett

vårdbehov särskilt hårt. De riskerar exempelvis att komma ifrån sitt sociala sammanhang och att skolgången avbryts eller blir osammanhängande. Att slutföra gymnasiestudier är en skyddsfaktor mot ohälsa och en viktig del av en positiv utveckling och integration i samhället.

I analysen skrev Socialstyrelsen även att det fanns en risk för att dessa ungdomar inte accepterar Migrationsverkets erbjudande om boende och i stället avviker, med risk för att hamna i olika subkulturer med missbruk och kriminalitet eller riskerar att bli offer för människohandel. Hösten 2017 bekräftades detta av de kontakter som Socialstyrelsen haft med kommuner, myndigheter och frivilliga organisationer.

Placering i nätverkshem

Av de 74 kommuner som Socialstyrelsen var i kontakt med under analysarbetet uppger samtliga att de har ensamkommande barn som är placerade i nätverkshem, något som är vanligare bland yngre barn. Kommunerna anser att det många gånger ger en trygghet för barnet att bo hos någon de känner, men nämner också en ökad risk för svårigheter med integrationen. Flera av uppgiftslämnarna menar att det generellt är svårare att integrera flickor än pojkar som placerats i nätverkshem.

Av kommunerna uppger 65 procent att de placerar ensamkommande barn i nätverkshem där familjen själv är asylsökande. Cirka 60 procent av kommunerna uppger att de har placerat barn i familjer som bor på Migrationsverkets asylboenden, antingen i egen lägenhet eller i kollektiv form på anläggning.

Ensamkommande flickor

De 74 kommunerna svarade vid intervju tillfället för sammanlagt 148 flickor i åldern 0–12 år och för 757 flickor i åldern 13–18 år. Totalt 39 procent av dessa kommuner ansvarar för sammanlagt 41 flickor som uppger att de är gifta. Sammanlagt har 53 flickor i de intervjuade kommunerna egna barn. Flera av flickorna har mer än ett barn.

Kommunerna uppger att det ofta är svårt att hitta placeringsformer för flickor, särskilt de som har egna barn. Det finns ett fåtal flickor per kommun och få HVB som är anpassade för flickor. En del kommuner placerar flickor på HVB tillsammans med pojkar och uppger att det fungerar bra, med kommentaren att det kan vara en bra förberedelse för livet i Sverige. En del påtalar att det finns risk för att flickorna hamnar i en utsatt situation och att deras behov inte alltid kan tillgodoses, bland annat när det gäller fritidsaktiviteter.

Socialtjänsten uppger att de har svårt att utveckla sitt arbete med flickor eftersom de är relativt få. Socialtjänsten har även svårigheter i arbetet med barn som har egna barn. Det här är angelägna områden att utveckla metoder för att tillgodose flickornas behov. Ensamkommande flickor med egna barn behöver särskilt stöd från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, och det finns en risk för att integrationen i samhället tar längre tid då de unga mödrarna avbryter sin skolgång.

Gifta ensamkommande barn

Under 2017 hade Socialstyrelsen också ett regeringsuppdrag gällande socialtjänstens handläggning av asylsökande ensamkommande barn och barn som kommer tillsammans med sin familj till Sverige och uppges vara gifta. I det

arbetet har myndigheten gjort fördjupade intervjuer, med fokus på handläggningsprocessen, i tio kommuner. Intervjuerna visar att det varierar hur mycket kommunerna vet om barn som kommer till Sverige och uppges vara gifta, och vilka åtgärder de sätter in. Kommunerna vill också ha vägledning i arbetet.

Socialstyrelsen identifierade följande områden som centrala för att stärka arbetet med barn som kommer till Sverige och uppges vara gifta:

- Socialtjänsten behöver ha kunskap om de risker som är förknippade med barnäktenskap.
- Den risksituation som ett barnäktenskap utgör innebär att socialtjänsten behöver göra noggranna och omsorgsfulla skyddsbedömningar, utredningar och uppföljningar för att se hur det enskilda barnet påverkas av att leva i äktenskap.
- Socialtjänsten behöver säkerställa att de tillämpar regelverken så att de gifta barnen handläggs på ett rättssäkert sätt.
- Både socialtjänsten och andra samhällsaktörer behöver arbetssätt för att uppmärksamma, stödja och skydda barn som är gifta [20].

Psykiska ohälsan ökar hos ensamkommande barn

I februari 2017 slog organisationer och media larm om att ensamkommande barn och unga hade tankar om och planer på att ta sitt liv. I sociala medier och nätverk talade unga, framför allt afghanska pojkar, om att kollektivt ta sina liv.

Mot bakgrund av detta genomförde Socialstyrelsen telefonintervjuer med 51 kommuner om suicid och suicidförsök. Det framkom att många av de ensamkommande barnen har utfört självskadande handlingar; 68 har försökt ta sitt liv och tre har tagit sitt liv. Kommunerna menar att suicidförsöken har en tydlig koppling till

- asylprocessen
- svårigheterna att få kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och få hjälp därifrån.

Många kommuner uppgav att de kände oro för barn och unga som kommit till Sverige sedan hösten 2015, eftersom de mådde betydligt sämre, både psykiskt och fysiskt, än de som kom tidigare. Dessa barn och unga lever i ovisshet i väntan på besked om att få stanna i Sverige eller inte, med långa handläggningstider hos Migrationsverket, tillfälliga uppehållstillstånd, begränsade möjligheter till familjeåterförening och osäkerhet om vad som kommer att hända när de fyller 18 år. Kommunerna uppgav också att flera av de ensamkommande är oroliga för att bli uppskrivna i ålder, och bland de afghanska barnen finns en oro för att utvisas till Afghanistan.

Den psykiska ohälsan uttrycks bland annat i att de har svårt att memorera, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, självskadebeteende, drogmissbruk och ångest och panikattacker. Andra tecken är att de visar aggressivitet, isolerar sig, stannar hemma från skolan, känner uppgivenhet, har suicidtankar och genomför suicidförsök.

Uppföljning av den psykiska hälsan

I november 2017 gjorde Socialstyrelsen uppföljande telefonintervjuer i tolv kommuner med frågor om ensamkommande barns hälsa. Resultatet redovisades för socialutskottet den 14 november. I dessa kommuner hade tre pojkar försökt ta sitt liv sedan februari 2017, och i sju kommuner känner de till att flera barn har talat om suicid. Även organisationerna Barnens rätt i samhället, Röda Korset, Stadsmissionen och nätverket #vistårinteut ger en likartad bild av situationen.

Både kommunerna och organisationerna beskriver att många av barnen pratar om rädslor och skräck. De känner sig ensamma, har en stark oro för framtiden och har sömnsvårigheter; de känner sig misslyckade, oönskade och upplever livet som meningslöst samt upplever brist på tillit och pratar om självmord som ett alternativ till att utvisas. Röda Korset uppgav också att köerna till deras behandlingsenheter är långa, och att de möter asylsökande barn i åldrarna 13–15 år trots att ansvaret för dem ligger hos BUP. Röda Korset menar att BUP:s resurser inte verkar räcka till.

Ett par av de organisationer som arbetar med unga som lever på gatan har uppgivit att det är fler ungdomar än tidigare och att de uttrycker uppgivenhet. Stadsmissionens Baba-verksamhet säger så här:

De ungdomar som står helt utan boende upplever vi mår sämst, de är fysiskt utmattade och vi tror att dessa ungdomar är de som löper störst risk att hamna i missbruk. Det är svårt för oss att fånga upp dessa ungdomar och jobba långsiktigt med dem, många försvinner från Baba ur den gruppen. Fler 18-åringar "väljer" att inte flytta till Migrationsverkets boenden och lever i hemlöshet.

I en nyligen publicerad studie har självskadebeteende, suicidförsök och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige kartlagts under en treårsperiod. Suicidtalén 2017 är högre bland de ensamkommande asylsökande barnen i hela landet, mellan 10-21 år, 51.2 per 100 000 personer, nio gånger högre än jämnåriga i Sveriges befolkning. Studien har genomförts av KI på uppdrag av Socialstyrelsen. Samtliga ensamkommande asylsökande barn och unga som suiciderade under 2017 var pojkar eller unga män. Suicid var den absolut främsta dödsorsaken bland ensamkommande asylsökande barn och unga [21].

Narkotikaanvändning bland ensamkommande

Folkhälsomyndigheten har i samråd med Socialstyrelsen kartlagt narkotikavanderna bland ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Kartläggningen som baseras på fyra delstudier tyder inte på att narkotikaanvändning generellt skulle vara vanligare bland ensamkommande barn och unga än bland andra. Situationen är dock oroande på vissa orter, med uttalade problem, enligt fokusgruppsintervjuer med kommuner. Dessutom visade registeranalyser att den grupp ensamkommande som kom till Sverige innan 2015 i högre grad hade vårdats för substansbruk i jämförelse med övriga unga.

Gruppen ensamkommande är mycket heterogen och har olika förutsättningar och behov. Generellt har gruppen dock fler riskfaktorer för psykisk

ohälsa och social utsatthet än barn och unga som anlänt i sällskap med sina föräldrar. Det kan i sin tur öka risken för narkotikaanvändning. De största riskfaktorerna för att börja med narkotika är en lång asylprocess, brist på fritidsaktiviteter, stora boenden och avsaknad av en trygg bas, tillsammans med psykisk ohälsa, enligt de intervjusvar som ingår i kartläggningen.

Det är viktigt med kunskapsstöd och förebyggande arbete där ensamkommande barn och unga befinner sig, inte minst med tanke på att föräldrastödet saknas. I detta arbete behöver de svårigheter som en osäker livssituation och språkbarriärer innebär beaktas [18].

Socialstyrelsens svarsfunktion

Sedan oktober 2015 har Socialstyrelsen en svarsfunktion för flyktingfrågor med uppgift att besvara frågor från och ge stöd till kommunernas socialtjänst när det gäller den rådande flyktingsituationen. Svarsfunktionen utgår från relevant lagstiftning och tillgänglig kunskap inom myndighetens ansvarsområdet. Under 2017 inkom totalt 1 104 frågor, varav 645 via telefon. Många av de inkomna frågorna innehåller flera olika frågeställningar och följdfrågor, vilket inte kommer fram i statistiken. Frågorna spänner över en stor del av socialtjänstens arbetsuppgifter och områden, såsom frågor om placering, åldersbedömning och ekonomiskt bistånd samt frågor om fortsatt placering efter det att ett barn fyller 18 år.

Sexuella övergrepp, exploatering och människohandel med barn

Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet

Mörkertalet är stort när det gäller sexuellt våld bland ungdomar, enligt en nationell studie från 2014 om svenska gymnasieungdomars sexualitet samt deras utsatthet för sexuella övergrepp och sexuell exploatering. Av de drygt 5 800 elever i årskurs 3 som deltog i undersökningen uppgav 21 procent att de hade erfarenheter av någon form av sexuellt övergrepp. Det var mer än tre gånger så vanligt att tjejerna hade erfarenheter av sexuella övergrepp (29 procent) än att killarna hade det (10 procent) [22].

År 2017 publicerades en fördjupningsrapport som baserades på denna studie, med fokus på barns erfarenheter av sexuella övergrepp på nätet [23]. Av de svarande hade 23 procent erfarenheter av nätgrooming, sexuella övergrepp eller sexuella övergreppsbilder av en förövare på nätet [23]. Det var vanligare att flickor utsattes (32 procent) än pojkar (11 procent). Andelen var ännu högre, 40 procent, bland de som uppgav att de inte identifierade sig som varken flicka eller pojke.

Bland dem som utsatts var det vanligare att ha en pappa eller mamma som inte arbetade eller som var långtidssjukskriven, jämfört med de som inte hade utsatts. Utsatthet var också vanligare bland unga på icke studieförberedande gymnasieprogram och bland dem som upplevde att familjens ekonomiska situation var sämre än andras. Utsatthet för nätgrooming var vanligare bland unga som var födda i Sverige eller vars föräldrar var födda i Sverige, jämfört

med dem som själva var födda eller hade en förälder som var född i något annat land.

Kunskap om våld och andra former av sexuella övergrepp bland alla som arbetar med barn lyfts fram som en viktig del i det förebyggande arbetet och i arbetet med att upptäcka och erbjuda hjälp [23].

Människohandel med barn 2018

Under 2016 misstänktes 50 barn i Sverige ha varit utsatta för människohandel, och då oftast för sexuella ändamål, tiggeri eller kriminalitet. De flesta barnen kom från Rumänien, Afghanistan, Sverige och Marocko. Av dessa barn var 28 flickor och 14 pojkar utsatta för människohandel och 8 barn var medföljande till sina utsatta föräldrar [24].

Mellan 2012 och 2015 misstänks 210 barn ha utsatts för människohandel eller människohandelsliknande brott, enligt en nationell kartläggning av människohandel med barn [24]. Nästan två tredjedelar av barnen var 15–17 år (72 procent) och fördelningen mellan flickor och pojkar var jämn i åldersgruppen. I hälften av fallen var syftet sexuell exploatering, men det var fler flickor som utsattes för denna form av exploatering (60 procent) än pojkarna 39 procent.

För att tidigt upptäcka och identifiera både vuxna och barn som är utsatta för människohandel krävs det samverkan mellan myndigheter och frivilligorganisationer [24].

Kompetens – en nyckelfråga i myndighetsutövningen

Det sociala arbetet med barn och unga och deras familjer spänner över ett mycket stort kunskapsområde och innehåller en mängd olika arbetsuppgifter. Under de senaste åren har kompetens betonats som en nyckelfråga i barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning av staten och kommunerna. Kompetensfrågorna har varit centrala för regeringens nationella samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården [8]. Det pågår också förbättrings- och utvecklingsarbete i landets kommuner med fokus på personalförsörjning och kompetens, baserat på Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) handlingsplan ”Stärkt skydd för barn och unga”. Arbetet handlar bland annat om att hitta arbetsuppgifter som kan utföras av andra yrkesgrupper så att socialsekreterare och arbetsledare får mindre arbetsbelastning och kan koncentrera sig på sina uppgifter inom myndighetsutövningen [25].

Socialnämnden ansvarar för att personalen har rätt utbildning och kompetens. Socionomutbildningen är en generalistutbildning och det behövs flera olika former av kompetensutveckling för de kvalificerade arbetsuppgifterna som ingår i arbetet inom barn- och ungdomsvården. Det finns olika modeller för denna kompetensutveckling. I Uppsala län utformas exempelvis utbildning och stöd till socialsekreterare utifrån tre faser: introduktion och inskolning, yrkesfördjupning och erfaren/specialist. SKL beskriver faserna på ett liknande sätt men använder begreppen ny, van, erfaren och supersenior [26]. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser uppgav 25 procent av kommunerna

i början av 2017 att de hade en aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling [7].

Pressat läge – men tecken på stabilisering

Kommunerna har under senare år haft stora svårigheter att rekrytera och behålla personal till myndighetsutövningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det har lett till bristande kontinuitet och kvalitet i verksamheten samt risker för att barn och föräldrar inte får det stöd som de behöver [5]. Det har också varit svårt för kommunerna att i detta pressade läge ta del av de statliga satsningar som gjorts på kompetens och utbildning.

I dag finns det vissa tecken på att läget stabiliserats. Under 2017 lättade exempelvis trycket något på platserna till BBIC-utbildarutbildning, och deltagarna beskriver att personalomsättningen har minskat i deras kommuner. De högskolor som anordnar påbyggnadsutbildningar för socialsekreterare på uppdrag av Socialstyrelsen berättar också att deltagarna har bättre möjligheter än för ett par år sedan att delta i utbildningarna (se vidare nedan).

Positiv utveckling av introduktionsprogram

När det gäller yrkesintroduktion av nyanställda socialsekreterare inom barn- och ungdomsvården har utvecklingen varit positiv. Socialstyrelsen publicerade 2016 ett stöd för sådan yrkesintroduktion. Sedan dess har kommunerna och de regionala utvecklingsledarna inom barn- och ungdomsvården arbetat med att ta fram introduktionsprogram som kan användas i kommunerna. Hösten 2017 uppgav SKL att 14 län har byggt upp länsgemensamma introduktionsprogram [27].

