

Vård och omsorg om placerade barn

Öppna jämförelser och utvärdering

Rekommendationer till kommuner
och landsting om hälsa och utsatthet

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

Artikelnr 2013-3-7

Omslagsfoto Corbis / Matton Images
Tryck Edita Västra Aros, Västerås, mars 2013



MILJÖMÄRKT TRYCKSAK 341 009

Förord

Socialstyrelsen har som målsättning att publicera utvärderingar för områden som i dag saknar nationella riktlinjer. Denna rapport är första gången som en sådan utvärdering genomförts. I rapporten ges också Socialstyrelsens analys av erfarenheterna av öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, bland annat ny kunskap om hur öppna jämförelser fungerar som styrinstrument för den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen utvecklar öppna jämförelser på uppdrag av regeringen. Hittills har öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården publicerats vid fyra tillfällen sedan år 2010. En analys av dessa har efterfrågats både av kommuner och av Socialdepartementet.

Socialstyrelsens öppna jämförelser och utvärderingar är tänkta att användas av kommuner och landsting för fortsatta analyser så att kvalitet, resultat och effektivitet i vården och omsorgen om placerade barn kan förbättras. Denna rapport riktar sig till politiker, tjänstemän i beslutande ställning, utvecklingsledare, kvalitetsutvecklare eller liknande i kommuner och landsting och som arbetar inom verksamheter som berör barn och unga.

Projektledare har varit Matilda Hansson med bistånd från Ann Johansson. Från Socialstyrelsen har även bland andra Marie Berlin, Bengt Danielsson Jaroslava Lafih, Katarina Munier, Helena Schiöler, Andreas Pettersson och Maria Öman medverkat. Ett särskilt tack riktas till de tio kommuner som har medverkat i att utforma ett förslag till framtida insamling av kostnadsuppgifter för barn- och ungdomsvården. Mona Heurgren har varit ansvarig enhetschef.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
Syfte	9
Disposition	9
Enkät och register som underlag	10
<i>Rekommendationer och bedömningar</i>	11
<i>Resultat och effektivitet för barn- och ungdomsvården</i>	15
En god levnadsstandard	16
Socialstyrelsens analys och rekommendationer	16
Unga vuxna utan aktivitet	17
Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna	20
En god utbildning	26
Socialstyrelsens analys och rekommendationer	27
Grundläggande behörighet till gymnasieskolan	28
En trygg uppväxt	32
Socialstyrelsens analys och rekommendationer	33
Dödlighet	33
Vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser	36
Vård för övergrepp av annan person	38
Bästa möjliga hälsa	40
Socialstyrelsens analys och rekommendationer	41
Vård för självskadehandling	42
Psykofarmaka	45
Effektivitet inom barn- och ungdomsvården	66
Socialstyrelsens analys och rekommendationer	66
Unga vuxna med aktivitet	66
Behörighet till gymnasieskolan	68
Om effektivitet och produktivitet	69
<i>Erfarenheter av öppna jämförelser</i>	71
Vad är öppna jämförelser?	71
Nytt sätt att styra socialtjänsten	72
Öppna jämförelser – en mjuk styrning	72
Barnens perspektiv ska uppmärksammas!	73
Ett strukturerat arbetssätt ger ökad kvalitet för barnen	73
Öppna jämförelser visar att kommunerna har förbättrat sina förutsättningar	75
Socialstyrelsens analys och rekommendationer	75
Struktur och processindikatorer	76
Placerade barns utbildningsnivå	80
Nuläge och fortsatt utveckling	82
Bred förankring – en viktig framgångsfaktor	82

Dialogseminarier – ett sätt att nå ut till kommunerna	83
Hur använder kommunerna öppna jämförelser?	83
Vilken utveckling ser Socialstyrelsen framöver?	85
<i>Framtida utveckling av indikatorer</i>	86
Behov av nya register på individnivå	86
Kostnadsuppgifter för barn- och ungdomsvården	87
<i>Kommunernas resultat och effektivitet</i>	89
Förslag till kommungrupper för barn- och ungdomsvården	89
Kommungrupper – ett stöd för analys	93
Kommungrupp 1	93
Kommungrupp 2	97
Kommungrupp 3	103
Kommungrupp 4	109
Kommungrupp 5	117
Kommungrupp 6	125
Kommungrupp 7	133
Kommungrupp 8	140
Kommungrupp 9	146
Kommungrupp 10	151
<i>Läs- och tolkningsguide</i>	156
Att tolka indikatorer	156
Uppgifternas kvalitet och säkerhet	156
Att läsa och tolka diagram	157
Linjediagram	157
Liggande stapeldiagram	157
Spindeldiagram	158
<i>Referenser</i>	160
 <i>Bilaga 1. Indikatorbeskrivning</i>	
<i>Bilaga 2. Metoder</i>	
<i>Bilaga 3. Resultat från öppna jämförelser</i>	
<i>Bilaga 4. Några bakgrundsmått</i>	
<i>Bilaga 5. Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun</i>	

Sammanfattning

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen helt nya indikatorer på kommun-nivå som visar på kvalitet och resultat av barn- och ungdomsvården. Resultatet är alarmerande.

Många placerade barn saknar gymnasiebehörighet

Barn och unga som är placerade i den sociala barn- och ungdomsvården ges inte samma möjligheter som andra barn till ett gott vuxenliv. Bland de 17-åringar som placerades före 10 års ålder hade endast sex av tio grundläggande behörighet till gymnasiet. Det är oroande eftersom utbildning är den enskilt viktigaste faktorn för ett gott vuxenliv. Ekonomiskt bistånd är vanligare bland unga vuxna som varit placerade inom den sociala barn- och ungdomsvården än bland dem som inte varit placerade. Var tionde ung vuxen med ekonomiskt bistånd hade tidigare varit placerad i barn- och ungdomsvården.

Sämre hälsa hos placerade barn

Många placerade barn och unga lever i otrygga och osäkra miljöer under uppväxten med högre dödlighet, fler psykosociala problem och hög användning av psykofarmaka. Några exempel:

- Dödligheten är nästan fem gånger så hög bland barn och unga som varit placerade jämfört med andra barn och unga.
- Tio gånger fler barn och unga som är placerade i hem för vård eller boende (HVB) har vårdats för självskadehandling. För barn och unga placerade i familjehem är andelen sju gånger högre än för barn och unga i befolkningen.
- Andelen unga placerade i HVB som regelbundet använder antidepressiva läkemedel, konventionella sömnmedel och antipsykotiska läkemedel var 15–19 gånger högre jämfört med barn och unga i befolkningen. Andelen som regelbundet använder ångestdämpande läkemedel eller melatonin var 12 gånger högre och för adhd-läkemedel var andelen 9 gånger högre. Vad gäller unga i familjehem var användningen av psykofarmaka 4–7 gånger vanligare än för unga i befolkningen.

Kommuner och landsting behöver samarbeta

Socialstyrelsen rekommenderar mot bakgrund av resultaten en bättre samverkan mellan kommuner, landsting och andra aktörer för att förbättra placerade barn och ungas uppväxtmiljö, hälsa och möjlighet till egen försörjning i vuxen ålder. Rapporten visar att öppna jämförelser har bidragit till att kommunerna har förbättrat förutsättningarna för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården. Exempelvis tecknar fler och fler kommuner överenskommelser för samverkan mellan barn- och ungdomsvården och

andra viktiga aktörer. Men samordningen och det praktiska samarbetet behöver fördjupas mellan aktörerna för ett lyckat resultat på sikt.

Socialstyrelsen rekommenderar också kommuner och landsting att göra tidiga satsningar på barn och ungas uppväxtmiljö, hälsa och utbildning för att ge dem möjligheter till egen försörjning, god framtida hälsa och ett gott vuxenliv. Bland annat kan Socialstyrelsen och Skolverkets vägledning *Placerade barns skolgång och hälsa* ge råd om hur placerade barn och ungas förutsättningar kan förbättras.

Inledning

Syfte

Det övergripande syftet med denna rapport är att bidra med underlag till kommunernas och landstingens arbete med att utveckla och förbättra kvaliteten och effektiviteten i verksamheter som riktar sig till barn och unga. Därutöver ska rapporten

- uppmärksamma placerade barns och ungas behov av hälso- och sjukvård
- analysera barn- och ungdomsvården utifrån struktur-, process-, resultat och effektivitetsindikatorer
- presentera ett förslag till framtida insamling av kostnadsuppgifter för barn- och ungdomsvården
- analysera hittills vunna erfarenheter av öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården
- presentera förslag på kommungrupper som speglar kommunernas förutsättningar för barn- och ungdomsvården. De ska kunna användas i kommunernas egna analyser vid jämförelser mellan kommuner.

Disposition

Rapporten inleds med en redovisning av de rekommendationer som Socialstyrelsen gör med anledning av resultaten i rapporten.

Därefter följer kapitlet *Resultat och effektivitet inom barn- och ungdomsvården* som beskriver och analyserar de resultat- och effektivitetsindikatorer som särskilt har utarbetats för denna rapport och som inte tidigare publicerats. I rapporten presenteras utvecklingen för riket samt spridningen för län eller landsting och för kommuner.

Socialstyrelsen redogör därefter för de erfarenheter som hittills finns av öppna jämförelser, både generellt och specifikt för barn- och ungdomsvården. I kapitlet redovisar och analyserar vi också utvecklingen av de indikatorer som publicerats vid minst tre tillfällen i öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården.

I kapitlet *Framtida utveckling* beskrivs förutsättningar och möjligheter till framtida indikatorer inom barn- och ungdomsvården. Bland annat redovisar vi kortfattat det förslag på utveckling av kostnadsuppgifter för barn- och ungdomsvården som arbetats fram tillsammans med några kommuner.

I det följande kapitlet, *Kommunernas resultat och effektivitet*, redovisas indikatorernas utfall för tio kommungrupper. Kommungrupperna är framtagna inom ramen för arbetet med rapporten. De är tänkta att spegla kommunernas olika förutsättningar att bedriva barn- och ungdomsvård och därmed förbättra jämförelser mellan kommunerna. I kapitlet redovisas även kommunernas utfall för indikatorerna.

Många siffror och diagram redovisas i rapporten. En läs- och tolkningsguide finns i det sista kapitlet.

Till denna rapport hör också flera bilagor som publiceras i en kompletterande publikation. Bilagorna beskriver ingående hur indikatorerna är utformade och vilka metoder som har använts. De redovisar också utfallet för några bakgrundsmått och indikatorerna från öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården. Utöver detta publiceras också alla uppgifter per kommun och per län eller landsting i Excel-filer på Socialstyrelsens webbsidor som underlag till kommunernas och landstingens egna analyser.

Enkät och register som underlag

De resultat- och effektivitetsindikatorer som utarbetats inom ramen för arbetet med denna rapport har baserats på registerdata. Framförallt har Socialstyrelsens socialtjänst- och hälsodataregister använts. Några indikatorer baseras även på uppgifter från Statistiska centralbyrån. Uppgifterna är baserade på det senast tillgängliga underlaget för samtliga indikatorer med undantag för utbildningsindikatorerna.

Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården har framförallt baserats på enkäter till kommunerna och till storstädernas stadsdelar.

Rekommendationer och bedömningar

I detta kapitel ger Socialstyrelsen rekommendationer om barn- och ungdomsvården utifrån sina bedömningar av de uppgifter som har sammanställts och analyserats. Rekommendationerna är avsedda som ett stöd för kommuner och landsting i deras ordinarie förbättringsarbete. De syftar till att sätta fokus på områden som är viktiga för placerade barn och ungas uppväxtmiljö, hälsa och möjligheter till ett gott vuxenliv och som kommuner och landsting kan påverka.

En god levnadsstandard

Inom området En god levnadsstandard presenteras resultatindikatorerna unga vuxna utan aktivitet, ekonomiskt bistånd och långvarigt ekonomiskt bistånd till barn och unga som tidigare varit placerade i barn- och ungdomsvården. Indikatorerna ska visa resultatet av kommunens arbete med att ge placerade barn och unga möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlika levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

Placerade barn och unga är överrepresenterade bland unga vuxna som inte har någon känd aktivitet. Även bland unga vuxna som får ekonomiskt bistånd och långvarigt ekonomiskt bistånd är de som varit placerade inom barn- och ungdomsvården överrepresenterade. En av de mest avgörande faktorerna för att för att etablera sig på arbetsmarknaden är utbildning.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att arbeta förebyggande så att placerade barn och unga får samma förutsättningar som andra barn och unga att etablera sig på arbetsmarknaden, bland annat genom att

- säkerställa att placerade barn och unga lämnar grundskolan med behörighet till gymnasieskolan
- skapa förutsättningar för placerade barn och unga att avsluta en gymnasieutbildning.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att samverka, samordna och praktiskt samarbeta med alla aktörer som kan påverka placerade barn och ungas möjligheter till en god levnadsstandard.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att utforma det ekonomiska biståndet så att det stärker unga vuxnas möjligheter att leva ett självständigt liv, bland annat genom att

- snabbt erbjuda arbetsfrämjande insatser till unga vuxna som är i behov av försörjningsstöd på grund av arbetslöshet.

En god utbildning

En god utbildning minskar risken för tidig död, ohälsa och psykosociala problem som kriminalitet, missbruk, självskadehandlingar och försörjningsproblem. Indikatorn om behörighet till gymnasieskolan presenteras.

Utfallet visar att barn och unga som någon gång har varit placerade inom barn- och ungdomsvården lämnar grundskolan utan behörighet till gymnasieskolan i högre utsträckning än andra barn och unga. Andelen som inte har grundläggande behörighet till gymnasieskolan bland barn och unga som är eller har varit placerade har ökat markant sedan 2005, vilket Socialstyrelsen bedömer som mycket oroväckande.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att säkerställa att placerade barn och unga lämnar grundskolan med grundläggande behörighet till gymnasieskolan, bland annat genom att

- arbeta enligt Socialstyrelsens och Skolverkets vägledning *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar*.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att samverka, samordna och praktiskt samarbeta med alla aktörer som kan påverka placerade barn och ungas möjligheter till en god utbildning.

En trygg uppväxt

Dödlighet samt vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser och övergrepp av annan person är de indikatorer som redovisas inom området En trygg uppväxt. De ska visa resultatet av kommunernas och landstingens arbete med att förebygga och skapa en säker miljö för barn och unga.

Utfallet tyder på att placerade barn och unga i högre utsträckning än andra barn och unga vistas i otrygga och osäkra miljöer. Skillnaderna är stora mellan kommunerna och mellan landstingen vilket tyder på att det finns möjlighet att påverka placerade barn och ungas uppväxtmiljö.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna och landstingen att arbeta förebyggande och uppmärksamma placerade barn och ungas uppväxtmiljö, bland annat genom att:

- analysera orsakerna bakom dödligheten och vård för övergrepp, gärna tillsammans med andra berörda aktörer
- arbeta utifrån en åtgärdsplan baserad på analysen
- förebygga alkohol- och narkotikarelaterade problem bland barn och unga.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att i övrigt samverka, samordna och praktiskt samarbeta med alla aktörer som kan påverka placerade barn och ungas uppväxtmiljö.

Bästa möjliga hälsa

Hälsa är en viktig aspekt i livet som påverkar livskvalitet, delaktighet i samhället och möjlighet till egen försörjning i vuxen ålder. Indikatorerna som tagits fram inom detta arbete som berör bästa möjliga hälsa handlar framförallt om psykisk hälsa – självskadehandling och användning av psykofarmaka. De ska visa på resultatet av

- kommunens arbete med att förebygga psykosociala problem och att stödja barn och unga i kommunen och deras föräldrar, särskilt utsatta barn och unga
- landstingens arbete med att förebygga och hantera psykiatriska problem bland barn och unga i landstinget.

Utfallet visar att placerade barn och unga i högre utstäckning än andra barn och unga vårdas för självskadehandlingar och regelbundet använder psykofarmaka. Det finns stora skillnaderna mellan kommuner och mellan landsting som tyder på att det finns möjlighet att påverka barnens psykiska hälsa.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna och landstingen att arbeta förebyggande för att så långt som möjligt undvika att barn och unga med psykiatriska problem blir placerade, bland annat genom att

- så tidigt som möjligt ge psykosociala insatser, läkemedelsbehandling, stöd i skolan, stöd till föräldrar och annan vård och omsorg som barn och unga är i behov av
- samverka, samordna och praktiskt samarbeta med alla aktörer som kan påverka barn och ungas psykiska hälsa.

Socialstyrelsen rekommenderar landstingen att säkerställa att utskrivning av psykofarmaka till barn och unga

- sker efter noggrann utredning av livs- och relationssituationen och diagnos
- sker tillsammans med psykosociala insatser och annat stöd.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att arbeta i enlighet med Socialstyrelsens och Skolverkets vägledning *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar*, bland annat genom att

- planera hälso- och sjukvårdsinsatser genom att kartlägga tidigare insatser och genomföra läkarundersökning.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att säkerställa att HVB och familjehem har tillgång till kunskap, kompetens och stöd i frågor som rör psykosociala och psykiska problem.

Effektivitet inom barn- och ungdomsvården

Effektiviteten i kommunernas och landstingens verksamheter för barn och unga påverkar i vilken utsträckning som tillgängliga resurserna ger nytta för barn och unga. En hög effektivitet främjar medborgarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlika levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhället och hälsa. I rapporten presenteras två effektivitetsindikatorer. De baseras på resultatindikatorerna om unga vuxna utan aktivitet och grundläggande behörlighet till gymnasieskolan.

Utfallet visar på stora skillnader i effektivitet bland kommuner och landsting vilket tyder på att det går att använda tillgängliga resurser på ett bättre sätt och på så sätt generera mer nytta för samhället.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna och landstingen att

- analysera och diskutera deras arbete för barn och unga utifrån effektivitet.

Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården

Indikatorerna som redovisas i öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården är utvecklade för att spegla bra och fungerande strukturer som ökar förutsättningarna för god kvalitet och processer som leder till förbättrad kvalitet inom barn- och ungdomsvården. I denna rapport redovisas indikatorer som redovisats vid minst tre tillfällen i öppna jämförelser, se vidare i kapitlet *Erfarenheter av öppna jämförelser*.

Resultaten av de redovisningar som hittills gjorts i öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården visar att kommunerna överlag har förbättrat förutsättningarna för god kvalitet i barn- och ungdomsvården men att det finns ytterligare förbättringspotential.

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att

- barn- och ungdomsvården ingår överenskommelser om samverkan med ledningen för barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, förskola och skola samt polis
- kontrollera att överenskommelserna används i verksamheterna
- ha ordinarie licens för handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC)
- handläggare som utreder barns behov har socionomutbildning och erfarenhet av socialt arbete med barn och unga
- ha en verksamhetsgemensam plan för handläggarnas kompetensutveckling som omfattar handledning, fortbildning och vidareutbildning på högskolenivå
- ha socialjour med socionomutbildad personal som är tillgänglig hela dygnet året runt.

Resultat och effektivitet för barn- och ungdomsvården

Resultatindikatorerna som presenteras i detta kapitel är indelade i fyra av barnpolitikens målområden:

- En god levnadsstandard (L)
- En god utbildning (U)
- En trygg uppväxt (T)
- Bästa möjliga hälsa (H)

Resultatindikatorer omnämns i rapporten med en beteckning som består av bokstäver och siffror. Beteckningarna används konsekvent i rubriker, i diagram och tabeller och vid olika hänvisningar. Den första bokstaven talar om vilket målområde (stor bokstav) som avses. Siffran är ett löpnummer som följs av en avslutande bokstav som talar om vilken population som indikatorn avser. Befolkningen betecknas med *b*, placerade barn och unga med *p*, barn och unga placerade i hem för vård eller boende (HVB) med *h* och barn och unga placerade i familjehem med *f*. Effektivitetsindikatorer börjar med ett litet *e*.

Tabell 1. Indikatorförteckning över resultat- och effektivitetsindikatorer

En god levnadsstandard	
L1b, L1p	Unga vuxna utan aktivitet
L2h, L2f	Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade
L3h, L3f	Långvarigt ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade
En god utbildning	
U1p	Grundläggande behörighet till gymnasieskolan, placerade före 10 års ålder
U2p	Grundläggande behörighet till gymnasieskolan, placerade efter 12 års ålder
En trygg uppväxt	
T1b, T1p	Dödlighet bland barn och unga
T2b	Vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser bland barn och unga
T3b	Vård för övergrepp av annan person bland barn och unga
Bästa möjliga hälsa	
H1h, H1f	Vård för självskadehandling bland barn och unga
H2h, H2f	Antidepressiva läkemedel till barn och unga
H3h, H3f	Sömnmedel till barn och unga
H4h, H4f	Melatonin till barn och unga
H5h, H5f	Ångestdämpande läkemedel till barn och unga
H6h, H6f	Adhd-läkemedel till barn och unga
H7h, H7f	Antipsykotiska läkemedel till barn och unga
Effektivitet	
eL1b	Kostnad per ung vuxen med aktivitet
eU1p	Kostnad per behörig till gymnasieskolan, placerade före 10 års ålder

Resultat- och effektivitetsindikatorerna baseras på registeruppgifter. De redovisas för första gången i denna rapport och kan i framtiden komma att inkluderas i den årliga publiceringen av öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården.

Fullständiga indikatorbeskrivningar inklusive teknisk beskrivning, datakällor och eventuella felkällor redovisas i bilaga 1, *Indikatorbeskrivning*.

En god levnadsstandard

En god levnadsstandard medför ökade möjligheter till social trygghet, vilket är varje barns rätt enligt barnkonventionen (FN:s konvention om barns rättigheter, artiklarna 26 och 27). En god levnadsstandard är också ett av målområdena i regeringens barnpolitik.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska kommunerna verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Kommunen ska också tillgodose särskilda behov av stöd och hjälp efter placering (6 kap. 1 § SoL). Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt från kommunen. Biståndet ska stärka den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv och tillförsäkras en skälig levnadsnivå (4 kap. 1 § SoL).

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

Många unga vuxna i befolkningen har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Det kan resultera i ett livslångt utanförskap. De som varken arbetar eller studerar är särskilt utsatta [1]. Bland unga utan aktivitet under de senaste två åren är de som tidigare varit placerade i barn- och ungdomsvården överrepresenterade. Samma sak gäller både ekonomiskt bistånd och långvarigt ekonomiskt bistånd. Av alla unga vuxna som är i behov av ekonomiskt bistånd har en tiondel tidigare varit placerade i heldygnsomsorg inom barn- och ungdomsvården.

Utbildning är en av de mest avgörande faktorerna som bidrar till att unga lättare kan etablera sig på arbetsmarknaden. Unga som varit placerade i barn- och ungdomsvården har i större utsträckning än övriga unga i befolkningen lägre utbildningsnivå. Kommunerna behöver därför arbeta förebyggande för att bidra till att unga som är eller har varit placerade i barn- och ungdomsvården får samma förutsättningar som andra i kommunen att etablera sig på arbetsmarknaden. Det handlar bland annat om att säkerställa att de lämnar grundskolan med gymnasiebehörighet, att skapa förutsättningar för dem att avsluta en gymnasieutbildning och att ge dem samma möjlighet till fritidssysselsättningar som andra barn och unga.

Att arbeta förebyggande med dessa frågor kräver att olika delar av kommunen samarbetar. Barn- och ungdomsvården, förskolan, skolan och de som arbetar med kommunens uppföljningsansvar för de ungdomar som avbryter gymnasieskolan är exempel på sådana verksamheter. Även samarbete med andra aktörer, till exempel idrottsföreningar eller andra ideella organisationer som kan bidra till att öka barns och ungas sociala nätverk och delaktighet i samhället, kan vara viktigt.

Det förebyggande arbetet kommer förhoppningsvis att minska behovet av ekonomiskt bistånd på sikt. För dem som är i behov av ekonomiskt bistånd ska kommunen utforma biståndet så att det stärker deras möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 § SoL). Kommunen kan exempelvis snabbt erbjuda arbetsfrämjande insatser till unga som är i behov av försörjningsstöd på grund av arbetslöshet, och därigenom öka deras möjligheter att försörja sig själva [2].

Unga vuxna utan aktivitet

Detta avsnitt beskriver utveckling och indikatorer för 25-åringar utan aktivitet under de senaste två åren. Utan aktivitet innebär att de under ett år

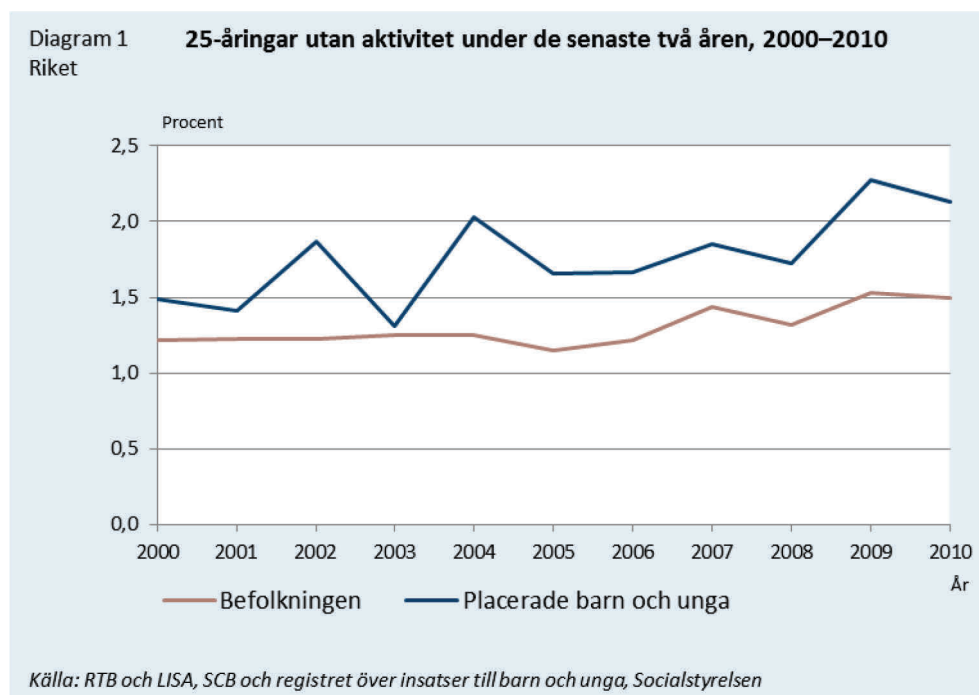
- inte har haft studerandeinkomst, varit studiedeltagande eller varit registrerade på grund- eller forskarutbildning vid högskola eller universitet
- inte har haft inkomst av förvärvskälla, aktiv näringsverksamhet och värnpliktsersättning som överstiger ett basbelopp
- inte har arbetspendlat till Danmark eller Finland
- inte deltagit mer än 60 timmar i Svenska för invandrare, SFI
- inte invandrat under de senaste två åren
- under max 7 månader per år totalt:
 - deltagit i statliga arbetsmarknadsåtgärder (arbetslöshet, åtgärdsstudier, åtgärdssysselsättning och nystartsjobb)
 - fått ekonomiskt bistånd
 - vårdat barn (havandeskapspenning, föräldrapenning vid barns födelse och tillfällig föräldraskapspenning)
 - varit sjuk eller funktionsnedsatt (sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning, smittbärarsjukpenning, sjuk med aktivitetsstöd och sjukpenning vid utbildning, aktivitetsersättning, icke tidsbegränsad eller tidsbegränsad sjukersättning).

Denna indikator fångar inte de unga vuxna som försörjs av föräldrar eller annan person till exempel sambo, make eller maka. En del kan arbeta, studera (utan studiemedel) eller vara på resa utomlands. Det är också troligt att en del finns inom kriminalvården eller försörjer sig på den svarta marknaden. Hänsyn till detta behöver tas vid tolkning av indikatorernas utfall.[3]

Utfall och utveckling

Både antalet och andelen 25-åringar i befolkningen utan aktivitet under de senaste två åren har ökat under perioden 2000–2010. Av 25-åringarna som 2010 varit utan aktivitet under de senaste två åren hade 5 procent tidigare varit placerade i HVB eller i familjehem inom barn- och ungdomsvården (diagram 1 och tabell 2).

Antalet 25-åringar utan aktivitet under de senaste två åren och som tidigare har varit placerade har ökat med 89 procent under perioden 2000–2010. Även andelen har ökat kraftigt (tabell 2).



Tabell 2. Unga vuxna utan aktivitet för 25-åringar i befolkningen respektive för tidigare placerade inom barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 1998–2010.

	25-åringar i befolkningen	25-åringar, tidigare placerade inom barn- och ungdomsvården
Antal utan aktivitet 2010	1 570	83
Förändring av antal 2000–2010	23,3 %	88,6 %
Andel utan aktivitet 2010	1,5 %	2,1 %
Förändring av andel 2000–2010	22,4 %	43,0 %

Källa: Rikets totalbefolkning och LISA, SCB och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Unga vuxna utan aktivitet i befolkningen (L1b)

Indikatorns syfte och utformning

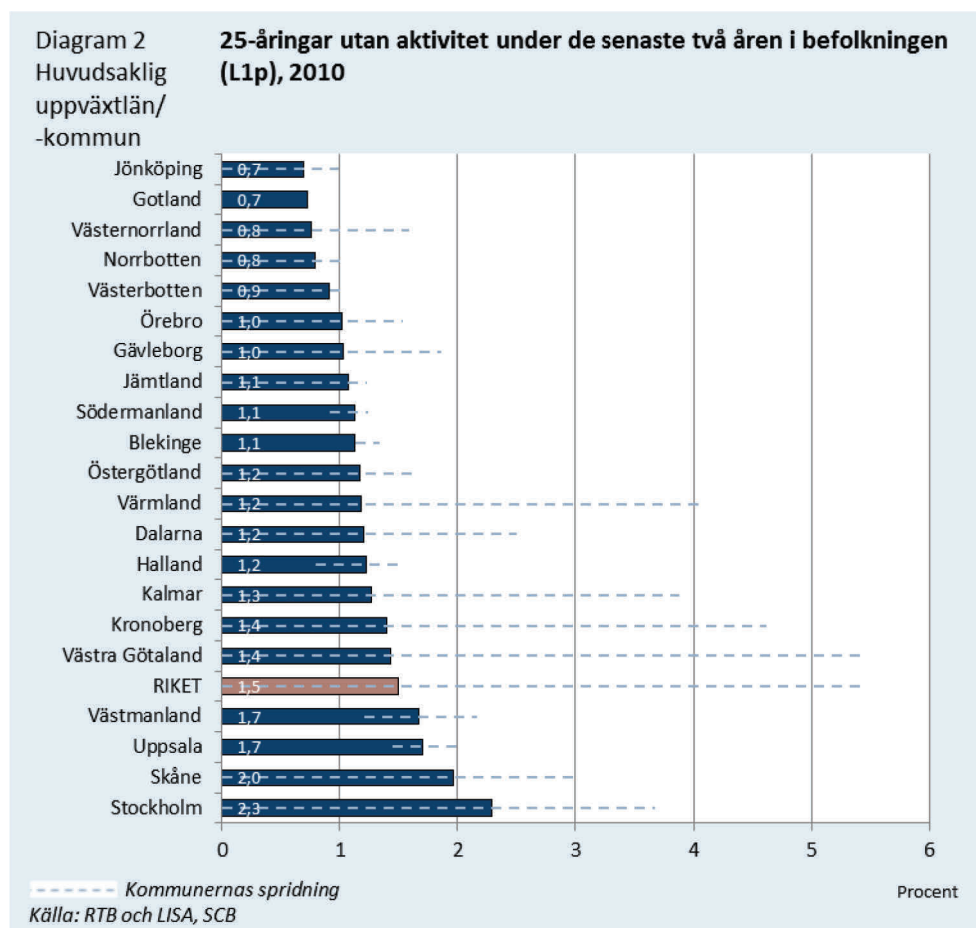
Indikatorn *Unga vuxna utan aktivitet* i befolkningen (L1b) ska visa resultatet av kommunens arbete med att ge barn och unga möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

Indikatorn avser andel unga som fyllde 25 år under 2010 och som varit utan aktivitet under 2009 och 2010. För definition av utan aktivitet se föregående sida eller bilaga 1, *Indikatorbeskrivning*. Uppgifterna redovisas per huvudsaklig uppväxtkommun, vilket inte nödvändigtvis är den kommun som den unge bodde i vid 25 års ålder. Huvudsaklig uppväxtkommun avser den kommun som den unge bott i under längst tid i åldern 0–18 år. Personer som inte bott i Sverige någon gång i åldern 0–18 år är inte med i materialet.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

I genomsnitt var det 1,5 procent av 25-åringarna år 2010 som varit utan aktivitet under de senaste två åren. Bland länen varierade andelen mellan 0,7 och 2,3 procent. I de 160 huvudsakliga uppväxtkommuner som har tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 5,5 procent. I 46 av kommunerna var andelen 0 procent (diagram 2).



Unga vuxna utan aktivitet som tidigare varit placerade inom barn- och ungdomsvården (L1p)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Unga vuxna utan aktivitet som tidigare varit placerade inom barn- och ungdomsvården* (L1p) ska visa resultatet av kommunens arbete med att ge barn och unga som har varit placerade inom barn- och ungdomsvården möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

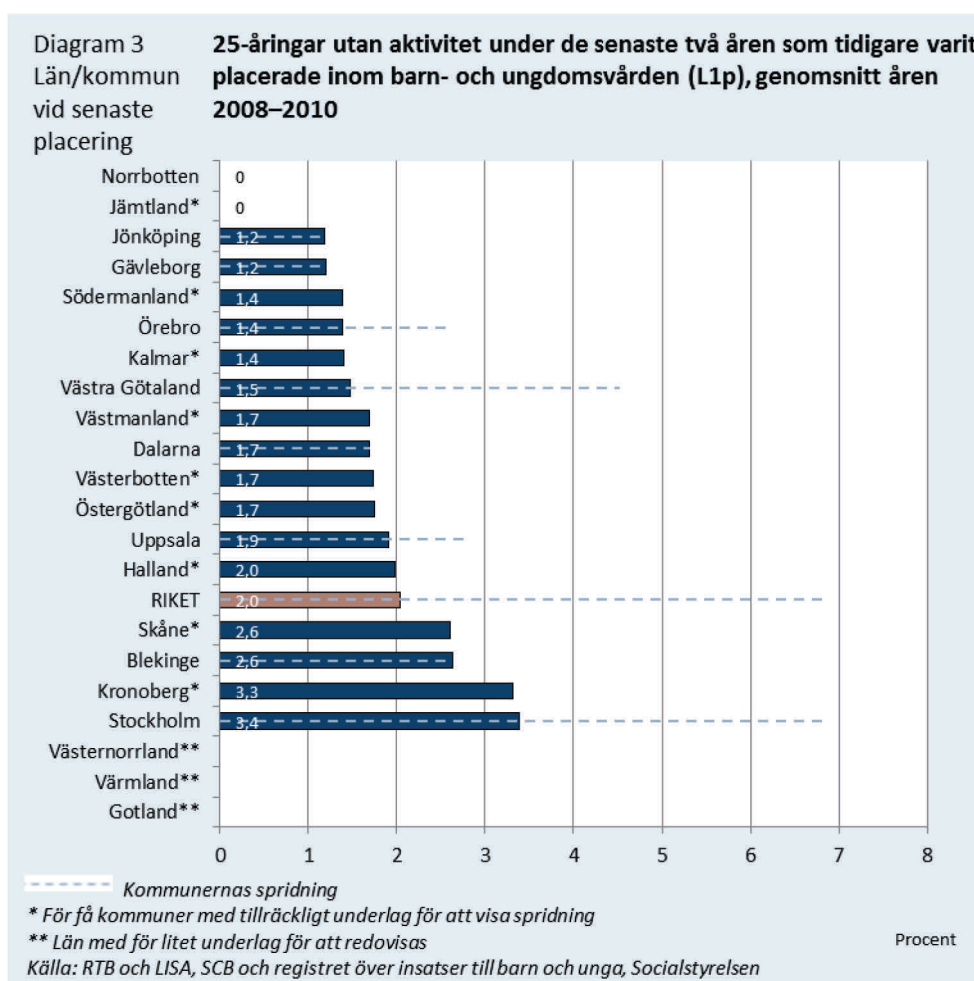
Indikatorn avser andel unga som fyllde 25 år under 2010, som någon gång har varit placerade i HVB eller i familjehem inom barn- och ungdomsvården och som har varit utan aktivitet under 2009 och 2010. För definition av utan aktivitet se sidan 28 eller bilaga 1, *Indikatorbeskrivning*. Uppgifterna redovisas per hemkommun vid senaste placeringstillfället. Personer som inte bott i Sverige någon gång i åldern 0–18 år är inte med i materialet.

Indikatorn redovisas som ett genomsnitt åren 2008–2010 för att få tillräckligt stort underlag för att kunna redovisa indikatorn för så många kommuner som möjligt.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

För riket var andelen 25-åringar som tidigare varit placerade inom barn- och ungdomsvården år 2010 och som varit utan aktivitet under de senaste två åren i genomsnitt 2,0 procent. Andelen varierade mellan 0 och 6,9 procent bland de 64 kommuner med tillräckligt underlag. I 51 kommuner var andelen 0 procent. Skillnaden mellan länen var 0–3,4 procent (diagram 3).