Kompetenssatsningen

Under 2013–2016 fördelade Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, statsbidrag till kommunerna med syftet att stärka kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Målet med kompetenssatsningen var att säkra en trygg och säker vård. Genom satsningen ville regeringen stärka huvudmännens arbete med att öka tryggheten och kvaliteten inom den sociala barn- och ungdomsvården. Satsningen satte fokus på vikten av kompetensutveckling för personalen och har möjliggjort kompetensutvecklingsinsatser som annars inte hade kommit till stånd.

Kommunerna framhåller att kompetenssatsningen lett till ökad kompetens och förbättrad kvalitet i arbetet genom att handläggarna känner sig stärkta i sin yrkesroll. I förlängningen ger det bättre förutsättningar för en rättssäker ärendehantering, vilket gynnar klienterna. Kommunerna är mycket positiva till att medlen kunnat användas till stöd, handledning och introduktionsprogram för nya handläggare och inte bara varit fokuserade på poänggivande utbildningar.

Den pressade situationen i den sociala barn- och ungdomsvården har dock lett till att åtskilliga kommuner inte kunnat genomföra planerade kompetensutvecklingsinsatser. Vidare har hög personalomsättning gjort det svårt att planera och genomföra utbildningsinsatser samt behålla den kompetens som redan finns.

I den ansträngda arbetssituationen har kommunerna också haft svårt att förvalta kompetensutvecklingsinsatserna på ett bra sätt. Hur kommuner förvaltar genomförda insatser är en nyckelfråga och det är en utmaning för kommunerna att skapa förutsättningar för en lärande organisation, inte minst när läget är ansträngt. Det är särskilt viktigt för arbetsledarna så att de kan fylla sin stödjande roll. Detta kräver dock tid och en organisatorisk struktur som möjliggör utveckling av yrkesrollen. Svårigheterna att förvalta de genomförda insatserna har sannolikt medfört att kommunerna fått mindre effekt av kompetenssatsningen än avsett, enligt Socialstyrelsens bedömning.

Samverkan med andra aktörer var en mycket viktig framgångsfaktor under hela satsningen. Majoriteten av kompetensutvecklingsinsatserna har genomförts i samverkan med andra kommuner, SKL och region- och kommunförbund. Samverkan mellan kommunerna behöver dock utvecklas ytterligare för att klara de utmaningar som den sociala barnvården står inför.

Kommunerna bedriver också kompetensutvecklingsinsatser inom ramen för sin ordinarie budget. Det gör att det är svårt att separera effekten av insatser finansierade med de extra medlen. Sammanfattningsvis bedömer dock Socialstyrelsen att syftet med kompetenssatsningen har uppfyllts. Den har medfört ökad kompetens hos arbetsledare och handläggare och gett kommunerna ett mandat att satsa på kompetensutveckling trots den ansträngda situationen i den sociala barn- och ungdomsvården.

Uppdragsutbildningar

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen sedan 2016 anordnat uppdragsutbildningar för socialsekreterare inom barn- och ungdomsvården och första linjens chefer inom individ- och familjeomsorg. Utbildningarna omfattar 7,5 högskolepoäng och pågår i tre månader i olika delar i landet.

Cirka 500 chefer har deltagit i ledarskapsutbildningen, som varit mycket efterfrågad eftersom den är specifikt inriktad på att leda inom socialtjänsten. Utbildningen för socialsekreterare har haft över 600 deltagare och riktat sig framför allt till socialsekreterare som efter två års erfarenhet behöver påfyllnad.

Deltagarna har uppskattat föreläsningarna, blandningen av teori och praktiska övningar samt möjligheter till reflektion. Många har dock haft svårt att hinna läsa litteraturen samt använda och föra den nya kunskapen vidare i organisationen.

Bemanningsatsningen

Regeringen gav i juni 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en stimulanssatsning för att stärka bemanningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Bakgrunden var socialtjänstens svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal, den tidsbrist och stress som präglar arbetet och den kraftiga ökningen av ensamkommande barn som sökt asyl i Sverige. Regeringen bedömde att det är angeläget att vända utvecklingen genom att stärka bemanningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Därför avsattes medel för perioden 2016–2019 i syfte att förbättra förutsättningarna för socialtjänstens arbete med barn och unga.

I det ursprungliga regeringsuppdraget skulle 210 miljoner kronor avsättas årligen under 2016–2019. För åren 2017 och 2018 anslogs ytterligare 150 miljoner kronor årligen, vilket inneburit att kommunerna kunnat rekquirera sammanlagt 360 miljoner kronor varje år för att stärka bemanningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Enligt regeringsuppdraget får stimulansmedlen användas för att anställa och hyra in fler socialsekreterare och arbetsledare samt administratörer som kan frigöra tid för socialsekreterare eller arbetsledare i deras arbete med myndighetsutövning.

Vid Socialstyrelsens utlysning av 2016 års statsbidrag var det 278 kommuner som rekviderade totalt cirka 202 miljoner kronor. Av dessa medel hade cirka 190 miljoner kronor förbrukats vid årets slut. Via en enkät från Socialstyrelsen har kommunerna redovisat hur många personer som de anställde under 2016 i respektive yrkesgrupp samt hur många som hyrdes in genom bemanningsföretag. Ungefär 130 miljoner kronor användes till att anställa 764 personer och 60 miljoner kronor till att hyra in 275 personer.

Tabell 5. Antal personer som har anställts av kommunen och kostnader 2016

Yrkesgrupper som har anställts av kommunen	Antal	Kostnad
Socialsekreterare	463	76 667 465
Arbetsledare	95	21 797 711
Administratörer	206	31 339 090
Summa	764	129 804 266

Tabell 6. Antal personer som har hyrts in i kommunen genom bemanningsföretag och kostnader 2016

Yrkesgrupper som har hyrts in i kommunen genom bemanningsföretag	Antal	Kostnad
Socialsekreterare	259	55 209 096
Arbetsledare	16	4 807 532
Administratörer	0	0
Summa	275	60 016 628

Arbetet för våldsutsatta

Sammanfattande iakttagelser

- Majoriteten av kommunerna, 90 procent, använder standardiserade bedömningsmetoder i arbetet med våldsutsatta vuxna. Det är en förbättring med 40 procentenheter, jämfört med 2014.
- Kommunerna kan samtidigt bli bättre på att ställa frågor för att upptäcka om en person är utsatt för våld.
- Kommunerna gör inte alltid tidiga riskbedömningar, vilket kan leda till att risker i kvinnornas situation inte blir tydliga i tid. Det visar en granskning av Socialstyrelsens dödsfallsutredningar.
- Samordning av insatser mellan aktörer, samt systematisk uppföljning, är två utvecklingsområden för kommunerna. Till exempel uppger endast 9 procent av kommunerna att de använder resultat av systematiska uppföljningar för att utveckla verksamheten.
- Var femte kommun eller stadsdel hade under 2016 kontakt med barn eller unga vuxna som var, eller riskerade att bli, involverade i våldsbejakande extremism.

Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor

Regeringen har beslutat om en tioårig nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Strategin lyfter fram behovet av förebyggande arbete och mäns delaktighet och ansvar för att stoppa våldet, men också skydd och stöd till våldsutsatta. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att stödja genomförandet och uppföljningen av den nationella strategin. Socialstyrelsen har bland annat fått ett uppdrag bestående av tio deluppdrag som fokuserar på att förbättra kunskapen om förekomsten av våld och våldsrelaterade insatser, förstärka kompetensstödet till vård- och omsorgspersonal och att vidareutveckla metoder, S 2017/01221/JÄM (delvis). Uppdragen ska del- eller slutrapporteras till regeringen senaste den 31 mars 2018.

Ökad användning av standardiserade bedömningsmetoder – men brist på tidiga riskbedömningar

Allt fler kommuner uppger att de använder standardiserade bedömningsmetoder i arbetet med våld i nära relationer. Öppna jämförelser 2017 visar att 90 procent av kommunerna använder sådana standardiserade bedömningsmetoder för att kartlägga utsattheten för våld och bedöma risker när de utreder behov hos vuxna. Det är en ökning med drygt 40 procentenheter sedan 2014

[28]. Liknande resultat framkommer i Socialstyrelsens uppföljning av evidensbaserad praktik² [29]. Andelen chefer som uppger att de använder standardiserade bedömningsmetoder i arbetet med våldsutsatta har också ökat, från 12 procent 2010 till 77 procent 2016. Den största ökningen står bedömningsmetoderna FREDAs³ för. I nästa avsnitt beskrivs bedömningsmetoden FREDA ytterligare.

Socialstyrelsens dödsfallsutredningar⁴ omfattar granskning av handläggningen i enskilda ärenden [30]. Resultaten av dessa granskningar visar att socialtjänsten inte alltid gör riskbedömningar vid kontakt med våldsutsatta. Särskilt tydlig är bristen på *tidig*a riskbedömningar. Socialstyrelsen bedömer att bristen på riskbedömningar sannolikt har bidragit till att riskerna i kvinnornas situation inte blev tydliggjorda. Av de döda kvinnor i underlaget som hade haft kontakt med socialtjänsten dödades samtliga inom tre månader efter den första kontakten med socialtjänsten.

Att upptäcka våld – ett utvecklingsområde

En viktig del i socialtjänstens arbete med våldsutsatta handlar om att ställa frågor för att identifiera våldsutsatthet. Allt fler kommuner uppger att de använder bedömningsmetoden FREDAs⁵ men Socialstyrelsens uppföljningar visar att de haft vissa svårigheter vid införandet och att långt ifrån alla verksamheter använder denna metod. I en annan utvärdering framkom att handläggarna ställde frågor om våld i endast tre procent av de aktuella fallen [31]. Socialstyrelsens dödsfallsutredningar bekräftar bristerna i socialtjänstens arbete med att upptäcka och identifiera våldsutsatthet [30]. I de flesta av de aktuella dödsfallen fanns tecken på våld, men trots det ställde socialtjänsten inga frågor om detta till något av de brottsoffer de haft kontakt med.

Socialstyrelsen har under det senaste året verkat för att stärka socialtjänstens arbete med att upptäcka och identifiera våldsutsatthet. Myndigheten har tagit fram en vägledning [21] till socialtjänsten om att upptäcka våldsutsatthet samt bedömningsmetoden FREDAs [22]. Myndigheten har även tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer. Föreskriften innehåller bland annat rekommendationer om att socialnämnden bör avgöra när och hur personalen i nämndens verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna identifiera våldsutsatta vuxna samt barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp (allmänt råd i 3 kap. SOSFS 2014:4).

Det är alltså fortfarande få verksamheter som ställer frågor om våldsutsatthet, och en anledning kan vara att personalen inte har fått tillräckligt med internt stöd i införandet av det nya arbetssättet. Andra orsaker kan vara att frågor om våld kan kännas obehagliga och svåra att ställa, och personalen kan vara osäkra på vad de ska göra med svaret.

² Uppföljningen innefattade ett slumpmässigt urval av verksamhetschefer inom individ och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg.

³ FREDA består av tre standardiserade bedömningsmetoder som är avsedda att användas inom socialtjänstens och andra verksamheters arbete med personer som utsatts för våld i nära relationer.

⁴ Socialstyrelsen utreder dödsfall när barn avlidit med anledning av brott och när vuxna avlidit med anledning av brott av en närstående eller tidigare närstående person. Syftet med utredningarna är att ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att barn far illa och att vuxna utsätts för våld.

⁵ Kommunernas arbete med bedömningsmetoden tas även upp i lägesrapporten om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning 2018

Samordningen av insatser – en nyckelfråga för att få stödet att fungera

Brister i samordningen av insatser till våldsutsatta är välkänt problem och har lyfts i flera utredningar, tillsyner och öppna jämförelser under de senaste åren [32-34]. Samordning lyfts ofta fram som en utmaning, men också som en nödvändighet för att kunna erbjuda ett tillräckligt stöd.

Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas arbete med våld i nära relationer visar inga märkbara skillnader vad gäller andelen kommuner som har en överenskommelse om samverkan med olika samhällsaktörer. Exempelvis är det endast runt 20 procent av kommunerna som har en sådan överenskommelse med primärvården, akutvården respektive vuxenpsykiatri. Totalt har 25 procent en överenskommelse med polisen [28].

Även i Socialstyrelsens dödsfallsutredningar [30] framkommer brister i samordningen av insatser runt våldsutsatta. I en del fall efterfrågade man inte samtycke för att kunna dela relevant information, vilket innebär att information om exempelvis riskbedömningar eller nya hot inte delades. Inte heller hade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården tagit initiativ till en gemensam planering av de samlade insatserna, trots att olika samhällsaktörer var involverade i stödet till brottsoffren och det fanns behov av samordning. Detta hade exempelvis kunna genomföras med stöd av en samordnad individuell plan, SIP, enligt 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

En tänkbar orsak till den bristande samordningen kan vara att den struktur som finns för samordning i form av SIP inte har blivit en integrerad del i socialtjänstens ordinarie arbete med våld i nära relationer. Det är i dag oklart i vilken utsträckning SIP används i detta arbete och hur väl den fungerar. Socialstyrelsen gjorde en informationssökning i november 2017 utan att hitta några uppföljningar eller utvärderingar av SIP i arbetet med våld i nära relationer. Dock framgår att 38 procent av kommunerna har en rutin [28] om att erbjuda våldsutsatta en SIP.

Systematisk uppföljning saknas ofta

Systematisk uppföljning är en drivande faktor både för socialtjänstens generella arbete med kvalitet och för utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Systematisk uppföljning handlar om att dokumentera arbetet med enskilda individer för att följa upp hur det går för dem samt om att sammanställa denna information i syfte att analysera och utveckla verksamheten. Resultatet av öppna jämförelser visar att detta är ett utvecklingsområde i kommunerna eftersom endast 9 procent uppger att de använt resultat av en systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten. Siffrorna är inte direkt jämförbara med tidigare år, men resultaten från 2015 och 2016 tyder på att nivån är ungefär densamma som tidigare. Båda åren uppgav 6 procent av kommunerna att de systematiskt följde upp insatser till våldsutsatta vuxna, våldsutsatta barn och barn som bevittnat våld [35].

Utvecklingsmedel och kompetensstöd för att stärka utvecklingen

Socialstyrelsen fördelar utvecklingsmedel och erbjuder nationellt och regionalt kompetensstöd om våld i nära relationer för att kvalitetsutveckla kommunernas arbete med våld i nära relationer och stödet till våldsutsatta kvinnor och barn.⁶

Under 2016 fördelade Socialstyrelsen 50 miljoner kronor till 246 kommuner. Återrapporteringen visar att de använts till exempelvis arbete med mål- och ansvarsfördelning inom socialnämnden samt till att utveckla samverkan och ordna utbildningsaktiviteter.

Vid årsskiftet 2016/2017 hade ett hundratal kommuner inte förbrukat sina medel, alternativt inte förbrukat hela det belopp de rekviderat. Av dessa kommuner hade 22 inte förbrukat något av de medel som de rekviderat, och detta hade i flera fall organisatoriska och personalmässiga skäl. Andra orsaker var att medlen rekviderades sent på året, vilket gjorde det svårt för kommunerna att starta utvecklingsarbetet. Några kommuner hade kunnat genomföra sina planerade aktiviteter utan att förbruka hela det rekviderade beloppet. Totalt var det cirka 10 miljoner kronor som inte användes.

Socialstyrelsen tillhandahåller ett nationellt och regionalt kompetensstöd som är kopplat till fördelningen av utvecklingsmedel. Arbetet bedrivs i samverkan med Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) och länsstyrelserna. De flesta länsstyrelser ser en positiv utveckling i kommunernas arbete på så sätt att socialtjänsten efterfrågar mer kunskap inom området. Samtidigt bedömer flera länsstyrelser att det finns ett kontinuerligt behov av kompetensstöd inom området med anledning av personalomsättningen inom socialtjänsten.

Ett stort antal kommuner tog under 2016 del av länsstyrelsernas satsningar för att informera om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt olika kunskapsstöd om våld i nära relationer. En webbkurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer har även tagits fram i samverkan mellan NCK, länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Den lanserades 20 september 2016 och har fått ett stort genomslag; i slutet av december 2017 hade nästan 19 000 personer använt den. Av användarna kommer 52 procent från socialtjänsten [36].

Våldsbejakande extremism 2018

Våldsbejakande extremism är ett samlingsbegrepp för rörelser som stödjer eller utövar ideologiskt motiverat våld för att nå sina mål. Våldsbejakande radikalisering kallas den process när en person eller grupp börjar bejaka politiskt eller ideologiskt motiverat våld [37].