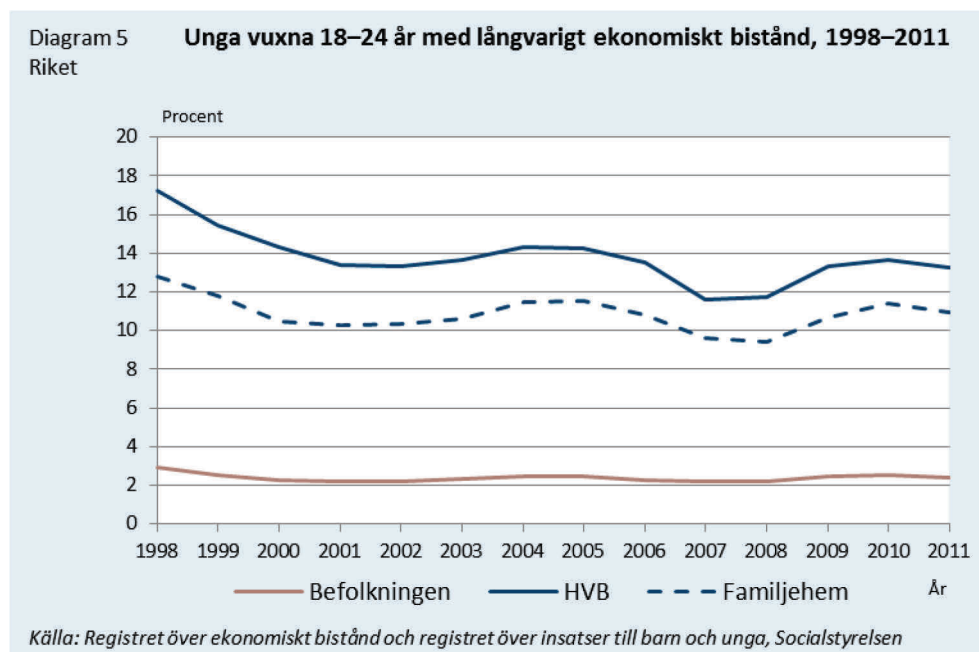
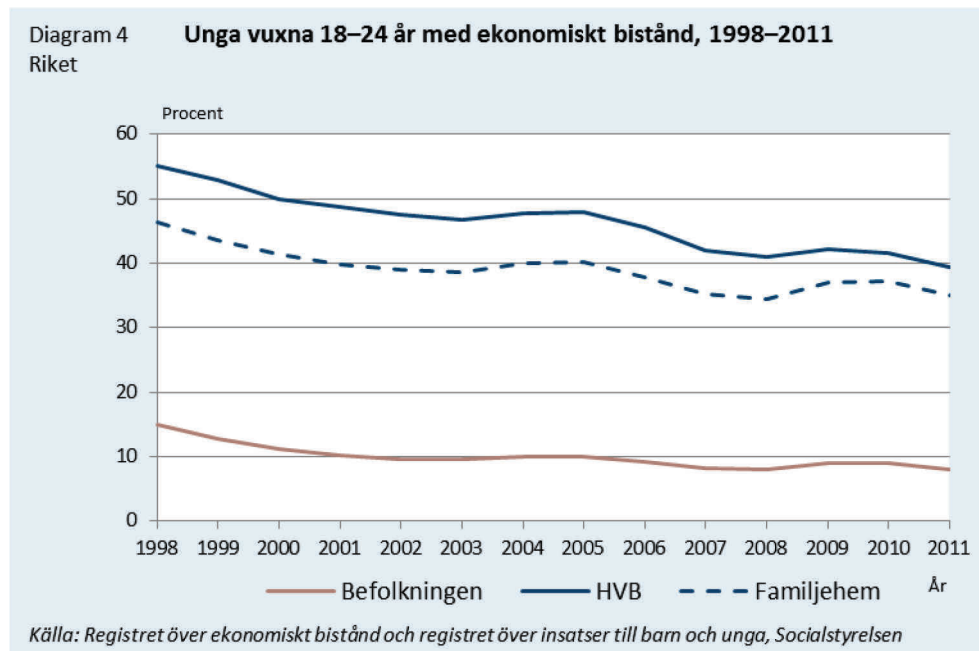


Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna

Detta avsnitt beskriver utveckling och indikatorer för unga vuxna i åldrarna 18–24 år som tidigare har varit placerade inom barn- och ungdomsvården och som har fått ekonomiskt bistånd någon gång under ett år respektive under minst 10 månader under ett kalenderår, så kallat långvarigt ekonomiskt bistånd.

Utfall och utveckling

Bland unga vuxna 18–24 år i befolkningen har både antalet och andelen som fick ekonomiskt bistånd minskat (diagram 4). Även andelen som fick långvarigt ekonomiskt bistånd har minskat i befolkningen medan antalet har varit ungefär konstant under perioden 1998–2011 (diagram 5).



Av de unga vuxna i befolkningen som fick ekonomiskt bistånd under 2011 hade 11 procent varit placerade i HVB inom barn- och ungdomsvården. Motsvarande uppgift för familjehem var drygt 12 procent.

Bland de unga vuxna som tidigare varit placerade i HVB är det en mycket stor andel som får ekonomiskt bistånd. Antalet personer har ökat, men andelen har minskat under perioden 1998–2011 (diagram 4).

Av dem som fick långvarigt ekonomiskt bistånd i befolkningen var andelen unga vuxna 18–24 år som tidigare varit placerade i HVB inom barn- och ungdomsvården drygt 12 procent för 2011. Motsvarande andel för dem som tidigare varit placerade i familjehem var knappt 13 procent.

Ungefär en tredjedel av dem som fick bistånd under 2011 och som varit placerade i HVB som barn och unga fick långvarigt ekonomiskt bistånd. För familjehem var andelen ungefär densamma. Andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd har minskat under perioden, för tidigare placerade barn och unga. Men antalet personer har ökat (tabell 3).

Tabell 3. Unga vuxna 18–24 år med ekonomiskt bistånd eller långvarigt ekonomiskt bistånd i befolkningen respektive för tidigare placerade inom barn- och ungdomsvården, 2011, antal och procent samt procentuell förändring, 1998–2011.

	Unga vuxna i befolkningen	Unga vuxna tidigare placerade i HVB ¹	Unga vuxna tidigare placerade i familjehem ¹
Ekonomiskt bistånd			
Antal med ekonomiskt bistånd 2011	72 913	8 028	8 985
Förändring av antal 1998–2011	-33,6 %	66,7 %	17,1 %
Andel med ekonomiskt bistånd 2011	8,0 %	39,5 %	35,0 %
Förändring av andel 1998–2011	-46,0 %	-28,3 %	-24,6 %
Långvarigt ekonomiskt bistånd			
Antal med långvarigt ekonomiskt bistånd 2011	21 821	2 700	2 808
Förändring av antal 1998–2011	0,44 %	79,2 %	32,5 %
Andel med långvarigt ekonomiskt bistånd 2011	2,4 %	13,3 %	10,9 %
Förändring av andel 1998–2011	-18,3 %	-22,9 %	-14,7 %

¹ En person som under ett år varit placerad i både HVB och familjehem ingår i både indikatorn för HVB och för familjehem. Det är därför inte möjligt att lägga ihop uppgifterna och se hur stor del av befolkningen med ekonomiskt bistånd som avser placerade barn och unga totalt.

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen

Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i HVB (L2h)

Indikatorns syfte och utformning

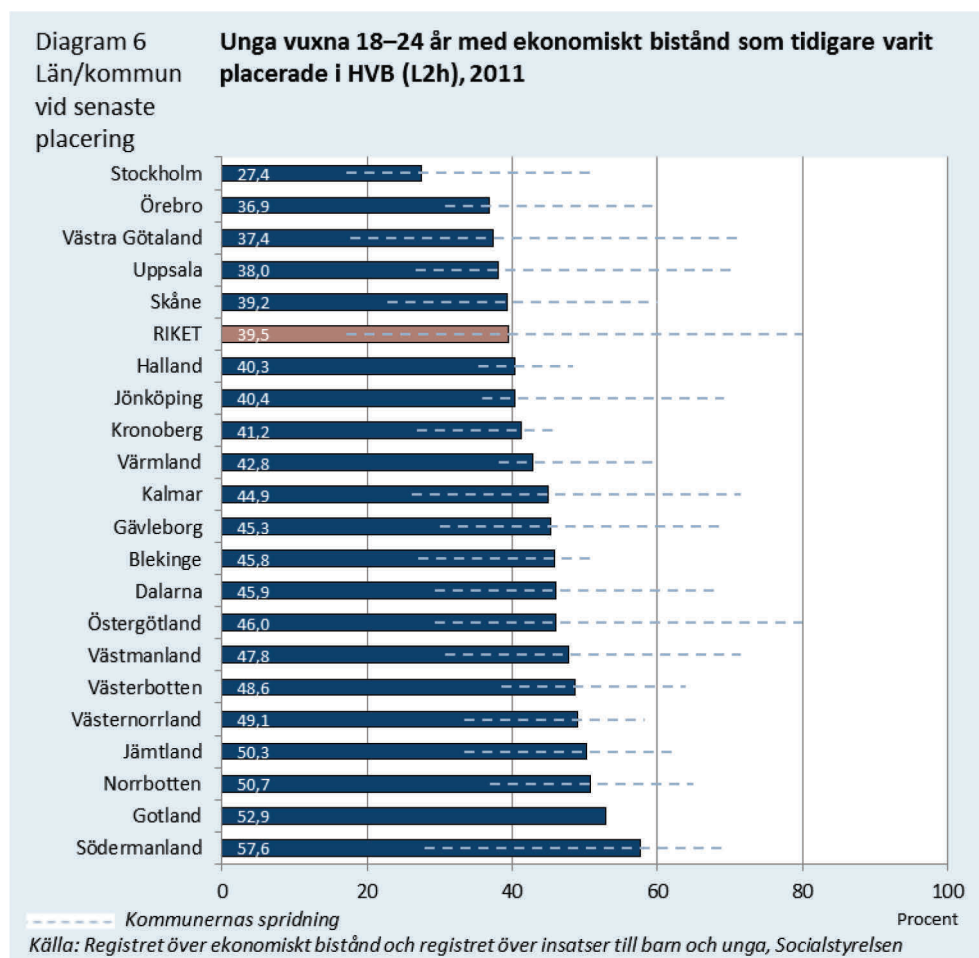
Indikatorn *Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i HVB (L2h)* ska visa resultatet av kommunens arbete att ge barn och unga placerade i HVB möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

Indikatorn avser unga vuxna i åldern 18–24 år som fått ekonomiskt bistånd någon gång under 2011 och som tidigare någon gång varit placerad i HVB inom barn- och ungdomsvården. Uppgifterna redovisas för hemkommun vid senaste placeringstillfället, vilket inte nödvändigtvis är den kommun som den unge bodde i under 2011.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

För unga vuxna som tidigare varit placerade på HVB inom barn- och ungdomsvården fick i genomsnitt 39 procent ekonomiskt bistånd. Andelen varierar bland länen och uppgick till mellan 27 och 58 procent. I de 256 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 17 och 80 procent (diagram 6).



Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i familjehem (L2f)

Indikatorns syfte och utformning

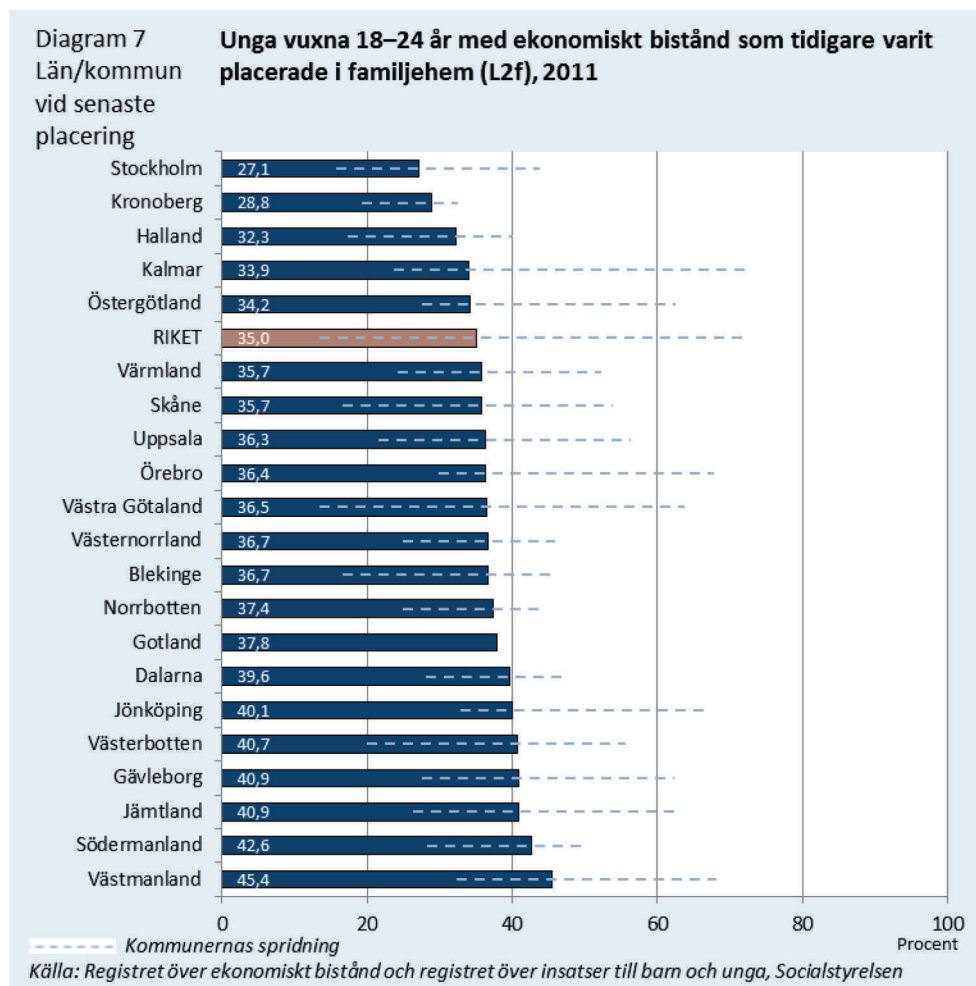
Indikatorn *Ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i familjehem* (L2f) ska visa resultatet av kommunens arbete med att ge barn och unga placerade i familjehem möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

Indikatorn avser unga vuxna i åldern 18–24 år som fått ekonomiskt bistånd någon gång under 2011 och som tidigare någon gång varit placerad i familjehem. Uppgifterna redovisas för hemkommun vid senaste placerings-tillfället, vilket inte nödvändigtvis är den kommun som den unge bodde i under 2011.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

För riket var det i genomsnitt 35 procent av unga vuxna som tidigare varit placerade i familjehem inom barn- och ungdomsvården som fick ekonomiskt bistånd under 2011. Andelen varierade bland länen mellan 27 och 45 procent och bland de 258 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade den mellan 14 och 73 procent (diagram 7).



Långvarigt ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i HVB (L3h)

Indikatorns syfte och utformning

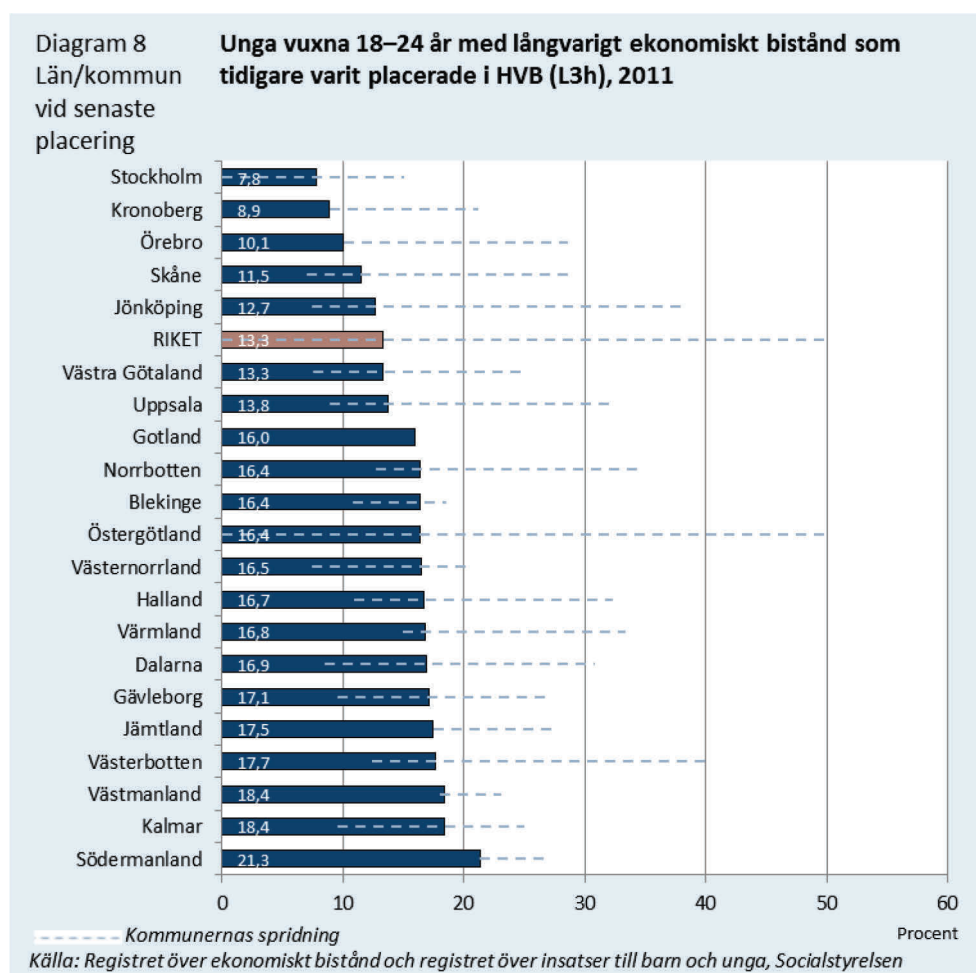
Indikatorn *Långvarigt ekonomiskt bistånd bland unga vuxna tidigare placerade i HVB (L3h)* ska visa resultatet av kommunens arbete med att ge barn och unga placerade i HVB möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

Indikatorn avser unga vuxna i åldern 18–24 år som fått långvarigt ekonomiskt bistånd någon gång under 2011 och som tidigare någon gång varit placerad i HVB. Långvarigt ekonomiskt bistånd innebär att den unge fått ekonomiskt bistånd under minst 10 månader under 2011. Uppgifterna redovisas för hemkommun vid senaste placeringstillfället, vilket inte nödvändigtvis är den kommun som den unge bodde i under 2011.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

I genomsnitt i riket var det 13 procent av unga vuxna som tidigare varit placerade i HVB som fick långvarigt ekonomiskt bistånd under 2011. Bland länen varierar andelen mellan 8 och 21 procent. I de 150 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 50 procent. I två kommuner var andelen 0 procent (diagram 8).



Långvarigt ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i familjehem (L3f)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Långvarigt ekonomiskt bistånd bland unga vuxna, tidigare placerade i familjehem* (L3f) ska visa resultatet av kommunens arbete med att ge barn och unga placerade i familjehem möjligheter till ekonomisk och social trygghet, jämlika levnadsvillkor och deltagande i samhället i vuxen ålder.

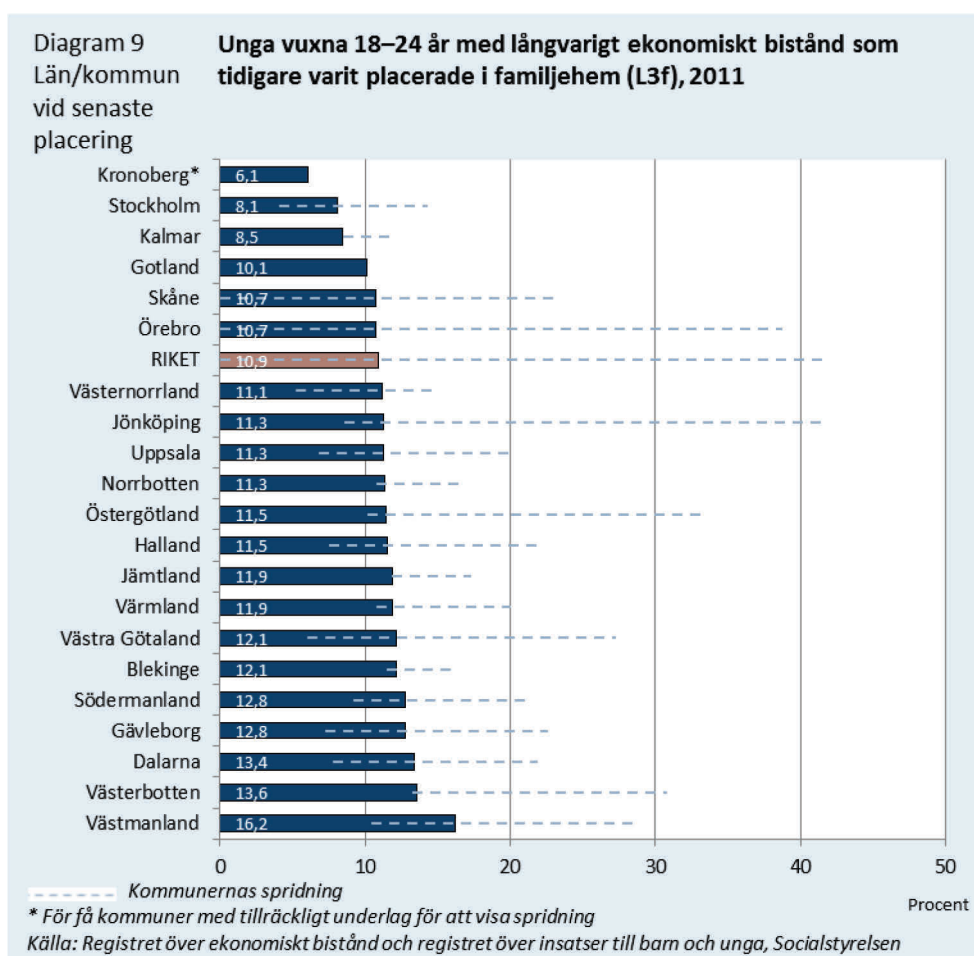
Indikatorn avser unga vuxna i åldern 18–24 år som fått långvarigt ekonomiskt bistånd någon gång under 2011 och som tidigare någon gång varit placerade i familjehem inom barn- och ungdomsvården. Långvarigt ekonomiskt bistånd innebär att den unge fått ekonomiskt bistånd under minst 10

månader under 2011. Uppgifterna redovisas för hemkommun vid senaste placeringstillfället, vilket inte nödvändigtvis är den kommun som den unge bodde i under 2011.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

Andelen unga vuxna som tidigare varit placerade i familjehem och som fick ekonomiskt bistånd under minst 10 månader under 2011 uppgick till i genomsnitt 11 procent för riket. Skillnaderna mellan länen var 6–16 procent. I de 153 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 42 procent och i två kommuner var andelen 0 procent (diagram 9).



En god utbildning

En god utbildning minskar risken för tidig död, ohälsa och psykosociala problem som kriminalitet, missbruk, självskadehandlingar och försörjningsproblem [1]. Barn har rätt till en god utbildning. Utbildningen ska utveckla barnets personlighet, anlag, fysiska och psykiska förmåga och förbereda barnet för bland annat ett ansvarsfullt liv i ett fritt samhälle enligt barnkonventionen (FN:s konvention om barnets rättigheter, artiklarna 28 och 29). En god utbildning är ett av regeringens målområden för barnpolitiken.

Utbildningen ska främja alla barns och elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära. Utbildningen ska ta hänsyn till barns och elevers olika behov och ge stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. I samarbete med hemmen ska barnens och elevernas allsidiga personliga utveckling främjas. Det är hemkommunen som ansvarar för grundskoleutbildningen enligt 1 kap. 4 § och 10 kap. 24 § skollagen (2010:800). Socialnämnden i kommunen ska verka för att placerade barn och unga får lämplig utbildning (6 kap. 7 § SoL). Skolhuvudmannen ska också på socialnämndens initiativ samverka med andra aktörer i frågor om barn som far illa eller riskerar att fara illa (29 kap. 13 § skollagen).

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

Låg utbildningsnivå ökar risken för ohälsa och en rad olika sociala problem, till exempel självmord, missbruk, kriminalitet, bidragsberoende och tonårs-föräldraskap. Bland barn och unga som är placerade i barn- och ungdomsvården är riskerna för framtida hälsorelaterade och psykosociala problem mycket höga. Hur de lyckas i skolan är den enskilt viktigaste faktorn för hur det ska gå för dem senare i livet.[1]

Barn och unga som är eller har varit placerade inom barn- och ungdomsvården lämnar i högre utsträckning än andra barn och unga grundskolan utan grundläggande behörighet till gymnasieskolan, det vill säga godkända betyg i svenska, engelska och matematik. Det gäller särskilt dem som placerats första gången efter 12 års ålder, men även dem som placerades för första gången före 10 års ålder. Andelen som vid 17 års ålder har grundläggande behörighet till gymnasieskolan har minskat kraftigt bland placerade barn och unga. Det gäller framförallt utrikes födda placerade barn och unga, men minskningen kan också ses bland placerade barn och unga födda i Sverige. En trolig orsak till den kraftiga minskningen av andelen som är behöriga till gymnasieskolan kan vara att antalet ensamkommande barn ökade kraftigt från och med 2006.

Omgivningen har ofta låga förväntningar på placerade barn och unga och underskattar deras begåvning och förmåga att lyckas i skolan [4, 5]. Låga eller ofullständiga betyg bland placerade barn kan också förklaras av

- en instabil uppväxtmiljö med återkommande byten av familjehem och skolor
- att socialtjänsten prioriterat skolgången lågt
- en oklar ansvarsfördelning mellan skola och socialtjänst [1, 4, 6, 7].

Kommunerna kan komma till rätta med problemen genom flera handlingsalternativ. Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma publikation *Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar* ger praktisk vägledning som kan bidra till förbättrad skolgång och hälsa för placerade barn och unga [4].

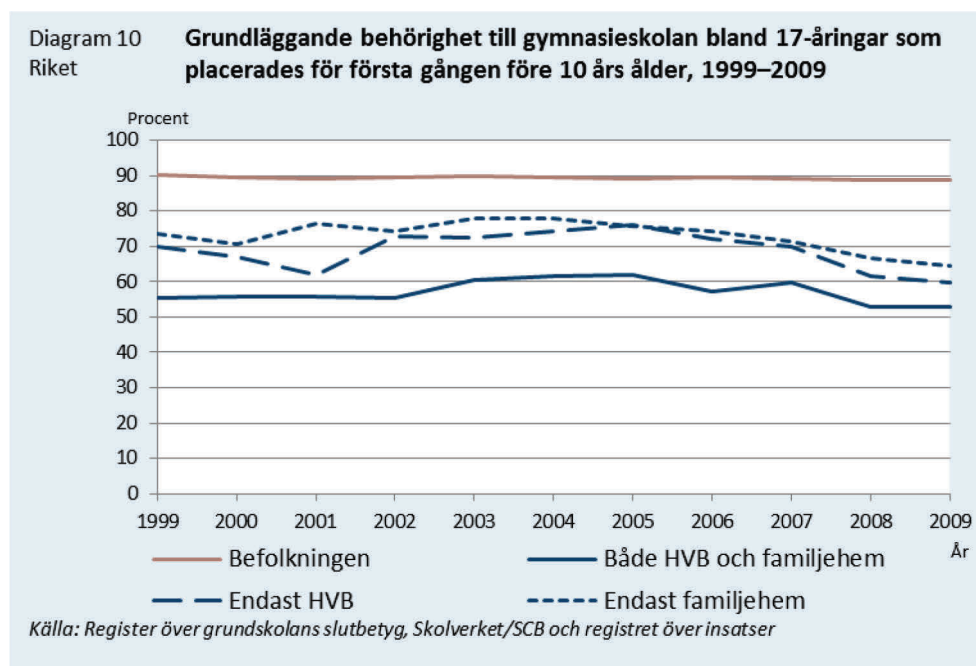
Grundläggande behörighet till gymnasieskolan

Detta avsnitt beskriver utveckling och indikatorer för grundläggande behörighet till gymnasieskolan bland unga som någon gång varit placerade inom barn- och ungdomsvården och som blev placerade för första gången före 10 års ålder respektive efter 12 års ålder. Grundläggande behörighet till gymnasieskolan innebär godkända betyg i svenska, matematik och engelska.

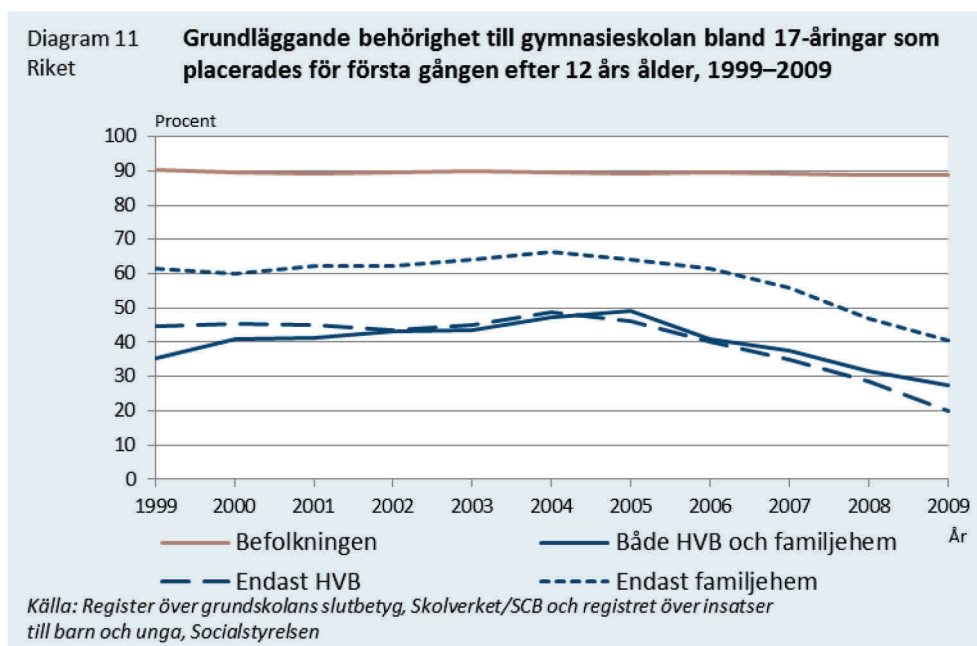
För placerade barn och unga avser utbildningsresultatet det år som barnen fyller 17 år. För befolkningen avser uppgiften det år som de slutar grundskolan, oftast vid 16 års ålder.

Utfall och utveckling

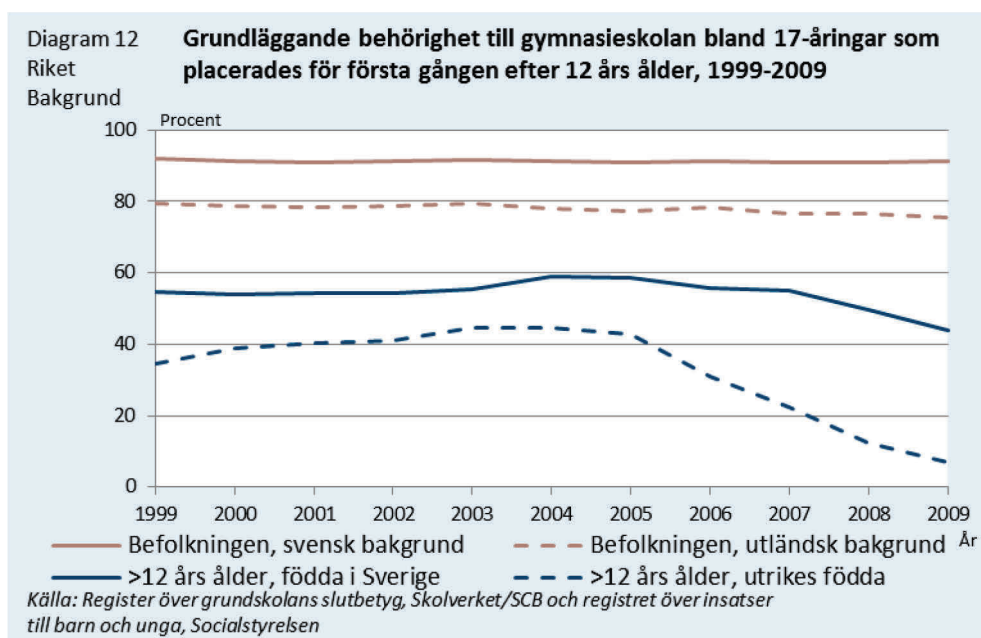
Andelen som har grundläggande behörighet till gymnasieskolan har minskat under perioden 1999–2009. Den största minskningen har skett bland de 17-åringar som placerades i barn- och ungdomsvården för första gången efter 12 års ålder (diagram 11). För dem har även antalet behöriga minskat medan det har ökat både för befolkningen och för dem som placerades för första gången före 10 års ålder (diagram 10).



Andelen med grundläggande behörighet till gymnasieskolan varierar beroende på vilken placeringsform som man varit placerad i. Bland dem som placerades för första gången före 10 års ålder är det gruppen som har varit placerade i både HVB och i familjehem som har den lägsta andelen behöriga. De som har varit placerade antingen i HVB eller i familjehem har också en lägre andel behöriga jämfört med befolkningen, men andelen är ungefär lika mellan de två placeringsformerna (diagram 10).



Den kraftiga minskningen av antalet med behörighet till gymnasieskolan sedan 2005 avser framförallt barn och unga som är utrikes födda. En stor del av dessa har troligen kommit till Sverige som ensamkommande barn och kan ha kommit till Sverige något eller några år före 17 års ålder. Även bland barn och unga med utländsk bakgrund i befolkningen har andelen behöriga till gymnasieskolan minskat. Bland dem som var födda i Sverige och som placerades före 12 års ålder har också andelen behöriga minskat kraftigt. Ingen motsvarande minskning syns i befolkningen (diagram 12).



Bland dem som blev placerade för första gången efter 12 års ålder är andelen med gymnasiebehörighet lägst bland dem som varit placerade i HVB, oavsett om de enbart varit placerade i HVB eller om de också någon gång varit placerade i familjehem. För dem som enbart varit placerade i familje-

hem är andelen gymnasiebehöriga högre men ändå betydligt lägre än för riket (diagram 10).

Tabell 4. Grundläggande behörighet till gymnasieskolan bland elever i befolkningen som avslutat årskurs 9 och bland 17-åringar som tidigare varit placerade i barn- och ungdomsvården, 2009, antal och procent samt procentuell förändring, 1999–2009.

	Elever i befolkningen som avslutat åk 9	17-åringar, placerade före 10 års ålder¹	17-åringar, placerade efter 12 års ålder¹
Antal med behörighet 2009	105 561	914	877
Förändring av antal 1999–2009	21,6 %	10,0 %	-8,6 %
Andel med behörighet 2009	88,8 %	59,4 %	32,5 %
Förändring av andel 1999–2009	-1,6 %	-12,3 %	-34,7 %

¹ Avser placering i barn- och ungdomsvården någon gång där första placering skett före 10 års ålder respektive efter 12 års ålder.

Källa: Registret över grundskolans slutbetyg, Skolverket/SCB och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Behörighet till gymnasieskolan bland 17-åringar som placerades före 10 års ålder (U1p)

Indikatorns syfte och utformning

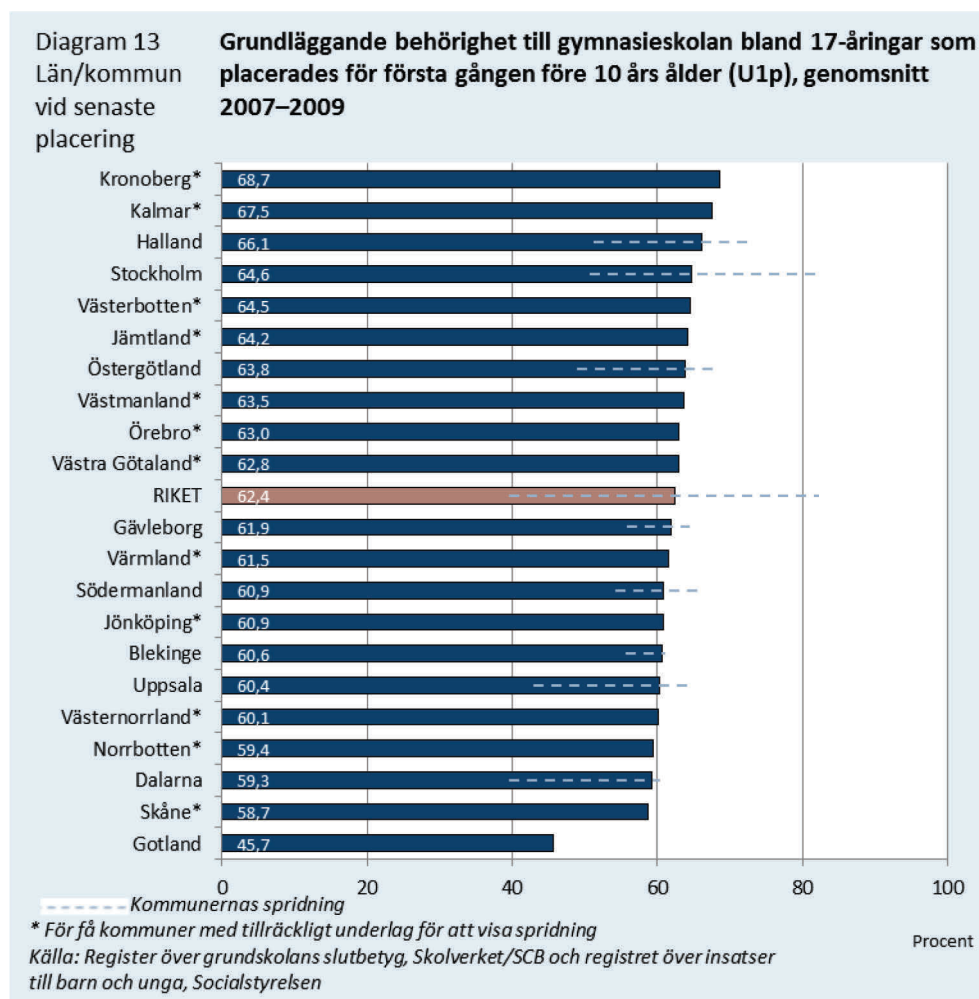
Indikatorn *Behörighet till gymnasieskolan bland 17-åringar som placerades före 10 års ålder (U1p)* ska visa resultatet av kommunens utbildningsinsatser för barn och unga som är eller har varit placerade inom barn- och ungdomsvården.

Indikatorn avser de 17-åringar som blev placerade för första gången i HVB eller i familjehem inom barn- och ungdomsvården före 10 års ålder och som har grundläggande behörighet till gymnasieskolan, det vill säga godkända betyg i svenska, matematik och engelska. Uppgifterna avser hemkommun vid senaste placeringstillfället.

Indikatorn redovisas som ett genomsnitt över tre år, 2007–2009, för att uppgifter ska kunna redovisas för så många kommuner som möjligt. Ju högre andel desto bättre resultat för kommunen.

Utfall och variation

Andelen med behörighet till gymnasieskolan bland de 17-åringar som placerades för första gången före 10 års ålder uppgick till i genomsnitt 62 procent för riket under åren 2007–2009. I de 58 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 40 och 82 procent. Variationen bland länen var 46–69 procent (diagram 13).



Behörighet till gymnasieskolan bland 17-åringar som placerades efter 12 års ålder (U2p)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Behörighet till gymnasieskolan bland 17-åringar som placerades efter 12 års ålder (U2p)* ska visa resultatet av kommunens utbildningsinsatser för barn och unga som är eller har varit placerade inom barn- och ungdomsvården.

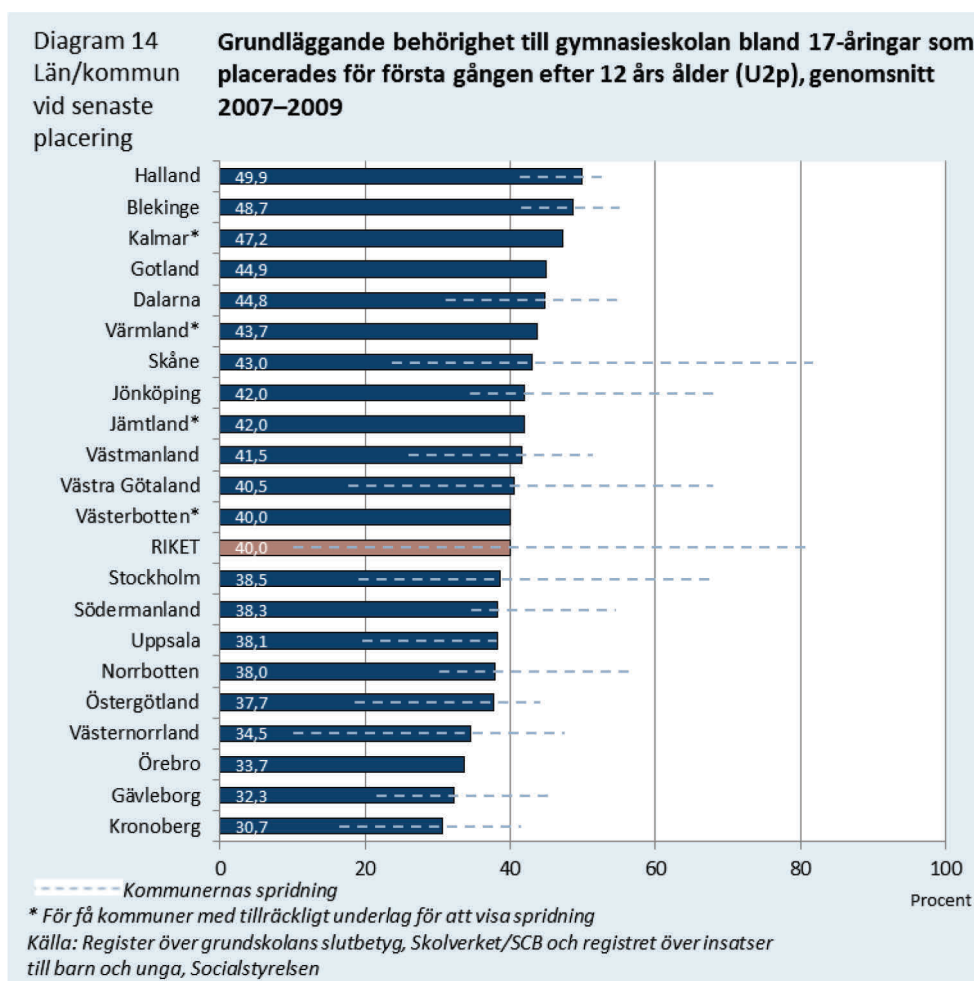
Indikatorn avser de 17-åringar som blev placerade för första gången i HVB eller i familjehem inom barn- och ungdomsvården efter 12 års ålder och som har grundläggande behörighet till gymnasieskolan, det vill säga godkända betyg i svenska, matematik och engelska. Uppgifterna avser hemkommun vid senaste placeringstillfället.

Indikatorn redovisas som ett genomsnitt över tre år, 2007–2009, för att uppgifter ska kunna redovisas för så många kommuner som möjligt. Ju högre andel desto bättre resultat för kommunen.

Utfall och variation

Den genomsnittliga andelen i riket som var behöriga till gymnasieskolan av 17-åringar som blev placerade för första gången efter 12 års ålder uppgick till 40 procent. Bland de 99 kommuner med tillräckligt stort underlag varie-

rade andelen mellan 10 och 82 procent. För länen varierade andelen mellan 31 och 50 procent (diagram 14).



En trygg uppväxt

En trygg uppväxt ökar möjligheterna till ett gott vuxenliv. Att få växa upp under goda och trygga förhållanden och att få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar är grundläggande rättigheter för alla barn. En trygg uppväxt är också ett av regeringens målområden inom barnpolitiken som bygger på FN:s konvention om barnets rättigheter (artiklarna 5, 11, 16, 18, 23, 31 och 33).

Kommunerna ska bland annat verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Tillsammans med andra aktörer ska kommunerna uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem, och aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga. För placerade barn och unga ska kommunen medverka till att de får god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden (5 kap. 1 § och 6 kap. 7 § SoL).

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

Indikatorernas utfall inom området En trygg uppväxt tyder på att placerade barn och unga lever i mindre trygga och säkra miljöer än vad andra barn och unga gör. Indikatorerna dödlighet och vård för övergrepp av annan person visar på sämre utfall för placerade barn och unga, och skillnaderna jämfört med andra barn och unga är stora. Samtidigt visar de också på stora skillnader mellan kommunerna. Det tyder på att kommunerna har möjlighet att påverka den miljö som placerade barn och unga vistas i och borde kunna göra den säkrare och tryggare.

Ett första steg för kommunerna kan vara att analysera vad orsakerna till den höga dödligheten och behovet av vård för övergrepp av annan person beror på, och utifrån det ta fram en åtgärdsplan, gärna tillsammans med samtliga berörda parter till exempel den sociala barn- och ungdomsvården, skola, polis, missbruks- och beroendevården och barn- och ungdomspsykiatri.

Dödlighet

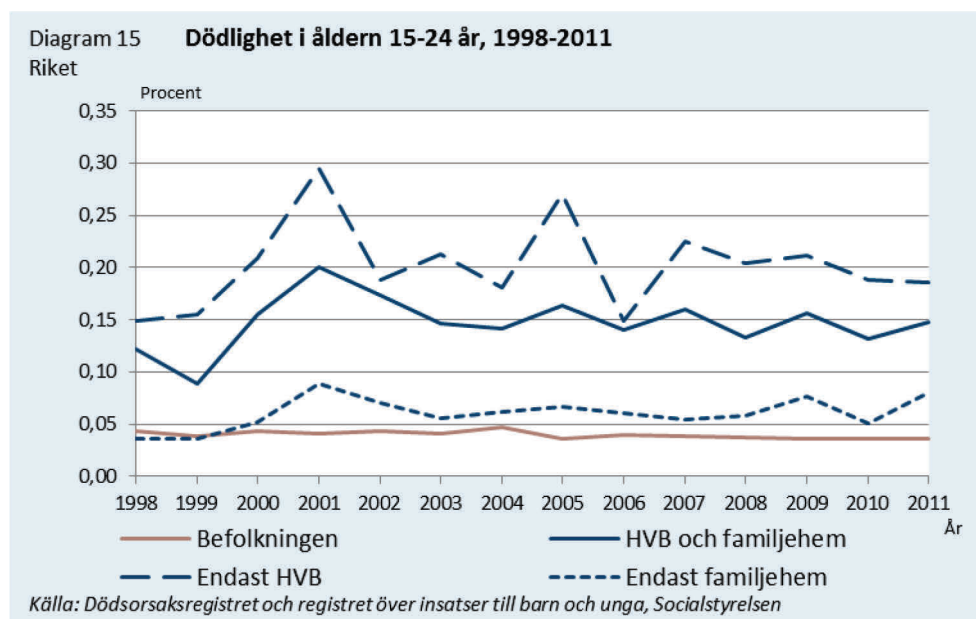
Avsnittet redovisar utveckling och indikatorer för dödlighet bland barn och unga 15–24 år i befolkningen och bland barn och unga 15–24 år som är eller tidigare har varit placerade i barn- och ungdomsvården.

Skador är oftast orsaken bakom dödsfall bland unga. År 2010 var ungefär hälften av alla dödsfall i åldern 20–24 år orsakade av självmord eller narkotikamissbruk.[8]

Utfall och utveckling

Av dem som dog i åldern 15–24 år under 2011 hade 17 procent varit placerade i barn- och ungdomsvård någon gång. Det är en högre andel pojkar jämfört med flickor som dör. Ingen skillnad i dödlighet kan ses mellan svensk och utländsk bakgrund.

Dödligheten bland befolkningen 15–24 år har minskat under perioden 1998–2011, både när det gäller antal och andel. För placerade barn och unga i ålder 15–24 år har dödligheten emellertid ökat (tabell 5). Antalet har mer än fördubblats och även andelen har ökat. Dödligheten är högst bland dem som endast varit placerade i HVB. För dem som har varit placerade både i HVB och i familjehem är dödligheten lägre, men ligger betydligt högre än för befolkningen i stort. Bland barn och unga som varit placerade i endast familjehem är dödligheten endast något högre än för barn och unga i befolkningen (diagram 15).



Tabell 5. Dödlighet i åldern 15–24 år i befolkningen respektive för placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och andel samt procentuell förändring, 1998–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i barn- och ungdomsvården
Antal döda 2010	452	76
Förändring av antal 1998–2010	-0,4 %	117,1 %
Andel döda 2010	0,036 %	0,148 %
Förändring av andel 1998–2010	-16,9 %	21,7 %

Källa: Dödsorsaksregistret och register över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Dödlighet i åldern 15–24 år i befolkningen (T1b)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Dödlighet i åldern 15–24 år i befolkningen* (T1b) ska visa resultatet av kommunernas arbete med att tillhandahålla en trygg och säker miljö för barn och unga i kommunen.

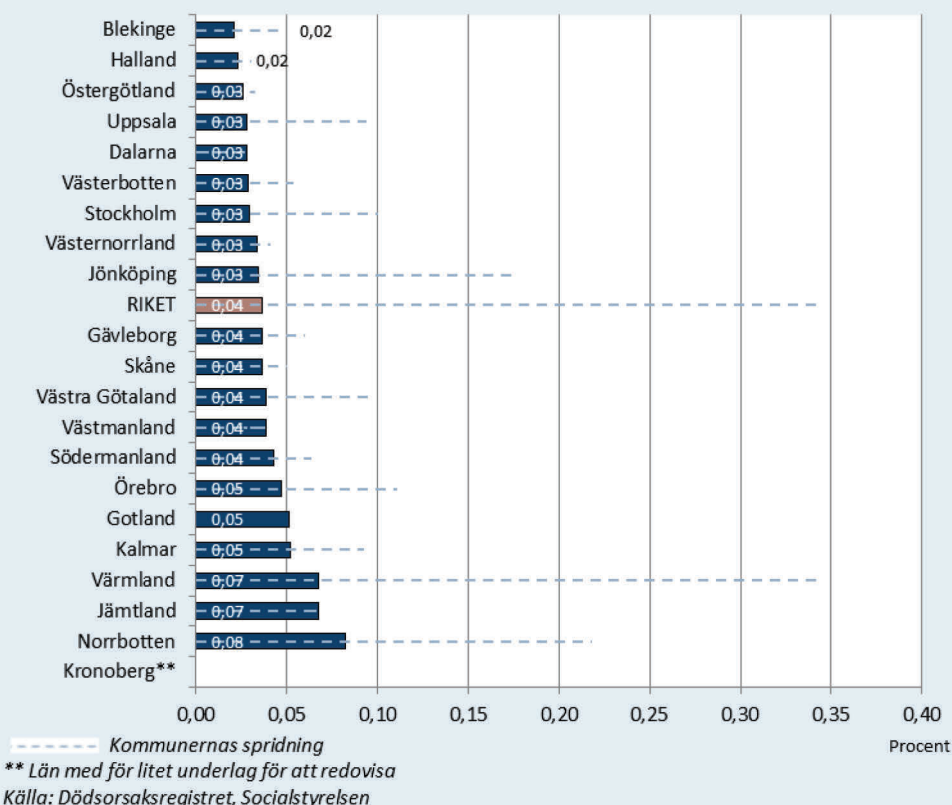
I indikatorn ingår samtliga dödsfall, det vill säga även sådana som kommunerna kan ha svårt att påverka till exempel genetiska sjukdomar.

Kommuner bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

Den genomsnittliga andelen döda bland 15–24-åringarna i befolkningen uppgick till 0,04 procent. Variationen mellan de 177 kommuner som har tillräckligt stort underlag uppgick till 0–0,34 procent. I 136 kommuner var andelen 0 procent. I länen varierade andelen mellan 0,02 och 0,08 procent (diagram 16).

Diagram 16 **Dödlighet i åldern 15–24 år i befolkningen (T1b), 2011**
Län/kommun



Dödlighet bland placerade barn och unga (T1p)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Dödlighet bland placerade barn och unga (T1p)* ska visa resultatet av kommunernas arbete med att skapa en trygg och säker miljö för de barn som omhändertas och placeras inom barn- och ungdomsvården.

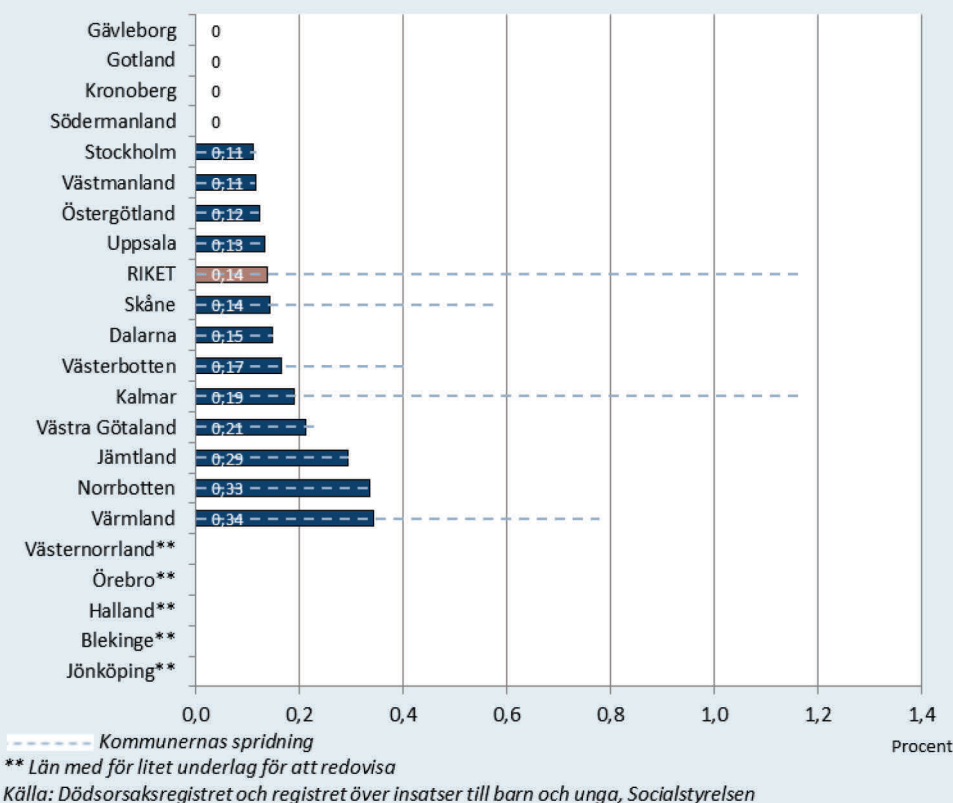
I indikatorn ingår samtliga dödsfall, även sådana som kommunerna kan ha svårt att påverka, till exempel genetiska sjukdomar. Kommun avser hemkommun vid senaste placeringstillfället.

Kommunerna bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

Den genomsnittliga andelen dödsfall bland barn och unga 15–24 år som någon gång varit placerade i barn- och ungdomsvården uppgick till 0,14 procent. Bland de 237 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 1,17 procent. I 229 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierade mellan 0 och 0,34 procent bland länen (diagram 17).

Diagram 17 **Dödlighet i åldern 15–24 år bland placerade barn och unga (T1p), 2011**
Län/kommun



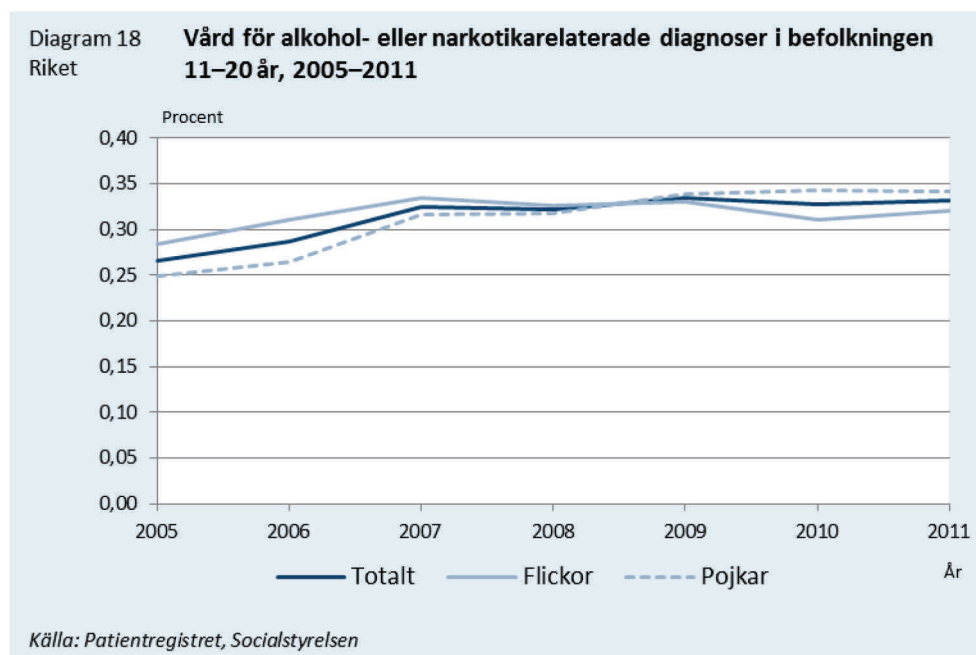
Vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser

När barn och unga vårdas för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser inom den specialiserade vården är det orsakat av en allvarlig händelse. Barn och unga riskerar att utveckla ett beroende och fysisk och psykisk ohälsa snabbare än vuxna. Alkohol- och narkotikamissbruk innebär ofta att de utsätter sig för faror, att de kan komma i kontakt med kriminella miljöer och ytterst att de riskerar en för tidig död.

Vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser avser vård inom den specialiserade öppen- och slutenvården. Dessa diagnoser inkluderar sjukdomar orsakade av intag av alkohol eller narkotika, förgiftningar och skador som uppkommit vid olyckor där alkohol eller narkotika varit inblandade. Även kontakter med den specialiserade vården för åtgärder och vård som rör alkohol och narkotika är inkluderade.

Utfall och utveckling

År 2011 vårdades 3 697 barn och unga i åldern 11–20 år för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser. Andelen ökade mellan 2005 och 2007 för att därefter vara relativt konstant. Det är inga större skillnader mellan flickor och pojkar när det gäller vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser (diagram 18).



Tabell 6. Vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser bland befolkningen 11–20 år, 2011, antal och procent samt procentuell förändring, 1998–2011.

	Barn och unga i befolkningen
Antal vårdade 2011	3 697
Förändring av antal 2005–2011	61,4 %
Andel vårdade 2011	0,33 %
Förändring av andel 2005–2011	16,3 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser bland barn och unga i befolkningen (T2b)

Indikatorn *Vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser bland barn och unga i befolkningen* (T2b) ska visa resultatet av:

- kommunens arbete med att förebygga och skapa en säker miljö för barn och unga i kommunen
- landstingets arbete med att förebygga alkohol- och narkotikarelaterade problem bland barn och unga i landstinget.

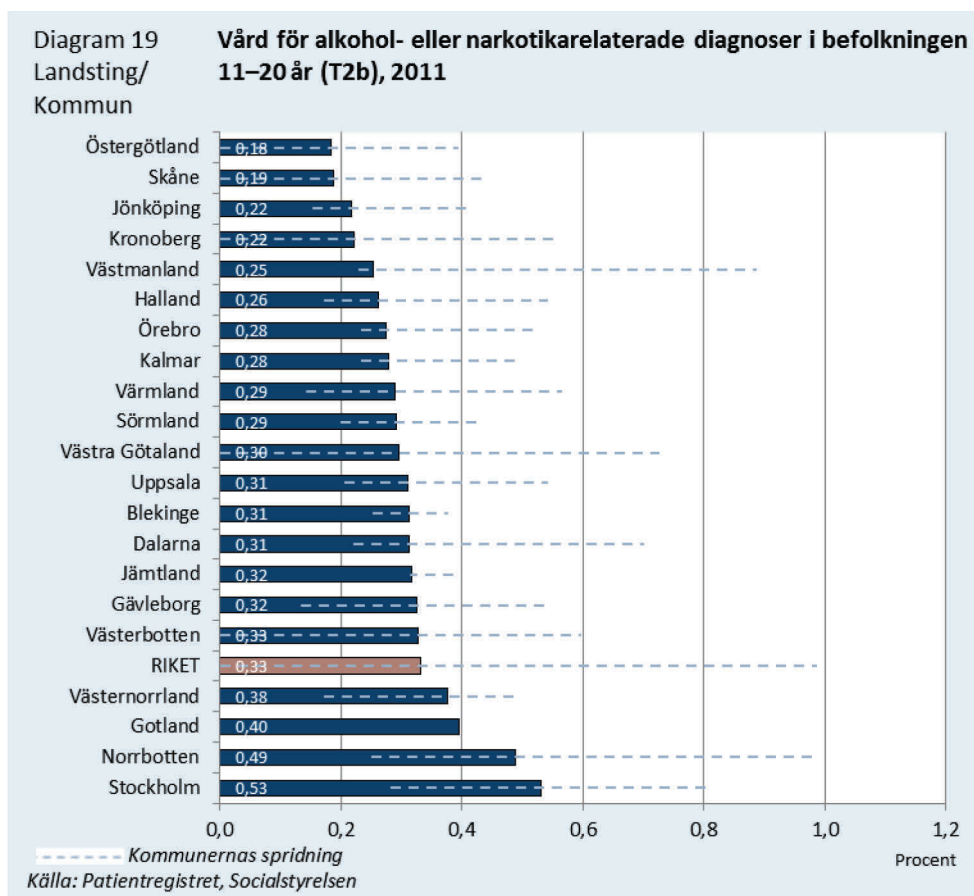
Indikatorn avser barn och unga 11–20 år i befolkningen som vårdats inom specialistvård, öppen- eller slutenvård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser. För uppgift om vilka diagnoskoder som ingår i indikatorn se bilaga 1, *Indikatorbeskrivning*.

Kommuner och landsting bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

Andelen barn och unga som vårdats för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser uppgick till 0,33 procent i riket. Bland de 200 kommuner som har

tillräckligt stort underlag var variationen 0–1,0 procent. I 10 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierade bland landstingen mellan 0,18 och 0,53 procent (diagram 19).



Vård för övergrepp av annan person

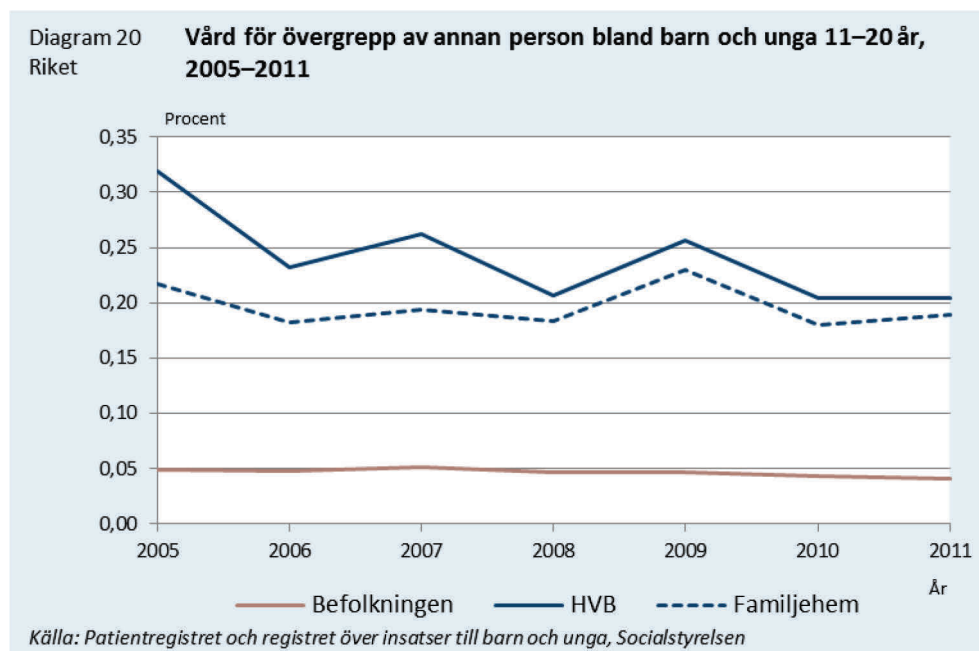
Vård för övergrepp av annan person avser skador, förgiftningar och andra ogynnsamma effekter av händelsen övergrepp av annan person. Händelsen övergrepp av annan person inkluderar mord, dråp och annan misshandel, samt övergrepp med avsikt att skada eller döda. Annan person kan vara familjemedlemmar, närstående eller helt okända personer. Övergreppen kan således handla om våld inom familjen men kan lika väl vara en följd av våld av en okänd person utanför hemmet.

Utfall och utveckling

Av barn och unga 11–20 år i befolkningen som vårdats för övergrepp av annan person under 2011 hade cirka 10 procent varit placerade i HVB, och ungefär 12 procent hade varit placerade i familjehem.

Övervägande delen av de barn och unga som vårdas för övergrepp av annan person är pojkar. Andelen ökar med åldern bland barn och unga i åldern 11–20 år. I åldrarna 11–13 år uppgick andelen till 0,006 procent under 2011 medan andelen för 20-åringarna uppgick till 0,09 procent.

Andelen som vårdas för övergrepp av annan person i befolkningen har minskat under perioden 2005–2011. Andelen är betydligt högre för barn och unga som är placerade i barn- och ungdomsvården än för barn och unga i befolkningen. Även bland placerade barn och unga har andelen minskat under perioden 2005–2011, både för dem i HVB och för dem i familjehem (diagram 20 och tabell 7).



Tabell 7. Vård för övergrepp av annan person för befolkningen 11–20 år respektive för placerade i barn- och ungdomsvården, 2011, antal och procent samt procentuell förändring, 2005–2011.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB	Barn och unga placerade i familjehem
Antal vårdade 2011	451	45	53
Förändring av antal 2005–2011	-22,5 %	-8,2 %	1,9 %
Andel vårdade 2011	0,04 %	0,20 %	0,19 %
Förändring av andel 2005–2011	-16,8 %	-35,9 %	-12,8 %

Källa: Patientregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Vård för övergrepp av annan person bland barn och unga i befolkningen (T3b)

Indikatorns syfte och utformning

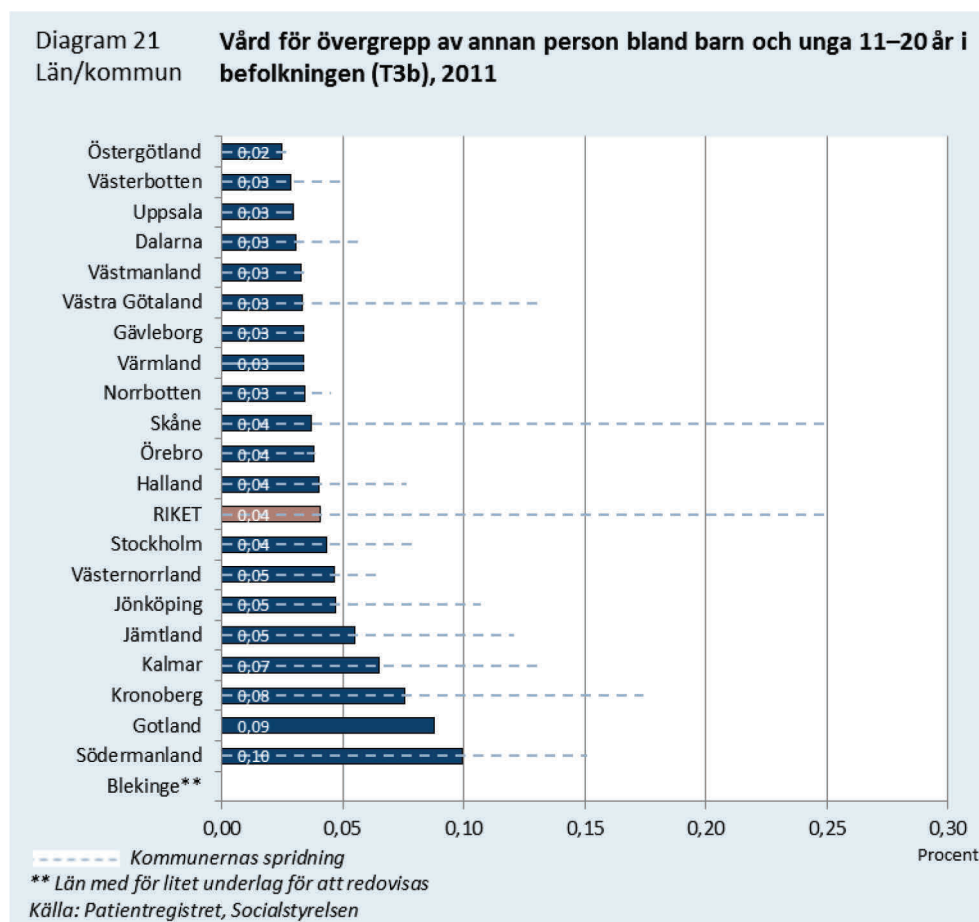
Indikatorn *Vård för övergrepp av annan person bland barn och unga i befolkningen* (T3b) ska visa resultatet av kommunens arbete med att förebygga och skapa en säker miljö för barn och unga i kommunen.

Indikatorn avser barn och unga 11–20 år i befolkningen som vårdats inom specialistvård, öppen- eller slutenvård, för diagnoser som avser övergrepp av annan person (X85–Y09).

Kommunerna bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

Andelen barn och unga 11–20 år i befolkningen som vårdats för övergrepp av annan person under 2011 uppgick till 0,04 procent för riket. Bland de 179 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 0,25 procent. I 139 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierade mellan 0,02 och 0,10 procent för länen (diagram 21).



Bästa möjliga hälsa

Hälsa är en viktig aspekt i livet som påverkar livskvaliteten. En god hälsa ger också bättre möjligheter till delaktighet i samhället och i vuxen ålder även till egen försörjning. För barn är bästa möjliga hälsa en grundläggande rättighet. Det är också ett målområde för regeringens barnpolitik som grundar sig i FN:s konvention om barnets rättigheter. Det handlar om att skapa en miljö för barnet som möjliggör både utveckling och överlevnad. Med utveckling avses barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska, psykologiska och sociala utveckling (FN:s konvention om barnets rättigheter, artiklarna 24 och 31.)

Socialtjänsten ska i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barnet. Socialtjänsten ska också bland annat sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver.

Samverkan med till exempel andra samhällsorgan och organisationer ska ske i frågor som rör barn som far illa eller som riskerar att fara illa. Socialtjänsten ska även bedriva en uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa. För placerade barn och unga ska kommunen verka för att de får den hälso- och sjukvård som de behöver och till vårdnadshavare och föräldrar ska man lämna råd, stöd och annan hjälp som de behöver (5 kap. 1 och 1a §§ och 6 kap. 7 § SoL).

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård och verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska också på socialnämndens initiativ samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa (2, 2f och 3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)).

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

Placerade barn har sämre fysisk hälsa och lider oftare av psykisk ohälsa än andra barn. Resultaten i denna rapport visar också att barn och unga i HVB och i familjehem har vårdats för självskadehandlingar i betydligt högre utsträckning än andra barn och unga. Bland dessa barn och unga är också läkemedelsanvändningen av psykofarmaka betydligt högre. Kommuner och landsting behöver arbeta förebyggande för att barn och unga i befolkningen så tidigt som möjligt ska få den vård och omsorg som de är i behov av. Det kan till exempel handla om tidiga psykosociala insatser, behandling med läkemedel, tillräckligt stöd i skolan och stöd till föräldrar. På sikt kan det betyda att färre barn och unga är i behov av placeringar.

Även om det bland placerade barn och unga finns ett större behov av behandling mot psykiska besvär och sjukdom, är läkemedel inte alltid första behandlingsalternativet. Vid symptom på sömnstörning, ångest, depression eller adhd bör hälso- och sjukvården först utreda barnets eller den unges livs- och relationssituation och ta ställning till alternativa insatser och stöd. Om det är nödvändigt med läkemedelsbehandling, bör denna ingå i ett mer omfattande behandlingsprogram där även psykosociala och andra insatser ingår. [9–12]

I vägledningen *Placerade barns skolgång och hälsa* som Socialstyrelsen gett ut tillsammans med Skolverket framgår det att det finns behov av läkarundersökning för alla barn och unga som placeras inom barn- och ungdomsvården. En utredning som både kartlägger tidigare insatser och en läkarundersökning är en bra grund för att planera hälso- och sjukvårdsinsatser för placerade barn och unga.[4]

Mot bakgrund av den höga förekomsten av självskadehandlingar och beskrivningen av psykofarmaka behöver kommunerna också se till att det finns kunskap, kompetens och stöd kring frågor som rör psykosociala och psykiska problem i HVB och i familjehem [13]. Ett nära samarbete med hälso- och sjukvården kan bidra till detta och innebära en stor skillnad för placerade barn och unga.

De stora skillnaderna i användningen av psykofarmaka mellan landstingen tyder på att utskrivning av dessa läkemedel sker på olika grunder i olika landsting. Följaktligen behöver landstingen se över utskrivningen av

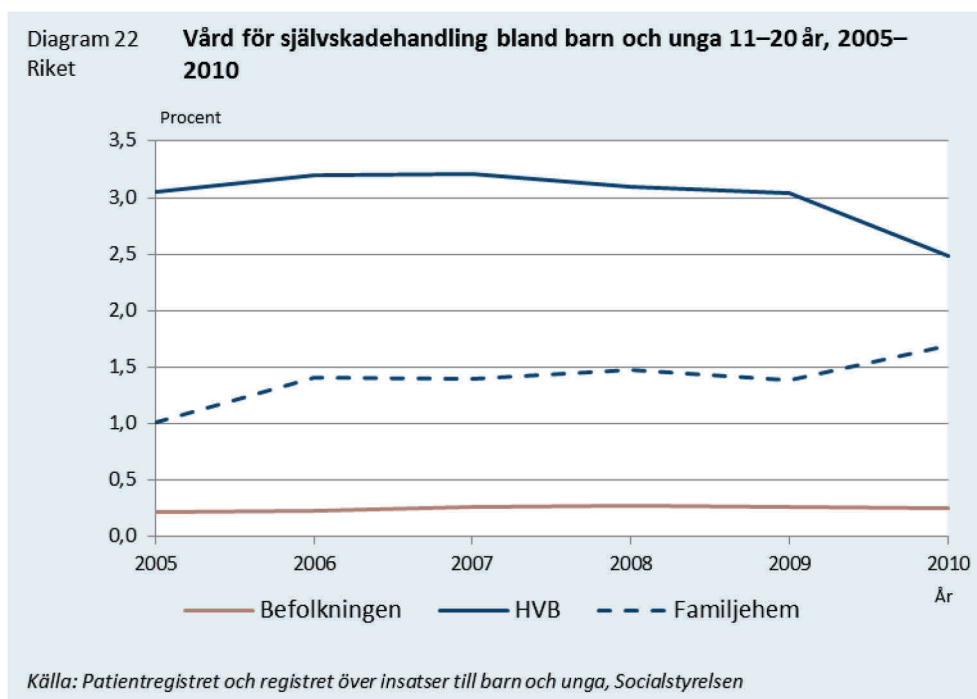
psykofarmaka till barn och unga och användandet av alternativa insatser. Barn och unga som får psykofarmaka bör samtidigt också få stöd på annat sätt, till exempel genom alternativa insatser och familjestöd.