Socialtjänstens erfarenheter

Socialtjänstens erfarenheter av våldsbejakande extremism bland barn och unga vuxna undersöktes av Socialstyrelsen under 2016, i en uppföljning av 2015 års undersökning. Resultaten från 2016 visar följande [38]:

⁶ Uppdraget genomförs i samverkan med länsstyrelserna och Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).

- Var femte kommun eller stadsdel hade under 2016 kontakt med barn eller unga vuxna som var, eller riskerade att bli, involverade i våldsbejakande extremism.
- Religiös extremism var den vanligaste formen av extremism, som totalt 84 procent hade kommit kontakt med. 34 procent hade kommit i kontakt med politisk extremism.
- Flera verksamheter inom socialtjänsten kan komma i kontakt med barn och unga i målgruppen. I första hand hade de kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården respektive ekonomiskt bistånd (73 procent respektive 27 procent), men även verksamheter inom missbruks- och beroendevård, våld i nära relationer och stöd till personer med funktionsnedsättning.
- Oftast var det skolan eller polisen som hade kännedom men ibland även via närstående, den unge själv eller den egna verksamheten.
- Mer än hälften (60 procent) av socialtjänsterna som haft kontakt med målgruppen hade gjort någon form av insats för att få barn och unga att lämna extremistiska grupper och miljöer. Vanligast var samtalsstöd, följt av stöd i form av placering på HVB och kontaktperson.
- En tredjedel av kommunerna hade gett insatser till närstående till personer i målgruppen. Drygt en tiondel (13 procent) hade gett insatser till barn eller unga som befunnit sig utomlands i våldsbejakande extremistiska miljöer.

Stöd för socialtjänstens arbete

I december 2017 publicerade Socialstyrelsen ett utbildningspaket för socialtjänstens arbete mot våldsbejakande extremism bland barn och unga vuxna [39]. Det vänder sig till enhetschefer och handläggare och beskriver hur socialtjänsten kan arbeta för att förebygga, upptäcka, utreda och ge insatser till barn och unga vuxna som involverats eller riskerar att involveras i våldsbejakande extremism.

I nuläget saknas tillräckligt prövade och utvärderade metoder för att få barn och unga vuxna att lämna våldsbejakande extremism. Därför kan Socialstyrelsen inte utfärda några rekommendationer i det avseendet. Socialtjänsten har dock lång erfarenhet av att stötta personer som befinner sig i utsatta situationer och som vill lämna en destruktiv livsstil. Utgångspunkten i materialet är därför att socialtjänsten ska kunna använda sina befintliga arbetssätt och former för samverkan. Materialet innehåller även exempel på svenska kommuners metoder och samverkansformer i arbetet mot våldsbejakande extremism [37].

Myndigheten har också publicerat ett stödmaterial till Socialtjänstens arbete med återvändare och andra personer involverade i våldsbejakande extremism [40].

Ekonomiskt bistånd

Sammanfattande iakttagelser

- Antalet biståndsmottagare minskar i de flesta kommuner. Nationellt var andelen biståndsmottagare i stort sett densamma som förra året, 4,2 procent, och den har legat på denna nivå i flera år.
- Det långvariga och det mycket långvariga biståndsmottagandet ökade samtidigt med 0,5 procentenhet. Det tyder på att det finns grupper som fastnar i ett långvarigt bidragsberoende.
- Fler kommuner använder en utredningsmall för ekonomiskt bistånd där barns situation finns med, jämfört med 2012. Fortfarande är det dock mer än var femte kommun som inte rutinmässigt använder ett sådant handlägningsstöd.
- Många kommuner har börjat digitalisera arbetet inom ekonomiskt bistånd. Det förväntas leda till kortare handläggningstider, mer tid till annat utredningsarbete och bättre arbetsmiljö för socialsekreterarna. Vad som digitaliseras varierar, liksom hur.
- Endast 23 procent av kommunerna har en rutin för att förebygga att barnfamiljer blir avhysta från sin bostad.
- Många som arbetar med ekonomiskt bistånd behöver ägna allt mer tid åt boendefrågor, på grund av det hårdare klimatet på bostadsmarknaden.

Det vanligaste biståndshushållet

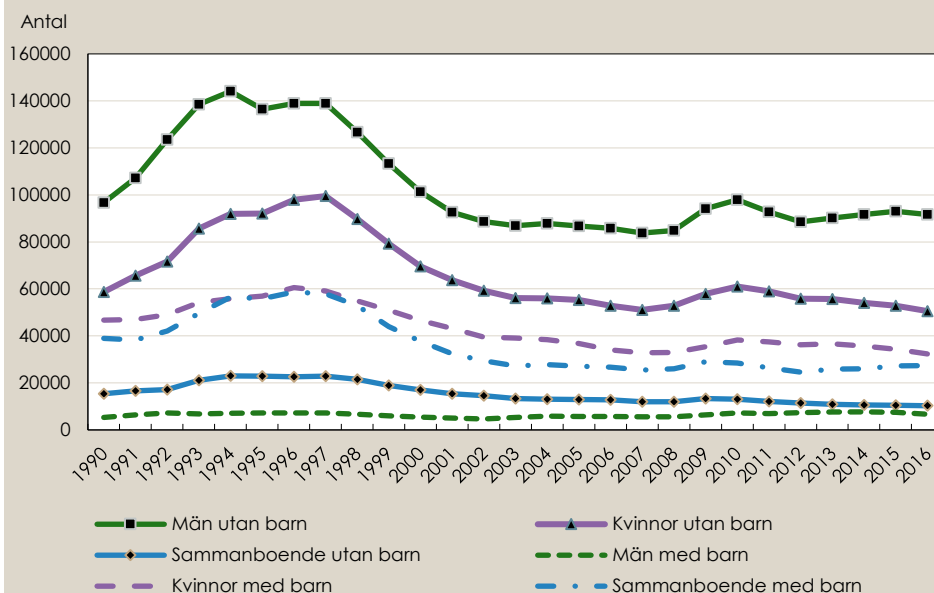
Statistiken över ekonomiskt bistånd redovisas dels på hushållsnivå, dels på individnivå. Den hushållstyp där störst *antal* hushåll behövde ekonomiskt bistånd 2016 var, liksom tidigare år, hushåll med ensamstående män utan barn (figur 3). Den hushållstyp där högst *andel* hade behov av ekonomiskt bistånd var hushåll som består av ensamstående kvinnor med barn, och även det stämmer med tidigare år (figur 4). Andelen biståndshushåll i förhållande till hushåll i befolkningen har minskat för alla hushållstyper med undantag för sammanboende med barn där andelen har ökat. Hur länge ett hushåll behöver ekonomiskt bistånd varierar, men i genomsnitt fick ett hushåll bistånd i 6,4 månader under 2016, och nästan 40 procent av vuxna biståndsmottagare fick bistånd i 10 månader eller mer, vilket i stort motsvarar 2015 års nivå.

Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd består av två delar: försörjningsstöd och stöd till livsföringen i övrigt. Försörjningsstöd ska täcka den löpande försörjningen och lämnas för skäliga kostnader för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och radio- och TV-avgift (riksnorm), samt boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa. I livsföringen i övrigt ingår andra nödvändiga utgifter vid sidan av försörjningen, som exempelvis kostnader för barnomsorg, läkarvård, medicin och tandvård. Med långvarigt ekonomiskt bistånd avses bistånd under 10-12 månader per år.

För mer information om ekonomiskt bistånd, se <http://www.socialstyrelsen.se/ekonomisktband>

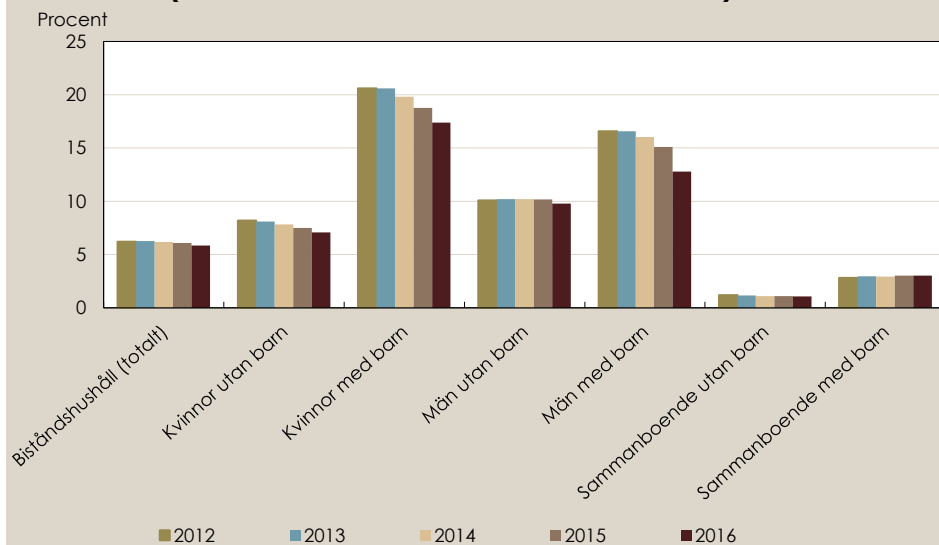
Figur 4. Antal biståndshushåll fördelade efter hushållstyp 1990–2016



Not: 1993–2011 inkluderas hushåll som fått introduktionsersättning, från och med 2012 ingår inte denna grupp längre i statistiken.

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen

Figur 5. Andel biståndshushåll i förhållande till hushåll i befolkningen 2012-2016 (sökande 1 eller sökande 2 i ålder 18-64 år)



Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen samt Registret över totalbefolkningen, SCB.

Verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd

I de flesta kommuner minskar antalet biståndsmottagare totalt sett, och andelen biståndsmottagare i befolkningen var 2017 i stort sett densamma som året innan, 4,2 procent. Nivån har varit ungefär likadan i flera år.

För det långvariga och det mycket långvariga biståndsmottagandet syns inte någon nedåtgående trend utan i stället en ökning med 0,5 procentenheter. Det tyder på att det finns grupper som fastnar i ett långvarigt bidragsberoende.

Tabell 7. Andel av befolkningen med ekonomiskt bistånd 2011-2017

Procent.

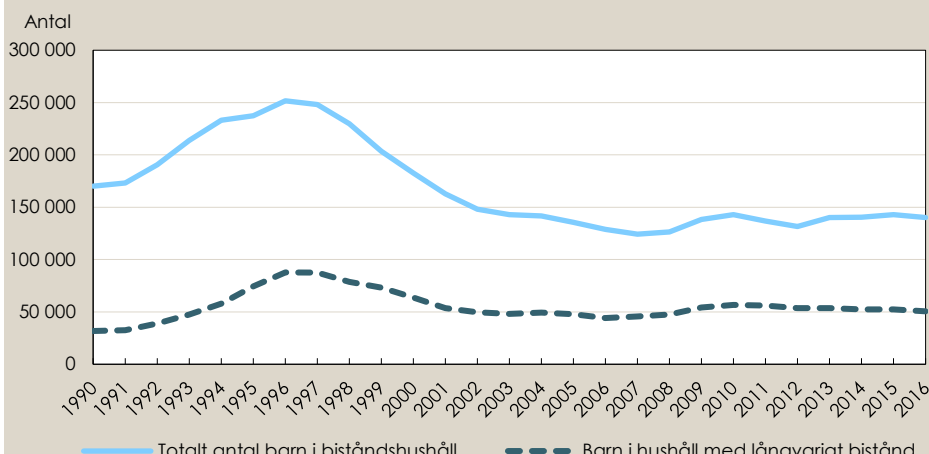
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Långvarigt ekonomiskt bistånd	31,7	34,5	37,1	36,8	36,1	35,8	36,1
Mycket långvarigt ekonomiskt bistånd	16,3	19,3	22,3	22,8	22,6	22,4	22,9
Biståndsmottagare i befolkningen	4,5	4,3	4,3	4,4	4,4	4,3	4,2
Barn i familjer med ekonomiskt bistånd	7,0	7,0	7,1	7,4	7,3	7,2	6,9
Barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd	2,4	2,6	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4
Unga vuxna med ekonomiskt bistånd	8,8	8,1	7,9	7,9	7,7	7,5	7,3

Källa: Öppna jämförelser ekonomiskt bistånd 2017.

Barn i biståndshushåll

Totalt 7,1 procent av alla barn i Sverige lever i hushåll som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2016, och 2,4 procent lever i hushåll med långvarigt ekonomiskt bistånd. Det är en liten minskning sedan 2015.

Figur 6. Antal barn i biståndshushåll, totalt samt i hushåll med långvarigt bistånd 1990–2016



Not: 1993–2011 inkluderas hushåll som fått introduktionsersättning, från och med 2012 ingår inte denna grupp längre i statistiken.

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen

Arbetsmarknadsinsatser

Arbetslöshet är den största orsaken till att personer får ekonomiskt bistånd. Enligt öppna jämförelser är det endast en tredjedel av alla kommuner som kan erbjuda arbetsmarknadsinsatser till alla inom en månad. En förklaring till resultatet är att dessa och andra arbetsmarknadsrelaterade insatser i stället erbjuds genom Arbetsförmedlingen alternativt jobbtorg eller liknande som är organiserade utanför socialtjänsten.

Även om brist på försörjning är den primära orsaken till biståndsbehovet kan det finnas flera orsaker till att en person står utanför arbetsmarknaden. Personer med behov av insatser från olika områden inom socialtjänsten ska få sina insatser samordnade. Av landets kommuner har 62 procent en rutin för hur sådan samordning ska bedrivas i den egna verksamheten, något som ska framgå av processer och rutiner. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med externa aktörer. Resultaten visar att 47 procent av landets kommuner har en rutin för samverkan med Arbetsförmedlingen.

Tabell 8. Kommunernas arbetsmarknadsinsatser 2017 i andelar av Sveriges kommuner

	Procent
Erbjuder minst en kommunal arbetsmarknadsinsats inom en månad till alla personer 18–24 år	33
Erbjuder minst en kommunal arbetsmarknadsinsats till alla personer över 24 år	27
Har rutin för samordning med kommunala arbetsmarknadsinsatser	62
Har överenskommelse om samverkan med arbetsförmedlingen	47

Källa: Öppna jämförelser ekonomiskt bistånd 2017

Omfattningen av ekonomiskt bistånd varierar stort mellan kommuner. De högsta andelarna biståndsmottagare finns i storstäderna trots att arbetsmarknaden där är god. Det finns också stora skillnader mellan de olika stadsdelarna i storstäderna, vilket speglar ekonomiskt utsatta områden.

Under 2017 gjordes en analys av skillnaderna i bistånd mellan kön och mellan inrikes- och utrikesfödda. Sammanfattningsvis kan sägas att skillnaderna mellan personer som är födda i Sverige och de som inte är det är större än skillnaderna mellan män och kvinnor, varav en större andel av utrikesfödda har ekonomiskt bistånd.

Utveckling

Socialstyrelsen har en kontinuerlig omvärldsbevakning och löpande kontakter med socialtjänsten i landets kommuner, och under det senaste året har myndigheten gjort en rad iakttagelser inom verksamhetsområdet. Det handlar både om verksamhetsutveckling på lokal nivå och om utmaningar och svårigheter som kan påverka verksamheternas kvalitet.

Barnperspektiv i familjer med försörjningsproblem

I socialtjänstens uppdrag ingår att synliggöra och ta hänsyn till barns situation. Hänsyn till barns bästa, det så kallade barnperspektivet, innebär att även barnens situation ska uppmärksammas när föräldrar vänder sig till socialtjänsten med ansökan om ekonomiskt bistånd. Dessutom ska socialtjänsten uppmärksamma och agera vid misstanke om att barn far illa.

Resultat från öppna jämförelser visar att andelen kommuner som uppger att de använder en utredningsmall där barns situation finns med har ökat sedan 2012, men fortfarande anger drygt var femte kommun att de inte rutinemässigt använder ett sådant handläggarstöd.

När det gäller skyddet för barn som riskerar att fara illa är det viktigt att samordna olika insatser inom socialtjänsten. Sedan 2012 ses en ökning av andelen kommuner som uppfyller kriterierna för samordning mellan verksamhetsområdena ekonomiskt bistånd och barn- och ungdomsvården, och 2017 var andelen 58 procent. Endast 23 procent av landets kommuner har en aktuell rutin för att förebygga att barnfamiljer blir avhysta.