Vård för självskadehandling

Självskadehandlingar bland barn och unga avser de fall då barn och unga i befolkningen eller placerade barn och unga har vårdats för avsiktlig destruktiva handlingar eller skadehandlingar med oklar avsikt inom den specialiserade öppen- eller slutenvården.

Utfall och utveckling

Av dem som vårdades för självskadehandlingar under 2010 var det 5 procent som bodde eller hade bott i HVB under året. Andelen var ungefär lika stor för familjehem. Det är fler flickor än pojkar som vårdats för självskadehandlingar. Ungefär två tredjedelar av dem som vårdats för självskadehandling är flickor. Andelen pojkar har dock ökat mer än andelen flickor.



Under perioden 2005–2010 har antalet barn och unga 11–20 år i befolkningen som vårdats för självskadehandlingar ökat. Bland dem som bodde i familjehem har andelen som vårdats för självskadehandling ökat kraftigt mellan 2005 och 2010. I HVB ökade andelen sakta fram till 2007 men har därefter minskat (diagram 22 och tabell 8).

Tabell 8. Vård för självskadehandling bland befolkningen 11–20 år respektive placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 2004–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB ¹	Barn och unga placerade i familjehem ¹
Antal vårdade 2010	2 915	144	137
Förändring av antal 2005–2010	16,9 %	8,3 %	31,7 %
Andel vårdade 2010	0,25 %	2,5 %	1,7 %
Förändring av andel 2005–2010	18,4 %	-18,4 %	68,1 %

¹ Med placerade avses placering inom barn- och ungdomsvården.

Källa: Patientregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Vård för självskadehandling bland barn och unga i HVB (H1h)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Vård för självskadehandling bland barn och unga i HVB (H1h)* ska visa resultatet av

- kommunens arbete med att förebygga psykosociala problem och att stödja barn och unga i kommunen och deras föräldrar, särskilt utsatta barn och unga
- landstingets arbete med att förebygga och hantera psykiatriska problem bland barn och unga i landstinget.

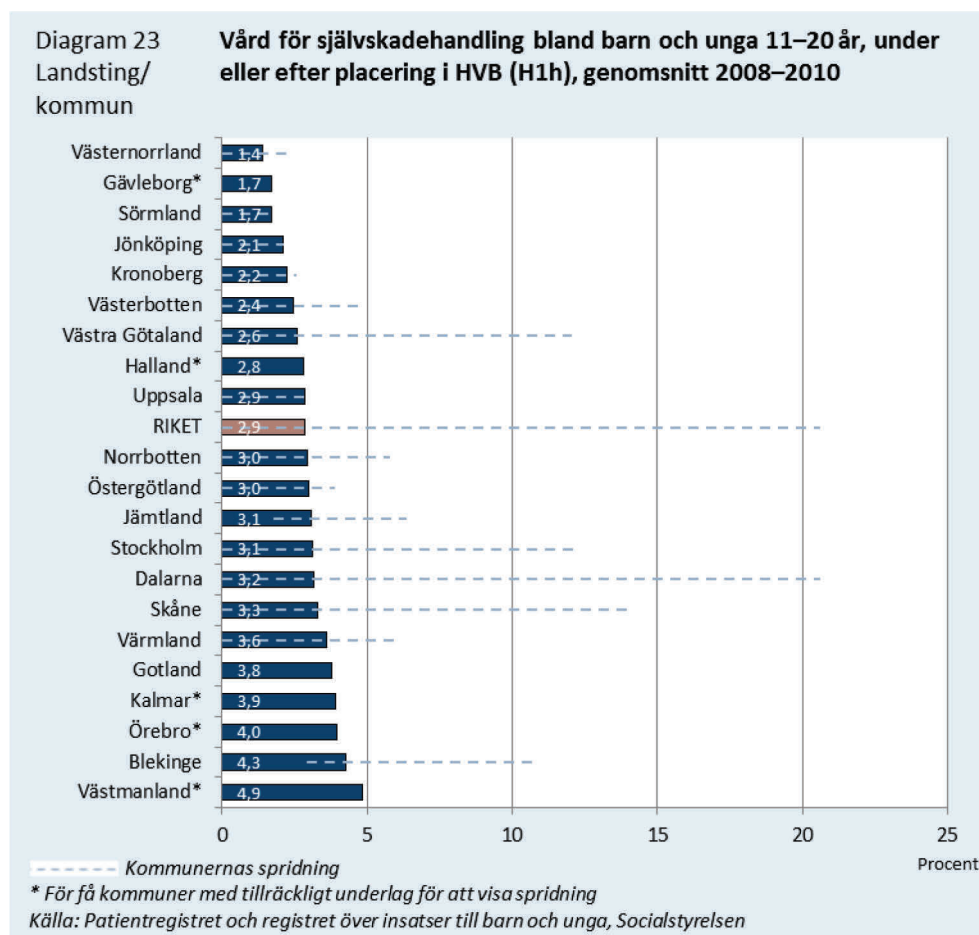
Indikatorn avser barn och unga 11–20 år placerade i HVB som vårdats inom specialistvård, öppen- eller slutenvård, för diagnoserna avsiktlig självdestruktiv handling (X60–X84) och skadehändelser med oklar avsikt (Y10–Y34, inte Y34.9) inom 12 månader från mätårets första placeringsdag.

Indikatorn redovisas som ett genomsnitt åren 2008–2010 för att få tillräckligt stort underlag för att indikatorn ska kunna redovisas för så många kommuner som möjligt. Det innebär att genomsnittet för riket skiljer något mot uppgiften för år 2010 som redovisas i tabell 11.

Kommuner och landsting bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

I riket var det i genomsnitt 2,9 procent av barn och unga i åldern 11–20 år som var placerade i HVB som vårdats för självskadehandling under eller efter placeringen. Andelen varierar både bland landstingen och bland kommunerna. Bland landstingen varierade andelen mellan 1,4–4,9 procent och för de 84 kommuner med tillräckligt underlag var spridningen 0–21 procent. I 45 kommuner uppgick andelen till 0 procent (diagram 23).



Vård för självskadehandling bland barn och unga i familjehem (H1f)

Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Vård för självskadehandling bland barn och unga i familjehem* (H1f) syftar till att indikera resultatet av

- kommunens arbete med att förebygga psykosociala problem och stödja barn och unga i kommunen och deras föräldrar, särskilt utsatta barn och unga
- landstingets arbete med att förebygga och hantera psykiatrisk problematik bland barn och unga i landstinget.

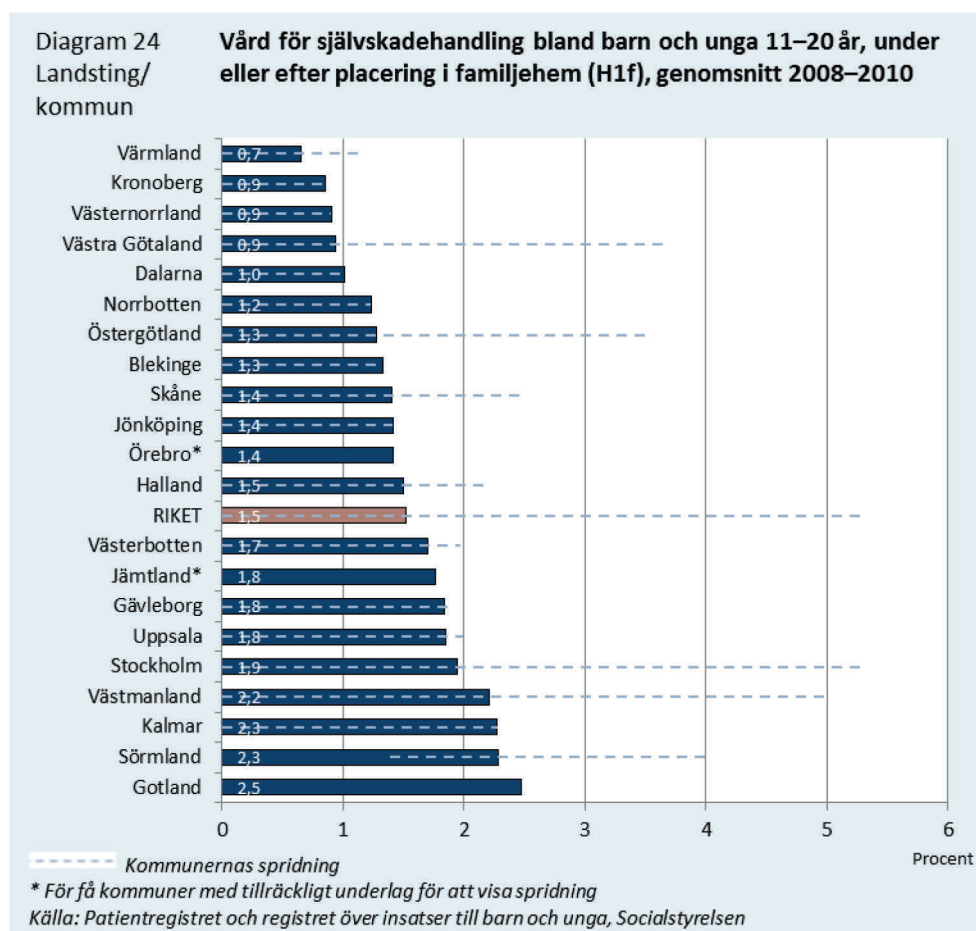
Indikatorn avser barn och unga 11–20 år placerade i familjehem som vårdats inom specialistvård, öppen- eller slutenvård, för diagnoserna avsiktlig självdestruktiv handling (X60–X84) och skadehändelser med oklar avsikt (Y10–Y34, inte Y34.9) inom 12 månader från mätårets första placeringsdag.

Indikatorn redovisas som ett genomsnitt åren 2008–2010 för att få tillräckligt stort underlag för att indikatorn ska kunna redovisas för så många kommuner som möjligt. Det innebär att genomsnittet för riket skiljer något mot uppgiften för år 2010 som redovisas i den inledande tabellen.

Kommuner och landsting bör sträva mot en låg andel för indikatorn.

Utfall och variation

Andelen barn och unga 11–20 år som vårdats för självskadehandling upp-gick i genomsnitt till 1,5 procent i riket. Under eller efter placering i famil-jehem varierar andelen mellan 0,7 och 2,5 procent bland landstingen. Sprid-ningen är större bland kommunerna. Bland de 114 kommuner som har till-räckligt underlag för att redovisa varierar andelen mellan 0 och 5,3 procent. I 85 kommuner var andelen 0 procent (diagram 24).



Psykofarmaka

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

Resultaten visar att regelbunden medicinering med psykofarmaka till barn och ungdomar i åldrarna 11–20 år generellt har ökat i samhället under peri-oden 2006–2010. För ångestdämpande läkemedel, konventionella sömn-medel och antipsykotiska läkemedel ökade andelen med 50–60 procent, och för antidepressiva läkemedel med cirka 25 procent. Den största ökningen noterades för det kroppsegna hormonet melatonin som används vid insom-ningsbesvär. Mellan 2006–2010 ökade andelen förskrivet melatonin med mer än 350 procent. Även andelen barn och ungdomar som medicinerades för adhd ökade kraftigt, med nästan 190 procent. Trots att andelen har ökat är andelen barn och unga som regelbundet använder psykofarmaka förhål-landevis liten. För konventionella sömnmedel, melatonin, ångestdämpande

eller antipsykotiska läkemedel uppgick andelen till cirka 0,25 procent och för antidepressiva läkemedel var den drygt 0,5 procent. Den högsta andelen noterades för adhd-läkemedel, där nästan 1,5 procent av barn och unga 11–20 år stod på regelbunden medicinering.

Resultaten för placerade barn och unga är entydiga. Placerade barn och unga medicinerade regelbundet i mycket högre grad med psykofarmaka än andra barn och unga. Den klart högsta användningen har barn och unga som är placerade i HVB. För unga i HVB var andelen barn och unga som regelbundet medicinerade med antidepressiva läkemedel, konventionella sömnmedel och antipsykotiska läkemedel 15, 17 respektive 19 gånger högre än för barn och unga i befolkningen. För ångestdämpande läkemedel och melatonin var andelen 12 gånger högre. Adhd-läkemedel bland unga i HVB var 9 gånger vanligare, vilket innebar att nästan 13 procent av dem som var placerade i HVB stod på regelbunden adhd-medicinering. Vad gäller unga i familjehem var användningen av psykofarmaka 4–7 gånger vanligare än hos andra barn och unga. Resultaten i denna studie går i samma riktning som i amerikansk studie, där barn och unga i fosterhem från fem olika delstater hade en flera gånger högre förskrivning av psykofarmaka än övriga unga i befolkningen [14].

Placerade barn har sämre fysisk hälsa och oftare psykisk ohälsa än andra barn [4]. Det kan därför antas att placerade barn har ett större medicinskt behov av att använda olika typer av psykofarmaka. Psykofarmaka är dock många gånger inte det första behandlingsalternativet vid sömnstörning, ångest, depression eller vid adhd-symtom hos barn och unga enligt gällande behandlingsrekommendationer [9–12]. Om den behandlande läkaren bedömer att det är nödvändigt med läkemedelsbehandling bör medicineringen ske först efter att barnets eller den unges livs- och relationssituation utretts, och efter strikta diagnoskriterier. Läkemedelsbehandlingen bör då utgöra en del av ett mer omfattande behandlingsprogram där psykosociala och andra insatser ingår. Det gäller även behandling med antipsykotiska läkemedel. Antipsykotiska läkemedel används både mot psykoser, som till exempel schizofreni, men i ökande utsträckning även vid andra tillstånd. En godkänd indikation är kortvarig symtomatisk behandling vid ihållande aggressivitet vid uppförandestörning hos barn och unga med under genomsnittlig intellektuell funktion eller mental retardation enligt strikta diagnoskriterier. En amerikansk studie visar även en att ökad förskrivning av antipsykotiska läkemedel hos unga är förenad med användning vid diagnoser på psykisk ohälsa där antipsykotiska läkemedel inte är godkända (så kallad off label förskrivning). Studien visade också att en icke försumbar andel (12 procent) av barn och unga som behandlades med antipsykotiska läkemedel inte alls hade någon diagnos på psykisk ohälsa [15].

I sammanhanget bör nämnas att användning av antipsykotiska läkemedel hos barn och unga i nya studier har associerats med allvarliga störningar i ämnesomsättningen, bland annat en fyra gånger ökad risk för diabetes [16], förhöjda blodfetter och kraftig viktuppgång [17]. Beroende på preparat ökade 10–36 procent av de unga från normalvikt till övervikt, alternativt från övervikt till fetma. Det understryks att positiva effekter av medicinering med antipsykotiska läkemedel noga måste vägas mot risken för uppkomst av de svåra biverkningar som behandlingen kan medföra. Vidare har ång-

estdämpande medel, konventionella sömnmedel och melatonin inte har någon barnindikation, det vill säga att de endast är godkända av Läkemedelsverket för användning av vuxna (melatonin endast vuxna över 55 år). Detta innebär att risk och nytta inte är klarlagda vid behandling av barn och unga i olika åldrar. Detta gäller även antidepressiva läkemedel, där det finns preparat godkända för behandling av barn äldre än 8 år, och för adhd-läkemedel, där huvudindikationen är behandling av barn. Amerikanska läkemedelsmyndigheten (FDA) har varnat för alltför frikostig förskrivning av antidepressiva och adhd-läkemedel till barn och unga eftersom förskrivningen inte står i proportion till de kunskaper som finns om effekt och säkerhet för barn och unga i dag. Detta gäller speciellt vid långtidsbehandling. Studier indikerar också att barn som medicineras med psykofarmaka får sämre stöd på annat sätt, till exempel med terapi och familjestöd. Även vid medicinering är denna typ av insatser mycket viktig enligt kliniska riktlinjer.

Denna studie indikerar att behandling inte alltid sker enligt behandlingsrekommendationer till placerade barn och unga. Användning av adhd-läkemedel bör omprövas regelbundet; i FASS rekommenderas utsättning minst en gång per år. Resultaten tyder på att majoriteten av de placerade står kvar på adhd-läkemedel under längre tid än ett år utan avbrott i behandlingen. En tidigare studie från Socialstyrelsen [18] på barn och unga i befolkningen visar samma resultat; adhd behandling kan pågå flera år utan avbrott. Även det nästan 20 gånger högre och regelbundna uttaget av antipsykotiska läkemedel i HVB väcker frågor. En bidragande orsak till den höga andelen behandlade kan vara förenad med den godkända användningen av antipsykotiska läkemedel vid aggressivitet och uppförandestörning. Sådan behandling skall dock vara kortvarig och inte överstiga 6 veckor. Det kan innebära att denna typ av behandling pågår under längre tider än vad som är rekommenderat. Som nämnts tidigare är behandling med antipsykotiska läkemedel under längre tid förenad med risk för allvarliga biverkningar och bör endast ske på strikt diagnos enligt behandlingsrekommendationer. Det är därför angeläget att Socialstyrelsen går vidare med fördjupade studier för att belysa om den kraftigt förhöjda användningen av antipsykotiska läkemedel och andra psykofarmaka till placerade unga är kliniskt motiverad eller kan vara tecken på en för frikostig förskrivning. Sådana studier skulle kunna besvara i vilken utsträckning behandling är baserad på psykiatrisk diagnos, vilka är diagnoserna, används två eller flera psykofarmaka samtidigt, hur lång är behandlingen, vilka doser används, samt om diagnos medför behandling oftare för placerade än för icke placerade.

Mot bakgrund av den höga användningen av psykofarmaka är det även mycket angeläget att kommuner har kunskap och medicinsk kompetens rörande behandling med psykofarmaka och stöd kring frågor som rör psykiska problem i HVB och i familjehem. Det är stora variationer mellan landstingen i andel barn och unga som har hämtat ut psykofarmaka vid minst tre tillfällen. Det tyder på att behandling med psykofarmaka sker på olika grunder i olika landsting. Följaktligen behöver landstingen se över utskrivningen av psykofarmaka till barn och unga och användandet av alternativa insatser. Medicineringen får inte leda till att barn som medicineras får sämre stöd på annat sätt, till exempel i form av annan terapi och familjestöd, som även behövs vid medicinering. Samarbete mellan kommunen och

landstinget kring dessa frågor kan göra en stor skillnad för dessa barn och unga.

Indikatorernas syfte och utformning

Indikatorerna ska visa resultatet av

- kommunens arbete med att förebygga psykosociala problem och stödja barn och unga i kommunen och deras föräldrar, särskilt utsatta barn och unga
- landstingets arbete med att förebygga och hantera psykiatriska problem bland barn och unga i landstinget.

Indikatorerna avser barn och unga 11–20 år som 12 månader efter kalenderårets första placeringsdag hämtat ut antidepressiva läkemedel (urval av N06A), sömnmedel (urval av N05C), melatonin (N05CH01), ångstdämpande läkemedel (urval av N05B), adhd-läkemedel (N06BA04 och N06BA09) eller antipsykotiska läkemedel (urval av N05A) vid minst tre tillfällen. Se vidare i bilaga 1, *Indikatorbeskrivning*.

Indikatorerna redovisas som ett genomsnitt åren 2008–2010 för att få tillräckligt underlag så att indikatorn kan redovisas för fler kommuner. Det innebär att genomsnittet för riket skiljer något mot uppgiften för 2010 som redovisas i tabellerna 12–16.

Skillnaderna mellan kommuner och mellan landsting tyder på att vården och omsorgen sker efter olika behandlingsprinciper. Ett absolut målvärde för förskrivning av olika typer av psykofarmaka är inte möjlig att fastställa. Ett högt regelbundet uttag kan enligt tillgängliga studier indikera ökad risk för att förskrivningen inte följer behandlingsrekommendationer vad gäller strikt psykiatrisk diagnos, längd av behandlingen eller att medicineringen medför mindre stöd på andra sätt, till exempel terapi eller familjestöd, som är av stor vikt även vid insatt medicinering.

Kommunerna bör sträva efter att så få barn som möjligt med psykosociala eller psykiska problem behöver placering utanför hemmet.

Antidepressiva läkemedel

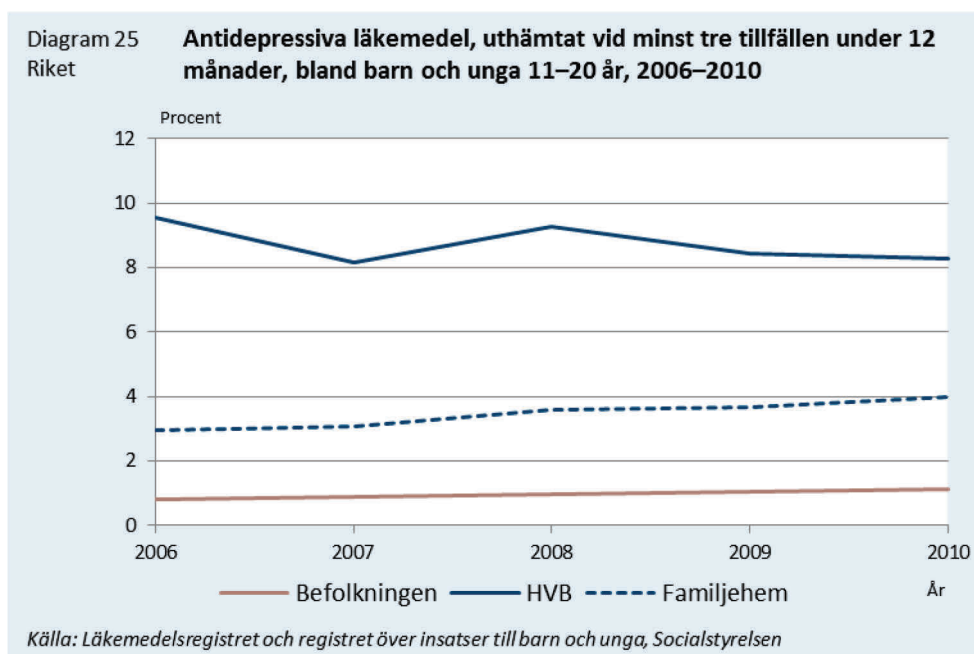
Depression hos barn och ungdomar kan vara ett allvarligt tillstånd med risk för tidig död, framtida psykisk och fysisk ohälsa och sociala anpassnings-svårigheter. Detta gör att behandling med antidepressiva läkemedel ibland är nödvändig. Vissa så kallade SSRI-preparat är godkända av Läkemedelsverket för behandling av barn.

SSRI-läkemedlen har dock associerats med ökad risk för biverkningar som självskador, självmordsförsök och emotionell labilitet hos ungdomar. I sina behandlingsrekommendationer framhåller Läkemedelsverket (9) vikten av att initialt undersöka barnets livs- och relationssituation. I de fall depressionen är relaterad till psykosociala skäl, till exempel sociala missförhållanden, bör behandlingen inriktas främst på dessa. För barn under åtta år finns det inget vetenskapligt stöd för behandling. Denna åldersgrupp bör därför inte behandlas med antidepressiva läkemedel. Läkemedel bör inte heller användas vid lindrig depression, utan psykosocialt stöd rekommenderas då ges vid behov. Vid medelsvår depression, brist på initiativ, sömnpro-

blem, aptitproblem och minskat intresse, bör först psykosocial intervention genomföras i 6–8 veckor. Om ingen förbättring skett kan behandling med läkemedel övervägas som komplement till det psykosociala stödet. Vid svåra depressioner där tillståndet inte påverkas av yttre omständigheter kan läkemedelsbehandling direkt vara motiverad tillsammans med psykosocialt stöd. Läkemedelsverket framhåller att det är viktigt att barnet är utrett enligt de diagnostiska system för depression av barn och ungdomar som finns framtagna, och att behandlande läkare har kompetens vad gäller psykosociala stödåtgärder och, i förekommande fall, psykofarmakologisk behandling av barn och unga.

Utfall och utveckling

Det är betydligt vanligare att placerade unga i framför allt HVB, men även i familjehem, hämtade ut antidepressiva jämfört med övriga barn och ungdomar i befolkningen.



Under perioden 2006–2010 har både antalet och andelen barn och unga i åldern 11–20 år i befolkningen som hämtat ut antidepressiva läkemedel vid minst tre tillfällen under 12 månader ökat. Det gäller även för dem som varit placerade i familjehem. För dem som varit placerade i HVB har andelen minskat under samma period (diagram 25 och tabell 9).

Ungefär två tredjedelar av dem som hämtat ut antidepressiva läkemedel regelbundet är flickor, men andelen pojkar ökar.

Av barn och unga 11–20 år i befolkningen som hämtat ut antidepressiva läkemedel regelbundet var det ungefär 4 procent som någon gång under 2010 varit placerad i HVB och knappt 4 procent som varit placerad i familjehem.

Tabell 9. Antidepressiva läkemedel, uthämtat vid minst tre tillfällen under 12 månader, för befolkningen 11–20 år respektive placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 2006–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB ¹	Barn och unga placerade i familjehem ¹
Antal med läkemedlet 2010	12 691	496	455
Förändring av antal 2006–2010	28,6 %	20,7 %	45,5 %
Andel med läkemedlet 2010	1,1 %	8,3 %	4,0 %
Förändring av andel 2006–2010	35,1 %	-13,5 %	34,6 %

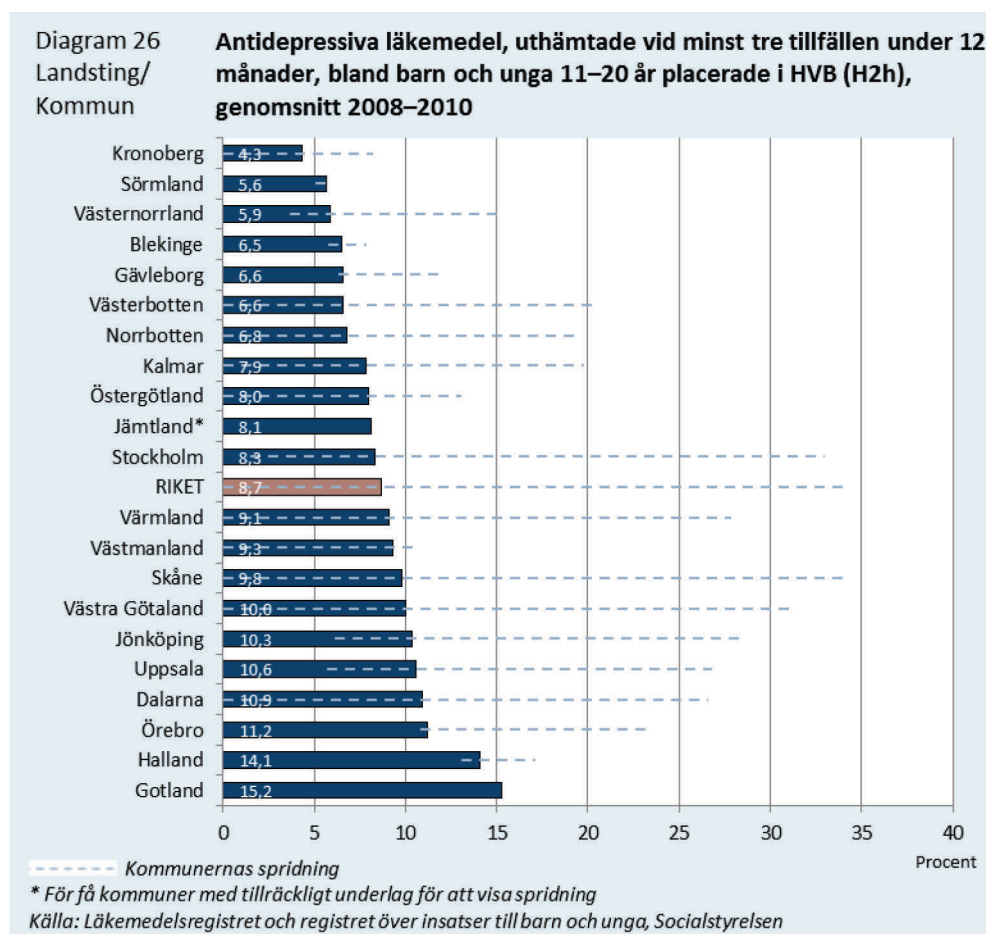
¹ Med placerade avses placering inom barn- och ungdomsvården.

Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Antidepressiva läkemedel till barn och unga i HVB (H2h)

Utfall och variation

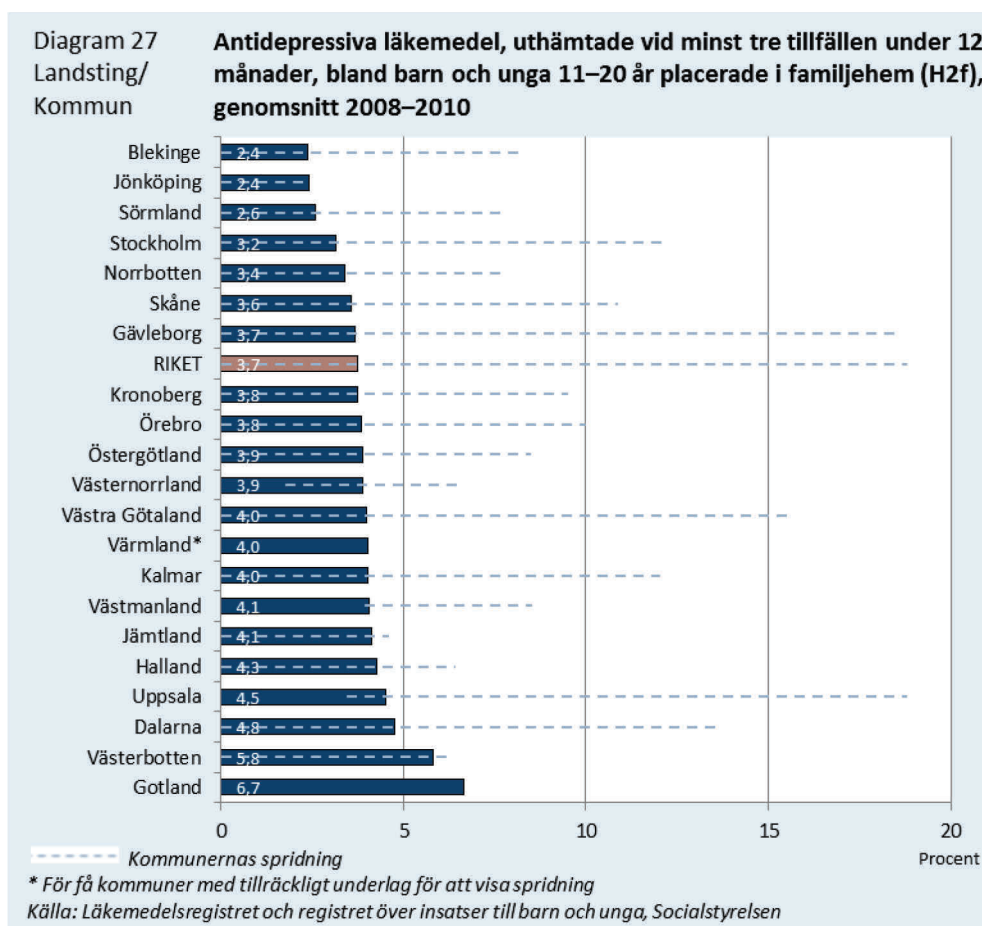
I riket var det i genomsnitt 9 procent av barn och unga i åldern 11–20 år som varit placerade i HVB och som hämtat ut antidepressiva läkemedel vid minst tre tillfällen under 12 månader åren 2008–2010. Bland landstingen varierar andelen mellan 4 och 15 procent. Skillnaderna mellan de 125 kommuner som har tillräckligt stort underlag var 0–34 procent. I 17 kommuner var det 0 procent som hämtade ut antidepressiva läkemedel vid minst tre tillfällen under 2008–2010 (diagram 26).



Antidepressiva läkemedel till barn och unga i familjehem (H2f)

Utfall och variation

Andelen barn och unga i familjehem som hämtat ut antidepressiva läkemedel vid minst tre tillfällen under 12 månader uppgick till 3,7 procent i genomsnitt för riket. Bland landstingen varierade andelen mellan 2,4 och 6,7 procent. Mellan de 140 kommuner med tillräckligt stort underlag var skillnaderna 0–19 procent. I 37 kommuner var det 0 procent som hämtat ut antidepressiva läkemedel vid minst tre tillfällen (diagram 27).

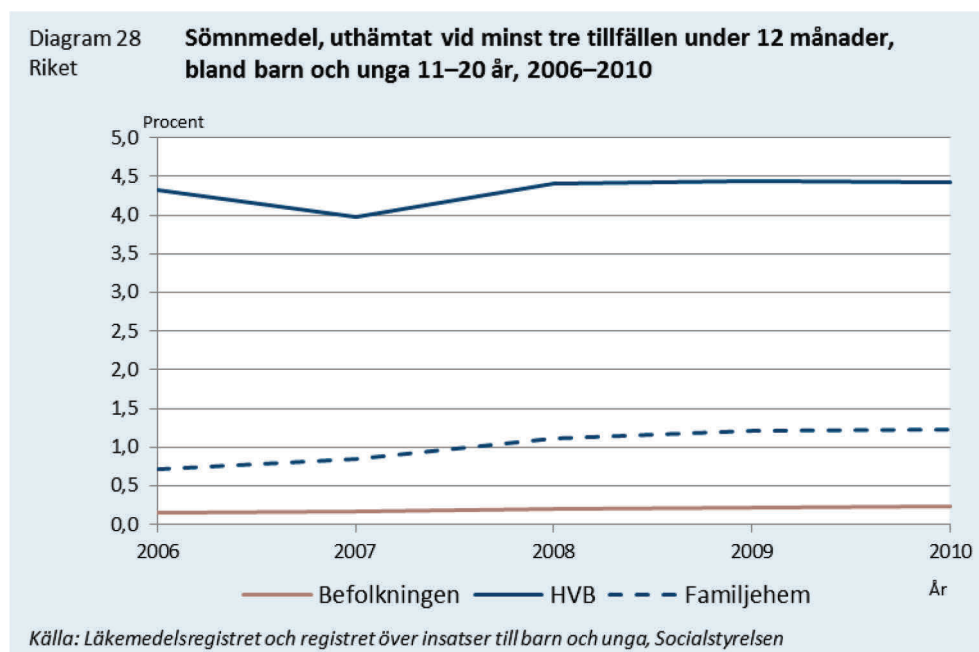


Sömnmedel och melatonin

Det finns flera olika typer av sömnstörningar hos barn och ungdomar och flera olika orsaker till dem. Bland annat kan beteendeförändringar och åtgärdande av problem av psykosocial natur bidra till sömnstörning. I behandlingsrekommendationerna anges att det oftast inte är aktuellt att behandla sömnstörningar hos barn och unga med läkemedel. Behandlingen bör i stället bygga på framförallt sömnhygieniska principer. I de fall då behandling behövs bör den initieras av läkare med specialistkunskaper inom området, och behandlingen bör vara kortvarig [12]. I sammanhanget kan även nämnas att det för både konventionella benzodiazepinliknande sömnmedel (till exempel zolpidem) och det kroppsegna hormonet melatonin saknas uppgifter om effekt och säkerhet för barn mellan 0–18 år, och att de endast är godkända av Läkemedelsverket för behandling av vuxna.

Utfall och utveckling

I befolkningen är det relativt få barn och unga som regelbundet hämtar ut sömnmedel. Andelen är betydligt högre bland placerade barn och unga, särskilt bland dem som är placerade i HVB. Sömnmedel hämtas till övervägande delen ut av flickor. Av dem som regelbundet hämtar ut sömnmedel i åldern 11–20 år är nästan två tredjedelar flickor.



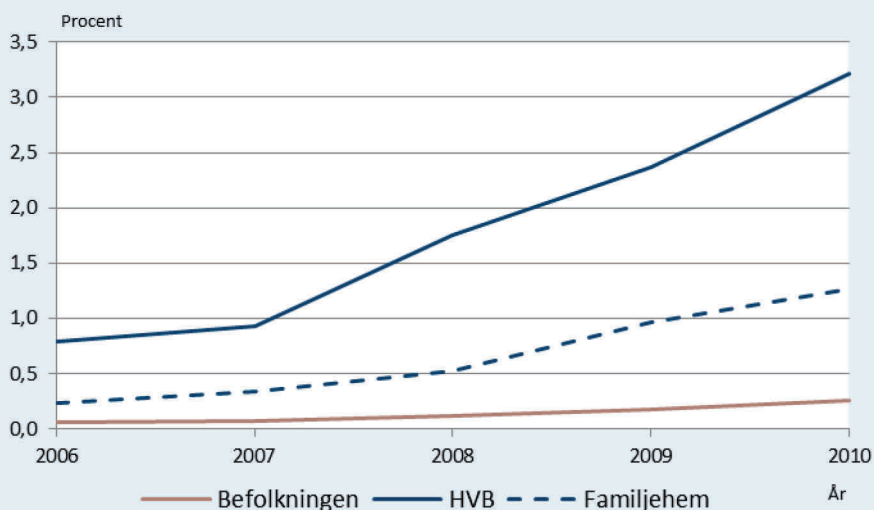
Andelen barn och unga som regelbundet hämtat ut sömnmedel har ökat bland barn och unga 11–20 år i befolkningen. Bland barn och unga som är placerade i familjehem har andelen ökat mer jämfört med befolkningen. Bland barn och unga i HVB har andelen som hämtat ut sömnmedel i stort sett inte förändrats under perioden 2006–2010 (diagram 28).

Av dem i befolkningen i åldern 11–20 år som regelbundet hämtat ut sömnmedel var nästan 10 procent placerade i HVB. Motsvarande andelen var 5 procent för familjehem.

En relativt liten andel bland barn och unga 11–20 år i befolkningen har regelbundet hämtat ut melatonin. Andelen bland barn och unga som är placerade är betydligt högre (diagram 29). Ungefär två tredjedelar av dem som hämtat ut melatonin regelbundet är pojkar, det gäller båda åldersgrupperna 11–15 år och 16–20 år.

Diagram 29
Riket

Melatonin, uthämtat vid minst tre tillfällen under 12 månader, bland barn och unga 11–20 år, 2006–2010



Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen

Användningen av melatonin har ökat kraftigt bland barn och unga sedan 2008 då det första av Läkemedelsverket godkända läkemedlet (Circadin) lanserades i Sverige. Andelen har ökat mest bland barn och unga placerade i familjehem och lägst bland placerade i HVB (diagram 29 och tabell 10).

Av samtliga barn och unga 11–20 år som hämtat ut melatonin vid minst tre tillfällen var ungefär 7 procent placerade i HVB. För familjehem var andelen 5 procent.

Tabell 10. Sömnmedel respektive melatonin, uthämtat vid minst tre tillfällen under 12 månader för befolkningen 11–20 år och för placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 2006–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB ¹	Barn och unga placerade i familjehem ¹
Sömnmedel			
Antal med läkemedlet 2010	2 723	266	140
Förändring av antal 2006–2010	44,0 %	43,0 %	81,8 %
Andel med läkemedlet 2010	0,25 %	4,4 %	1,2 %
Förändring av andel 2006–2010	51,4 %	2,5 %	70,5 %
Melatonin			
Antal med läkemedlet 2010	2 926	193	145
Förändring av antal 2006–2010	334,1 %	467,6 %	480,0 %
Andel med läkemedlet 2010	0,26 %	3,2 %	1,3 %
Förändring av andel 2006–2010	356,3 %	306,3 %	443,9 %

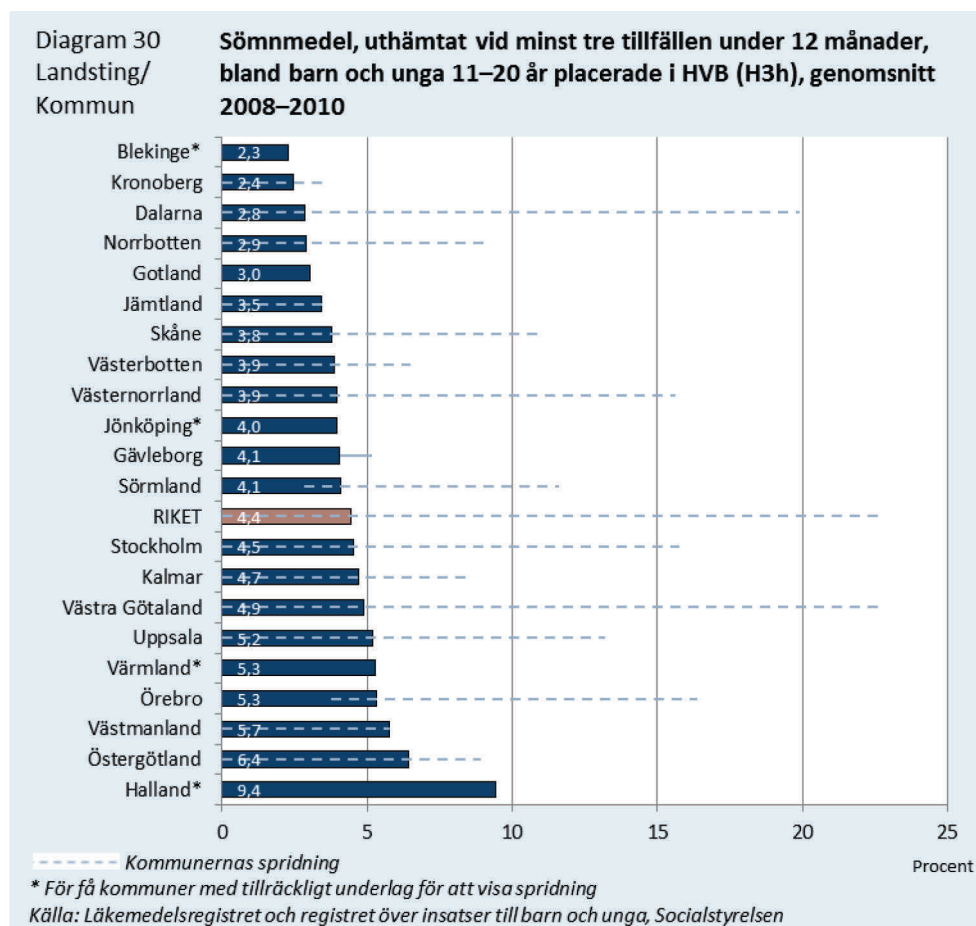
¹ Med placerade avses placering inom barn- och ungdomsvården.

Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Sömnmedel till barn och unga i HVB (H3h)

Utfall och variation

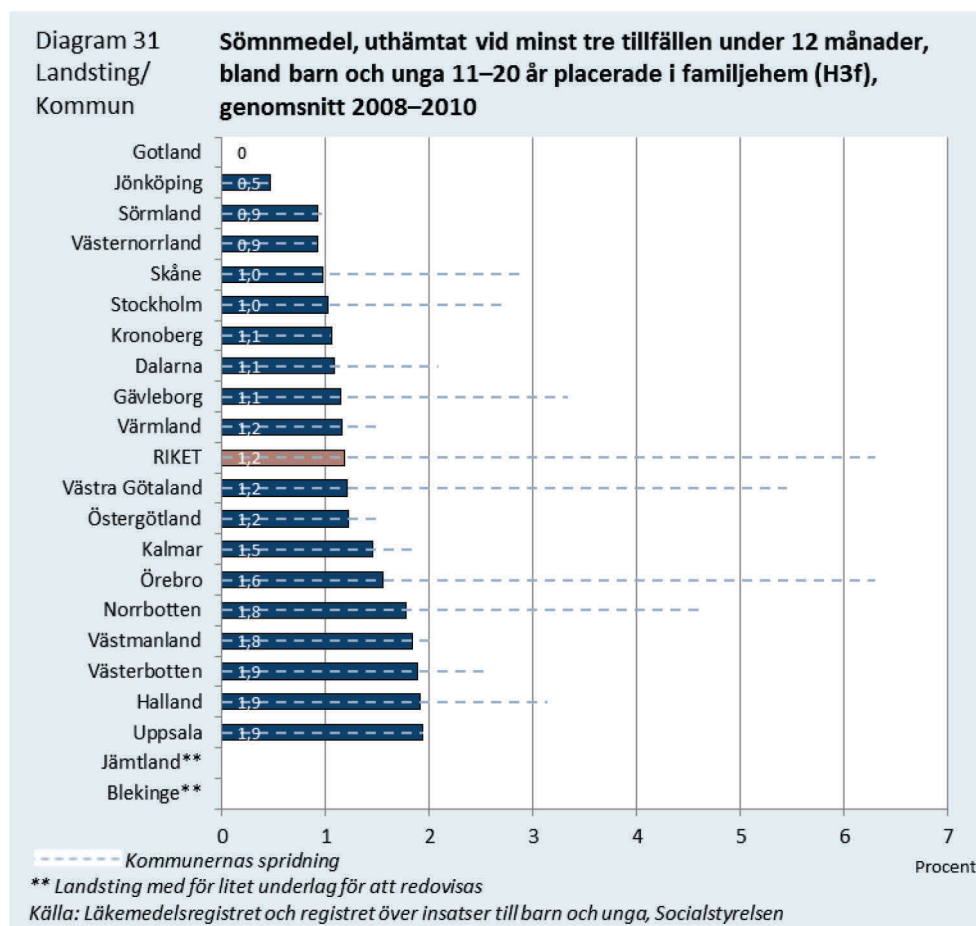
I riket var det i genomsnitt 4,4 procent av barn och unga i åldern 11–20 år som var placerade i HVB och som regelbundet hämtat ut sömnmedel. Bland de 91 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 23 procent. I 33 kommuner var andelen 0 procent. Bland landstingen varierade andelen mellan 2,3 och 9,4 procent (diagram 30).



Sömnmedel till barn och unga i familjehem (H3f)

Utfall och variation

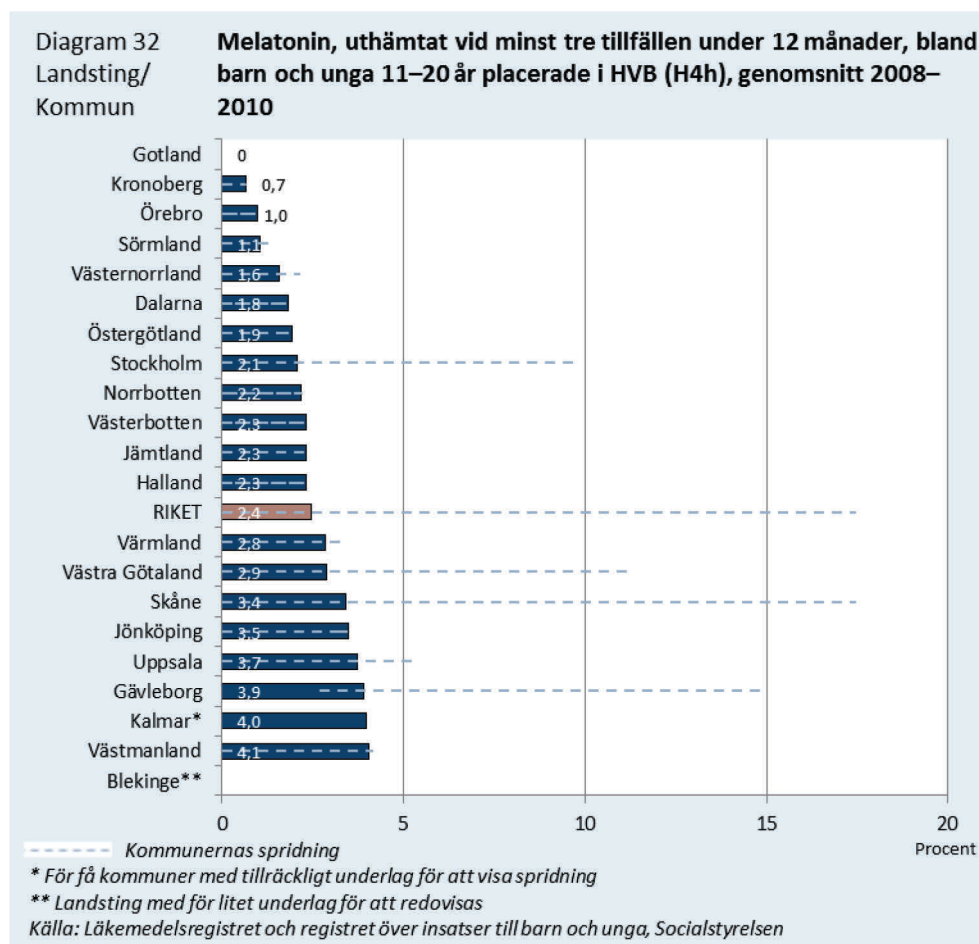
Andelen barn och unga 11–20 år som var placerade i familjehem och som regelbundet hämtade ut sömnmedel uppgick till 1,2 procent i riket. Bland de 138 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 6,3 procent. I 109 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierade bland landstingen mellan 0 och 1,9 procent (diagram 31).



Melatonin till barn och unga i HVB (H4h)

Utfall och variation

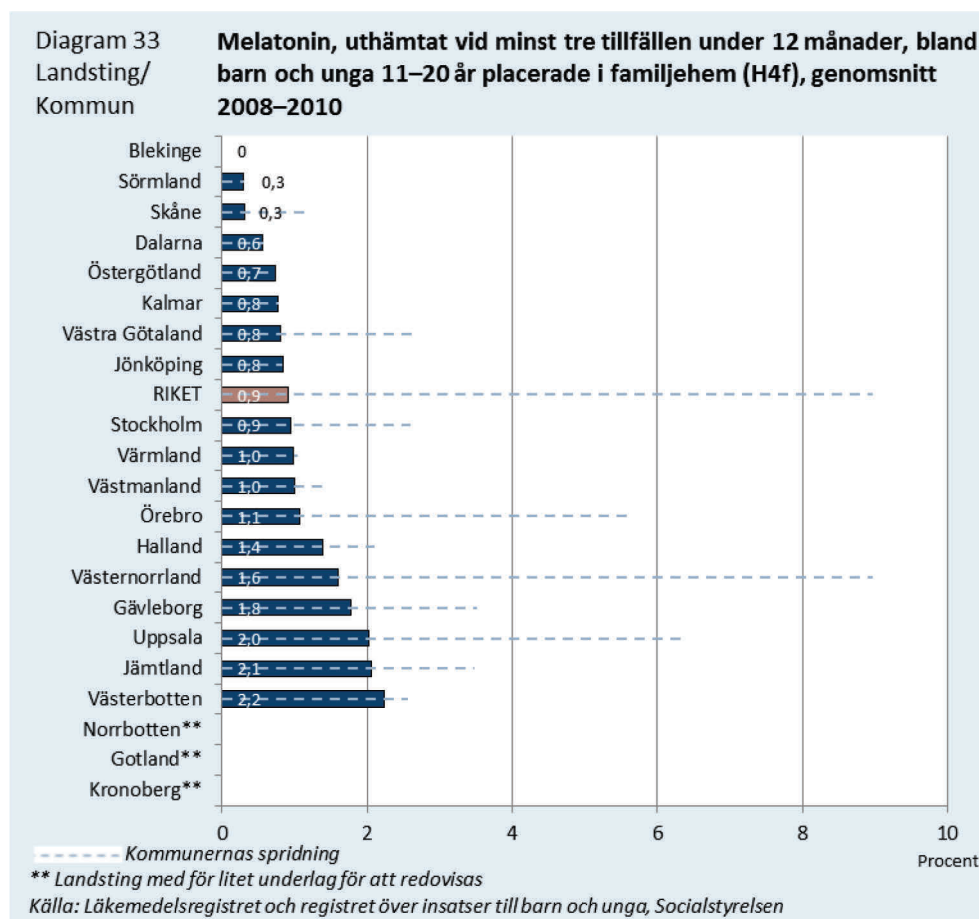
Andelen barn och unga 11–20 år placerade i HVB som regelbundet hämtat ut melatonin uppgick i genomsnitt till 2,4 procent i riket. Bland de 98 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 17,5 procent. I 63 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierar bland landstingen mellan 0 och 4,1 procent (diagram 32).



Melatonin till barn och unga i familjehem (H5f)

Utfall och variation

Andelen barn och unga 11–20 år som var placerade i familjehem och som regelbundet hämtade ut melatonin uppgick till 0,9 procent i riket. Bland de 163 kommuner som har tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 9,0 procent. I 141 kommuner var andelen 0 procent. I landstingen varierar andelen mellan 0 och 2,2 procent (diagram 33).



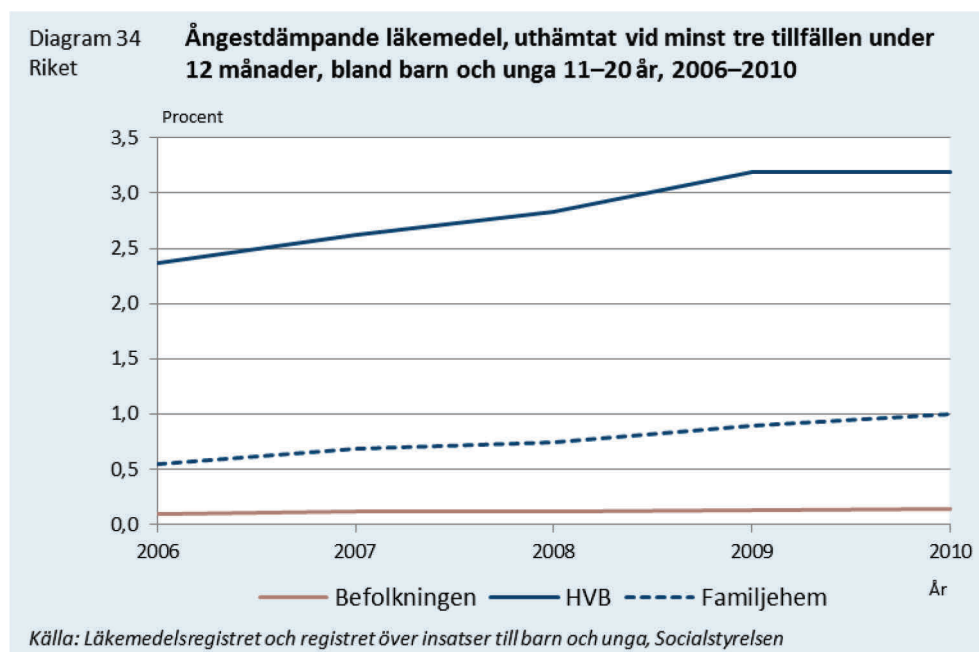
Ångestdämpande läkemedel

Det finns olika typer av ångeststörningar hos barn och ungdomar, bland annat separationsångest, sociala och specifika fobier, tvångssyndrom och syndrom relaterade till generaliserad ångest och posttraumatisk stress samt paniksyndrom. I en färsk svensk översiktsartikel [11] och i behandlingsprogram för ångeststörningar [19] rekommenderas kognitiv beteendeterapi (KBT) som förstahandsalternativ vid flera typer av ångeststörningar hos barn och ungdomar. I artikeln anges att behandlingseffekten av KBT är sannolikt likvärdig med eller större än läkemedel och är inte förenad med någon risk för biverkningar (inklusive beroende). KBT anses också ge barnet och föräldrarna eller vårdnadshavarna nya kunskaper, vilket har visat sig kunna bidra till att förhindra återfall. Läkemedelsbehandling vid ångeststörningar hos barn och ungdomar bör initieras av en specialist i barn- och ungdomspsykiatri. Det bör nämnas att inget läkemedel är godkänt för behandling av ångeststörningar av barn och ungdomar i Sverige. De ångestdämpande

läkemedel som ingår i redovisningen nedan är endast godkända vid behandling av ångest hos vuxna. I sammanhanget bör också poängteras att även antidepressiva läkemedel används för behandling av ångest hos barn och ungdomar.

Utfall och utveckling

Andelen som hämtat ut ångestdämpande läkemedel regelbundet är betydligt högre bland dem som är placerade i HVB, både jämfört med befolkningen och de som är placerade i familjehem (diagram 34). Flickor i åldern 16–20 år hämtar i högre utsträckning ut ångestdämpande läkemedel regelbundet än pojkar. För åldergruppen 11–15 år är det ingen skillnad mellan könen.



Andelen barn och unga 11–20 år i befolkningen som hämtat ut ångestdämpande läkemedel regelbundet har ökat under perioden 2006–2010. För dem som var placerade i HVB har ökningstakten under perioden 2006–2010 varit lägre än för befolkningen i stort, medan den har varit högre för dem i familjehem. Även antalet barn och unga som hämtat ut ångestdämpande läkemedel regelbundet har ökat (diagram 34 och tabell 11).

Av barn och unga 11–20 år i befolkningen som hämtat ut ångestdämpande läkemedel regelbundet var ungefär 7 procent placerade i HVB och cirka 4 procent var placerade i familjehem.

Tabell 11. Ångestdämpande läkemedel, uthämtat vid minst tre tillfällen under 12 månader, för befolkningen 11–20 år och för placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 2006–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB ¹	Barn och unga placerade i familjehem ¹
Antal med läkemedlet 2010	2 820	192	144
Förändring av antal 2006–2010	53,0 %	88,2 %	93,2 %
Andel med läkemedlet 2010	0,25 %	3,2 %	1,0 %
Förändring av andel 2006–2010	60,8 %	34,9 %	81,2 %

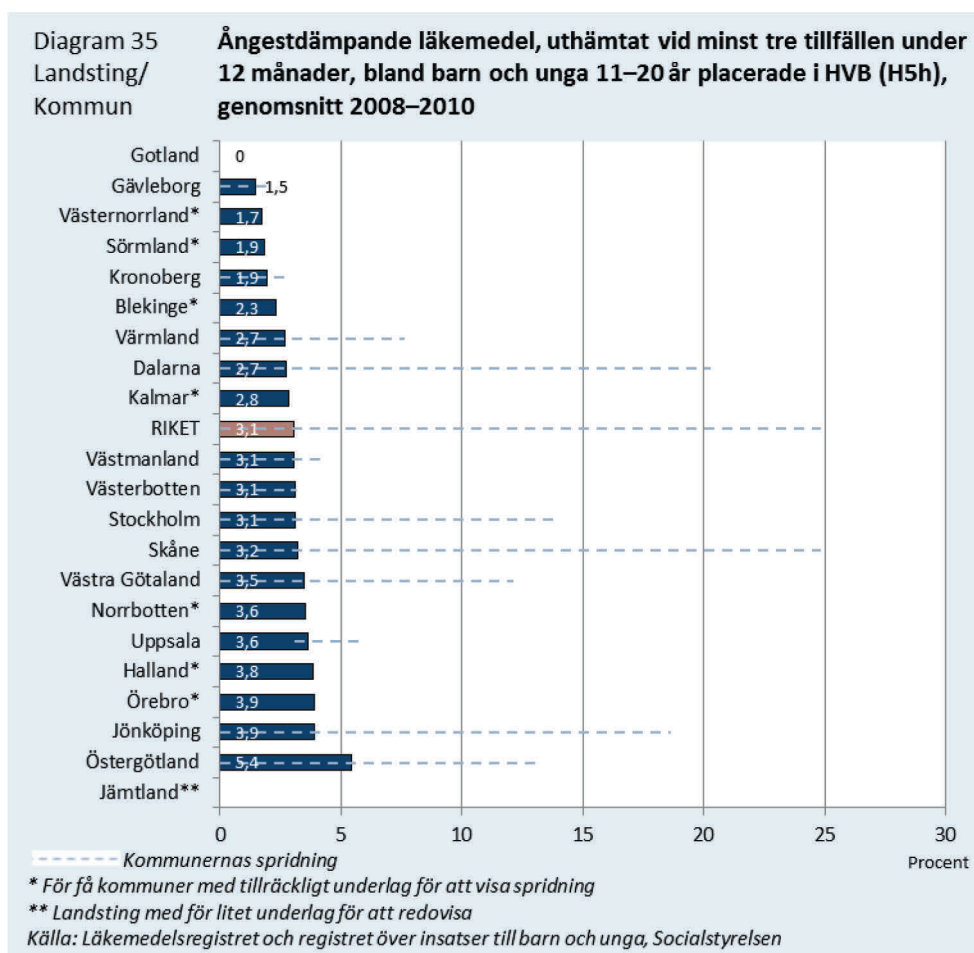
¹ Med placerade avses placering inom barn- och ungdomsvården.

Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Ångestdämpande läkemedel till barn och unga i HVB (H5h)

Utfall och variation

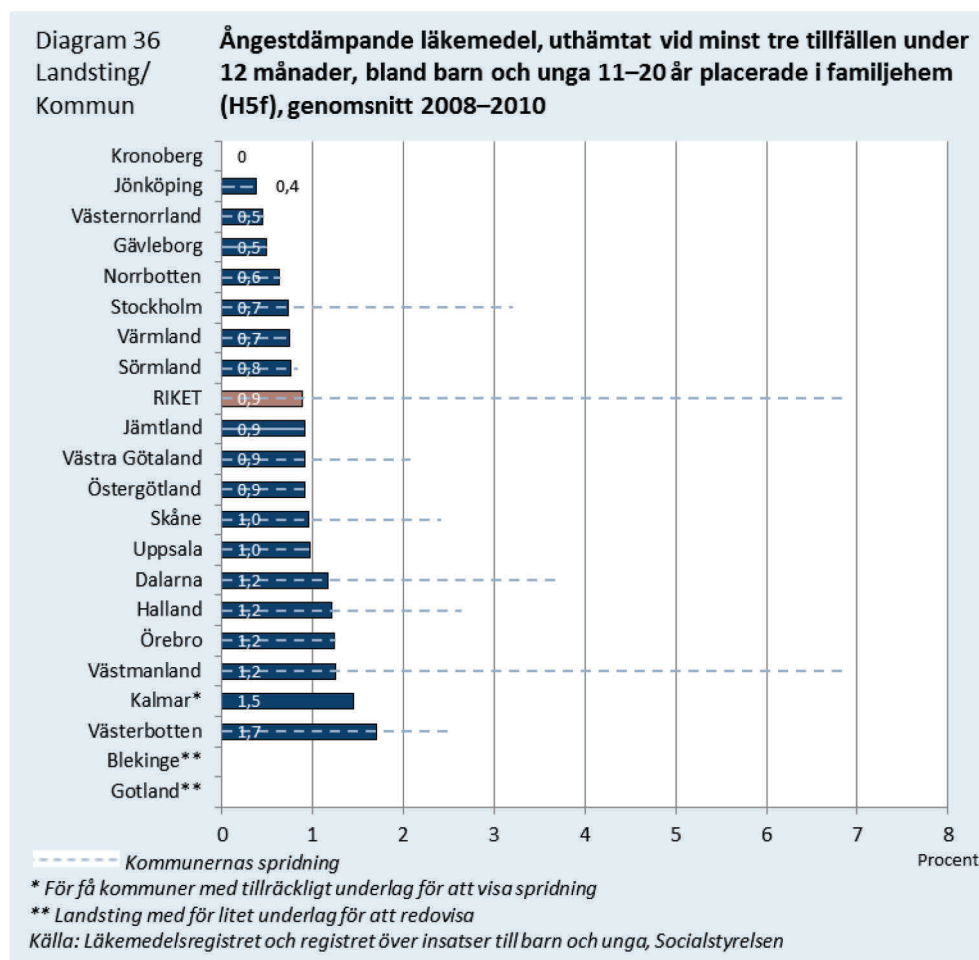
Andelen barn och unga placerade i HVB som hämtat ut ångestdämpande läkemedel regelbundet uppgick till i genomsnitt 3 procent i riket. Bland de 88 kommuner som har tillräckligt stort underlag varierar andelen mellan 0 och 25 procent. I 50 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierar mellan 0 och 5 procent bland landstingen (diagram 35).



Ångestdämpande läkemedel till barn och unga i familjehem (H5f)

Utfall och variation

För barn och unga i familjehem som hämtat ut ångestdämpande läkemedel regelbundet uppgick genomsnittet i riket till 0,9 procent. Bland de 147 kommuner med tillräckligt stort underlag varierar andelen mellan 0 och 6,9 procent. I 125 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierar bland landstingen mellan 0–1,7 procent (diagram 36).



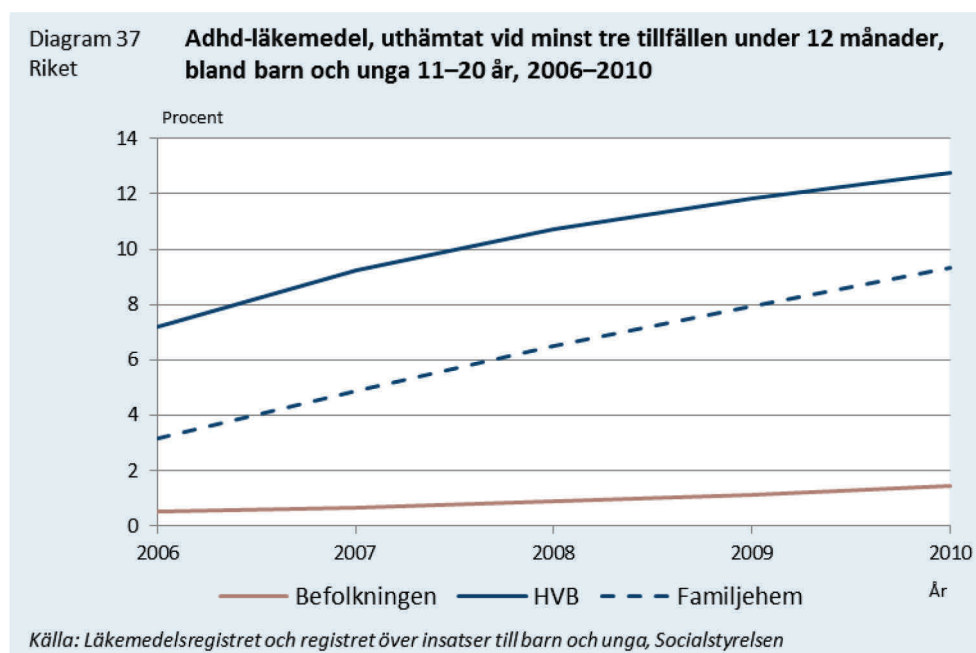
Adhd-läkemedel

Läkemedelsbehandling med centralstimulerande läkemedel hos barn och ungdomar kan vara befogad som en del i det totala behandlingsprogrammet för adhd hos barn från 6 år [10]. Dock bör behandlingen endast påbörjas om stödjande åtgärder visat sig vara otillräckliga. Läkemedelsbehandling är inte motiverat för alla barn med adhd. Diagnosen ställs enligt specifika kriterier efter omfattande utvärdering av patienten, och kan inte ställas enbart på närvaro av ett eller flera symtom. Vid behandling med läkemedel bör behandlingsprogrammet också innefatta psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder och bör ske under överinseende av en specialist på beteendestörningar hos barn. Läkemedelsbehandlingen bör övervakas noga vad gäller kardiovaskulära och psykiska biverkningar. Långtidseffekterna när det gäller säkerheten i behandlingen är okända och regelbundna kontroller bör därför ske inom vården. Behandlingen bör dessutom årligen omprövas genom att sätta ut medicinen.

Utfall och utveckling

Det var betydligt vanligare att placerade unga i framför allt HVB, men även de placerade i familjehem hämtade ut adhd-läkemedel jämfört med övriga barn och ungdomar i befolkningen (diagram 37). Adhd-läkemedel hämtas ut

av övervägande delen pojkar. Av dem som regelbundet hämtar ut adhd-läkemedel i åldern 11–20 år var 70 procent pojkar.



Både antalet och andelen som hämtar ut adhd-läkemedel regelbundet ökar kraftigt bland barn och unga i befolkningen. Andelen har ökat mest bland barn och unga i familjehem och minst bland dem som är placerade i HVB (tabell 12).

Av barn och unga 11–20 år i befolkningen som regelbundet hämtade ut adhd-läkemedel var det cirka 5 procent som var placerade i HVB. Drygt 6 procent var placerade i familjehem.

Tabell 12. Adhd-läkemedel, uthämtat vid minst tre tillfällen under 12 månader, för befolkningen 11–20 år och för placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 2006–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB ¹	Barn och unga placerade i familjehem ¹
Antal med läkemedlet 2010	16 709	767	1 066
Förändring av antal 2006–2010	175,7 %	147,4 %	216,3 %
Andel med läkemedlet 2010	1,5 %	12,8 %	9,3 %
Förändring av andel 2006–2010	189,8 %	77,4 %	196,6 %

¹ Med placerade avses placering inom barn- och ungdomsvården.

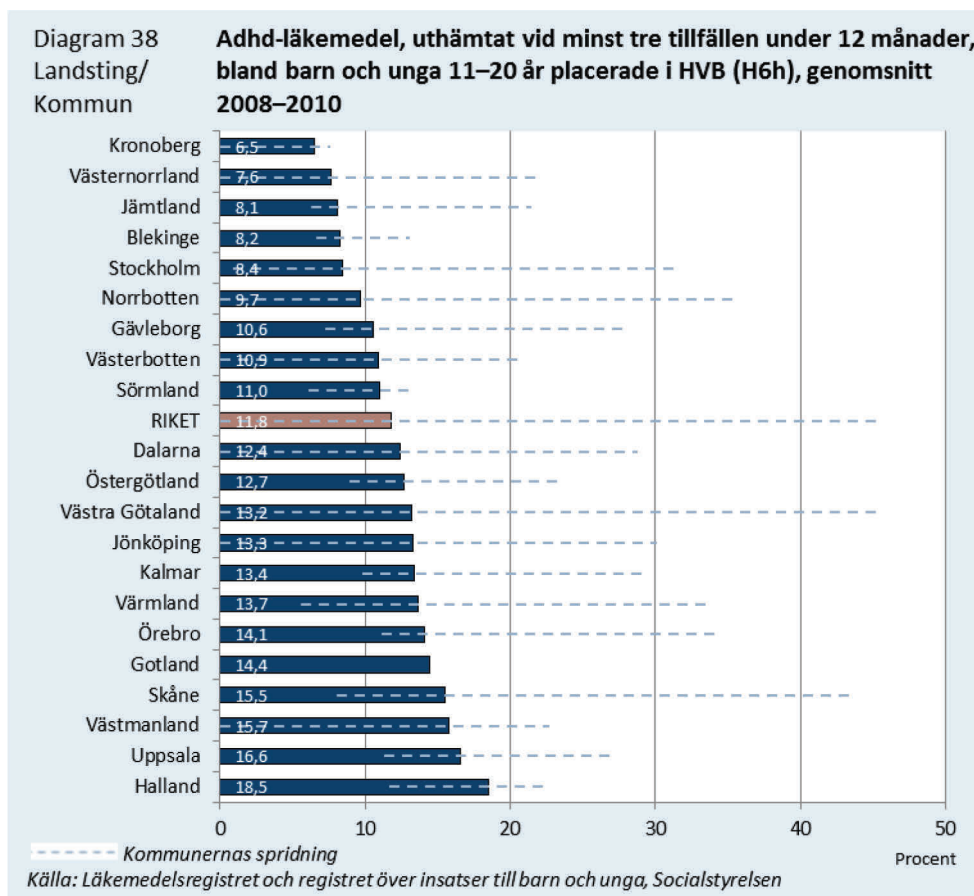
Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Adhd-läkemedel till barn och unga i HVB (H6h)

Utfall och variation

I riket uppgick andelen barn och unga 11–20 år som var placerade i HVB och som regelbundet hämtat ut adhd-läkemedel till 12 procent. Bland de 144 kommuner som har tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0

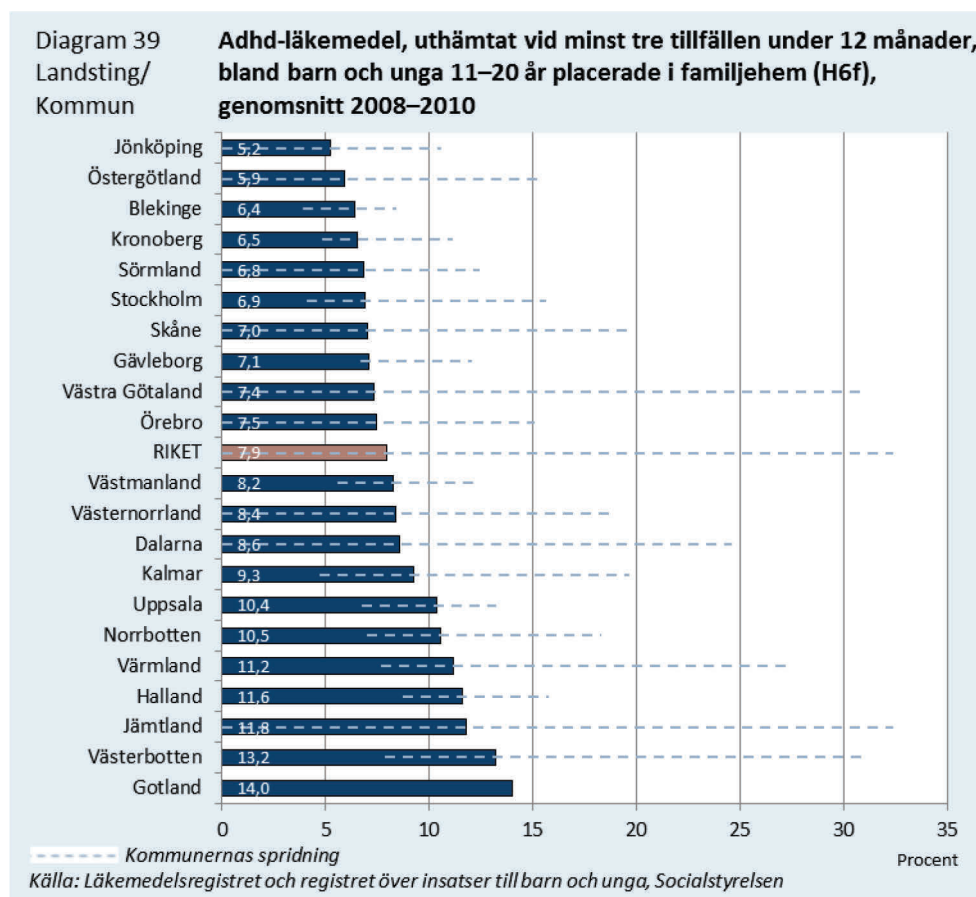
och 46 procent. I 11 kommuner var andelen 0 procent. Bland landstingen varierar andelen mellan 6 och 19 procent (diagram 38).