Strävanden att föra in barnperspektivet i arbetet inom ekonomiskt bistånd har pågått i många år, både på nationell och på lokal nivå. Resultaten varierar och i vissa fall kan det exempelvis handla om att bortse från att barn är berörda. Det kan även handla om att inte inse att hänsynen till barns bästa inte

enbart innebär att bevilja mer pengar, utan rymmer fler aspekter som är viktiga för barnet.

En forskningsstudie har exempelvis visat samband mellan ekonomisk utsatthet och kognitiva svårigheter [41]. Den som har en funktionsnedsättning som inte syns riskerar att vid ansökan om ekonomiskt bistånd bli ifrågasatt gällande eget ansvar för arbete och privatekonomi. Barnen riskerar också att drabbas om föräldrarna har kognitiva svårigheter i kombination med ekonomiska svårigheter, och många barn tar på sig ansvaret för både föräldern och hemmet samt ekonomin. Enligt studien behövs i dessa fall, förutom ekonomiskt bistånd, ett samarbete inom socialtjänsten eller med andra aktörer utifrån en helhetssyn, med systematiska åtgärder som fokuserar på att ge föräldern stöd för att hantera familjens ekonomi.

Flera kommuner har fördjupat sitt arbete med att integrera ett barnrättsperspektiv i arbetet inom ekonomiskt bistånd. Det finns exempel på kommuner som har utarbetat olika stödmaterial som syftar till att ge handläggare vägledning om vilka frågor de kan ställa för att ringa in barnens situation. Det finns även exempel på kommuner som har tagit fram stöd för hur barnrättsperspektivet kan införas i verksamhetsplaner för ekonomiskt bistånd.

I några kommuner intervjuas barn, med föräldrarnas medgivande, för att barnet ska få berätta om sina livsvillkor utan påverkan från föräldrarna. Först därefter gör socialtjänsten den slutliga bedömningen i ärendet, med förstärkt fokus på vad som är barnets bästa. De barn som intervjuas kan exempelvis ingå i familjer med långvarigt behov av ekonomiskt bistånd, familjer med upprepade akuta situationer eller skulder eller familjer med andra specifika förhållanden. Intervjuer kan också vara ett verktyg när ansökningar direkt avser barnen, eller när föräldrarnas försörjningsskyldighet är på väg att upphöra och socialtjänsten vill ta reda på om barnet behöver stöd i planeringen efter avslutade gymnasiestudier.

Försäkringsmedicinsk samverkan

Personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, så kallade "nollplacerade", är en grupp som har fallit mellan stolarna i trygghetssystemen. De kan inte få ersättning från Försäkringskassan eftersom de har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan, och får inte heller ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Denna grupp är hänvisade till försörjningsstöd från kommunen, i vissa fall under lång tid.

Digitalisering inom ekonomiskt bistånd

Under de senaste åren har många kommuner börjat digitalisera arbetet inom området ekonomiskt bistånd. Digitaliseringen förväntas leda till kortare handläggningstider, mer tid till annat utredningsarbete och bättre arbetsmiljö för socialsekreterarna.

Vad digitaliseringen inom ekonomiskt bistånd innebär i praktiken varierar. Här är några exempel:

- Vissa uppgifter om sökande behövs för att beräkna biståndsbehovet. Dessa uppgifter ska socialtjänsten kunna ta emot elektroniskt från Arbetsförmedlingen, CSN, Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och Arbetslöshetskassornas samorganisation, direkt via verksamhetssystemen.
- Medborgarna ska kunna ladda hem en ansökningsblankett via internet.
- Medborgarna ska kunna fylla i och skicka in hela ansökan om ekonomiskt bistånd digitalt via internet, i en e-tjänst.
- Handläggningen av vissa ärenden automatiseras, i olika omfattning.

Socialtjänsten har två huvuduppgifter inom ekonomiskt bistånd: dels att ge människor stöd att lösa sina försörjningsproblem på sikt, dels att pröva deras rätt till ekonomiskt stöd under tiden. Försörjning och ekonomiska problem är komplexa frågor som inte kan isoleras från människors livssituation i övrigt, och det är därför viktigt att följa upp vilka konsekvenser digitalisering kan få för personer som har andra behov utöver försörjningsstöd.

Det finns ännu inga närmare undersökningar som visar vad automatiserad handläggning kan innebära för alla de olika skyldigheter som socialtjänsten har, till exempel skyldigheterna att uppmärksamma och utreda behovet av annat stöd än det ekonomiska, att göra individuella behovsbedömningar och att uppmärksamma barns situation.

Bostadsmarknaden påverkar socialtjänsten

Många verksamheter inom ekonomiskt bistånd vittnar om att de måste ägna sig allt mer åt boendefrågor, på grund av det hårdare klimatet på bostadsmarknaden.

De som har svårt att få ett hyreskontrakt är framför allt grupper som är nya på bostadsmarknaden, såsom unga vuxna och nyanlända i Sverige samt hushåll med svag ekonomi. Den krympande bostadsmarknaden har lett till en svart bostadsmarknad med osäkra boendeförhållanden, vilket medför problem med att tillämpa reglerna för ekonomiskt bistånd. Vissa kommuner uppger att det är vanligt att personer och barnfamiljer som lever på försörjningsstöd har olagliga kontrakt med oskäliga hyreskostnader. Detta medför ett dilemma som verksamheten måste hantera när de ska pröva rätten till bistånd. Den svarta bostadsmarknaden ger många människor tak över huvudet, men handläggarna ställs inför flera svårigheter:

- Är det rimligt att bevilja bistånd till oskäliga hyreskostnader? Kontrakten ger vinning till personer som drar nytta av människors desperata behov av en bostad.
- Dessa familjer går miste om rätten till bostadsbidrag från Försäkringskassan, som i första hand ska tillgodose behovet, vilket kommunerna då i stället måste täcka upp genom ekonomiskt bistånd.
- På den svarta bostadsmarknaden har socialtjänsten begränsade möjligheter att kontrollera om beslutsunderlag är korrekta.
- Många personer och barnfamiljer med försörjningsstöd söker även hjälp med sina akuta boendeproblem. Det innebär att mer personalresurser används till att hitta boendelösningar, vilket påverkar verksamheten i övrigt.

Läget inom rättstillämpningen

Socialstyrelsens upplysningstjänst får många frågor om tillämpningen av regler som styr ekonomiskt bistånd, både från privatpersoner och från kommunala tjänstemän. Ärenden som förefaller särskilt komplicerade att hantera är exempelvis EU/EES-medborgares rätt till ekonomiskt bistånd, barns och skolungdomars inkomster vid beräkning av inkomstunderlag och de olika regler som gäller för gymnasiestuderande 18–20 år beroende på familjesituation.

Det ekonomiska biståndets roll som samhällets yttersta skyddsnät innebär att verksamheten kan påverkas på olika sätt av förändringar i lagstiftningen inom andra områden i samhället. I vissa fall kan förändringarna innebära att fler behöver söka sig till socialtjänsten för försörjningsstöd, exempelvis vid åtstramningar inom sjukförsäkringen eller vid förändrade kvalifikationsregler för rätt till arbetslöshetsersättning.

I andra fall kan förändringar i annan lagstiftning initialt innebära en osäkerhet när det gäller socialtjänstens ansvar för att träda in i stället. Om rättsläget är oklart och vägledande domar saknas måste socialtjänsten ändå hantera och fatta beslut när människor söker ekonomiskt bistånd. Det medför att kommunerna ibland tolkar reglerna olika och att rätten till bistånd kan skilja sig åt beroende på vilken kommun en person vistas i.

Ett aktuellt exempel är förändringar i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) i juni 2016. Förändringen innebär att en asylsökande förlorar sin rätt till bistånd enligt LMA om hen har fått ett beslut om avvísning eller utvisning och beslutet inte längre går att överklaga, eller om tidsfristen för frivillig avresa gått ut. Vissa av dessa personer fick inte längre rätt till dagersättning från Migrationsverket fram till dess att de lämnar landet och en del av dem vände sig i stället till kommunernas socialtjänst. Hos socialtjänsten blev man osäkra på om den som håller sig gömd för att inte avvisas har rätt till ekonomiskt bistånd enligt SoL. I brist på vägledning gjorde kommunerna olika tolkningar av kommunens yttersta ansvar och rätten till bistånd. Högsta förvaltningsdomstolen meddelade dock i juni 2017 en dom avseende frågan om bistånd till den som omfattas av LMA och som håller sig undan verkställighet av avvísningsbeslut [42]. I domen anges att den som omfattas av LMA inte har rätt till försörjningsstöd enligt SoL. Personen kan då inte heller få bistånd i form av nödbistånd enligt 4 kap. 3 § SoL, eftersom den paragrafen förutsätter att försörjningsstöd enligt 4 kap. 1 § alls kan komma i fråga. I domen står det vidare att kommunen enligt 2 kap. 1 § SoL har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver, och enligt 4 kap. 2 § kan kommunen ge bistånd även i andra fall än de som omfattas av 4 kap. 1 §. Av överklagandebestämmelserna i 16 kap. 3 § följer dock att dessa paragrafer inte ger enskilda personer en sådan rätt till bistånd som kan prövas i domstol.

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Sammanfattande iakttagelser

- Det är brist på bostäder i de flesta kommuner. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2017 bedömer 255 av landets 290 kommuner att det finns ett underskott på bostäder på marknaden, vilket är en ökning med 72 kommuner på två år.
- Drygt 33 250 vuxna personer befann sig i någon av de fyra hemlöshetssituationerna i Socialstyrelsens definition av hemlöshet, enligt Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten i Sverige vecka 14 2017.
- Medelåldern bland de hemlösa har sjunkit, jämfört med 2011. Andelen födda i annat land än Sverige har ökat, och av dem har fler än hälften vistats i Sverige i mer än fem år.
- Den akuta hemlösheten har ökat. Framför allt gäller det antalet personer som sov utomhus eller i offentliga utrymmen och antalet personer som bodde på vandrarhem eller hotell.
- Närmare 16 000 personer, nästan hälften i kartläggningen, hade långsiktiga boendelösningar som socialtjänsten ordnat. Detta är en ökning jämfört med 2011.
- Nästan hälften hade ekonomiskt bistånd. Mindre än var tionde hade lön från arbete. Var femte bedömdes inte ha andra behov än en bostad.
- Fler än var tredje person var förälder till barn under 18 år, och nästan 60 procent av dem var födda utanför Sverige. Drygt 4 500 kvinnor och 1 800 män bodde tillsammans med minst ett barn. Minst 24 500 barn hade minst en förälder som befann sig i någon hemlöshetssituation.
- Allt fler får boendeinsatser från socialtjänsten. Under perioden 2007–2016 ökade antalet personer 21 år och äldre, som inte har problem relaterade till ett eget substansmissbruk och som fick bistånd som avser boende enligt SoL den 1 november respektive år. Ökningen var 74 procent under denna period.
- Antalet avhysningar fortsätter att minska. Under 2016 verkställdes 2 117 avhysningar av Kronofogden. I cirka 87 procent av fallen beror avhysningen på en hyresskuld, vilket alltså är den överlägset vanligaste orsaken. Barn berördes vid 205 avhysningar, vilket är en minskning med omkring 18 procent jämfört med 2015.

Samhällets ansvar för hemlösheten

Bristen på bostäder är inte i huvudsak en socialtjänstfråga, utan problemen med hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden har framför allt strukturella orsaker: brist på lämpliga bostäder, hyresnivåer som hushåll med genomsnittliga eller lägre inkomster inte klarar och höga krav för att godkännas som hyresgäst.

Kommunens socialtjänst har en viktig uppgift när det gäller att förebygga hemlöshet och har enligt lagstiftningen ansvar för att ge enskilda individer olika former av stöd [43].

Människor som befinner sig i hemlöshet eller som är utestängda från bostadsmarknaden är en heterogen grupp. Bland de hemlösa finns personer med en sammansatt social problematik och ett stort behov av olika vård- och stödinsatser utöver behovet av en bostad, men också personer som inte har andra problem än att de saknar en bostad. Bristen på bostäder leder till att stora grupper ställs utanför den ordinarie bostadsmarknaden och att allt fler söker sig till socialtjänsten för att lösa sin situation.

Kommunens ansvar för bostadsförsörjning

Kommunen ska planera för bostadsförsörjningen i den egna kommunen samt för planläggning och andra åtgärder som gör att bostäder kan byggas. Enligt Boverket uppger cirka 50 procent av kommunerna att de har antagit riktlinjer för bostadsförsörjningen under denna eller den förra mandatperioden [44]. Det är en tydlig ökning jämfört med tidigare år. Den 1 mars 2016 trädde den s.k. bosättningslagen i kraft, det vill säga lagen (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning. Den innebär att kommunerna kan anvisas att ta emot nyanlända som beviljats uppehållstillstånd.

Bostadsbrist

Det är brist på bostäder i de flesta av landets kommuner, såväl i storstadsregioner som i kommuner med mindre folkmängd. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2017 bedömer 255 av landets 290 kommuner att det råder underskott på bostäder på marknaden, vilket är 72 kommuner fler än 2015. Drygt 250 kommuner uppger att det råder underskott på bostäder till nyanlända och till unga [44].

Efter att det under lång period byggts få bostäder har bostadsbyggandet kommit igång, men nyproduktionen är i regel mycket dyr och många har svårt att klara de höga hyrorna. Antalet invånare i landet har också ökat kraftigt, och i oktober 2017 var befolkningen över 10,1 miljoner.

Socialtjänsten har fått en allt viktigare roll som hyresvärd på den s.k. sekundära bostadsmarknaden, och i dag har cirka 90 procent av kommunerna en sådan. Den sekundära bostadsmarknaden är kommunernas utbud av boendelösningar för personer som av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Det handlar om boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn eller särskilda villkor eller regler [45].

Hemlösheten i Sverige 2017

Socialstyrelsen har kartlagt hemlösheten i Sverige under vecka 14 år 2017. Kartläggningen omfattar drygt 33 250 vuxna svenska medborgare och personer med permanent och tillfälligt uppehållstillstånd som befinner sig i någon av de fyra hemlöshetssituationer som ingår i Socialstyrelsens definition av hemlöshet [46].

Situation 1: Akut hemlöshet

Personen är hänvisad till akutboende, härbärke, jourboende, skyddade boenden eller motsvarande. Här ingår också personer som sover i offentliga lokaler, utomhus eller i trappuppgångar, tält, bilar eller motsvarande.

Situation 2: Institutionsvistelse och stödboende

Personen är antingen intagen eller inskriven på en kriminalvårdsanstalt eller SiS-institution, eller bor på ett hem för vård och boende (HVB), i ett familjehem eller ett stödboende som anordnats av socialtjänsten. Personen ska flytta därifrån inom tre månader efter mätveckan, men har inte någon egen bostad ordnad inför flytten eller utskrivningen. Hit räknas även de personer som skulle ha skrivits ut eller flyttat, men som är kvar på grund av att de inte har någon egen bostad ordnad.

Situation 3: Långsiktiga boendelösningar

Personen bor i en av kommunen (socialtjänsten) ordnad boendelösning såsom försökslägenhet, träningslägenhet, socialt kontrakt, kommunalt kontrakt eller motsvarande, på grund av att personen inte får tillgång till den ordinarie bostadsmarknaden. Det handlar om boendelösningar med någon form av hyresavtal (eller kontrakt) där boendet är förenat med tillsyn, särskilda villkor eller regler.

Situation 4: Eget ordnat kortsiktigt boende

Personen bor tillfälligt och kontraktslöst hos kompisar eller bekanta, familj eller släktingar eller har ett tillfälligt (max tre månader efter mätveckan) inneboende- eller andrahandskontrakt hos en privatperson. Den uppgiftslämnande verksamheten har haft kontakt med personen av detta skäl och kände till att denna hemlöshetssituation gällde under den aktuella mätveckan.

Övergripande resultat

Männen utgör 62 procent och kvinnorna 38 procent av samtliga inrapporterade hemlösa. Medelåldern för männen är 41 år och för kvinnorna 39 år. Jämfört med kartläggningen av hemlösheten 2011 har medelåldern sjunkit. Andelen födda i annat land än Sverige är 43 procent, vilket är en ökning med cirka 2 000 personer sedan 2011, och fler än hälften har vistats i Sverige i mer än fem år.