Adhd-läkemedel till barn och unga i familjehem (H6f)

Utfall och variation

I riket var det 8 procent av barn och unga 11–20 år placerade i familjehem som regelbundet hämtade ut adhd-läkemedel. I de 186 kommuner som har tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 32 procent. I 16 kommuner var andelen 0 procent. Bland landstingen varierade andelen mellan 5 och 14 procent (diagram 39).



Antipsykotiska läkemedel

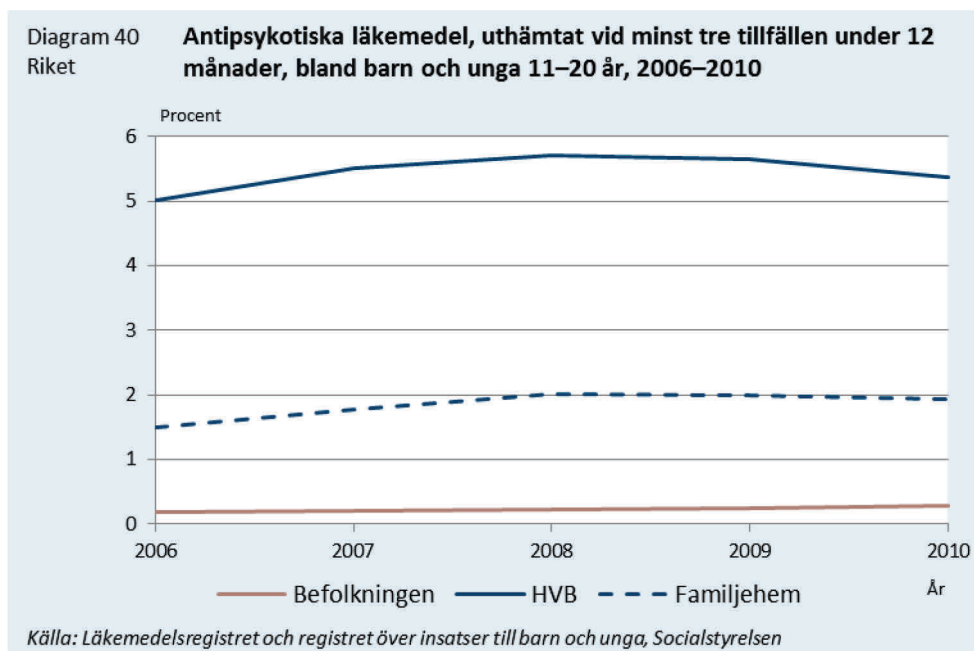
Antipsykotiska läkemedel är en viktig del av behandlingen vid diagnostiserad schizofreni och andra psykostillstånd. Vid psykosmisstanke hos barn och unga bör de hänvisas till den specialiserade barn-och ungdomspsykiatri (BUP). Diagnosen är grunden för en rationell planering av behandling och rehabilitering. Enligt läkemedelsboken [20] bör diagnosen grundas på strikta kriterier och samtal med patient, närstående och om möjligt andra informanter. Diagnosen bör också omprövas regelbundet eftersom det inte är ovanligt med felaktiga eller otillräckliga diagnoser.

Vissa antipsykotiska läkemedel är även godkända för andra indikationer. En sådan är korttidsbehandling i högst 6 veckor av ihållande aggressivitet vid uppförandestörning hos barn från 5 år och hos ungdomar med en intellektuell funktion under genomsnittet eller mental retardation som diagnostiserats enligt strikta kriterier och hos vilka det uttalade aggressiva beteendet eller annat utagerande beteende kräver läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandling bör vara en integrerad del i ett mera omfattande behandlingsprogram, där också psykosociala och pedagogiska insatser ingår. Den förskrivande läkaren bör vara väl förtrogen med behandlingen av uppförandestörning hos barn och ungdomar.

Utfall och utveckling

Relativt få barn och unga 11–20 år i befolkningen hämtar regelbundet ut antipsykotiska läkemedel. Bland placerade barn och unga är andelen betyd-

ligt högre. Det är fler pojkar än flickor som regelbundet hämtat ut anti-psykotiska läkemedel, cirka 60 procent var pojkar.



Under perioden 2006–2010 har andelen barn och unga 11–20 år som regelbundet hämtat ut antipsykotiska läkemedel ökat med drygt 50 procent. Bland placerade barn har andelen ökat i betydligt lägre grad (tabell 13). Bland barn och unga placerade i familjehem ökade andelen fram till år 2008, men har minskat något sedan dess. En liknande utveckling syns också för barn och unga placerade i HVB (diagram 40).

Av de barn och unga i befolkningen som regelbundet hämtat ut antipsykotiska läkemedel var 10 procent placerade i HVB. Cirka 7 procent var placerade i familjehem.

Tabell 13. Antipsykotiska läkemedel, uthämtat vid minst tre tillfällen under 12 månader, för befolkningen 11–20 år och för placerade i barn- och ungdomsvården, 2010, antal och procent samt procentuell förändring, 2006–2010.

	Barn och unga i befolkningen	Barn och unga placerade i HVB ¹	Barn och unga placerade i familjehem ¹
Antal med läkemedlet 2010	3 193	323	221
Förändring av antal 2006–2010	44,2 %	49,5 %	38,1 %
Andel med läkemedlet 2010	0,28 %	5,4 %	1,9 %
Förändring av andel 2006–2010	51,5 %	7,2 %	29,5 %

¹ Med placerade avses placering inom barn- och ungdomsvården.

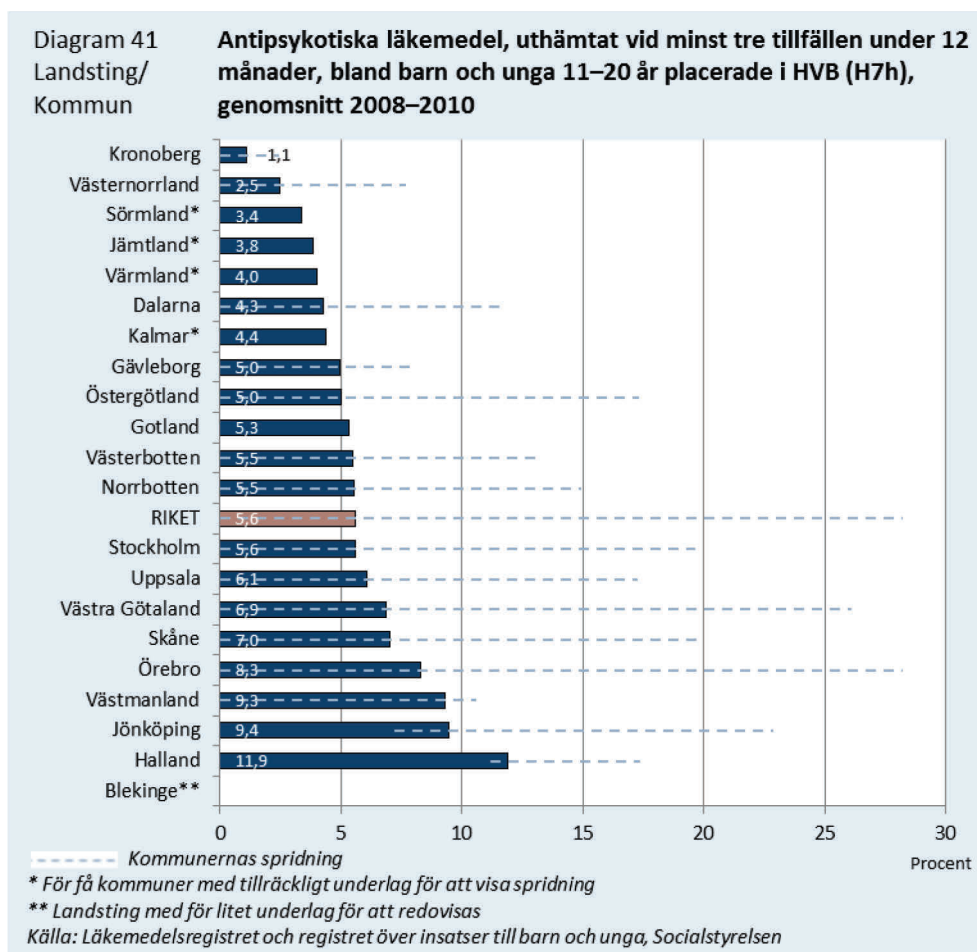
Källa: Läkemedelsregistret och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Antipsykotiska läkemedel till barn och unga i HVB (H7h)

Utfall och variation

Andelen barn och unga 11–20 år placerade i HVB som hämtat ut antipsykotiska läkemedel regelbundet uppgick till 6 procent i riket. I de 101

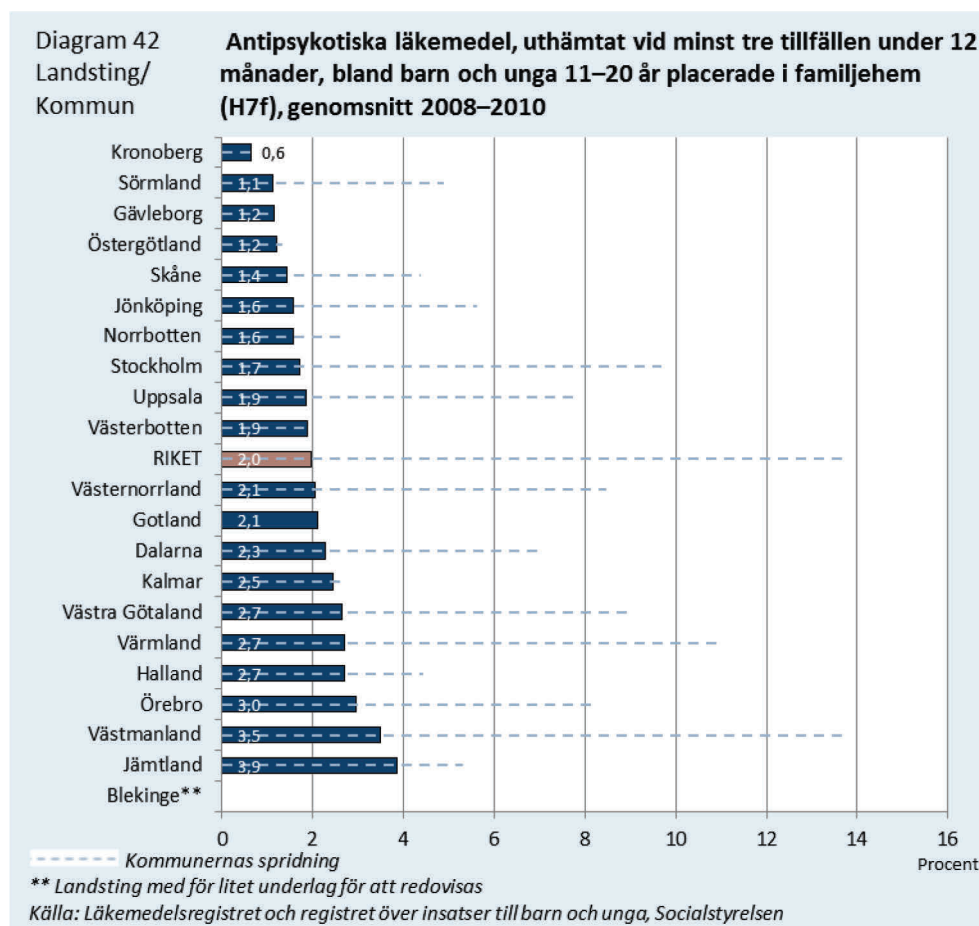
kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 28 procent. I 37 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierade mellan 1 och 12 procent bland landstingen (diagram 41).



Antipsykotiska läkemedel till barn och unga i familjehem (H7f)

Utfall och variation

Andelen barn och unga 11–20 år i familjehem som regelbundet hämtat ut antipsykotiska läkemedel uppgick till 2,0 procent i riket. Bland de 144 kommuner med tillräckligt stort underlag varierade andelen mellan 0 och 14 procent. I 86 kommuner var andelen 0 procent. Andelen varierade bland landstingen mellan 0,6 och 3,9 procent (diagram 42).



Effektivitet inom barn- och ungdomsvården

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

Effektiviteten varierar stort mellan kommunerna vilket tyder på att många kommuner kan förbättra den avsevärt. Även i kommuner där indikatorernas utfall tyder på relativt bra effektivitet kan troligen effektiviteten förbättras ytterligare.

Kommunerna behöver börja analysera verksamheterna utifrån effektivitet för att kunna förbättra verksamheterna och använda tillgängliga resurser på bästa sätt.

Unga vuxna med aktivitet

Kostnad per ung vuxen i befolkningen med aktivitet (eL1b)

Indikatorns syfte och utformning

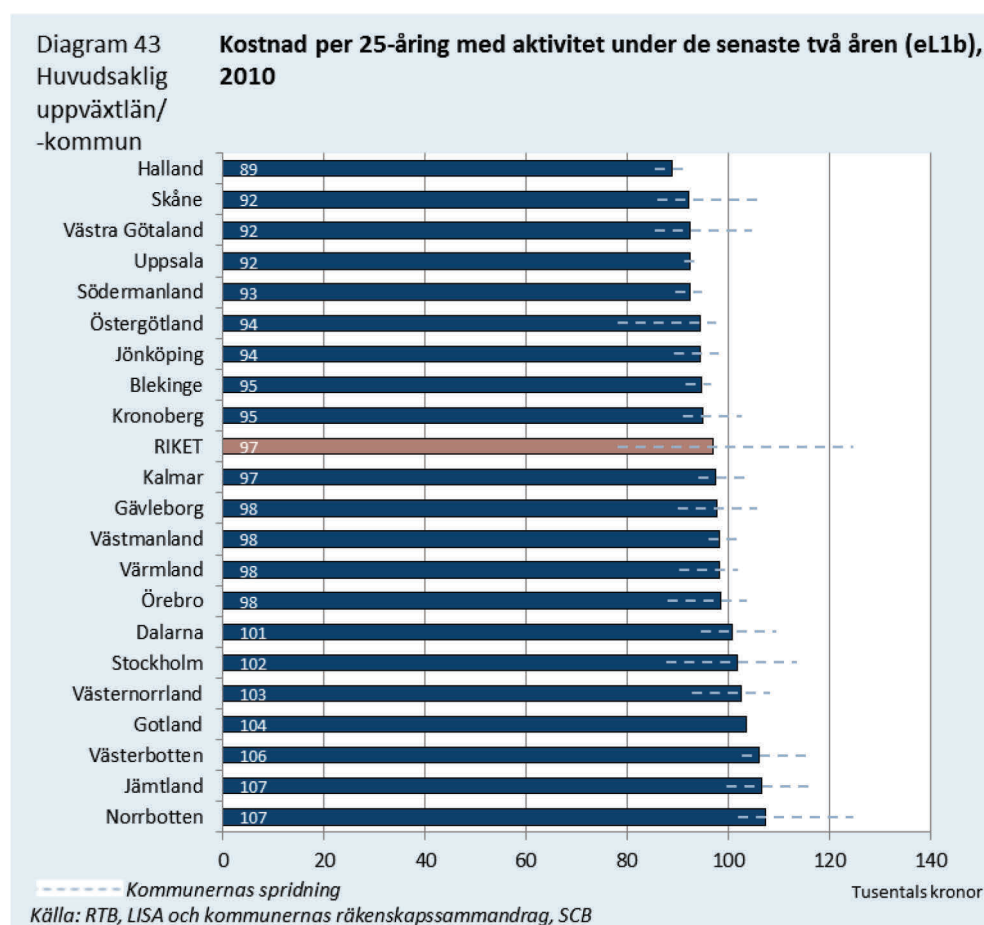
Indikatorn *Kostnad per ung vuxen i befolkningen med aktivitet (eL1b)* ska visa effektiviteten i kommunernas arbete med att främja medborgarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Indikatorn visar hur mycket resurser som kommunen årligen betalar under en individs uppväxt för att få ett lyckat utfall, det vill säga att individen vid 25 års ålder har haft någon aktivitet under de senaste två åren. Resurserna

avser kommunens genomsnittliga kostnader per invånare i åldern 0–17 år för förskola, skola, musik- och kulturskola och fritidsgårdar. Kostnaderna för denna indikator gäller ett genomsnitt för åren 1998–2003. Avgränsningen till år 1998 beror på att det inte finns jämförbara uppgifter för tidigare år tillgängliga. Ett lyckat utfall gäller 25-åringar under 2010 med aktivitet någon gång under de senaste två åren. Uppgifterna förs till 25-åringens huvudsakliga uppväxtkommun som inte behöver vara den kommun som personen bor i vid 25 års ålder.

Utfall och variation

Den genomsnittliga årliga kostnaden i riket för kommunernas verksamheter för barn och unga per 25-åring med aktivitet uppgick till 97 000 kronor. Bland de 160 kommuner med tillräcklig stort underlag varierade kostnaden mellan 78 000 och 125 000 kronor. För länen varierade kostnaden mellan 89 000–107 000 kronor per lyckat utfall (diagram 43).



Behörighet till gymnasieskolan

Kostnad per behörig till gymnasieskolan bland barn och unga placerade före 10 års ålder (eU1p)

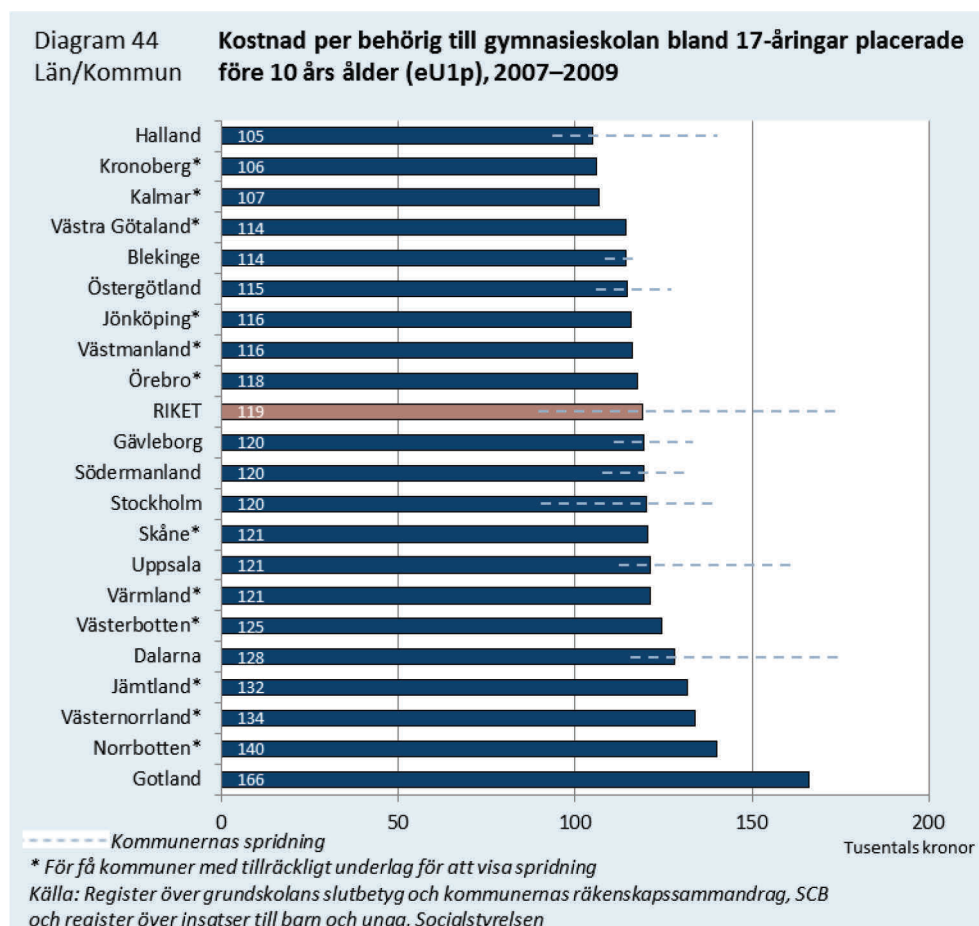
Indikatorns syfte och utformning

Indikatorn *Kostnad per behörig till gymnasieskolan bland barn och unga placerade före 10 års ålder (eU1p)* ska visa effektiviteten i kommunens utbildningsinsatser för barn och unga som är eller har varit placerade inom barn- och ungdomsvården.

Indikatorn visar hur mycket resurser som kommunen årligen använder till grundskoleutbildning för att uppnå ett lyckat utfall, det vill säga att barn och unga som placerades för första gången före 10 års ålder har skaffat sig grundläggande behörighet till gymnasieskolan senast vid 17 års ålder. Resurserna avser ett genomsnitt av kommunens kostnader för grundskolan för åren 1998–2009 för 17-åringar som varit placerade i barn- och ungdomsvården före 10 års ålder. Kostnader för gymnasiesärskola ingår inte. Ett lyckat utfall gäller antal 17-åringar 2007–2009 med grundläggande behörighet till gymnasieskolan och som någon gång varit placerade i barn- och ungdomsvården och som för första gången blev placerad före 10 års ålder. Grundläggande behörighet till gymnasieskolan innebär godkända betyg i svenska, matematik och engelska.

Utfall och variation

Den genomsnittliga årliga kostnaden för grundskolan per behörig elev till gymnasieskolan bland 17-åringar placerade före 10 års ålder uppgick till 119 000 kronor. Bland de 59 kommuner med tillräckligt stort underlag varierar kostnaden per lyckat utfall mellan 89 000 och 176 000 kronor. Kostnaden varierar bland länen mellan 105 000 och 166 000 kronor per lyckat utfall (diagram 44).



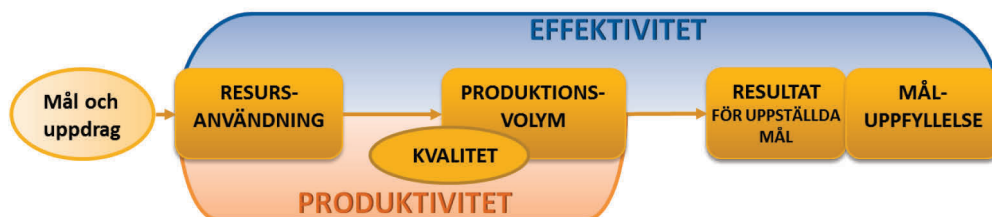
Om effektivitet och produktivitet

Effektivitet handlar om att få ut så mycket som möjligt av de resurser som är tillgängliga utifrån de mål som finns för verksamheten. De övergripande målen för socialtjänsten anges i lagstiftningen, till exempel socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen och landstinget beslutar om resurserna och hur dessa ska användas, och de ska i sin verksamhet ha en god ekonomisk hushållning enligt 8 kap 1 § kommunallagen (1991:900).

Effektivitet mäts genom att ställa resurserna mot resultatet för de mål som verksamheten har. Genom att analysera effektivitet kan kommuner och landsting minska kostnaderna samtidigt som resultatet består eller till och med förbättras. Det kan leda till omfördelning av resurser till de verksamheter som är i störst behov av dem. Effektivitet kan bland annat redovisas som kostnad per lyckat utfall, där en hög kostnad per lyckat utfall innebär en lägre effektivitet än en låg kostnad per lyckat utfall.

För att analysera verksamheten och kunna förbättra den kan kommuner och landsting också behöva titta på verksamhetens produktivitet. Produktivitet mäts genom att ställa resurserna mot produktionsvolymen, till exempel kostnad per barn och unga placerade i HVB. Det är också önskvärt att man tar hänsyn till kvaliteten i produktionen. Med produktion menas alla verksamheter som kommuner och landsting bedriver, det vill säga både produktion av varor och tjänster. Produktiviteten tar ingen hänsyn till om målet för verksamheten uppnås (figur 1).

Figur 1. Socialstyrelsens modell som beskriver effektivitet och produktivitet



Ett annat sätt att titta på effektivitet är att identifiera om det finns resurser som inte används effektivt. Det kan handla om att hitta de arbetsuppgifter, insatser och strukturer i organisationen som på det sätt de nu utförs inte bidrar till att uppnå målet och därmed orsakar onödiga kostnader.

Socialstyrelsen har tagit fram en handbok som ska ge stöd till kommuner och landsting som vill förbättra och utveckla verksamheten utifrån effektivitet [21].

Om tolkning av effektivitetsindikatorer

Det är viktigt att ha i åtanke att effektivitetsindikatorerna är just indikatorer. De är en grov indikation på hur effektiviteten ser ut i kommunerna. Det finns en rad olika faktorer som påverkar effektiviteten. Strukturella förutsättningar som kommunen har svårt att förändra på kort sikt är sådana faktorer men de kan inte förklara allt. För att få en tydligare bild av varför en effektivitetsindikator har ett visst utfall för en viss kommun krävs fler uppgifter och ytterligare analys i respektive kommun.

Resultatet av kommunens verksamheter som riktar sig mot barn och unga kan visa sig först flera år efter det att insatsen har utförts. Egen försörjning bland unga vuxna och även senare i livet är bland annat ett resultat av hur skolan har fungerat. Resurserna för skolan sätts in avsevärt tidigare än resultatet visar sig. Det innebär att kommunerna kan ha gjort en hel del förändringar mellan då resurserna sattes in och när resultatet visar sig. Det gäller därför att veta vilka åtgärder som kommunen har gjort under denna tid, både resursförändringar och förändringar av innehåll och utförande i verksamheten, och ta hänsyn till dessa i analysen.

Erfarenheter av öppna jämförelser

Vad är öppna jämförelser?

Öppna jämförelser är återkommande indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa och som redovisas på regional-, landstings-, kommun-, eller enhetsnivå.

Övergripande målsättning

Den övergripande målsättningen för öppna jämförelser är att stödja nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i vård och omsorg i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde.

Syftet är att

- skapa öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen
- ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande i verksamheterna
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- ge underlag för ledning och styrning
- utgöra en del i informationen och underlaget för vård- och omsorgsval.

Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården är ett utvecklingsprojekt som Socialstyrelsen driver på uppdrag av regeringen. Det genomförs i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och i samråd med Vårdföretagarna och Famna. Sedan starten 2010 har jämförelser redovisats fyra gånger för kommunerna och för stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Projektet befinner sig nu i mitten av utvecklingsperioden och kommer att avslutas 2015. Under projektiden pågår utvecklingen av indikatorer för att mäta kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen av barn och unga som har kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården. Hittills har indikatorerna i huvudsak berört myndighetsutövningen i kommunerna.

Öppna jämförelser är ett verktyg för analys, uppföljning och utveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården på lokal, regional och nationell nivå. Det är därför viktigt att indikatorernas utfall är jämförbara och giltiga (valida). Kommunerna behöver också i sitt fortsatta arbete ta ansvar för sin egen tolkning av resultaten från jämförelserna.

Nytt sätt att styra socialtjänsten

Öppna jämförelser är ett sätt för staten att stödja och styra socialtjänsten. Teoretiskt finns åtminstone tre olika principer för styrning och kontroll av professionellt arbete – principer som utgår från professionella, byråkratiska eller marknadsmässiga ideal.

Den statliga styrningen av den sociala barn- och ungdomsvården har tidigare i huvudsak varit byråkratisk med tvingande regler, pengar eller genom att informera och erbjuda kunskap. Nu utgår den statliga styrningen också ifrån klassiska marknadsteoretiska principer och idén om den fria marknaden där utbud och efterfrågan styr hur och vad som produceras. Tanken är att det fria och rationellt upplysta valet automatiskt kommer att reglera kvaliteten på de varor och tjänster som produceras. Utifrån detta synsätt slås verksamheter ut som inte håller acceptabel kvalitet på sina tjänster, eftersom kunden helt enkelt väljer bort dem. [22]

När det gäller den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning råder det dock inte någon fri marknad. Familjer och barn som ansöker om stöd från socialtjänsten eller blir föremål för utredning efter anmälan kan inte välja vilken kommun som ska utreda barnens behov. Däremot finns det en delvis fri marknad för de insatser som kommunerna upphandlar utifrån de behov som barnen och familjerna i kommunen har. Men föräldrarna och barnen har inte något val, utan det är kommunen som beslutar om vilken insats de blir erbjudna. Undantaget är de kommuner som erbjuder insatser för barnen och familjerna genom så kallad service, till exempelvis en gruppverksamhet för barn till personer med missbruksproblem eller ett föräldrastödsprogram som familjerna och barnen kan vända sig till utan att kommunen utreder behoven och fattar ett beslut. Därutöver finns ett begränsat antal privata aktörer som erbjuder insatser som betalas helt eller delvis av den familj som söker vård och behandling, och dit familjen kan vända sig helt utan inblandning av kommunen.

Öppna jämförelser – en mjuk styrning

Öppna jämförelser innebär en mjuk styrning. I en mjuk styrning ingår standarder, rankingssystem, överenskommelser och riktlinjer. Den reglerade verksamheten åtar sig att följa vissa riktlinjer, redovisa verksamheten enligt vissa principer och bli föremål för jämförelser och bedömningar. Karakteristiskt för mjuk reglering är att

- reglerna är frivilliga att följa
- reglerna snarare utvecklas i nätverk mellan jämbördiga parter än i en hierarkisk relation
- direkta rättsliga sanktioner saknas
- reglerna lämnar utrymme för den reglerade att själv anpassa dem till den egna verksamhetens förutsättningar.

Att rekommendationerna är frivilliga betyder dock inte att de saknar styrande potential. Eftersom det saknas rättsliga sanktioner är följsamheten i stället beroende av logiken om ”name and shame”, det vill säga att den reglerade riskerar sitt anseende och rykte om det öppet redovisas att över-

enskommelser brutits eller att de prestationer som utförts inte är av tillräckligt god kvalitet.

Öppna jämförelser är också ett informativt styrmedel och innebär kunskapsstyrning. Om ekonomisk styrning eller hård regelstyrning blandas in blir styrningen otydlig för den som blir utsatt för styrningen – kommunen i detta fall. Styrmedlet riskerar då att tappa kraft. Att staten däremot stimulerar ekonomiskt till att individbaserade säkra data samlas in i register kan inte ses som någon styrning. Det är bland annat förutsättningen för att resultatindikatorer ska kunna mätas på bästa sätt.[23]

Barnens perspektiv ska uppmärksammas!

Barnets behov och barnets bästa är självklara utgångspunkter när Socialstyrelsen tillsammans med SKL utvecklar de indikatorer som ingår i mätningarna. Från forskningen vet vi att placerade barn inte får sina behov tillgodosedda när det gäller utbildning och hälsa.[1, 24] Detta antas även gälla för de barn som deltar i öppenvård som ofta föregår dygnsvård.

Genom indikatorer är det möjligt att på ett konkret sätt mäta hur barnets behov och barnets bästa uppfylls. Barn som får kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården har ofta behov av stöd från både skola, hälso- och sjukvård, polis och socialtjänst. Det är viktigt att dessa aktörer samverkar i sitt arbete för att barnet ska få nytta av tjänsterna. Genom indikatorer kan vi mäta hur deras samverkan är strukturerad och i framtiden, när det förhoppningsvis finns uppgifter tillgängliga, även hur samverkan fungerar utifrån det enskilda barnets behov.

En utgångspunkt vid utvecklingen av indikatorer har varit barnens egna uppfattningar om vad som är viktigt för att stärka kvaliteten ur deras perspektiv. De områden som barnen själva tar upp är bland annat behovet av trygghet, säkerhet, delaktighet, att familjehemsföräldrar och personal på institutionen är snälla, och att de blir sedda och bli väl behandlade. De har uppgett att det är svårt att nå sin socialsekreterare och att det är jobbigt att byta socialsekreterare. Placeringar avbryts också oplanerat på de vuxnas initiativ.[4, 25–29] En del av de områden som barnen tar upp är troligen inte mätbara genom indikatorer. En av utmaningarna under slutfasen av utvecklingsprojektet är att pröva på vilket sätt man skulle kunna mäta dessa områden direkt eller indirekt.

Genom att någon som redan känner de barn som är placerade eller deltar i öppenvård pratar med dem om deras upplevelser regelbundet och dokumenterar uppgifterna på ett systematiskt sätt, kan det bidra till ytterligare kunskap som kan förbättra för barn som kommer i kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården. Om flera kommuner systematiskt dokumenterar dessa uppgifter kan de så småningom utvecklas till indikatorer inom öppna jämförelser.

Ett strukturerat arbetssätt ger ökad kvalitet för barnen

Socialstyrelsens utgångspunkt vid utvecklingen av indikatorerna är att en bra fungerande struktur ökar förutsättningarna för socialtjänsten att tillhandahålla social barn- och ungdomsvård av god kvalitet. Social barn- och

ungdomsvård är en komplex verksamhet som ska tillhandahålla vård och omsorg av god kvalitet (3 kap. 3 § SoL). Verksamheten styrs med stöd av ledningssystem så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt, det vill säga att den håller en god effektivitet. Ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att man arbetar utifrån ett systemperspektiv där fokus ligger på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning och bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete för dessa strukturer. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.[30]

Indikatorerna i öppna jämförelser ska spegla tre delar i socialtjänstens verksamhet. Strukturen är en del. De andra delarna är de processer som bedrivs inom verksamheten och vilka resultat som uppnås. Ibland kan en indikator spegla flera av dessa delar. För att kunna jämföra kommunerna med varandra på ett likvärdigt sätt behöver också deras socioekonomiska förutsättningar och andra bakgrundsfaktorer synliggöras.

Strukturindikatorer speglar förutsättningar och resultat

Strukturindikatorer ska spegla förutsättningarna för verksamhetens processer och resultat. Det är viktigt att socialtjänsten har strukturer som ger nödvändiga förutsättningar för att tillhandahålla god kvalitet på insatserna till barnen. Inledningsvis har utvecklingsprojektet om öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården haft sitt fokus på strukturindikatorer.

Processindikatorer talar om vad som görs

Processindikatorer ska spegla vad som faktiskt görs och på vilket sätt det utförs och indikerar förutsättningar för goda resultat. De processer som socialtjänsten använder kan tillsammans med verksamhetens strukturer påverka hur brukarna upplever kvaliteten i de insatser de ger. Kommunerna har under 2012 fått besvara en testenkät med frågor om de har uppgifter tillgängliga för processmått. Kommunerna har svarat att de saknar fortlöpande systematiska insamlingar om processerna och att de därför inte kan lämna dessa uppgifter för närvarande. Det pågår dock ett utvecklingsarbete för att samla in uppgifter om kommunernas processer genom handläggnings- och dokumentationssystemet Barns behov i centrum (BBIC). Arbetet sker i samarbete mellan Socialstyrelsen, SKL och landets kommuner.

Resultatindikatorer avslöjar resultat och effekter

Resultatindikatorer ska spegla resultat och effekter ur brukarens perspektiv. Både struktur- och processindikatorer påverkar resultatet för den enskilde. För att kunna förbättra verksamheten är det avgörande att kunna mäta vilken nytta som insatserna har för brukaren. I den sociala barn- och ungdomsvården handlar det om att barnen genom socialtjänstens insatser får de bästa möjliga förutsättningarna för ett gott vuxenliv.

Resultatindikatorer baseras på registerdata på individnivå. Det finns i dag begränsade möjligheter att mäta resultaten av insatserna i den sociala barn- och ungdomsvården såväl för öppenvården som för heldygnsvården. Läs mer om behovet av ytterligare registerdata i kapitlet *Framtida utveckling*.

Öppna jämförelser visar att kommunerna har förbättrat sina förutsättningar

Socialstyrelsens analys och rekommendationer

En jämförelse mellan redovisningarna 2010, 2011, 2012 och 2013 visar att kommunerna överlag förbättrat förutsättningarna för god kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården.

I fler och fler kommuner har barn- och ungdomsvården överenskommit om samverkan med ledningen för barnhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, förskolor och skolor och polis. Målet är att samtliga kommuner har dessa överenskommit om samverkan. Vid senaste jämförelsen var det bara 70–80 procent av kommunerna som hade sådana överenskommit. Samverkan mellan olika verksamheter är avgörande för ett bra resultat. De kommuner som inte har överenskommit om samverkan behöver se till att dessa kommer till stånd. Överenskommelserna är ett första steg som sedan behöver omsättas i praktiken till exempel genom arbetsallianser mellan olika verksamheter.

En rättssäker handläggning och att barnets behov sätts i centrum är viktiga grundförutsättningar för bra kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården. En av fyra kommuner och storstädernas stadsdelar saknar ordinarie licens för handläggnings- och dokumentationssystemet BBIC. En lika stor andel saknar dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister. Öppna jämförelser visar dock en positiv utveckling. För att stärka förutsättningarna ytterligare kan de kommuner som saknar ordinarie licens för BBIC skaffa en sådan. Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister ska finnas i alla kommuner (3 kap. 3 § SoL).

Att arbeta i myndighetsutövning med barnärenden innebär svåra juridiska prövningar förutom behov av god kunskap om barn och god kunskap i att samtala med barn. Socialsekreterare träffar barn som lever under svåra förhållanden. Det är därför viktigt att de har de bästa förutsättningarna för sitt arbete. Cirka 15 procent av socialsekreterarna som arbetar med barn saknar socionomutbildning eller har mindre än ett års erfarenhet och andelen har ökat. Kommunerna bör arbeta för att minska personalomsättningen och öka andelen handläggare med socionomutbildning och erfarenhet av socialt arbete med barn och unga för att förbättra kvaliteten inom barn- och ungdomsvården. Kommunerna behöver också arbeta med handläggarnas kompetensutveckling genom handledning, fortbildning och vidareutbildning på högskolenivå.

Endast två tredjedelar av kommunerna uppger att de har socialjour med socionomutbildad personal tillgänglig dygnet runt. Positivt är dock att andelen ökar. För barnets bästa och skydd är det viktigt med ett professionellt bemötande av socionomutbildad personal som har rutiner för att klara akuta krissituationer i samband med polisingripanden i barnfamiljer där våld och missbruk förekommer. Kommuner behöver inrätta socialjour med socionomutbildad personal dygnet runt om de inte redan har det.

Struktur och processindikatorer

Det här avsnittet innehåller resultaten för de åtta indikatorer som Socialstyrelsen har bedömt vara jämförbara vid minst tre av mättillfällena. Mätningarna har skett dels via enkäter till kommunerna och storstädernas stadsdelar, dels via registerdata. För att göra det tydligt vad som i huvudsak indikeras har vi utvecklat fem kvalitetsområden för öppna jämförelser av socialtjänsten utifrån socialtjänstlagen. De fem kvalitetsområdena är självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygg och säker, kunskapsbaserad verksamhet och tillgänglig. Redovisningen berör fyra av dessa kvalitetsområden: helhetssyn och samordning, trygg och säker, kunskapsbaserad verksamhet och tillgänglig (tabell 14).

I bilaga 3 *Resultat från öppna jämförelser* redovisas resultaten per län och spridningen för kommunerna och per kommun i bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län och kommun*.

Tabell 14. Andel kommuner inklusive stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, (jämfört med riket).

	2010	2011	2012	2013
Helhetssyn och samordning				
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård	-	41	47	60
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri	-	51	57	69
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola	-	60	74	77
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis	-	48	61	66
Trygg och säker				
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	28	49	61	72
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	63	65	74	-
Kunskapsbaserad verksamhet				
Handläggare som har socionomutbildning och minst ett års erfarenhet av socialt arbete	89	85	86	-
Tillgänglig				
Socialjour, med socionomutbildad personal all tid utanför kontorstid året runt	-	45	62	66

- Uppgiften samlades inte in

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Eftersom den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

Inom kvalitetsområdet redovisas fyra indikatorer. De resultat som redovisas senare i denna rapport understödjer vikten av samverkan mellan aktörerna. Glädjande nog har andelen överenskommelser om samverkan ökat inom alla områden. En framgångsfaktor för att få till överenskommelser mellan kommun och landsting är att kommunerna har en regional samverkan som samordnar arbetet.[31]

Samverkan mellan polisen och den sociala barn- och ungdomsvården är viktig för att förebygga att barn och unga utvecklar en kriminell livsstil. Just nu pågår olika samverkansprojekt mellan polisen och kommuner runt om i landet [32]. Samverkan sker också i Barnhus för barn som blivit utsatta för våld eller sexuella övergrepp [33].

Indikatorer

Inom *Samverkan hälsa* finns två indikatorer som är jämförbara vid minst tre mättillfällen:

- Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård
- Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn- och ungdomspsykiatri

Inom *Samverkan utbildning* finns en indikator som är jämförbar vid minst tre mättillfällen:

- Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola

Inom *Samverkan kriminalitet* finns en indikator som är jämförbar vid minst tre mättillfällen:

- Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis

För samtliga dessa indikatorer gäller att överenskommelsen ska vara beslutad på ledningsnivå och att den dels ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska genomföras, dels ange ansvarsfördelningen mellan parterna.

Trygg och säker

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Inom kvalitetsområdet redovisas två indikatorer. Viktiga grundförutsättningar för en höjd kvalitet i den sociala barn- och ungdomsvården är en rättssäker handläggning och att barnets behov sätts i centrum. Barns behov i centrum (BBIC) är ett heltäckande handläggnings- och dokumentationssystem som ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser.

I en verksamhet som kännetecknas av hög personalomsättning fyller ett väl strukturerat handläggnings- och dokumentationssystem inte bara en viktig funktion för en tillämpad helhetssyn utan också för kontinuitet i myndig-

hetsutövningen [34, 35]. Nära tre fjärdedelar av landets kommuner och stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö har ordinarie licens för BBIC enligt den sista jämförelsen.

När det gäller rutiner för att hantera fel och brister som underlag för det systematiska kvalitetsarbetet [30] visar den senaste jämförelsen 2012 att en fjärdedel av landets kommuner fortfarande saknade denna typ av rutiner.

Indikatorer

Två indikatorer är jämförbara vid minst tre mätillfällen:

- Användningen av ett handläggnings- och dokumentationssystem som främjar helhetssyn och kontinuitet i myndighetsutövningen, ordinarie licens Barns behov i centrum, BBIC.

Barns behov i centrum, BBIC, har en uppsättning formulär som vilar på en teoretisk kunskapsbas hämtad från utvecklingsekologi och anknytningsteori. Formulären bygger på ett antal grundprinciper som bland annat handlar om att utveckla ett samarbete med barn, föräldrar och olika professioner och att ha barnet eller den unge i centrum. Helhetssynen på barns och ungas situation betonas och illustreras genom den så kallade BBIC-triangeln. Ordinarie licens innebär att kommunen intygar att de fullt ut följer BBIC.(34, 35)

- Trygghet och säkerhet i betydelsen dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister.

Indikatorn handlar om rutiner för hur fel och brister i verksamheten identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas och hur vidtagna åtgärder följs upp. De erfarenheter man gör i samband med uppkomna fel och brister ska utgöra underlag för det systematiska kvalitetsarbetet (3 kap. 3 a § SoL). Dokumentation utgår från vad som har betydelse för säkerhet och skydd för enskilda och grupper.(30)

Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad verksamhet innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.

Inom området redovisas en indikator. Den socialsekreterare som utreder barnets behov och följer hur den insats som barnet eller den unge får fungerar är central för att upprätthålla kvaliteten i den sociala barn- och ungdomsvården. De placerade barnen vittnar också själva om att deras socialsekreterare är en mycket viktig person.[4, 25–29] Socialsekreteraren som följer barnet under placeringstiden är den som har möjlighet att upptäcka om barnet eller den unge far illa.

Därför är det också av största vikt att dessa socialsekreterare får de bästa förutsättningarna för att klara sitt svåra uppdrag. Att ha socionomexamen och minst ett års erfarenhet av någon form av socialt arbete är i detta sammanhang lågt ställda krav [36]. Under de tre mätningar som genomförts har andelen handläggare som saknat denna kompetens ökat något från 11 till 14

procent. En del av handläggarna är inte socionomer utan har i stället någon annan form av beteendevetenskap utbildning. Ibland med en kompletterande kurs i socialrätt. Att arbeta i myndighetsutövning med barnärenden innebär svåra juridiska prövningar förutom behov av god kunskap om barn och god kunskap i att samtala med barn. Handläggarna träffar barn som lever under svåra förhållanden. Bland annat Barnombudsmannens studie och tillsynens iakttagelser visar att personalomsättningen bland placerade barns socialsekreterare är hög och att barnen då får byta handläggare.[26, 37]

Under den tid som kvarstår av Socialstyrelsens utvecklingsprojekt för öppna jämförelser kommer handläggarnas kompetens, erfarenhet och möjlighet till kompetensutveckling att vara ett prioriterat område att mäta.

Indikator

- Andel handläggare som har socionomutbildning och minst ett års erfarenhet av socialt arbete.

Av Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga framgår att personal som arbetar med sådana uppgifter bör ha socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet inom socialt arbete [36].

Tillgänglig

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Informationen och kommunikationen är begriplig och anpassad efter de olika gruppernas och individernas behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

Inom området redovisas en indikator. För barnets bästa och skydd bör socialjour finnas tillgänglig dygnet runt (3 kap 6 § SoL). Exempelvis är det viktigt att barnet omedelbart får ett professionellt bemötande av socionomutbildad personal som har rutiner för att klara akuta krissituationer i samband med polisingripanden i barnfamiljer där våld och missbruk förekommer [38]. Det underlättar också bedömningen av barnets behov om socionomutbildad personal omedelbart kan få en första kontakt med barnet. Efter tre jämförbara mätningar som genomförts uppgår nu 66 procent av kommunerna att de har socialjour med tillgång till socionomutbildad personal all tid utanför kontorstid året runt.

Indikator

- Socialjour med socionomutbildad personal all tid utanför kontorstid året runt.

Enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen bör alla kommuner ha en socialjour. Socialnämnden kan driva jourcen i egen regi eller genom avtal i samarbete med en annan kommun. Den socionomutbildade personalen är beredd på kom-

mande händelseutveckling och omedelbart vara möjlig att nå per telefon, ge råd och stöd, göra en professionell bedömning och vid behov vara på plats exempelvis hos en familj inom högst två timmar.

Placerade barns utbildningsnivå

Inom kvalitetsområdet helhetssyn och samordning publicerades fyra indikatorer hösten 2011 som indikerade resultat när det gäller placerade barns utbildningsnivå. Alla barn har rätt att gå i grundskolan enligt 2 kap. 21 § regeringsformen. Att klara av att fullfölja gymnasiet i tre år är i dag en förutsättning för att få möjlighet till ett arbete och egen försörjning.[1, 4, 39]

Barnen i samhällsvård har klart sämre resultat än barn i allmänhet. Speciellt gäller det för barn som blivit placerade första gången efter 12 års ålder. Där har uppskattningsvis hälften av barnen inte möjlighet att börja gymnasiet nationella program. En fråga att utreda i framtiden är hur det gått för de barn som inte uppnått gymnasiebehörighet.

Uppskattningsvis klarar drygt hälften av de barn som blev placerade första gången före 10 års ålder att fullfölja gymnasiet. Ännu sämre förutsättningar för att bli självförsörjande får de ungdomar som blivit placerade efter 12 års ålder.

När placerade barns utbildningsresultat presenterades på såväl riksnivå som kommunal nivå för första gången i november 2011 fick resultaten uppmärksamhet i medierna. Resultaten har legat till grund för beslutsfattande på såväl nationell som lokal nivå. Placerade barns utbildningsresultat har varit i fokus under flera år i kommunerna, men medvetenheten om skolans betydelse för att de ska få ett gott vuxenliv ökar ytterligare. Socialstyrelsen har tillsammans med Skolverket tagit fram en vägledning för placerade barns skolgång och hälsa [4]. Kunskap om insatser för utbildning och hälsa till placerade barn ges också i de kartläggningar som genomförts [40, 41].

De nya mätningar som redovisas i denna rapport för unga som varit placerade någon gång under sin uppväxt om utbildningsresultat, långvarigt ekonomiskt bistånd och andel 25-åringar utan aktivitet förstärker ytterligare vikten av skolans betydelse. Även om vi saknar data för alla de barn och unga som får insatser genom öppenvård, så är sannolikheten stor att bilden är densamma för dessa barn. Därför är det avgörande att skolgången uppmärksammas även för dem.

Fyra resultatindikatorer

Två indikatorer presenteras för *Grundskolan – möjlighet att studera vid gymnasiet nationella program*:

- Andelen barn som var placerade under hela årkurs 9 och som placerades första gången före 10 års ålder, födda åren 1982–1993, som hade möjlighet att studera vidare vid gymnasiet nationella program (tabell 15).
- Andelen barn som var placerade under hela årkurs 9 och som placerades första gången efter 12 års ålder, födda åren 1982–1993, som hade möjlighet att studera vidare på gymnasiet nationella program (tabell 15).

Indikatorerna mäter om barnen enligt betygsregistret fått godkänt i svenska, matematik och engelska när de slutade årskurs 9. Fram till hösten 2011 var det en förutsättning för att få börja gymnasiets nationella program.

Tabell 15. Grundläggande behörighet till gymnasieskolan, barn placerade under hela årskurs 9 samt barn i befolkningen, födda åren 1982–1993 i Sverige, antal och procent.

	Placerade under hela årkurs 9 ¹		Befolkningen ³
	Första placering före 10 års ålder	Första placering efter 12 års ålder	
Totalt antal i populationen	5 183	2 768	1 300 144
Andel som uppnått gymnasiebehörighet ²	71 %	55 %	86 %

¹ Antalet har reducerats med en schablon för andel barn som saknar uppgifter i registret över grundskolans slutbetyg och som fick sjuk- och aktivitetsersättning eller motsvarande före 23 års ålder (se bilaga 1 *Indikatorbeskrivning*).

² Andelen som uppnått gymnasiebehörighet beräknas utifrån både de barn som har och de som saknar uppgifter i registret över grundskolans slutbetyg. Med behörighet att studera vidare vid gymnasiets nationella program menas godkända betyg i svenska, matematik och engelska.

³ Baseras på samtliga födda i Sverige åren 1982–1993.

Källa: Registret över grundskolans slutbetyg, Skolverket/SCB, registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen

Två indikatorer presenteras för *Avslutat treårigt gymnasium*:

- Andelen barn som var placerade under hela årkurs 9 och som placerades första gången före 10 års ålder, födda åren 1984–1990, som avslutat treårigt gymnasium (tabell 16).
- Andelen barn som var placerade under hela årkurs 9 och som placerades första gången efter 12 års ålder (tabell 16).

Med avslutat treårigt gymnasium menas att ungdomen har gått ut med 2 250 poäng eller med ett samlat betygsdokument.

Tabell 16. Avslutat treårigt gymnasium, barn placerade under hela årskurs 9 samt barn i befolkningen, födda åren 1984–1990 i Sverige, antal och procent.

	Placerade under hela årkurs 9 ¹		Befolkningen ³
	Första placering före 10 års ålder	Första placering efter 12 års ålder	
Totalt antal i populationen	3 100	1 622	558 685
Andel som avslutat treårigt gymnasium ²	57 %	38 %	84 %

¹ Födda åren 1984–1990. Antalet har reducerats med en schablon för andel barn som saknar uppgifter i registret över grundskolans slutbetyg och som fick sjuk- och aktivitetsersättning eller motsvarande före 23 års ålder (se bilaga 1 *Indikatorbeskrivning*).

² Andelen som avslutat treårigt gymnasium beräknas utifrån både de barn som har och de som saknar uppgifter i registret över avgångna från gymnasieskolan. Med avslutat treårigt gymnasium menas att man gått ut med 2 250 poäng eller med samlat betygsdokument.

³ Baseras på samtliga födda i Sverige åren 1986–1990.

Källa: Registret över avgångna från gymnasieskolan, Skolverket/SCB och registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Nuläge och fortsatt utveckling

Jämförelser har presenterats för kommunerna vid fyra tillfällen mellan november 2010 och mars 2013. Ur kommunernas perspektiv är det en kort period för att genomföra förändringar i verksamheten för att stärka kvaliteten. Resultatet av förändringarna kan i vissa fall visa sig långt senare, vilket gör att det kan ta tid innan till exempel process- och resultatindikatorer visar på någon förändring. Därför har utvecklingsprojektet inledningsvis fokuserat på strukturindikatorer och de förutsättningar som är viktiga för att stärka kvaliteten så att verksamheterna möter utsatta barns behov. Det kan exempelvis handla om att skapa rutiner, handlingsplaner eller överenskomelser. En kommun som väljer att delta i öppna jämförelser för att på sikt stärka kvaliteten i verksamheten får möjlighet att komma igång med sitt förändringsarbete relativt snabbt och se resultat i nästkommande jämförelse.

Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården baseras på uppgifter från både enkät- och registerdata. Svarsfrekvensen för enkätundersökningen var 86 procent vid den senaste insamlingen. Vid de fyra mätningarna som hittills genomförts, har 98 procent av landets kommuner deltagit vid något tillfälle. Det pekar på att det finns ett stort intresse hos landets kommuner för att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården. Av de fåtal kommuner som inte deltagit vid något av de fyra mättillfällena är samtliga små till storleken, med cirka eller mindre än 10 000 invånare.

Jämförelserna har inledningsvis haft fokus på strukturmått. Landets kommuner har olika förutsättningar. Och det har framförts från de mindre kommunerna att de har en liten personalgrupp och ett nära samarbete i vardagen. Det innebär att de inte känner samma behov av att skapa stödstrukturer som exempelvis rutiner. Däremot har de ofta lättare att mäta processer än medelstora och stora kommuner eftersom de har få ärenden. Samtliga kommuner saknar möjlighet att ta ut uppgifter för processmått från sina verksamhetssystem. För små kommuner kan det vara svårt att få fram resultatindikatorer om de har för litet underlag, exempelvis om de har få barn som varit placerade.

Ett utvecklingsområde under den sista delen av projektiden är att förbättra den upplevda nyttan av öppna jämförelser för alla typer av kommuner i landet.

Bred förankring – en viktig framgångsfaktor

Det är personalen i kommunerna som kommer att genomföra förändringsarbetet och därför är det av största vikt att de är delaktiga i att utveckla de indikatorer som ingår i öppna jämförelser.

Redan innan projektet inleddes 2010 hade Socialstyrelsen tillsammans med SKL i ett flerårigt arbete tagit fram en uppsättning indikatorer. Totalt 360 instanser, samtliga kommunala nämnder med ansvar för myndighetsutövning inom den sociala barn- och ungdomsvården, ett urval av statliga myndigheter och frivilliga organisationer erbjöds möjlighet att lämna synpunkter på de förslag som togs fram i en remiss 2009. Av de 130 instanser som svarade var 106 kommuner.

Nya indikatorer utvecklas fortlöpande under projekttiden. Utgångspunkten är lagstiftningen och den evidensbaserade kunskap som finns om barns behov. I utvecklingen av indikatorerna vägs sedan bästa kunskap, de professionellas omdömen [42] och barnens uppfattning samman. Projektet tar fortlöpande del av de berörda barnens berättelser genom olika kanaler. Vi har också bjudit in kommuner och forskare i referensgrupper och workshoppar om olika teman.

Dialogseminarier – ett sätt att nå ut till kommunerna

Från maj 2011 och fram till december 2012 har Socialstyrelsens och SKL:s projektledare för öppna jämförelser tillsammans genomfört tretton dialogseminarier runt om i landets regioner. Dialogseminarierna har haft ett gemensamt innehåll, med ett informationsavsnitt under förmiddagen. På eftermiddagen har deltagarna samtalat i mindre grupper utifrån varje sakområde inom socialtjänsten. Utöver det har två regionala seminarier genomförts som varit inriktade enbart på den sociala barn- och ungdomsvården. Närmare hundra personer som på olika sätt är delaktiga i eller ansvariga för det systematiska kvalitetsarbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården i kommunerna har deltagit i dialogen. Tio regioner spridda över landet har ännu inte fått besök. De kommunrepresentanter som deltagit vid seminarier har uppskattat att Socialstyrelsen och SKL tillsammans har besökt regionen för att föra en dialog om öppna jämförelser. En majoritet av dem som deltagit har någon gång svarat på en enkät för öppna jämförelser och en del har använt resultaten i kommunens kvalitetsarbete. De efterfrågar en fortsatt dialog, gärna fördjupat för varje sakområde.

Hur använder kommunerna öppna jämförelser?

Ett allmänt intryck från dialogseminarierna är att kommunerna kommit olika långt i processen för hur man använder öppna jämförelser som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. En majoritet av deltagarna har befunnit sig i den första orienteringsfasen om vad det innebär för kommunen att delta i öppna jämförelser.

Regionala nätverk och utvecklingsledare ger goda framsteg

Öppna jämförelsers möjligheter till att förändra verksamheterna ökar om en person utses som ansvarig för kvalitetsutveckling. Detta visar erfarenheter från öppna jämförelser av hälso- och sjukvården [23]. Genom regionala nätverk kan kommuner med stöd av en utvecklingsledare kvalitetssäkra de svar som lämnats i enkäten. Det kan bland annat göras genom att skapa en samsyn kring hur enkätfrågorna ska tolkas, och på så vis öka jämförbarheten i regionen. Utvecklingsledarna fyller en viktig funktion genom att erbjuda ett samlat stöd till kommunerna genom det regionala nätverket. Att det är rätt person som lämnar uppgifter i enkäten och att det finns en kontaktperson för öppna jämförelser i kommunen är enkla saker som bidrar till bättre kvalitet i de uppgifter som samlas in i öppna jämförelser.

Förutom svårigheten att säkra kvaliteten i uppgifterna, är det ofta en utmaning att tolka resultaten i början. Utvecklingsledarna kan fungera som ett stöd vid tolkning av indikatorernas utfall och har i några regioner också sammanställt regionala rapporter om resultaten för en eller flera öppna jämförelser. De regioner som ingår i SKL:s analysnätverk för öppna jämförelser, och som har valt att fokusera på öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, har kommit längst i utvecklingen av det regionala stödet för området.

Analyshandbok

Under våren 2012 utvecklade SKL en analyshandbok till stöd för kommunerna [43]. Den ska ge kommunerna kunskap om hur de kan analysera sina resultat och prioritera i sitt förbättringsarbete med utgångspunkt i öppna jämförelser. Målgrupperna för handboken är främst högsta ledningen och förvaltningarna i landets kommuner, oavsett storlek och förutsättningar. Analyshandboken är ett viktigt stöddokument för att öka kommunernas möjligheter att använda öppna jämförelser i sitt förbättringsarbete.

I handboken talas det om att processen för att tolka och använda informationen i öppna jämförelser bör genomföras i fem steg.

1. Förberedelser
 - Kvalitetssäkra uppgifter inför inrapportering.
 - Förbered mottagande och eventuell kommunikation av resultaten.
2. Initial analys och prioritering av indikatorer
 - Jämför resultat med liknande kommuner och tidigare uppnådda resultat.
 - Identifiera och genomför initial prioritering av indikatorer för vidare analys. Är indikatorn tillförlitlig? Är indikatorn aktuell för kommunen? Är indikatorn intressant utifrån kommunens sammantagna perspektiv?
3. Fördjupad analys
 - Få kunskap om prioriterade indikatorer. Vilken typ av indikator är det (struktur, process eller resultat)? Vilka effekter kan kommunen förvänta sig i verksamheten om resultatet för indikatorn förbättras? Värdera prioriterade indikatorers tillförlitlighet.
 - Identifiera vad som påverkar resultatet för indikatorn och bryt ner resultatet.
 - Besluta om eventuella förbättringsområden.
4. Ta fram förbättringsförslag
 - Identifiera förbättringsförslag. Vad anger den bästa vetenskapliga evidensen? Professionens expertis och erfarenheter? Brukarnas önskemål och erfarenheter?
 - Prioritera förbättringsförslag inom valda områden.

5. Beslut, genomförande och uppföljning av förbättringar
 - Besluta om förbättringsförslag.
 - Genomför och följ upp förbättringsarbete för att nå uppsatta mål.
 - Kommunicera uppnådda resultat.

Det är också viktigt för kommunen att säkra

- vem som leder arbetet med öppna jämförelser i kommunen
- hur rätt kompetenser samlas för att besvara frågorna i handboken
- Att det finns tid avsatt för analys- och planeringsarbete i kommunen
- vilka viktiga beslutspunkter som finns i arbetet
- när olika aktörer behöver involveras i arbetet

Analyshandboken synliggör införandeprocessen för kommunerna.

Vilken utveckling ser Socialstyrelsen framöver?

Det finns en utmaning i att kommunicera kvalitets- och effektivitetsindikatorer på ett begripligt sätt, så att kommunerna kan använda indikatorernas utfall och så att jämförelserna kan leda till förbättrade verksamheter. En indikator förklarar inte orsakerna bakom ett utfall. Ofta måste också indikatorn sättas i ett sammanhang, i en socioekonomisk kontext. För att förstå vad som påverkar utfallet för indikatorn och vad som kan göras för att förbättra dem, krävs samarbete och utbyten mellan de aktörer som påverkar barn och ungas liv. Här spelar en fortsatt utveckling av regionala nätverk och regionala utvecklingsledare en viktig roll.

Socialstyrelsen har även i fortsättningen en viktig uppgift när det gäller att kommunicera vad öppna jämförelser är, och hur indikatorernas utfall ska tolkas. Kommunerna behöver påbörja eller fortsätta att analysera och diskutera verksamheten utifrån öppna jämförelser och kommunicera med både allmänhet och medarbetare vad resultaten innebär för den egna kommunen.

Utvecklingsprojektet öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården pågår fram till och med 2014. Vi ser fram mot en fortsatt kommunikation med kommunerna kring indikatorer och öppna jämförelser.

Framtida utveckling av indikatorer

De indikatorer som utvecklats för denna rapport visar resultat och effektivitet för några delar av barn- och ungdomsvården. Indikatorerna har framställts av den statistik som finns i befintliga register. Under arbetets gång har det visat sig att det finns ett behov av att utveckla statistik för att i framtiden kunna ta fram indikatorer som belyser resultat och effektivitet ur andra viktiga aspekter.

Behov av nya register på individnivå

För att få fram resultatindikatorer från register krävs att det finns uppgifter på individnivå. För barn- och ungdomsvården finns det individstatistik för placerade barn och unga men inte för individuellt behovsprövad öppenvård där de flesta barn och unga inom barn- och ungdomsvården får sina insatser. Socialstyrelsen har lämnat in förslag till regeringen om hur ett individbaserat register för individuellt behovsprövad öppenvård skulle kunna utformas [44–46]. Med ett sådant register skulle det vara möjligt att jämföra de olika insatsformerna, HVB, familjehem och individuellt behovsprövade öppna insatser och se hur resultaten och effektiviteten skiljer mellan dessa.

Placerade barn och unga har sämre hälsa och de får i lägre utsträckning tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård [4]. Till största delen är det primärvård inklusive elevhälsan som träffar dessa barn och unga i hälso- och sjukvårdsfrågor. I dag finns varken statistik om vilka som besöker primärvården eller för vilka problem och sjukdomar som man söker. Socialstyrelsen har lämnat ett förslag till regeringen på hur ett register över primärvården skulle kunna se ut [47]. Med dessa uppgifter skulle det bland annat vara möjligt att följa upp den vägledning som Socialstyrelsen och Skolverket tagit fram om placerade barns skolgång och hälsa och se om dessa barn och unga får den hjälp och det stöd som de behöver.

När det gäller tandvård finns det inte heller något individregister över barns och ungas besök hos tandläkaren eller tandhygienisten. Dessa uppgifter finns dock redan i dag hos respektive landsting. Med ett nationellt register på individnivå skulle det vara möjligt att se om placerade barn och unga får den tandvård som de är berättigade till, och om det är några skillnader mellan dem och andra barn och unga.

De indikatorer som redovisas för utbildning exkluderar barn och unga som deltar i särskolan. Uppgifter om särskolan finns i dag inte på individnivå, vilket gör det svårt att veta vilka barn och unga som inte alls deltar i undervisning. Ett register på individnivå för särskolan skulle öka möjligheterna till analys och öka säkerheten i indikatorerna.

Vid utveckling av statistik måste givetvis en avvägning göras mellan personlig integritet och samhällsnytta.

Kostnadsuppgifter för barn- och ungdomsvården

En förutsättning för att studera effektivitet är att det finns uppgifter om resultat, men också att det finns bra information om kostnader tillgänglig. De nuvarande uppgifter som finns om barn- och ungdomsvårdens kostnader samlas årligen in i SCB:s undersökning Kommunernas räkenskapssammandrag (RS). Uppgifterna som samlas in i dagsläget motsvarar emellertid inte det behov som finns för nationell, regional och lokal uppföljning och utvärdering nationellt och vid kommunala jämförelser. Socialstyrelsen har därför tillsammans med elva kommuner tagit fram ett förslag på uppgifter som bör samlas in för barn- och ungdomsvården. Nedan beskrivs förslaget i korthet, en utförlig beskrivning ges i bilaga 2, *Metoder*.

Verksamhetsområden

De verksamhetsuppgifter som samlas in i dag är institutionsvård, familjehemsvård, individuellt behovsprövad öppenvård och övriga öppna insatser. Förslaget till framtida insamling är att ta in kostnader och intäkter för verksamhetsområdena:

- Utredning och uppföljning
- Hem för vård eller boende (HVB) inkl. SiS institutioner
- Rekrytering och utredning av familje- och jourhem
- Konsulentstödda familjehem
- Utbildning, kompetensutveckling och handledning till familje- och jourhem
- Familje- och jourhem
- Individuellt behovsprövad öppenvård
- Övriga öppna insatser

I de kostnader och intäkter som i dag samlas in för barn- och ungdomsvården ingår inte kostnader och intäkter för ensamkommande barn, utan de ingår som en del i uppgifterna för flyktingverksamhet. I förslaget till framtida insamling ska kostnader och intäkter även för ensamkommande barn finnas inom barn- och ungdomsvården och gå att särskilja från övriga barn och unga.

Kostnadsslag

I RS samlas också olika kostnadsslag in för respektive verksamheterområde. Dagens insamling omfattar kostnadsslagen: bruttokostnad, interna intäkter och försäljning av verksamhet. Förslaget till framtida insamling är att följande kostnadsslag tas in:

- Personalkostnad
- Köp av huvudverksamhet
- Bidrag och transfereringar
- Övriga kostnader
- Interna intäkter

- Försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting
- Övriga intäkter

Fortsatt arbete och införande

Socialstyrelsen planerar att göra motsvarande utvecklingsarbete för övriga områden inom socialtjänsten under 2013. Därefter kommer samtliga förslag till förändringar i RS att överlämnas till Statistiska centralbyrån (SCB) som är den myndighet som är ansvarig för undersökningen. Förslagen behandlas sedan i samrådsgruppen för det kommunala räkenskapssammandraget. I samrådsgruppen ingår företrädare från SCB, Finansdepartementet, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Rådet för främjandet av kommunala analyser (RKA) och Skolverket. Ett samlat införande i RS av de föreslagna förändringarna skulle underlätta för kommunerna. Införandet av nya uppgifter i RS kan tidigast ske för verksamhetsåret 2015 vid insamlingen våren 2016.

Kommunernas resultat och effektivitet

Kommunerna har olika förutsättningar för att arbeta med barn- och ungdomsvården vilket också påverkar deras resultat för verksamheten. Vid jämförelser är det därför viktigt att jämföra kommuner med liknande förutsättningar, det vill säga sådana förhållanden som kommunen på kort sikt inte kan påverka på egen hand men som påverkar en del av resultaten för barn- och ungdomsvårdens arbete.

Ofta används de kommungrupper som Sveriges Kommuner och Lands-ting, SKL, arbetat fram för att spegla kommunernas olika förutsättningar. SKL:s kommungrupper baseras dock på kommunernas befolknings- och näringslivsstruktur och är inte framtagna för att spegla förutsättningarna för barn- och ungdomsvårdens verksamhet. Därför har Socialstyrelsen gjort ett försök att skapa kommungrupper som är anpassade för den sociala barn- och ungdomsvården.

Förslag till kommungrupper för barn- och ungdomsvården

Förslaget till kommungrupper för barn- och ungdomsvården baseras på uppgifter om andel barn i ekonomiskt utsatta familjer 2003–2010. Andel barn i ekonomiskt utsatta familjer avser barn 0–19 år i familjer med en disponibel inkomst som är lägre än 60 procent av medianinkomsten i befolkningen.

Utgångspunkterna för Socialstyrelsens arbete med att ta fram ett förslag till kommungrupper för barn- och ungdomsvården var att:

- faktorerna ska spegla förutsättningarna för barn- och ungdomsvården
- faktorerna ska inte kunna påverkas av kommunerna på kort sikt
- kommungrupperna ska vara relativt stabila över tid
- maximalt tre faktorer ska ingå
- en kommungrupp ska innehålla minst fem kommuner
- det ska vara enkelt att förstå hur kommungrupperna tagits fram och vad de baseras på.

Av de faktorer som har studerats, och som skulle kunna vara faktorer som kommungrupperna baseras på, var det en faktor som korrelerade väl med alla andra faktorer: andel barn i ekonomiskt utsatta familjer. Det innebär att de andra faktorerna inte tillför någon avgörande information för indelningen. För enskilda kommuner kan det naturligtvis spela roll, vilket innebär att kommunernas tillhörighet till en viss kommungrupp inte är absolut. I denna kommungruppsindelning har ingen hänsyn tagits till kommunens invånarstorlek. I de diskussioner som förts har det inte framkommit att kommunstorleken skulle ha någon avgörande betydelse för kommunens

förutsättningar att bedriva social barn- och ungdomsvård. Om det finns andra uppfattningar i en kommun står det kommunen fritt att jämföra sig med enskilda kommuner eller andra kommungrupper.

Kommunens förutsättningar i dag påverkar resultatet framåt i tiden. Mot bakgrund av det och för att göra kommungrupperna mer stabila har ett genomsnitt av andel barn i ekonomiskt utsatta familjer för åren 2003–2010 använts som grund för grupperna. Kommunerna har grupperats genom den statistiska metoden ”Two Step Cluster”. Mer om hur kommungrupperna tagits fram, vilka faktorer som studerats och hur Two Step Cluster fungerar finns att läsa i bilaga 2, *Metoder*. I tabell 17 redovisas kommungruppsindelningen per kommungrupp och i tabell 18 per län.