Den akuta hemlösheten har ökat. Under vecka 14 2017 befann sig 5 900 personer i en akut hemlöshetssituation, vilket är en ökning med närmare 1 500 personer jämfört med kartläggningen 2011 framförallt antalet personer som sov utomhus eller i offentliga utrymmen och antalet personer som bodde på vandrarhem eller hotell.

Närmare 16 000 personer, alltså nästan hälften av samtliga i kartläggningen, bodde i långsiktiga boendelösningar som socialtjänstens ordnat. Detta är en ökning med drygt 1 900 personer jämfört med kartläggningen

2011. Antalet personer med eget kortsiktigt ordnat boende (kortsiktigt inneboende) har minskat, liksom antalet personer som vistas på institutioner och stödboenden och som saknar bostad inför planerad utflyttning eller utskrivning inom tre månader.

Ekonomiskt bistånd var den vanligaste inkomstkällan (45 procent) för samtliga inrapporterade hemlösa personer, och få personer (8 procent) hade inkomst i form av lön från regelbundet eller tillfälligt arbete. Var femte inrapporterad person bedömdes inte ha andra behov utöver behovet av en bostad [46].

Personer i akut hemlöshet

Av de 5 900 personer som befann sig i akut hemlöshet bodde den största andelen, 32 procent, på hotell eller vandrarhem, vilket är en ökning jämfört med kartläggningen 2011. Mer än var femte vistades på härbärge eller akutboende och lika många hade tillfälligt logi i jourboende eller korttidsboende. Mer än var tionde sov utomhus eller i offentliga utrymmen under mätveckan, vilket är mer än en fördubbling jämfört med kartläggningen 2011 (tabell 9). I förra årets kartläggning är dubbelt så många som befann sig i akut hemlöshet födda utomlands jämfört med 2011. Nästan en tredjedel av dem hade vistats i landet i mer än åtta år.

Tabell 9. Boendeformer för samtliga inrapporterade hemlösa personer i akut hemlöshet, vecka 14, 2017. Antal och andel i procent.

Boendeformer 2017	Antal personer	Andel av de inrapporterade (%)
Offentliga utrymmen, utomhus	647	11
Tält, bil, husvagn, campingstuga	343	6
Härbärge, akutboende	1 229	21
Hotell, vandrarhem	1 903	32
Tillfälligt logi (jourboende, korttidsboende)	1 325	22
Skyddat boende eller kvinnojour	464	8
Totalt i situation 1	5 935	100
(inkl. 24 personer ospecificerat boende i situation 1)		

Källa: Socialstyrelsens hemlöshetsenkät vecka 14, 2017.

Av samtliga som befann sig i akut hemlöshet hade en tredjedel varit hemlösa i 1–3 år och en femtedel i mer än 4 år. För männen uppgavs missbruk vara den enskilt vanligaste orsaken till den nuvarande hemlösheten, medan våld i nära relationer var en bidragande orsak till hemlöshet för en tredjedel av kvinnorna [46].

Hemlösa personer med barn

Över en tredjedel av de hemlösa personerna i kartläggningen, drygt 6 000 kvinnor och drygt 6 300 män, var föräldrar till barn under 18 år. Nästan 60 procent av föräldrarna var födda utanför Sverige.

Av alla föräldrar bodde drygt 4 500 kvinnor och 1 800 män tillsammans med minst ett barn. Cirka 40 procent av dem befann sig i en hemlöshetssituation på grund av att de inte hade godkänts på den ordinarie bostadsmarknaden.

Av alla i akut hemlöshet hade drygt 2 300 personer, motsvarande 40 procent, barn under 18 år, vilket är nästan 850 fler än i kartläggningen 2011. Närmare 1 500 av dem bodde stadigvarande eller växelvis tillsammans med minst ett barn. De flesta bodde på vandrarhem, hotell, jourboende, korttidsboende eller skyddat boende.

Sammantaget visar kartläggningen att minst 24 500 barn hade en förälder som befann sig i någon hemlöshetssituation. Nästan en tredjedel av föräldrarna hade haft en egen bostad eller ett andrahandskontrakt innan de hamnade i den hemlöshetssituation som de befann sig i under mätveckan [46].

Unga vuxna i hemlöshet

Gruppen unga vuxna 18–24 år uppgick till 4 932 personer, motsvarande 15 procent av det totala antalet inrapporterade hemlösa. Av dessa är 61 procent män och 39 procent kvinnor. Hälften är födda i ett annat land än Sverige, och av dem har 23 procent vistats i Sverige i högst två år och 41 procent i mellan två och fem år. 15 procent har barn.

I åldersgruppen befann sig 15 procent i akut hemlöshet, 17 procent vistades på någon form av institution, 39 procent hade en långsiktig boendelösning och 29 procent hade eget ordnat kortsiktigt boende. Nästan hälften, 47 procent, hade varit i någon hemlöshetssituation i kortare tid än ett år och 40 procent i mellan ett och tre år.

För männen i åldersgruppen berodde hemlösheten främst på missbruk, arbetslöshet/brist på inkomst och konflikt i familjen. För kvinnorna var de vanligaste orsakerna konflikt i familjen, arbetslöshet/brist på inkomst och att inte godkännas på bostadsmarknaden.

Ekonomiskt bistånd var inkomstkällan för 60 procent, och 17 procent hade studiemedel. Innan den nuvarande hemlöshetssituationen hade 31 procent bott hos föräldrar, 23 procent hade vistats på någon form av institution och 15 procent haft eget ordnat kortsiktigt boende.

De vanligaste insatserna under det senaste året var ekonomiskt bistånd (66 procent) och boendeinsats (55 procent). Missbruksvård var den tredje vanligaste insatsen för männen medan psykiatrisk vård var den tredje vanligaste för kvinnorna. Hälften av gruppen uppgavs behöva ekonomiskt bistånd och en fjärdedel behövde psykiatrisk vård. 26 procent av männen och 18 procent av kvinnorna behövde ett arbete eller en sysselsättning, medan 29 procent av männen och 14 procent av kvinnorna hade behov av missbruksvård. En femtedel uppgavs enbart behöva en bostad.⁷

Hemlösa med beroendeproblematik

Av alla personer som rapporterats hemlösa uppgavs 28 procent behöva stöd, insatser eller behandling på grund av missbruk och beroende. Majoriteten är män, 7 357 personer (78 procent) och 2 131 är kvinnor (22 procent). De

⁷ Specialkörning Hemlöshet 2017– omfattning och karaktär. Socialstyrelsen 2017

flesta är i övre medelåldern: 30 procent var 50–64 år och 29 procent var 35–49 år. I denna grupp är 81 procent födda i Sverige, jämfört med 57 procent av alla personer i kartläggningen. Nästan alla lever ensamma och 24 procent har barn som är under 18 år. Majoriteten, 86 procent, av de som har barn bor inte ihop eller har någon kontakt med barnen. Fler kvinnor än män, 11 respektive 6 procent, bor stadigvarande eller växelvis med sina barn. Många är beroende av flera missbrukspreparat, men vanligast är narkotika (68 procent) och alkohol (56 procent).

Drygt 40 procent hade varit i hemlöshet i fyra år eller längre, och för närmare 90 procent av dem uppgavs missbruks- och beroendeproblem vara en bidragande faktor till hemlösheten. Ekonomiskt bistånd var den vanligaste huvudsakliga inkomstkällan för både män och kvinnor.

Förutom hemlöshet har gruppen många behov som leder till insatser, stöd, behandling eller omvårdnad. För männen gällde behoven i första hand privatekonomi (48 procent), psykiatrisk vård och behandling (38 procent), sysselsättning eller arbete (28 procent) och sjukvård eller behandling för fysiska besvär (21 procent). För kvinnorna gällde behoven främst privatekonomi (50 procent), psykiatrisk vård och behandling (47 procent), sjukvård eller behandling för fysiska besvär (25 procent) och sysselsättning eller arbete (24 procent).

De tre vanligaste insatserna under det senaste året var stöd, vård eller behandling för missbruk eller beroende (65 procent), boendeinsatser (64 procent) och ekonomiskt bistånd (58 procent).

Sammantaget är hemlösa med beroendeproblem en utsatt grupp med människor som ofta varit hemlösa under lång tid, och förutom insatser för missbruk och beroende behöver de även insatser för psykiska och fysiska besvär.

Hemlösa med missbruk och samtidig psykisk ohälsa

Hemlösa med beroendeproblematik och samtidig psykisk ohälsa är en särskilt utsatt grupp. Av samtliga som ingick i kartläggningen uppgavs 12 procent behöva stöd, insatser eller behandling med anledning av missbruk och samtidig psykisk ohälsa. Av dessa var 74 procent män och 26 procent kvinnor. I denna grupp var 40 procent 18–34 år och 33 procent 35–49 år. Totalt var 80 procent födda i Sverige, vilket är en större andel än bland det totala antalet personer i kartläggningen. Nästan alla, 94 procent, var ensamstående och 24 procent hade barn under 18 år. Narkotika var det vanligaste missbrukspreparatet (76 procent), följt av alkohol (53 procent) och läkemedel (30 procent).

Drygt 40 procent hade varit i hemlöshet fyra år eller längre, och för närmare 90 procent av dem uppgavs att missbruks- och beroendeproblem var en bidragande faktor till hemlösheten. Den vanligaste huvudsakliga inkomstkällan var ekonomiskt bistånd, 59 procent, följt av sjukersättning eller aktivitetsersättning för 25 procent.

Alla bedömdes behöva missbruksvård och psykiatrisk vård, och förutom det behövde 56 procent också ekonomiskt bistånd, 35 procent sysselsättning eller arbete och 27 procent behövde hjälp för fysiska problem.

Under det senaste året var boendeinsats (69 procent) och stöd, vård eller behandling för missbruk eller beroende (69 procent) de vanligaste insatserna, följt av psykiatrisk vård (56 procent) och ekonomiskt bistånd (58 procent).

Socialtjänstens boendeinsatser till hemlösa

Boendeinsatser till personer utan substansmissbruk

Drygt 13 100 personer i åldersgruppen 21 år och äldre, som inte har problem med eget substansmissbruk, fick insatsen bistånd som avser boende enligt SoL den 1 november 2016. Det innebär en ökning med 12 procent jämfört med 1 november 2015. Antalet personer i åldern 21 år och äldre som fick boendeinsatser den 1 november ökade med 74 procent under tidsperioden 2007–2016, från 7 500 personer till 13 100 personer. Med hänsyn taget till befolkningsökningen har antalet ökat från 14 till 23 personer per 10 000 invånare under samma tidsperiod, vilket motsvarar drygt 64 procent [47].

Den stora ökningen av boendeinsatser för 2007–2016 kan bero på en ökad bostadsbrist kombinerat med att hyresvärdarna ställer hårdare krav på sina hyresgäster. Även migrationen under 2015 kan ha bidragit till ökningen eftersom kommunerna har ansvar för att tillgodose behovet av bostäder för personer som fått uppehållstillstånd [47].

Boendeinsatser till personer med missbruk

När det gäller personer 21 år och äldre med missbruksproblem hade 6 247 personer bistånd som avser boende enligt SoL den 1 november 2016, vilket är jämförbart med 2015. Insatserna består av såväl akuta som långsiktiga boendelösningar. Under 2017 uppgav 21 procent av kommunerna att de erbjuder Bostad först, vilket är en varaktig boendelösning utan några krav på att först ha genomgått behandling eller uppvisat nykterhet och drogfrihet. Vidare erbjuder 42 procent boendeinsatsen Vårdkedja, som innebär att den hemlöse först ska genomgå behandling för bakomliggande problematik samt följa vissa regler eller villkor för att få en bostad [48].

EU-medborgare som lever i utsatthet

Hemlösheten och fattigdomen har blivit märkbart synlig i Sverige under de senaste åren. EU-medborgare söker sig till Sverige med stöd av EU:s fria rörlighet för att söka försörjning, och många befinner sig i extrem utsatthet, inkluderat hemlöshet. Antalet utsatta EU-medborgare i Sverige uppskattades 2015 till cirka 4 700 personer.

Som en del i hemlöshetskartläggningen har Socialstyrelsen intervjuat personer som arbetar med utsatta EU-medborgare i nio städer över hela landet. Av intervjuerna framkom att det är mycket svårt att uppge hur många utsatta EU-medborgare som befinner sig i landet, eftersom det handlar om en rörlig grupp som vistas här tillfälligt. De flesta uppfattas vara mellan 18 och 50 år och ett fåtal har med sig minderåriga barn. Den största anledningen till att de befinner sig i landet är att de försöker skaffa sig en inkomst. De flesta har en bostad i hemlandet, om än undermålig, och ser inte sig själva som hemlösa.

Däremot lever de allra flesta i akut hemlöshet under vistelsen i Sverige; de övernattar utomhus, i tält, skjul eller kojor, i bilar eller på natthärbärgen som finns i några kommuner. Dessa EU-medborgare efterfrågar framför allt hjälp med basala behov såsom någonstans att sova, mat och möjlighet att sköta sin hygien. De intervjuade framhåller också att det finns behov av hjälp med den fysiska hälsan inklusive tandvård samt kunskap om hälsa, sjukdomar och hur det svenska samhället fungerar.

Det är framför allt kyrkor och frivilligorganisationer som bedriver verksamheter som riktar sig specifikt till utsatta EU-medborgare. De flesta kommunala socialtjänstverksamheter träffar endast ett fåtal utsatta EU-medborgare och ger i regel endast akuta insatser [46].

Kommunernas arbete för att motverka hemlöshet

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2016 har endast 17 procent av kommunerna en aktuell övergripande plan för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. I 36 procent av kommunerna finns en övergripande överenskommelse om samverkan med bostadsföretag eller hyresvärdar när det gäller tillgång till bostäder för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Av kommunerna har 31 procent en överenskommelse om att samverka med bostadsföretag eller hyresvärdar i enskilda ärenden [49].

Avhysningarna har minskat

Antalet avhysningar har minskat successivt under längre tid. Enligt Kronofogdens statistik för 2016 inkom 30 594 ansökningar om avhysning under året. Av dessa ledde 6 376 till ansökningar om verkställighet, varav 2 117 verkställdes. I cirka 87 procent av fallen beror avhysningen på en hyresskuld. [45, 46].

Statistiken tyder på att de flesta problem som får hyresvärdar och bostadsrättsföreningar att ansöka om avhysning blir lösta på vägen, innan det hinner gå så långt som till verkställighet. I vissa fall kan det bero på att hyresgästen har flyttat ut från lägenheten innan avhysningen har hunnit verkställas, och då räknas det inte som en avhysning även om hyresgästen formellt har blivit uppsagd från lägenheten. Det finns också ett mörkertal när det gäller andrahandshyresgäster som drabbas på grund av att förstahandshyresgästen blir avhyst [50].

Barn som är berörda av avhysning

Enligt Kronofogden genomfördes 205 avhysningar under 2016 där barn var berörda, vilket är en minskning med omkring 18 procent jämfört med 2015. Totalt berördes 387 barn av dessa avhysningar, även det en minskning jämfört med 2015 då 472 barn var berörda.

Av de berörda barnen hade 71 procent sin permanenta bostad hos de avhysta föräldrarna, 19 procent var växelvis boende och 10 procent var så kallade umgängesbarn⁸. I de ärenden där barn blev tvungna att lämna sin permanenta bostad, är det i ca 60 procent av de fallen en ensamstående förälder som blev avhyst. Av dessa var ca 77 procent kvinnor. Därutöver har 1 006 barn riskerat att bli berörda, men avhysningen har inte verkställts. Det är dock troligt att det finns ett mörkertal, framför allt beträffande barn och unga som vistas hos föräldrar för umgänge, eftersom information inte alltid har kunnat inhämtas, till exempel i ärenden som återkallas tidigt. Likaså finns ett mörkertal när det gäller antalet barn som är berörda till följd av att familjen blivit avhyst från ett andrahandsboende.

Förebygga avhysningar

Få händelser skapar en så stor risk för hemlöshet och en drastiskt försvagad position på bostadsmarknaden som att bli avhyst. Forskning pekar också på att personer som en gång blivit avhysta har mycket svårt att komma tillbaka in på bostadsmarknaden. Som tidigare nämnts var avhysning en bidragande orsak till hemlösheten för närmare en femtedel av de personer som ingick i Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning [46].

I Socialstyrelsens öppna jämförelser uppger hälften av kommunerna att de bedriver uppsökande verksamhet för personer som riskerar att förlora sitt boende, och i 23 procent av kommunerna finns en aktuell rutin för att förhindra att barnfamiljer blir avhysta [49].

Socialstyrelsens ser allvarligt på att så få kommuner har rutiner för att förebygga avhysningar, inte minst när det gäller barnfamiljer. Under 2017 tog vi därför fram ett stöd för hur socialtjänsten kan arbeta med frågan. Stödet tar upp socialtjänstens möjligheter och ansvar, processen för avhysningar och regelverken som styr. Stödet innehåller även en vägledning för att handlägga ärenden vid hot om avhysning. Stödet fokuserar framför allt på behovet av samarbete på lokal nivå mellan socialtjänsten, hyresvärdar och Kronofogden [51].

⁸ Umgänge minst 30 dagar per år.

Missbruks- och beroendevård

Sammanfattande iakttagelser

- En större andel av befolkningen har under de senaste 10 åren fått öppenvård för en diagnos som indikerar ett pågående alkoholberoende. Inom slutenvården har andelen dock minskat.
- Andelen män och kvinnor som haft vårdkontakt med diagnos som är relaterad till drogberoende ökade betydligt mellan 2006 och 2016, särskilt inom den specialiserade öppenvården där ökningen är 127 procent. Ökningen är störst i de yngsta åldersgrupperna. I slutenvården fördubblades andelen vårdade med drogberoende bland pojkar och män 15–19 år och bland kvinnor 25–34 år. I den specialiserade öppenvården ökade andelen med 325 procent för pojkar och män i åldern 15–19 år, och 203 procent för flickor och kvinnor 15–19 år. Orsakerna till dessa öknings behöver undersökas närmare.
- Bland personer 21 år och äldre med missbruksproblem minskade andelen som fick frivilliga vård- och behandlingsinsatser enligt SoL, mellan 2006 och 2016, men statistiken visar en ökning med 33 procent av antalet personer som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Personer som vårdas enligt LVM blir också allt yngre; medianåldern har minskat med 10 år sedan 2010, för både kvinnor och män.
- För att säkra kvaliteten behöver arbetet med uppföljningar utvecklas. Det behövs systematiska uppföljningar på både individnivå och verksamhetsnivå för att kunna bedöma om patienternas och brukarnas behov tillgodoses, men kommunerna behöver stöd för att införa sådana system och modeller. Det är i dag få kommuner som använder systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten
- Det är svårt att mäta vårdbehovet för dopningsproblematik. År 2016 var det dock drygt 110 män i åldersgruppen 25–44 år som vårdades för dopningsdiagnos inom den specialiserade öppenvården och slutenvården.
- Diagnosen spelberoende fanns för 1 540 personer i Socialstyrelsens patientregister under 2011–2016, varav 1 198 män (78 procent) och 342 kvinnor (22 procent). Under 2011–2016 ökade antalet besök i öppenvården för spelberoende med 140 procent, och antalet vårdtillfällen i slutenvården ökade med 40 procent.

Aktuell utveckling i befolkningen

Alkohol

Alkoholkonsumtionen i Sverige studeras genom att mäta både den registrerade och den oregistrerade delen av konsumtionen. År 2016 uppgick den totala konsumtionen till 9,04 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Det är mindre jämfört med de senaste åren och minskningen är drygt 1 procent jämfört med 2015. Mellan 2007 och 2016 minskade den totala konsumtionen med 8 procent

[52]. Andelen riskkonsumenter i befolkningen (16–84 år) var 17 procent 2016. Riskkonsumtion av alkohol varierar mellan olika grupper och det är fler män än kvinnor som har en riskkonsumtion, 20 procent jämfört med 13 procent. Andelen unga (16–29 år) med riskkonsumtion är högre än bland äldre (65–84 år), 25 procent jämfört med 11 procent [53]. Andelen med riskkonsumtion av alkohol minskade i hela befolkningen och i flera av de nämnda grupperna, till exempel män och unga, under 2006–2016, men ökade bland äldre [54].

Narkotika

Cannabis är den narkotika som flest invånare i Sverige anger att de har använt någon gång. I gruppen 16–84 år uppger 3 procent av männen och 2 procent av kvinnorna att de har använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Under 2006–2016 ökade andelen bland båda könen. Andelen som uppgett cannabisanvändning under det senaste året är högre bland unga vuxna jämfört med äldre åldersgrupper: 2016 hade 9 procent av männen och 6 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–29 år använt cannabis under de senaste 12 månaderna, vilket kan jämföras med 4 respektive 2 procent bland 30–44-åringar och 0,7 respektive 0 procent bland 45–65-åringar [53].

Även i resten av Europa är cannabis den narkotika som används mest. Uppskattningsvis 87,7 miljoner vuxna i Europa (i åldern 15–64 år), motsvarande 26,3 procent, har använt cannabis någon gång i livet. När det gäller unga européer (15–34 år) uppskattas att 17,1 miljoner personer eller 13,9 procent har använt under det senaste året. Bland dessa unga var två tredjedelar män [55].

Under de senaste åren har syntetiska opioider (ofta fentaylderivat) orsakat problem både i Europa och i Nordamerika. Dessa syntetiska opioider utgör allvarliga hälsorisker och EU:s system för tidig varning har sedan 2012 fått allt fler rapporter om substanserna och de skador som de har orsakat. Substanserna har sålts på internetmarknader och även på den illegala marknaden. De har ibland sålts som, eller blandats med, heroin, andra olagliga droger och även förfälskade läkemedel [55].

Dopning

Det saknas säkra data om såväl experimentella som frekventa användare av de dopningsmedel (anabola androgena steroider och tillväxthormon) som finns i Sverige. Dessutom finns begränsad kunskap om de långsiktiga negativa hälsoeffekterna av dopningsmedel i Sverige. Vidare saknas riktlinjer för att behandla dopningsmissbruk, vilket kan vara en av orsakerna till att så få personer vårdas för diagnosen

- År 2015 fanns uppskattningsvis 33 000 dopningsanvändare i Sverige. Det är en ökning med över 300 procent jämfört med de 10 000 användare som beräknades finnas 2009.
- Majoriteten av de som använder dopningsmedel är män [56].
- Cirka 1 procent av männen och 0,3 procent av kvinnorna i Sverige har någon gång använt dopningspreparat [57, 58].
- År 2016 vårdades drygt 60 män i åldersgruppen 25–34 år och knappt 50 män i åldersgruppen 35–44 år inom slutenvården och den specialiserade

öppenvården för diagnosen F.55 (Missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande) där steroider eller hormoner ingår. (*Patientregistret, Socialstyrelsen*).

- Samma år vårdades 13 kvinnor i åldersgruppen 25–34 år för samma typ av missbruk, och 8 stycken i åldersgruppen 35–44 år.

Sammantaget är det svårt att uppskatta vårdbehovet för dopningsmissbruk i Sverige.

Tobak

Sedan 2006 har Sverige haft en positiv utveckling i form av ett minskat tobaksbruk, även om bruket varierar mellan olika grupper. Tobaksbruket är fortfarande en stor folkhälsoutmaning, den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). År 2016 uppgav totalt 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen att de röker dagligen. Totalt sett minskade andelen daglig rökare 2006–2016. Andelen dagligrökare är högst i gruppen kvinnor 45–64 år (13 procent), och bland kvinnor i åldern 30–44 år har andelen dagligrökare ökat under de senaste två åren, från 6 procent till 8 procent. När det gäller daglig rökning i åldern 16–84 år var andelen större i grupperna med endast förgymnasial och gymnasial utbildning, 12 respektive 11 procent, än i gruppen med eftergymnasial utbildning, 5 procent. Uppgifterna gäller 2016 [53].

Spelproblem och hasardspelsyndrom

Spelproblem finns i alla befolkningsgrupper och för alla spelformer, men är vanligare bland män och unga [59].

- Ungefär 2 procent av Sveriges befolkning i åldern 18–84 år har spelproblem, och cirka 30 000 personer bedöms ha allvarliga spelproblem.
- Under 2011–2016 vårdades 1 540 personer med diagnosen spelberoende, varav 1 198 män (78 procent) och 342 kvinnor (22 procent) [60].
- Majoriteten av personerna med speldiagnos var i åldersgruppen 25–44 år.
- Under 2011–2016 var det 3 702 besök i den specialiserade öppenvården och 605 vårdtillfällen i slutenvården med diagnosen spelberoende.
- Antalet besök i öppenvården har ökat, från 408 stycken 2011 till 982 besök 2016, vilket är en ökning med 140 procent.
- Antalet vårdtillfällen i slutenvården ökade under samma period från 84 till 118 stycken, vilket är en ökning med 40 procent.
- Endast 33 procent av patienterna har diagnostiserats enbart som spelberoende, och de övriga har även andra psykiatriska diagnoser.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendationer för behandling av spelmissbruk och spelberoende [61]. Stödet innehåller specifika rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för stöd och behandling av personer med missbruk och beroende av spel om pengar. Uppdraget tillkom på grund av ändringar i SoL och HSL som trädde i kraft den 1 januari 2018. Lagändringen innebär bland annat att socialtjänstens ansvar för att förebygga missbruk av spel om pengar

likställs med ansvaret för substansmissbruk. Det gäller även ansvaret att bistå med insatser eller försöka motivera personer med spelmissbruk som behöver stöd, vård och behandling att söka hjälp. För hälso- och sjukvården innebär lagändringen ett tydligare ansvar för att behandla spelberoende och en skyldighet att uppmärksamma att barn som bor tillsammans med en vuxen som missbrukar spel om pengar får information, råd och stöd.

Dödlighet relaterat till alkohol och narkotika

Den alkoholrelaterade dödligheten har varit oförändrad under de senaste femton åren. Dödligheten är högre bland män än bland kvinnor och den är högre bland äldre än bland yngre personer. Vidare är dödligheten högre bland personer med förgymnasial utbildning, både för kvinnor och för män.

- År 2016 registrerades 1 920 alkoholrelaterade dödsfall, varav 1 475 män och 445 kvinnor [62].
- Under 2016 dog 910 personer till följd av läkemedels- och narkotika-förgiftningar. Av dessa var drygt 300 kvinnor och drygt 600 män. Detta är en minskning jämfört med både 2015 och 2014 då 950 respektive 940 personer dog. Bland män är dödsfallen vanligast i relativt unga åldrar (15–44 år) medan dödsfallen bland kvinnor är vanligast i något äldre åldersgrupper (45–74 år). Dödligheten är högst bland personer med endast förgymnasial utbildning.
- Opioider var 2016 vanligast förekommande bland dödsfallen med läkemedels- eller narkotikaförgiftningar som underliggande dödsorsak [63].

Socialstyrelsen hade våren 2017 ett regeringsuppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten ta fram en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. Uppdraget gick ut på att föreslå åtgärder, med fokus på insatser för att förhindra att personer i riskzonen dör i ett narkotikarelaterat dödsfall. Den narkotikarelaterade dödligheten är ett komplext problem och åtgärdsplanen omfattar därför sammanlagt 18 insatser som berör flera aktörer [64]. I åtgärdsplanen föreslås bland annat

- varningssystem och riktad information
- bättre tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende genom fortsatt kunskapsutveckling
- utbildning och information till personer som brukar narkotika och till de närstående, för att stärka deras förmåga att undvika och hantera riskfyllda situationer
- tillgång till överdosmotgiftet naloxon för personer som brukar opioider samt för närstående och personal inom polisen och socialtjänsten
- kunskapsutbyte mellan myndigheter, professioner och det civila samhället
- stärkt arbete för att bekämpa narkotikahandeln
- förslag på forskning och djupare analys av narkotikarelaterade dödsfall.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen fick i november 2017 ett nytt samlat regeringsuppdrag inom ramen för satsningar i syfte att minska narko-

tikarelaterad dödlighet. (Uppdrag avseende insatser för att minska narkotika-relaterad dödlighet S2017/05940/FS (delvis)). Uppdraget består av fem deluppgifter;

- utreda förutsättningarna för ett varningssystem mellan berörda myndigheter för att i ett tidigt skede kunna upptäcka substanser eller förändrat missbruksmönster som kan orsaka plötslig ökning av antalet dödsfall
- information om överdosrisker och säkrare användning riktad till personer som brukar narkotika eller narkotikaklassade läkemedel
- utreda möjligheterna att utveckla riktad hälsoinformation om drogmarknaden och akuta risker till personer som brukar narkotika
- utveckla och ta fram ett kunskapsstöd om läkemedelsbehandling vid opioidberoende samt lämna förslag till samverkansformer mellan huvudmännen
- presentera ett förslag till en kartläggning av akutmottagningarnas rutiner för fortsatt vård, behandling och uppföljning av personer som kommer till akutmottagningarna på grund av en överdos.

Få får rådgivning från primärvården om alkohol och tobak

Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor har ökat varje år, framför allt stödet till patienter med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet som byggts ut sedan 2013. Stödet till patienter som röker eller har ett riskbruk av alkohol är inte lika omfattande och utvecklas inte lika snabbt. Mellan 2015 och 2016 ses ingen utveckling när det gäller rådgivning om rökning och riskbruk av alkohol. Drygt 10 procent av kvinnorna och knappt 20 procent av männen i Sverige bedöms ha ett riskbruk av alkohol, men 2016 var det mindre än 1 procent av patienterna i primärvården som fick någon åtgärd mot detta. En förklaring kan vara att många patienter med riskbruk inte uppmärksammas i hälso- och sjukvården trots att vanligt förekommande hälsoproblem kan ha en koppling till alkoholkonsumtionen. Primärvården behöver rutiner för att uppmärksamma patienter på att de kan förbättra sin hälsa genom att minska alkoholkonsumtionen, och erbjuda rådgivning till dessa patienter [65].

Vård och behandling

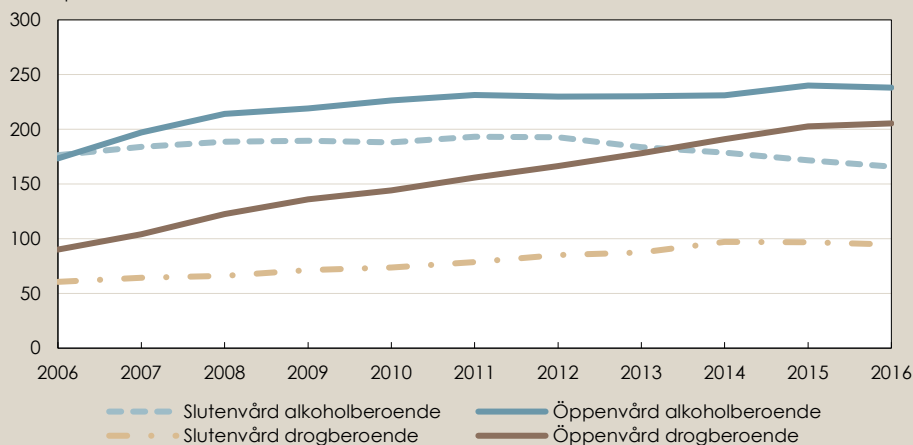
Tillgänglighet till akut stöd inom socialtjänsten

Genom att upprätta en socialjour som har öppet dygnet runt, med socionomutbildad personal, kan kommuner säkerställa att personer i olika former av krissituationer får ett professionellt bemötande och stöd, oavsett när behovet uppstår. År 2017 hade 83 procent av kommunerna en social jourverksamhet som är bemannad med socionomutbildad personal även utanför kontorstid, enligt Socialstyrelsen öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården.

Figur 7. Vård till följd av alkohol- eller drogberoende

Andel av befolkningen som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkohol- eller drogberoende. Personer i alla åldrar åren 2006–2016.

Antal per 100 000



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdens insatser

Under perioden 2006–2016 ökade andelen personer i befolkningen som vårdats inom hälso- och sjukvårdens slutenvård eller den specialiserade öppenvården⁹ med en diagnos som indikerar ett pågående beroende (figur 7). Utvecklingen ser olika ut beroende av ålder och kön.

Vård för alkoholberoende ökar mest bland äldre

Andelen av befolkningen som fått vård med en diagnos som indikerar pågående alkoholberoende ökade 2006–2016 inom öppenvården men minskade inom slutenvården.

Åldersgruppen 55–64 år är den största bland de som vårdats inom slutenvården för diagnoser som är relaterade till alkoholberoende (figur 8). Det samma gäller bland män som vårdats i den specialiserade öppenvården, men bland kvinnor är andelen högst i åldersgruppen 45–54 år (figur 9).

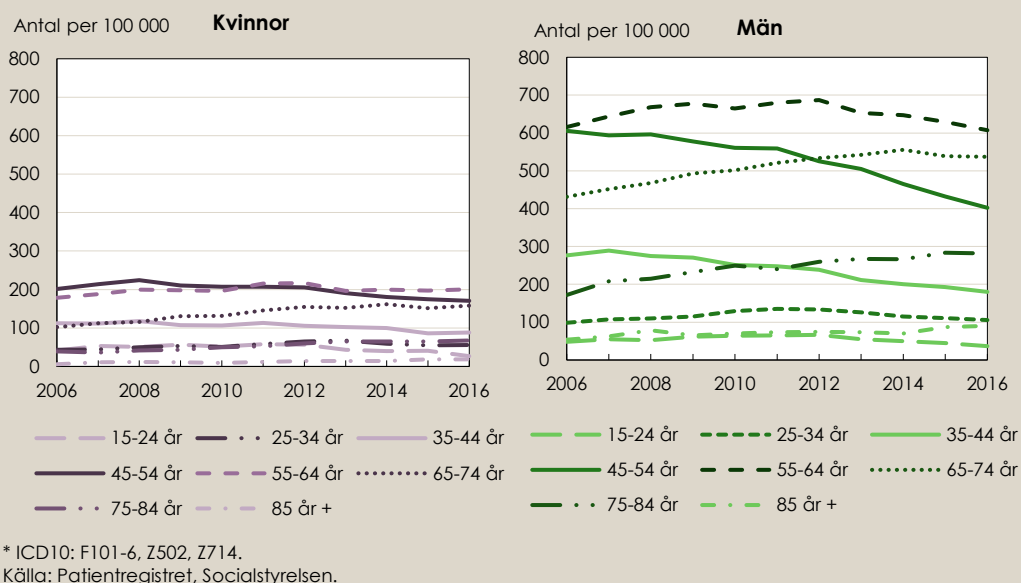
Den största förändringen är att andelen i befolkningen som vårdats för alkoholberoende ökat i de äldsta åldersgrupperna, det vill säga män och kvinnor som är 65 år eller äldre. Inom slutenvården har andelen män i åldern 75–84 år ökat med 63 procent och andelen kvinnor har ökat med 73 procent [54].

Inom den specialiserade öppenvården syns ökningar för alla åldersgrupper, och störst är ökningen i åldersgruppen över 75 år både för män och för kvinnor samt i gruppen 25–34 år (män 58 procent, kvinnor 89 procent).

⁹ Med specialiserad öppenvård avses all öppenvård som inte är primärvård och med vårdkontakt avses läkarbesök.

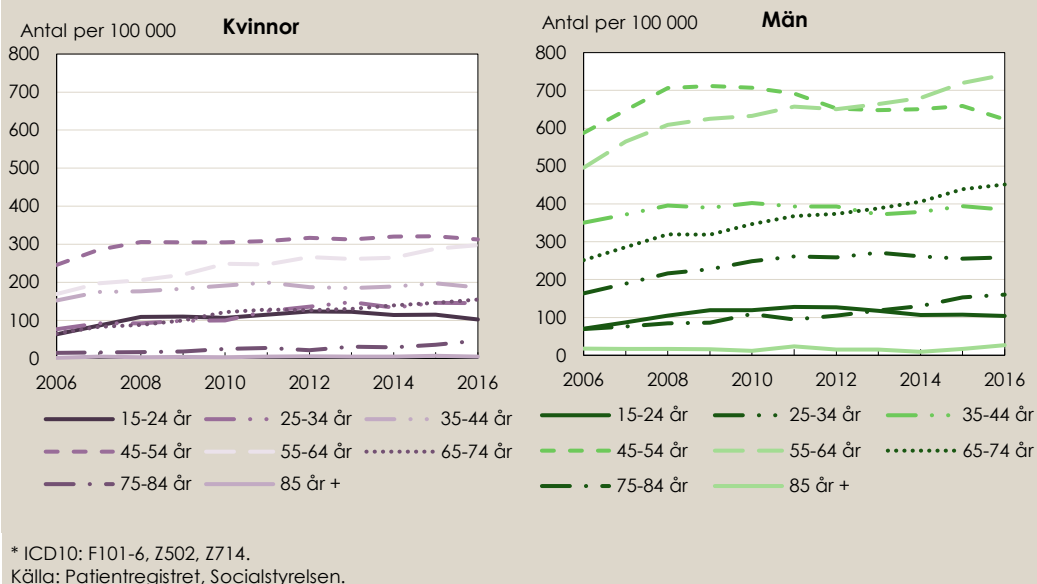
Figur 8. Slutenvård för alkoholberoende

Andel av befolkningen som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män i olika åldrar, 2006–2016.



Figur 9. Specialiserad öppenvård för alkoholberoende

Andel av befolkningen som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män i olika åldrar, 2006–2016.



Vård med diagnos relaterad till drogberoende har ökat
Statistiken för 2006–2016 visar en stor ökning av andelen som haft en vårdkontakt inom hälso- och sjukvården med diagnos som är relaterad till drogberoende¹⁰, särskilt inom den specialiserade öppenvården där ökningen är 127

¹⁰ Avser diagnoskoderna Z503,Z715,F111-F116,F121-F126,F131-F136,F141-F146,F161-F166,F191-F196

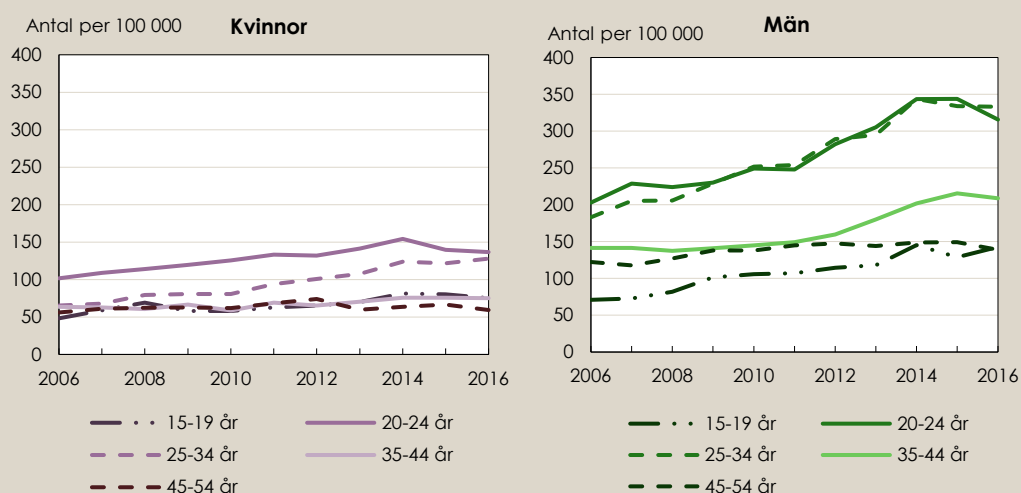
procent. I såväl den specialiserade öppenvården som i slutenvården är andelen i befolkningen som vårdats högst i åldersgruppen 15–34 år.

Bland kvinnor inom slutenvården har ökningen varit störst i åldersgruppen 25–34 år och bland män har den varit störst inom den yngsta åldersgruppen, 15–19 år. För män 15–19 år och kvinnor 25–34 år syns en ökning med omkring 100 procent (figur 10). Inom den specialiserade öppenvården har den största procentuella ökningen av andelen vårdade personer skett i den yngsta åldersgruppen 15–19 år och i åldersgruppen 25–34 år. Andelen unga män i åldern 15–19 år har ökat med 325 procent, och bland unga kvinnor i samma ålder var ökningen 203 procent (figur 11). I åldersgruppen 25–34 år var ökningen bland män 139 procent och bland kvinnor 165 procent.

Det är oklart vad som orsakat ökningen bland unga som vårdats inom slutenvården och inom öppenvården, och detta är något som behöver studeras närmare.

Figur 10. Slutenvård för drogberoende

Andel invånare som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till drogberoende*. Kvinnor och män i olika åldrar åren 2006–2016.

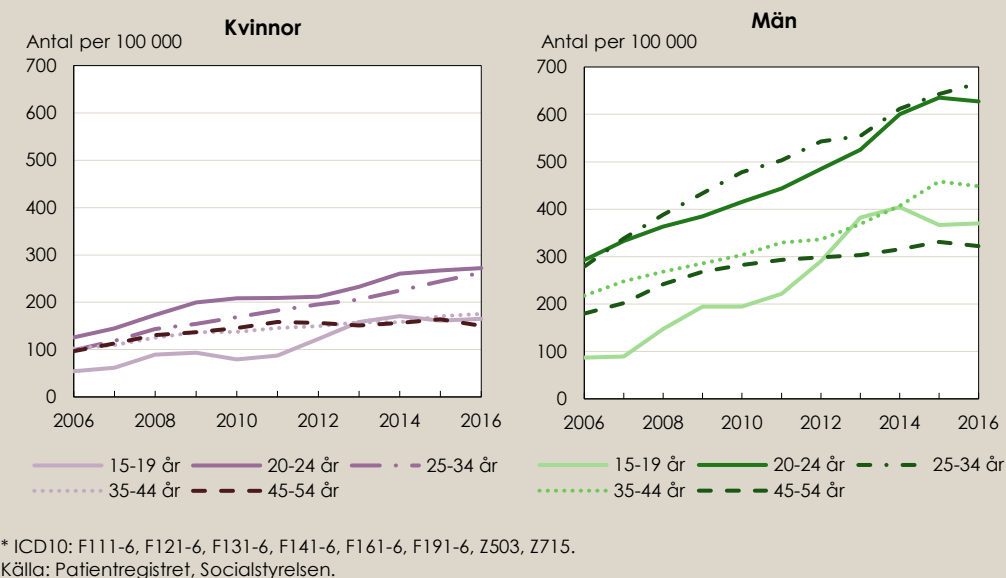


* ICD10: F111-6, F121-6, F131-6, F141-6, F161-6, F191-6, Z503, Z715.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 11. Öppenvård för drogberoende

Andel invånare som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till drogberoende*.

Kvinnor och män i olika åldrar åren 2006–2016.



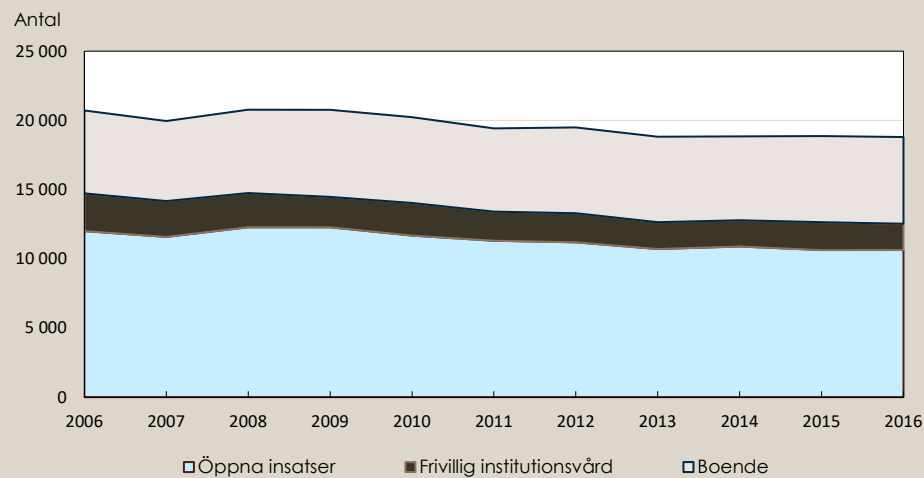
Socialtjänstens insatser

Mellan 2006 och 2016 minskade de frivilliga vård- och behandlingsinsatserna enligt SoL till vuxna personer (21 år och äldre) med missbruksproblem (figur 12). Antalet som fick individuellt behovsprövade öppna insatser minskade från drygt 12 000 till 10 600 personer (motsvarande en minskning med 12 procent). Den största förändringen gäller den frivilliga institutionsvården, där antalet personer med denna insats har minskat med 30 procent, från omkring 2 700 personer 2006 till 1 900 personer 2016. Antalet personer som får boende som insats¹¹ varierade under tidsperioden, och en viss ökning syns mellan 2006 och 2016 från 5 984 personer till 6 274, motsvarande en ökning med 5 procent. Under samma period ökade befolkningen 21 år och äldre med 11 procent.

Förändringarna mellan 2006 och 2016 gäller såväl kvinnor som män. De frivilliga insatserna minskade för båda könen och den största minskningen gäller män som fått bistånd till individuellt behovsprövade öppna insatser och frivillig institutionsvård. Den senare vårdformen minskade med över 21 procent för män. Den mest frekventa insatsen är individuellt behovsprövade öppna insatser, följt av boende som bistånd. Missbruk och beroende är en av de viktigaste anledningarna till hemlöshet (se även kapitlet Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden).

¹¹ I statistiken innefattar bistånd till boende enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen, SoL följande boendeformer: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktssinnehavare, det vill säga "sociala kontrakt" eller liknande.

Figur 12. Antal personer som vårdats enligt socialtjänstlagen (2001:453) den 1 november 2006–2016

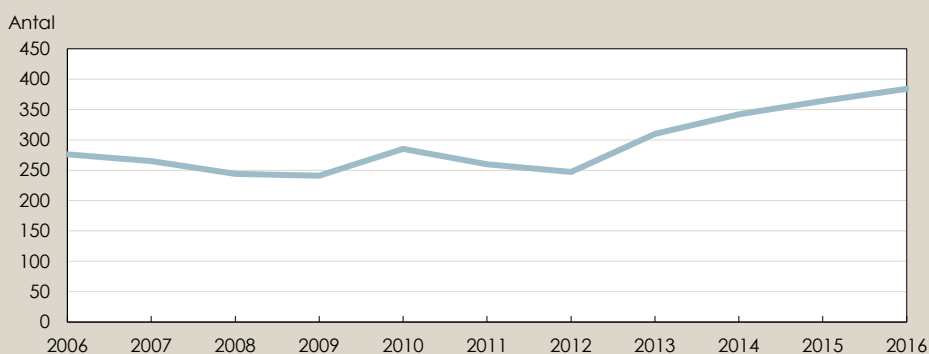


Källa: Socialtjänstregistret, Socialstyrelsen.

Samtidigt har antalet personer som vårdas enligt LVM ökat med 33 procent sedan 2006 (figur 13) och den kraftigaste ökningen syns från 2012 och framåt. Personer som vårdas enligt LVM blir allt yngre och kvinnor som vårdats enligt LVM har under hela tidsperioden varit yngre än männen. År 2010 var medianåldern för kvinnor 41 år och för män 44 år. År 2016 var medianåldern 31 år för kvinnor och 35 år för män.

Figur 13. Vård enligt LVM

Antal personer, 21 år eller äldre, som vårdats enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall den 1 november 2006–2016.



Källa: Registret över tvångsvård enligt lag om vård av missbrukare, Socialstyrelsen.

Bland vårdade på LVM-hem är narkotika det vanligaste missbruksmedlet, och därefter kommer missbruk av flera substanser (narkotika och alkohol). Detta visas inte i figur.

Vård- och behandling utifrån målgruppens behov

Brukarnas erfarenheter och synpunkter är en viktig del i arbetet med att utforma vård och behandlingsinsatser utifrån målgruppens behov. I Socialsty-

relsens öppna jämförelser 2017 redovisas flera indikatorer som belyser brukarinflytande på olika nivåer och det är generellt ett område för kommunerna att utveckla. 14 procent av kommunerna har genomfört en brukarstyrd brukarrevison, 12 procent uppger att de har använt brukarstyrd brukarrevison för verksamhetsutveckling och 38 procent av kommunerna har inhämtat brukarorganisationers synpunkter på innehållet i överenskommelsen mellan kommun och landsting [66].

Vikten av brukarinflytande och behovet av en tillgänglig och individanpassad vård lyfts återkommande av Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor. Rådet består av företrädare för rikstäckande organisationer som verkar inom ANDTS-området (bland annat brukar- och anhörigorganisationer). Brister i vårdkedjan och tillgången till vårdplatser vid akuta tillstånd och abstinensbehandling nämns särskilt, liksom att samverkan mellan specialistvården och socialtjänsten brister.

Stöd till närstående

Att vara närstående till någon som har ett beroende kan leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa. Närstående till personer med ett beroende kan därför behöva stöd och hjälp för egen del för att hantera relationen till den som har ett beroende. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende ingår olika åtgärder i form av psykosocialt stöd till vuxna närstående till personer med ett beroende. Det finns även stöd till närstående som vill motivera personer som har ett beroende till behandling. År 2017 uppgav 35 procent av kommunerna att de erbjuder minst ett stödprogram till närstående [66].

Extern samverkan – en förutsättning för en fungerade vårdkedja

En stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade missbruks- och beroendevården behöver insatser från flera olika huvudmän, inom både det sociala och det medicinska området. Personer med missbruks- och beroendeproblem är en utsatt grupp och de flesta har stora samordningsbehov. Ofta finns organisatoriska hinder för goda resultat, i form av ostrukturerad eller oregelbunden samverkan, men en god samverkan bidrar däremot till en mer effektiv användning av gemensamma resurser vilket är till nytta för den enskilda individen.

Kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel eller spel om pengar, enligt 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL. Drygt hälften av kommunerna (56 procent) hade 2017 en aktuell överenskommelse med landstinget som innehåller gemensamma mål, en resurs- och ansvarsfördelning och rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal [66].

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer som har ett beroendeproblem. Många har också andra problem och sociala svårigheter som kan kräva vård, stöd och behandling från flera myndigheter och verksamheter. Det innebär att vissa personer med beroende behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör socialtjänsten

erbjuda insatsen Case management i form av integrerade team för personer med beroende som samtidigt har svår psykisk sjukdom och behöver samordning av sina vård- och stödinsatser. År 2017 uppgav 39 procent av kommunerna att de erbjuder Case Management med integrerade team eller multiprofessionella team.

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av modeller som går ut på att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten eller patienten får tillgång till rätt vård och stöd. Case management i form av integrerade eller samordnande team innebär att ett multiprofessionellt team samordnar och ger vård och stödåtgärder. Ofta erbjuder teamet både behandling för beroendet för den psykiska sjukdomen och psykosociala stödåtgärder.

Systematisk uppföljning – ett utvecklingsområde

För att säkra kvaliteten inom missbruksvården är det viktigt att utveckla arbetet med uppföljningar och stödja implementering av system och modeller för systematisk uppföljning. Genom att systematiskt följa upp resultaten av insatserna, på både individ- och verksamhetsnivå, går det att bedöma om patienternas och brukarnas behov tillgodoses. Det är dock få kommuner som använder systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten. År 2017 var det endast 6 procent av kommunerna som använde resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling [66].

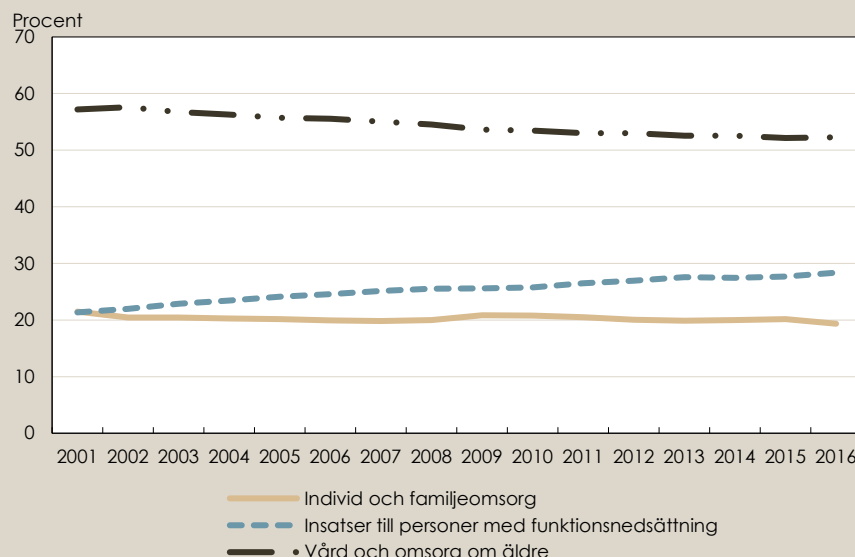
Det finns en rad olika bedömningsinstrument som kan användas för att fastställa behovet av stöd och skadligt bruk men även för att följa utfallet av insatta åtgärder. ASI (Addiction Severity Index) är exempel på en sådan standardiserad bedömningsmetod som bidrar till att säkerställa att individens behov identifieras korrekt, kan åtgärdas med lämpliga insatser och sedan följas upp. Standardiserade bedömningsmetoder ger dessutom ett lämpligt underlag till det systematiska uppföljningsarbetet, vilket gynnar utvecklingen av en jämlik och evidensbaserad socialtjänst eftersom frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. År 2017 uppgav 27 procent av kommunernas verksamheter inom beroendområdet att de använder någon standardiserad bedömningsmetod i sina uppföljningar [48, 66]. Däremot erbjuder 96 procent av kommunerna minst en av de manualbaserade insatserna som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Kostnader för individ- och familjeomsorg

I det här kapitlet beskrivs kostnaderna för individ- och familjeomsorgen 2012–2016. Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för sina åtaganden. Kostnaderna som redovisas (tabell 10) är fastprisberäknade till 2016 års prisnivå. Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2016 för respektive verksamhetsområde. Andelarna av kostnader för socialtjänsten, kommunernas kostnader och Bruttonationalprodukt, BNP redovisas i löpande priser.

Figur 15. Socialtjänstens kostnader

Socialtjänstens totalkostnader fördelat efter verksamhetsområde åren 2001–2016.



Kostnaderna för individ- och familjeomsorgen uppgick till 43 miljarder kronor 2016. Det var 2,6 miljarder mindre än 2015, men sett över en femårsperiod har kostnaderna ökat med 0,1 miljard. Minskningen 2016 beror till största del på nya beräkningssätt för ekonomiskt bistånd och på att introduktionsersättning till flyktinghushåll inte längre redovisas eftersom kommunerna inte längre hanterar ersättningen.

Kostnaden för insatser till barn och unga har ökat med två miljarder kronor sedan 2012 och står för 45 procent av individ- och familjeomsorgens kostnader. Kostnaden för missbruks- och beroendevården uppgick till sju miljarder kronor 2016, vilket är en minskning jämfört med föregående år men en ökning sett till en femårsperiod. Kostnader för övriga insatser till vuxna har ökat alla år sedan 2012 i fasta priser.

Färdtjänst är inte en socialtjänstinsats, men redovisas ändå här för att den berör många personer som också har insatser inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. År 2016 kostade färdtjänsten två miljarder kronor, vilket är en ökning från föregående år men samma nivå som för fem år sedan.

Tabell 10. Kostnader för individ- och familjeomsorg

Kostnader för individ- och familjeomsorg 2012–2016, förändring mellan åren, andel av individ- och familjeomsorgen respektive socialtjänstens kostnader, kommunala kostnader samt andelar av BNP, miljarder kronor i fasta priser och procent, 2016 års pris.

	Miljarder kronor					Förändring 2012–2016		Andel
	2012	2013	2014	2015	2016	Miljarder kronor	%	%
Insatser till barn och unga	17,4	17,9	18,8	19,7	19,4	2,0	11,5	44,8
Institutionsvård/HVB	6,1	6,1	6,6	6,9	6,5	0,5	7,7	15,0
Familjehemsvård	5,8	5,9	6,3	6,7	6,9	1,1	18,1	15,9
Öppna insatser	5,5	5,9	5,9	6,1	6,0	0,5	8,7	13,8
varav								
Individuell behovsprövad öppen vård	3,6	3,6	3,6	3,7	3,6	0,0	0,5	8,3
Övriga öppna insatser	1,9	2,3	2,3	2,4	2,4	0,5	24,0	5,5
Insatser till vuxna med missbruk/beroende	6,7	6,8	7,1	7,4	7,3	0,6	9,0	16,8
Institutionsvård	2,9	2,9	3,1	3,3	3,1	0,2	7,1	7,2
Familjehemsvård	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	-12,9	0,4
Öppna insatser	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0	0,4	11,9	9,2
varav								
Bistånd som avser boende	1,9	1,9	2,0	2,2	2,3	0,4	21,9	5,2
Individuellt behovsprövade insatser	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,1	9,2	2,5
Övriga öppna insatser	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	-0,1	-11,0	1,4
Ekonomiskt bistånd ¹²	16,6	15,6	16,3	16,0	13,4	-3,2	-19,2	30,9
Övriga insatser till vuxna	1,7	1,9	2,0	2,1	2,4	0,7	38,5	5,5
Familjerätt och familjerådgivning	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,1	8,1	1,9
Individ- och familjeomsorg totalt	43,3	43,0	45,0	46,0	43,4	0,1	0,3	100
Årlig procentuell förändring	-2,3	-0,6	4,6	2,3	-5,7			
Individ- och familjeomsorgens andel av socialtjänsten %	20,0	19,9	20,0	20,2	19,3			
Individ och familjeomsorgens andel av kommunernas kostnader %	7,7	7,6	7,6	7,7	7,1			
Individ och familjeomsorgens andel av BNP %	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0			
Färdtjänst/riksfärdtjänst	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0	0,0	-0,5	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2012–2016, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2015 Statistiska centralbyrån.

¹² Kostnad för ekonomiskt bistånd 2016 avviker kraftigt då nya beräkningsmetoder användes detta år samt att variabeln flyktning inte används i redovisad statistik sedan årsskiftet 2016.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Hämtad från:
http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga_med_resultat_via_länk_till_Excelfil.
2. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. En systematisk litteraturöversikt och utvärdering av ekonomiska, samhälleliga och etiska aspekter.; 2017.
3. Inspektionen för vård och omsorg. Statistik ensamkommande. 2018. Hämtad från: <https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/ensamkommande/>
4. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 2017-01-30 från:
<http://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/statistik/2017/ekb-statistik-170117.pdf>
5. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga. 2016.
6. Statens institutionsstyrelse. Hämtad från: <https://www.stat-inst.se/press/pressmeddelanden-nyheter/2017/sis-medarbetare-har-hog-kompetens/>
7. Socialstyrelsen. Hämtad 2018-01-22 från:
http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga_med_resultat_via_länk_till_Excelfil
8. Regeringskansliet Socialdepartementet. Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid; 2017.
9. Transpersoner i Sverige. Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor. Betänkande av Utredningen om stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner. SOU 2017:92.
10. Nästa steg? Förslag för en stärkt minoritetspolitik. Delbetänkande av Utredningen om en stärkt minoritetspolitik. SOU 2017:60.
11. Hjern A, Arzu A, Rostila M, Berg L, Vinnerljung B. Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Nka, Barn som anhöriga 2014:3. 2014.
12. Socialstyrelsen. När förälder oväntat avlider. Resultat och slutsatser från tre kartläggningar om ansvar samt strukturer för information och stöd. 2013.
13. Socialstyrelsen. Vägar till förbättrad samordning. Kunskapsstöd om samordnad information, gemensam planeringsprocess och praktiskt stöd. 2017. Hämtad från:
14. Socialstyrelsen. Utvärdering av sociala insatsgrupper – effekter för individen; 2017.
15. Socialstyrelsen. Utvärdering av sociala insatsgrupper – genomförande, utfall och effekter av arbetet på verksamhetsnivå; 2017.
16. Inspektionen för vård och omsorg. Granskning av socialtjänstens myndighetsutövning rörande familjehems-placerade barn; 2017.
17. Migrationsverket. Hämtad 2018-01-29 från:
<https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Aktuell-statistik.html>

18. Regeringskansliet. Hämtad från:
<http://www.regeringen.se/regeringenspolitik/regeringens-arbete-med-flyktingsituationen/atgarder-med-anledning-av-flyktingsituationen/>
19. Socialstyrelsen. Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017. Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3.; 2017.
20. Socialstyrelsen. Barn som kommer till Sverige och uppges vara gifta. 2017.
21. Hagström A, Hollander AC, Mittendorfer-Rutz E. Kartläggning av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga; 2018.
22. Svedin CG, Priebe G, Wadsby M, Jonsson L, Fredlund C. Unga, sex och internet i en föränderlig värld; 2015.
23. Svedin CG, Jonsson L. Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet; 2017.
24. Länsstyrelsen i Stockholm. Antalet fall av misstänkt människohandel under 2016.
25. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad 2018-01-22 från:
<https://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/kompetensutveckling.1803.html>
26. Kunskapsguiden. Yrkesintroduktion för socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Hämtad 2018-01-24 från:
<http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Teman/Yrkesintroduktion-for-socialtjanstens-barn-och-ungdomsvard/Sidor/Om-yrkesintroduktion.aspx>
27. Kunskapsguiden. Hämtad 2018-01-22 från:
<https://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/kompetensutveckling.1803.html>
28. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser. Våld i nära relationer. 2017.
29. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016; 2017.
30. Socialstyrelsen. Dödsfallsutredningar 2016-2017; 2017.
31. Strantz H, Bogel MA, Wiklund, S. Utvärdering av FREDA - bedömningsmetoder i arbetet med våldsutsatta.
32. Inspektionen för vård och omsorg. Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från nationell tillsyn 2012-2013. 2014.
33. SOU 2014:49 Våld i nära relationer – en folkhälsofråga. Betänkande av nationella samordnaren mot våld i nära relationer. 2014.
34. SOU 2015:55 Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. 2015.
35. Socialstyrelsen. Individ- och familjeomsorg - lägesrapport 2016.
36. Socialstyrelsen. Redovisning av 2016 års utvecklingsmedel och kompetensstöd för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer. 2017.
37. Socialstyrelsen. Våldsbejakande extremism – stöd till socialtjänstens arbete med barn och unga vuxna; 2016.
38. Socialstyrelsen. Socialtjänstens erfarenheter av våldsbejakande extremism. Resultatet av 2016-års kartläggning. 2017.
39. Socialstyrelsen. Våldsbejakande extremism. Ett utbildningsmaterial för socialtjänstens arbete med barn och unga vuxna; 2017.
40. Socialstyrelsen. Våldsbejakande extremism – Stöd till socialtjänstens arbete med återvändare och andra personer involverade i våldsbejakande extremistiska miljöer 2018.

41. Fernqvist, S, Näsman, E. Välfärdsstatens logik? Erfarenheter från föräldrar med kognitiva och ekonomiska svårigheter. Socialvetenskaplig tidskrift. 2016; 23(1):1-18.
42. HFD 2017 ref. 33.
43. Regeringskansliet. Bostad sökes. Slutrapport från den nationella hemlöshetssamordnaren; 2014.
44. Boverket. Bostadsmarknadsenkät 2017. Hämtad från: www.boverket.se
45. Socialstyrelsen. Den sekundära bostadsmarknaden.; 2015.
46. Socialstyrelsen. Hemlöshet 2017- omfattning och karaktär; 2017.
47. Socialstyrelsen. Statistik om boendeinsatser och anhörigstöd 2016. 2017.
48. Socialstyrelsen. Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser. Öppna jämförelser av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser.; 2017.
49. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. 2016.
50. Kronofogdemyndigheten. Kronofogdens statistik. Hämtad från: <https://www.kronofogden.se/statistikavhysning.html>
51. Socialstyrelsen. Stöd för socialtjänsten i arbetet med att förebygga avhysningar; 2017.
52. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2016. 2017.
53. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor. Nationella folkhälsoenkäten 2017.
54. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2018; 2018.
55. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. Europeisk narkotikarapport 2017.
56. Region Örebro län. Dopning – Översikt, vård och behandling. Slutrapport från Nationellt kompetensutvecklingsprojekt för dopnings-problematik (NKD). Örebro; 2016.
57. Håkansson, A, Mickelsson, K, Wallin, C, Berglund, M. Anabolic Androgenic Steroids in the General Population: User Characteristics and Associations with Substance Use. European addiction research. 2012; (18):83–90.
58. Stockholms stad. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak; 2014.
59. Folkhälsomyndigheten. Swelogs prevalensstudie; 2016.
60. Socialstyrelsen. Patientregistret 2011-2016.
61. Socialstyrelsen. Behandling av spelmissbruk och spelberoende – Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten; 2017.
62. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret 2017.
63. Socialstyrelsen. Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2016.
64. Socialstyrelsen. Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer; 2017.
65. Socialstyrelsen. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016.; 2017.
66. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Missbruks- och beroendevården. 2017.

Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2018
(artikelnr 2018-2-20) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se