Tabell 17. Kommungrupper för barn- och ungdomsvård efter kommungrupp

Kommungrupp 1	Bjurholm	Hallstahammar	Heby	Kinda
Botkyrka	Dorotea	Haninge	Hofors	Krokom
Eda	Färgelanda	Hedemora	Hudiksvall	Laholm
Landskrona	Hultsfred	Huddinge	Höör	Laxå
Malmö	Hässleholm	Härjedalen	Jokkmokk	Lekeberg
Årjäng	Högsby	Härnösand	Karlskoga	Lund
	Katrineholm	Kramfors	Karlstad	Mariestad
Kommungrupp 2	Kristianstad	Lilla Edet	Kil	Mark
Bjuv	Kristinehamn	Lindesberg	Kungsör	Mjölby
Borlänge	Köping	Ludvika	Lessebo	Mora
Burlöv	Munkedal	Malung-Sälen	Linköping	Mullsjö
Dals-Ed	Nora	Markaryd	Ljusdal	Mönsterås
Eskilstuna	Nordanstig	Osby	Lysekil	Norrtälje
Filipstad	Norrköping	Sala	Motala	Nässjö
Flen	Orsa	Sigtuna	Nybro	Ockelbo
Grums	Simrishamn	Sjöbo	Nyköping	Olofström
Gullspång	Stockholm	Skinnskatteberg	Nynäshamn	Ragunda
Göteborg	Strömsund	Sollefteå	Ronneby	Skara
Haparanda	Sundbyberg	Sorsele	Rättvik	Storuman
Helsingborg	Säffle	Sunne	Sandviken	Surahammar
Hällefors	Tanum	Söderhamn	Skurup	Svenljunga
Hörby	Trollhättan	Tidaholm	Svalöv	Säter
Klippan	Töreboda	Torsås	Sävsjö	Sölvesborg
Ljusnarsberg	Valdemarsvik	Trelleborg	Tierp	Tibro
Mellerud	Vansbro	Uddevalla	Vimmerby	Timrå
Munkfors	Vilhelmina	Vingåker	Ånge	Tingsryd
Norberg	Åmål	Västerås	Älvkarleby	Tranås
Pajala	Ödeshöj	Åre	Älvsbyn	Upplands Väsby
Perstorp	Örkelljunga	Åsele	Östra Göinge	Upplands-Bro
Storfors	Överkalix			Uppsala
Strömstad		Kommungrupp 5	Kommungrupp 6	Uppvidinge
Södertälje	Kommungrupp 4	Arjeplog	Aneby	Vara
Tomelilla	Arboga	Borås	Askersund	Vänersborg
Torsby	Arvika	Båstad	Avesta	Västervik
Åstorp	Bollnäs	Degerfors	Bromölla	Växjö
Älvdalen	Borgholm	Eslöv	Emmaboda	Ydre
Örebro	Bräcke	Essunga	Halmstad	Åtvidaberg
Övertorneå	Fagersta	Falkenberg	Herrljunga	Östhammar
	Gagnef	Falköping	Hjo	
Kommungrupp 3	Gotland	Finspång	Hylte	
Bengtstors	Gävle	Forshaga	Kalix	
Berg	Hagfors	Hallsberg	Karlskrona	

Forts. Tabell 17. Kommungrupper för barn- och ungdomsvård efter kommungrupp

Kommungrupp 7	Lycksele	Kommungrupp 8	Värmdö	Vallentuna
Alvesta	Malå	Ale	Älmhult	Vaxholm
Boden	Nordmaling	Alingsås	Ängelholm	Vellinge
Boxholm	Norsjö	Eksjö	Örnsköldsvik	Värnamo
Enköping	Orust	Gnosjö		Österåker
Falun	Ovanåker	Gällivare	Kommungrupp 9	
Gislaved	Oxelösund	Lidköping	Arvidsjaur	Kommungrupp 10
Gnesta	Robertfors	Ljungby	Habo	Bollebygd
Grästorp	Skövde	Mörbylånga	Håbo	Danderyd
Götene	Smedjebacken	Nacka	Knivsta	Ekerö
Höganäs	Solna	Skellefteå	Kungälv	Hammarö
Järfälla	Sotenäs	Sollentuna	Kävlinge	Härryda
Jönköping	Strängnäs	Staffanstorps	Lidingö	Kungsbacka
Kalmar	Sundsvall	Svedala	Mölnadal	Lerum
Karlsborg	Söderköping	Tyresö	Oskarshamn	Lomma
Karlshamn	Tranemo	Ulricehamn	Partille	Nykvarn
Kiruna	Vetlanda	Umeå	Piteå	Täby
Kumla	Vindeln	Vadstena	Salem	Öckerö
Leksand	Vårgårda	Vaggeryd	Stenungsund	
Luleå	Ystad	Varberg	Tjörn	
	Östersund	Vännäs	Trosa	

Tabell 18. Kommungrupper för barn- och ungdomsvård efter län

Stockholms län		Håbo	9	Ödeshög	3	Högsby	3
Botkyrka	1	Knivsta	9			Kalmar	7
Danderyd	10	Tierp	5	Jönköpings län		Mönsterås	6
Ekerö	10	Uppsala	6	Aneby	6	Mörbylånga	8
Haninge	4	Älvkarleby	5	Eksjö	8	Nybro	5
Huddinge	4	Östhammar	6	Gislaved	7	Oskarshamn	9
Järfälla	7			Gnosjö	8	Torsås	4
Lidingö	9	Södermanlands län		Habo	9	Vimmerby	5
Nacka	8	Eskilstuna	2	Jönköping	7	Västervik	6
Norrtälje	6	Flen	2	Mullsjö	6		
Nykvarn	10	Gnesta	7	Nässjö	6	Gotlands län	
Nynäshamn	5	Katrineholm	3	Sävsjö	5	Gotland	4
Salem	9	Nyköping	5	Tranås	6		
Sigtuna	4	Oxelösund	7	Vaggeryd	8	Blekinge län	
Sollentuna	8	Strängnäs	7	Vetlanda	7	Karlshamn	7
Solna	7	Trosa	9	Värnamo	9	Karlskrona	6
Stockholm	3	Vingåker	4			Olofström	6
Sundbyberg	3			Kronobergs län		Ronneby	5
Södertälje	2	Östergötlands län		Alvesta	7	Sölvesborg	6
Tyresö	8	Boxholm	7	Lessebo	5		
Täby	10	Finspång	5	Ljungby	8	Skåne län	
Upplands	6	Kinda	6	Markaryd	4	Bjuv	2
Upplands-Bro	6	Linköping	5	Tingsryd	6	Bromölla	6
Vallentuna	9	Mjölby	6	Uppvidinge	6	Burlöv	2
Vaxholm	9	Motala	5	Växjö	6	Båstad	5
Värmdö	8	Norrköping	3	Älmhult	8	Eslöv	5
Österåker	9	Söderköping	7			Helsingborg	2
		Vadstena	8	Kalmar län		Hässleholm	3
Uppsala län		Valdemarsvik	3	Borgholm	4	Höganäs	7
Enköping	7	Ydre	6	Emmaboda	6	Hörby	2
Heby	5	Åtvidaberg	6	Hultsfred	3	Höör	5

Forts. Tabell 18. Kommungrupper för barn- och ungdomsvård efter län

Skåne län, forts.					
Klippan	2	Lerum	10	Hallsberg	5
Kristianstad	3	Lidköping	8	Hällefors	2
Kävlinge	9	Lilla Edet	4	Karlskoga	5
Landskrona	1	Lysekil	5	Kumla	7
Lomma	10	Mariestad	6	Laxå	6
Lund	6	Mark	6	Lekeberg	6
Malmö	1	Mellerud	2	Lindesberg	4
Osby	4	Munkedal	3	Ljusnarsberg	2
Perstorp	2	Mölnadal	9	Nora	3
Simrishamn	3	Orust	7	Örebro	2
Sjöbo	4	Partille	9		
Skurup	5	Skara	6	Västmanlands län	
Staffanstorps	8	Skövde	7	Arboga	4
Svalöv	5	Sotenäs	7	Fagersta	4
Svedala	8	Stenungsund	9	Hallstahammar	4
Tomelilla	2	Strömstad	2	Kungsör	5
Trelleborg	4	Svenljunga	6	Köping	3
Vellinge	9	Tanum	3	Norberg	2
Ystad	7	Tibro	6	Sala	4
Åstorp	2	Tidaholm	4	Skinnskatteberg	4
Ängelholm	8	Tjörn	9	Surahammar	6
Örkelljunga	3	Tranemo	7	Västerås	4
Östra Göinge	5	Trollhättan	3		
		Töreboda	3	Dalarnas län	
		Uddevalla	4	Avesta	6
Hallands län		Ulricehamn	8	Borlänge	2
Falkenberg	5	Vara	6	Falun	7
Halmstad	6	Vårgårda	7	Gagnef	4
Hylte	6	Vänersborg	6	Hedemora	4
Kungsbacka	10	Ämål	3	Leksand	7
Laholm	6	Öckerö	10	Ludvika	4
Varberg	8			Malung-Sälen	4
		Värmlands län		Mora	6
Västra Götalands län		Arvika	4	Orsa	3
Ale	8	Eda	1	Rättvik	5
Alingsås	8	Filipstad	2	Smedjebacken	7
Bengtsfors	3	Forshaga	5	Säter	6
Bollebygd	10	Grums	2	Vansbro	3
Borås	5	Hagfors	4	Älvdalen	2
Dals-Ed	2	Hammarö	10		
Essunga	5	Karlstad	5	Gävleborgs län	
Falköping	5	Kil	5	Bollnäs	4
Färgelanda	3	Kristinehamn	3	Gävle	4
Grästorp	7	Munkfors	2	Hofors	5
Gullspång	2	Storfors	2	Hudiksvall	5
Göteborg	2	Sunne	4	Ljusdal	5
Götene	7	Säffle	3	Nordanstig	3
Herrljunga	6	Torsby	2	Ockelbo	6
Hjo	6	Årjäng	1	Ovanåker	7
Härryda	10			Sandviken	5
Karlsborg	7	Örebro län		Söderhamn	4
Kungälv	9	Askersund	6		
		Degerfors	5		
				Västernorrlands län	
				Härnösand	4
				Kramfors	4
				Sollefteå	4
				Sundsvall	7
				Timrå	6
				Ånge	5
				Örnsköldsvik	8
				Jämtlands län	
				Berg	3
				Bräcke	4
				Härjedalen	4
				Krokom	6
				Ragunda	6
				Strömsund	3
				Åre	4
				Östersund	7
				Västerbottens län	
				Bjurholm	3
				Dorotea	3
				Lycksele	7
				Malå	7
				Nordmaling	7
				Norsjö	7
				Robertsfors	7
				Skellefteå	8
				Sorsele	4
				Storuman	6
				Umeå	8
				Vilhelmina	3
				Vindeln	7
				Vännäs	8
				Åsele	4
				Norrbottens län	
				Arjeplog	5
				Arvidsjaur	9
				Boden	7
				Gällivare	8
				Haparanda	2
				Jokkmokk	5
				Kalix	6
				Kiruna	7
				Luleå	7
				Pajala	2
				Piteå	9
				Älvsbyn	5
				Övertorneå	3
					2

Kommungrupper – ett stöd för analys

Socialstyrelsens förhoppning är att förslaget till kommungrupper ska stödja kommunerna i sina analyser. Förutsättningarna för kommunernas barn- och ungdomsvård skiljer kraftigt och kan påverka både resultatet och effektiviteten. De är därmed en viktig aspekt att ta hänsyn till vid analys och tolkning av indikatorernas utfall. Ett sämre resultat i en kommun än i en annan kommun kan bero på skillnader i förutsättningar. Kommunen med det sämre resultatet kan bedriva arbetet på ett bättre och effektivare sätt om hänsyn tas till de förutsättningar som kommunen har.

I de kommungrupper som presenteras här varierar utfallet för både resultat- och effektivitetsindikatorerna bland de kommuner som ingår i en viss kommungrupp. Detta kan tolkas som att det finns skillnader mellan kommuner med relativt likvärdiga förutsättningar. Orsakerna till detta kan vara flera, och det behöver kommunerna på egen hand analysera vidare för att placerade barn och unga ska få en bra vistelse under placeringen, en bra uppväxt och ett gott vuxenliv.

I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* redovisas indikatorernas utfall och underlaget till indikatorerna per kommun.

Kapitlets disposition

I den återstående delen av detta kapitel redovisas bakgrundsmått, utvecklingen av utfallet för jämförbara indikatorer som publicerats i öppna jämförelser och utfallet för resultat- och effektivitetsindikatorerna som redovisats i denna rapport för respektive kommungrupp jämfört med rikets genomsnitt. Utfallet för resultat- och effektivitetsindikatorerna redovisas också per kommun i så kallade kommunprofiler genom spindeldiagram. Där jämförs kommunens utfall med kommungruppens respektive rikets genomsnitt. I rapportens sista kapitel, *Läs- och tolkningsguide*, beskrivs bland annat hur spindeldiagram ska tydas.

Denna redovisning är tänkt att ge kommunerna en överblick av hur deras utfall ligger till i förhållande till relativt likvärdiga kommuner och till riket. Den ska också ge en indikation på inom vilket område eller vilka indikatorer som kommunerna behöver utforska vidare. Socialstyrelsen ger också en mycket övergripande analys för respektive kommungrupp.

Kommungrupp 1

Kommungrupp 1 innehåller 5 kommuner. För indikatorerna som publiceras i öppna jämförelser och som går att jämföra vid minst tre mättillfällen har kommungrupp 1 i genomsnitt bättre utfall för samtliga indikatorer med undantag för överenskommelse om samverkan med barnhälsovården och dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister (tabell 19).

För resultat- och effektivitetsindikatorerna tyder utfallet för kommungruppen på bra resultat inom områdena Bästa möjliga hälsa och En trygg uppväxt men lika eller sämre resultat jämfört med än riket för En god lev-

Botkyrka
Eda
Landskrona
Malmö
Arjäng

nadsstandard och En god utbildning. Effektiviteten är som riket eller något sämre (diagram 45).

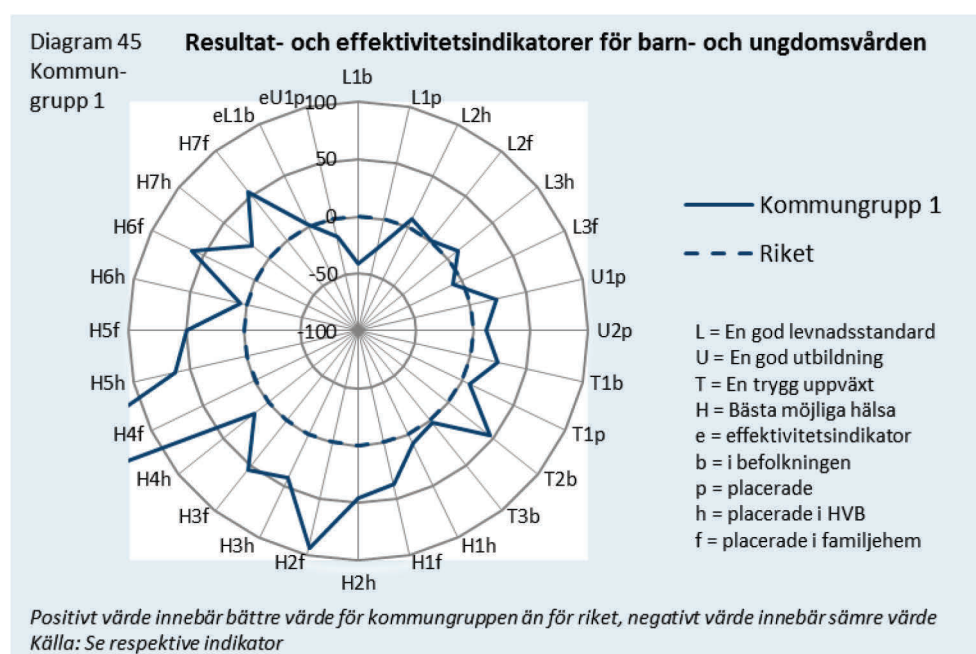
För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

Utfall för kommungruppen

Tabell 19. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 1 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		23 (41)	55 (47)	42 (60)	81 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		85 (51)	100 (57)	92 (69)	8 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		92 (60)	91 (74)	92 (77)	-1 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		100 (48)	91 (61)	100 (66)	0 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	7 (28)	14 (49)	57 (61)	79 (72)	1000 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	50 (63)	23 (65)	73 (74)		45 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		69 (45)	82 (62)	92 (66)	32 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen



Tabell 20. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 1 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 5	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	89 598 (32 700)	8 460 (2 431)	302 835 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	34,6 (14,0)	19,8 (4,5)	54,1 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	13,4 (13,7)	7,4 (6,9)	24,0 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	137 520 (162 014)	123 900 (123 900)	147 800 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	24,1 (24,1)	21,5 (18,1)	28,4 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	60,9 (59,1)	43,3 (0,0)	70,7 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	33,2 (18,2)	27,5 (5,7)	39,0 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	10,1 (6,6)	5,2 (0,4)	15,9 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,6 (0,3)	0,4 (0,0)	1,0 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,7 (1,8)	1,6 (1,0)	2,0 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	3,0 (2,6)	1,6 (0,4)	4,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	7,3 (2,6)	3,9 (1,2)	11,2 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 1 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 21. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 21. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 1 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Eda		
H6f	-77,7	-37,9
Arjäng		
L2h	-8,2	-6,9

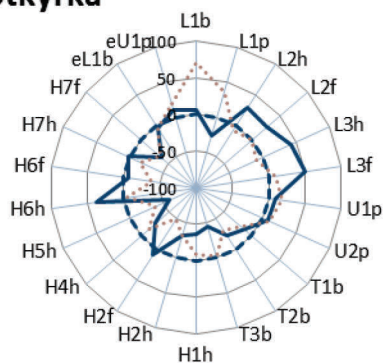
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 1.

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

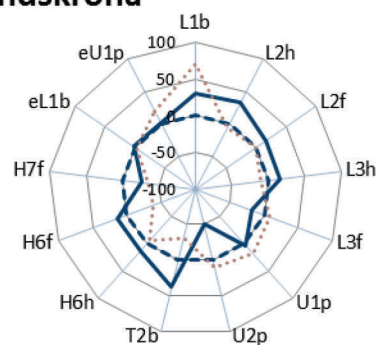
Källa: Se respektive indikator.

Spindeldiagram

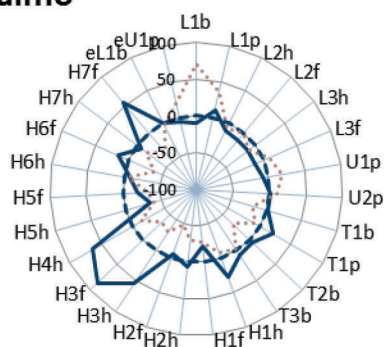
Botkyrka



Landskrona



Malmö



— Kommunen - - - Kommungrupp 1 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde

Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 2

Kommungrupp 2 innehåller 30 kommuner. För indikatorerna som redovisas i öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården har kommungruppen i högre utsträckning dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister än genomsnittet i riket, men i lägre utsträckning ordinarie licens för barns behov i centrum (BBIC). För övriga indikatorer är kommungruppens utfall ungefär som rikets (tabell 22).

För resultatindikatorerna om En god levnadsstandard har kommungruppen något sämre utfall än genomsnittet för riket. För utbildningsindikatorerna är det ingen skillnad mellan rikets genomsnitt och kommungruppens. För indikatorerna om En trygg uppväxt varierar utfallet jämfört med riket och är både bättre och sämre. För de flesta indikatorerna inom området Bästa möjliga hälsa är kommungruppens utfall bättre än för riket. Kommungruppen ligger ungefär som riket för effektivitetsindikatorerna (diagram 46).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

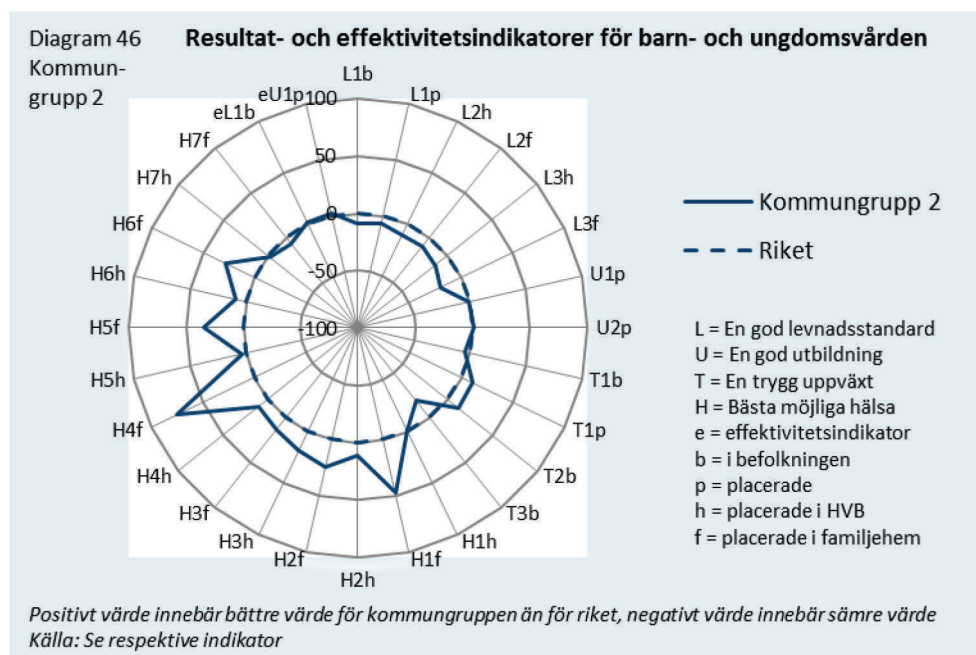
Utfall för kommungruppen

Tabell 22. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 2 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		43 (41)	53 (47)	67 (60)	54 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		60 (51)	67 (57)	67 (69)	11 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		60 (60)	87 (74)	76 (77)	26 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		53 (48)	67 (61)	64 (66)	19 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	17 (28)	32 (49)	44 (61)	56 (72)	227 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	59 (63)	73 (65)	87 (74)		47 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		50 (45)	73 (62)	64 (66)	27 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Bjuv
Borlänge
Burlöv
Dals-Ed
Eskilstuna
Filipstad
Flen
Grums
Gullspång
Göteborg
Haparanda
Helsingborg
Hällefors
Hörby
Klippan
Ljusnarsberg
Mellerud
Munkfors
Norberg
Pajala
Perstorp
Storfors
Strömstad
Södertälje
Tomelilla
Torsby
Åstorp
Älvdalen
Örebro
Övertorneå



Tabell 23. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 2 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 30	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	41 789 (32 700)	3 702 (2 431)	520 374 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	20,3 (14,0)	6,3 (4,5)	50,5 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	11,1 (13,7)	7,0 (6,9)	26,6 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	147 973 (162 014)	134 500 (123 900)	173 900 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	23,1 (24,1)	19,9 (18,1)	27,8 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	53,2 (59,1)	0,0 (0,0)	82,1 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	25,7 (18,2)	22,3 (5,7)	29,9 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	9,3 (6,6)	2,7 (0,4)	17,4 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,6 (0,3)	0,0 (0,0)	2,9 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,5 (1,0)	2,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	3,0 (2,6)	0,9 (0,4)	4,4 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	3,0 (2,6)	2,6 (1,2)	12,9 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 2 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 24. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. För Dals-Ed och Munkfors är inga uppgifter möjliga att redovisa. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 24. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 2 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

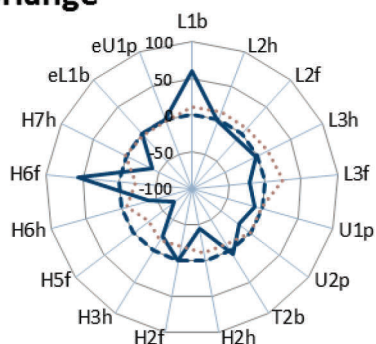
Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Bjuv		
T2b	-3,6	-10,5
H6f	-26,6	-21,9
Norberg		
L2h	-24,1	12,2
L2f	-3,4	10,4
Pajala		
eL1b	-19,0	-1,8
Övertorneå		
eL1b	-23,8	-1,8

Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 2.

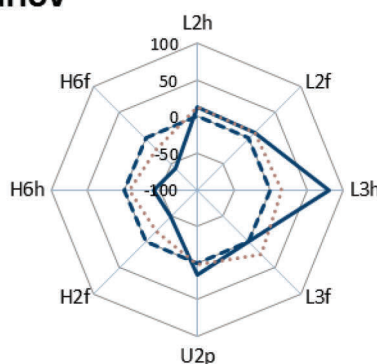
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

Borlänge



Burlöv

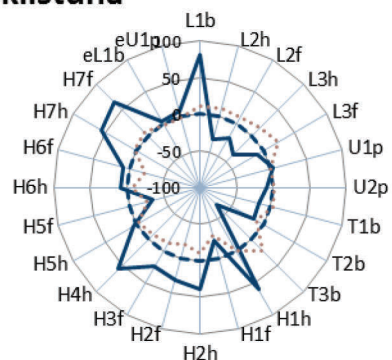


— Kommun
- - - Kommungrupp 2
... Riket

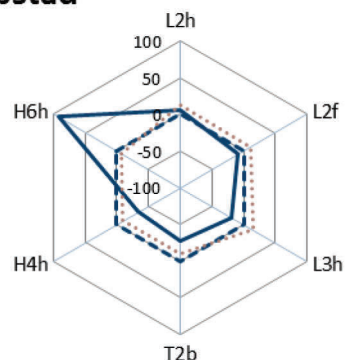
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde

Källa: Se respektive indikator

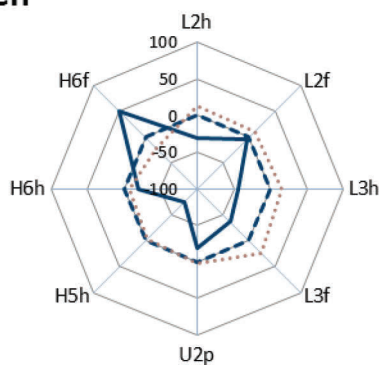
Eskilstuna



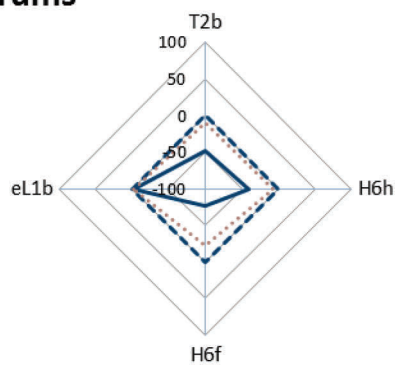
Filipstad



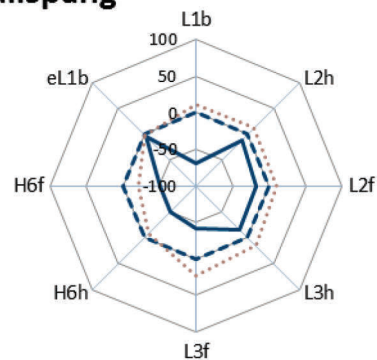
Flen



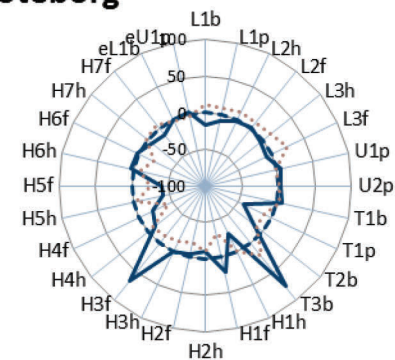
Grums



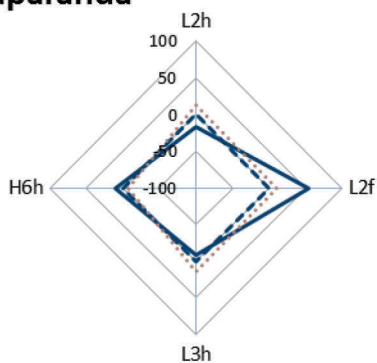
Gullspång



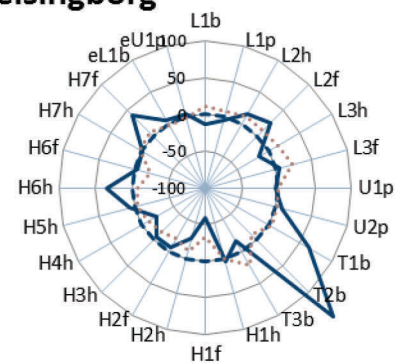
Göteborg



Haparanda



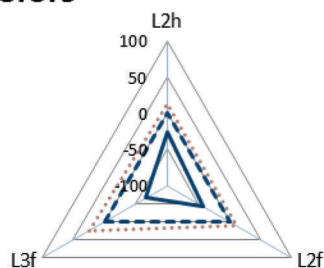
Helsingborg



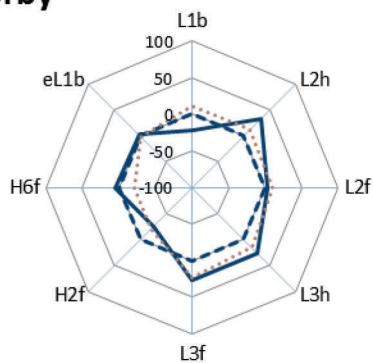
— Kommun
- - - Kommungrupp 2
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

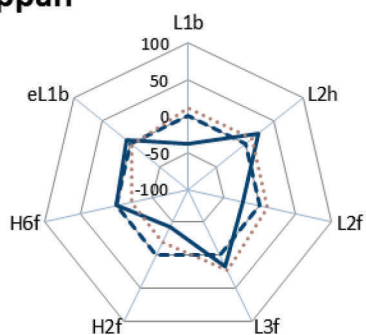
Hällefors



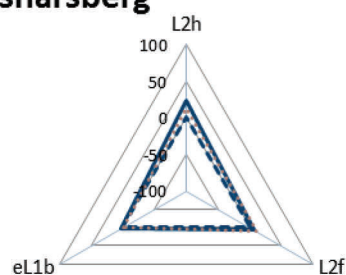
Hörby



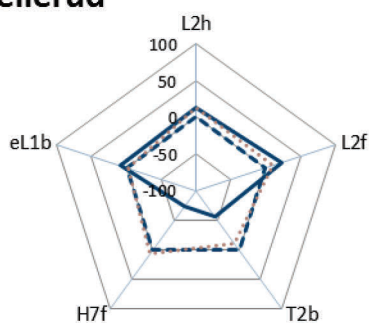
Klippan



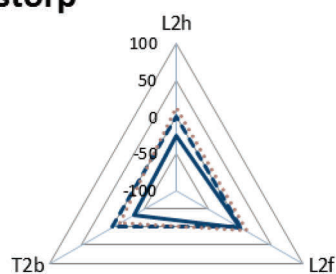
Ljusnarsberg



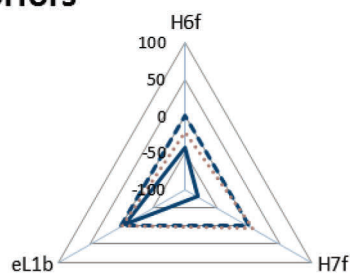
Mellerud



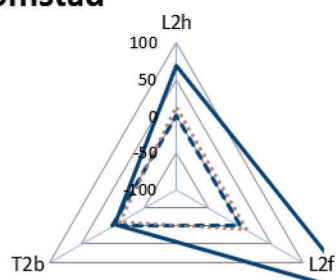
Perstorp



Storfors



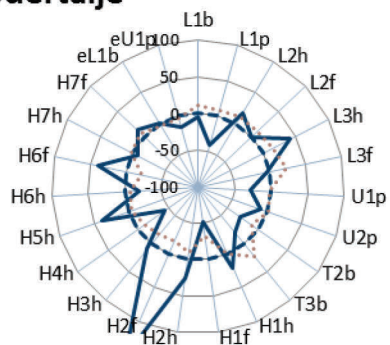
Strömstad



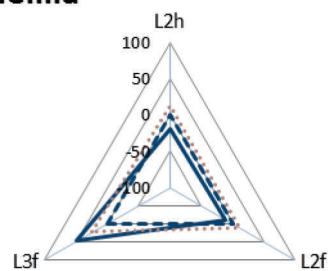
— Kommun
- - - Kommungrupp 2
..... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

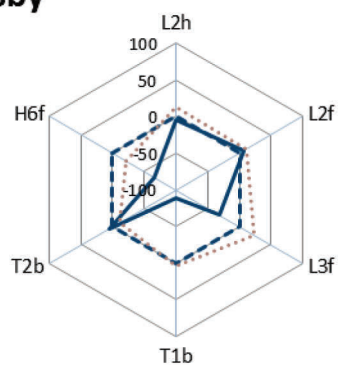
Södertälje



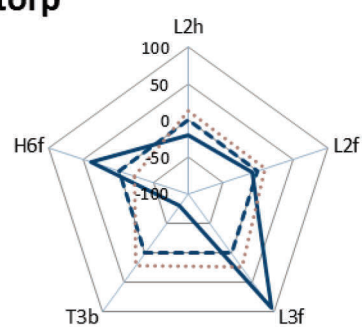
Tomelilla



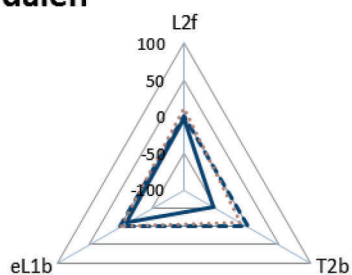
Torsby



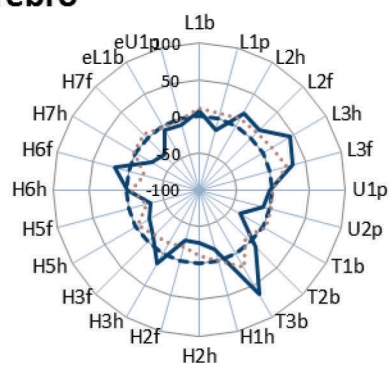
Åstorp



Älvdalen



Örebro



— Kommunen - - - Kommungrupp 2 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 3

Kommungrupp 3 består av 32 kommuner. I genomsnitt har kommunerna i kommungruppen i lägre utsträckning än riket en överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård och med ledningen för förskola och skola. De har i högre utsträckning en överenskommelse om samverkan med ledningen för polis och dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister. För övriga indikatorer som är jämförbara över flera år och som redovisats i öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården är kommungruppens genomsnitt ungefär som rikets (tabell 25).

Kommunerna har i genomsnitt både bättre och sämre utfall än rikets genomsnitt för indikatorerna som avser En god levnadsstandard. För utbildningsindikatorerna är gruppens genomsnitt ungefär som rikets. Indikatorerna för En trygg uppväxt visar generellt sämre utfall för kommungruppen än för riket medan indikatorerna för Bästa möjliga hälsa varierar jämfört med rikets genomsnitt. Kommunernas genomsnitt för effektivitetsindikatorerna är ungefär som rikets genomsnitt (diagram 47).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

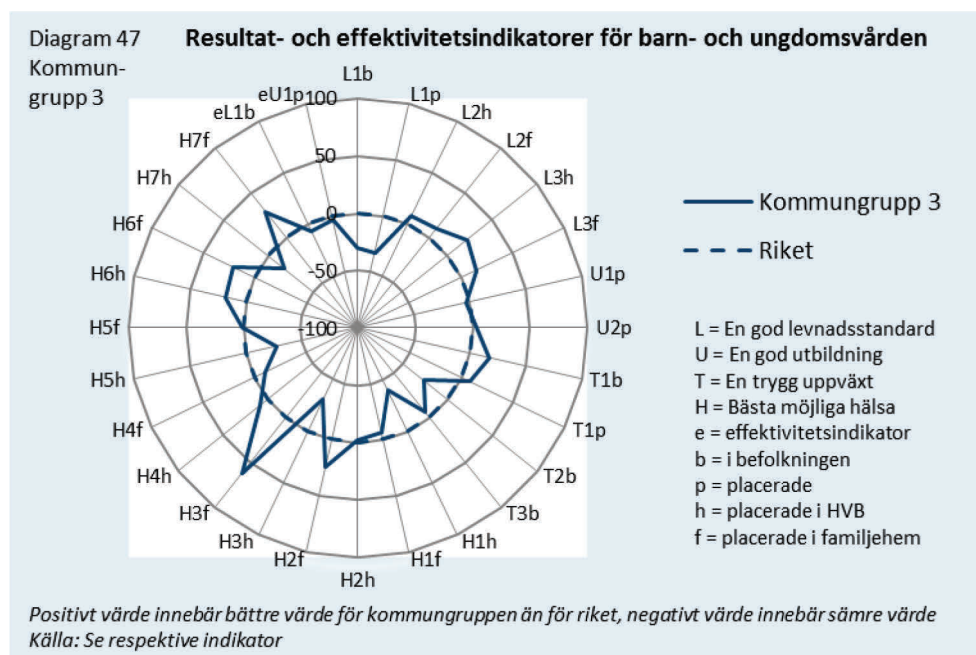
Utfall och variation

Tabell 25. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 3 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		31 (41)	33 (47)	54 (60)	76 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		51 (51)	48 (57)	68 (69)	32 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		56 (60)	67 (74)	68 (77)	20 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		46 (48)	52 (61)	76 (66)	64 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	16 (28)	27 (49)	47 (61)	69 (72)	343 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	81 (63)	72 (65)	79 (74)		-3 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		54 (45)	67 (62)	68 (66)	25 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Bengtsfors
Berg
Bjurholm
Dorotea
Färgelanda
Hultsfred
Hässleholm
Högsby
Katrineholm
Kristianstad
Kristinehamn
Köping
Munkedal
Nora
Nordanstig
Norrköping
Orsa
Simrishamn
Stockholm
Strömsund
Sundbyberg
Säffle
Tanum
Trollhättan
Töreboda
Valdemarsvik
Vansbro
Vilhelmina
Åmål
Ödeshög
Örkelljunga
Överkalix



Tabell 26. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 3 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 32	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	47 080 (32 700)	2 431 (2 431)	864 324 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	13,2 (14,0)	5,9 (4,5)	35,2 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	12,0 (13,7)	7,8 (6,9)	32,2 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	150 366 (162 014)	134 800 (123 900)	208 300 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	22,7 (24,1)	18,1 (18,1)	25,7 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	57,8 (59,1)	29,2 (0,0)	82,8 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	22,8 (18,2)	19,1 (5,7)	26,1 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	7,8 (6,6)	0,4 (0,4)	12,9 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,4 (0,3)	0,0 (0,0)	0,8 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,5 (1,0)	3,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,8 (2,6)	0,6 (0,4)	6,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,8 (2,6)	1,8 (1,2)	16,4 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 3 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 27. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. För Bjurholm är inga uppgifter möjliga att redovisa. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 27. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 3 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

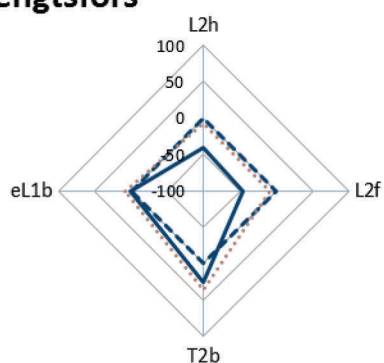
Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Berg		
L2h	-41,5	-7,4
L2f	-49,0	-8,8
Färgelanda		
H6f	-39,3	-17,0
eL1b	3,9	7,7
Nora		
L2f	-21,7	-8,8
T2b	19,6	36,7
Orsa		
T2b	-35,2	36,7
Valdemarsvik		
L2f	-13,9	-8,8
Åmål		
L2f	-20,3	-8,8
T2b	34,6	36,7
Örkelljunga		
L2f	91,4	-8,8
Överkalix		
eL1b	-7,2	7,7

Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 3.

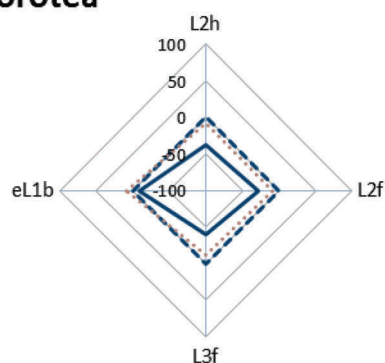
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

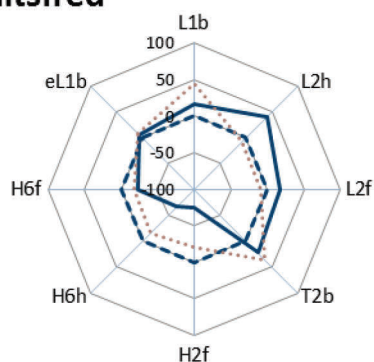
Bengtsfors



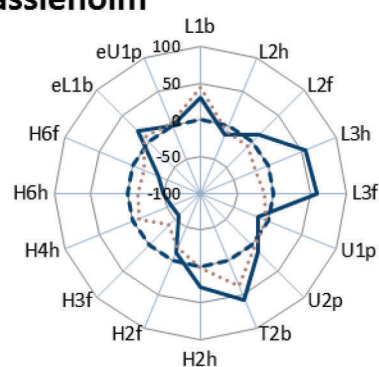
Dorotea



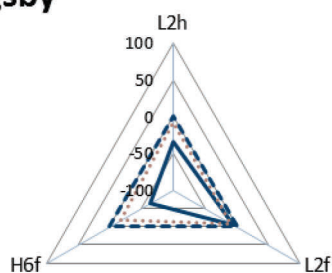
Hultsfred



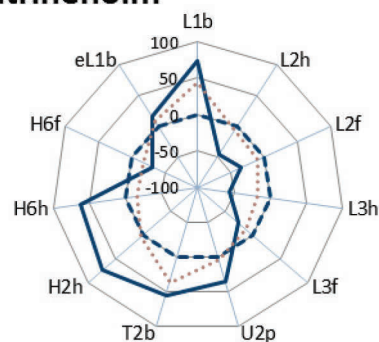
Hässleholm



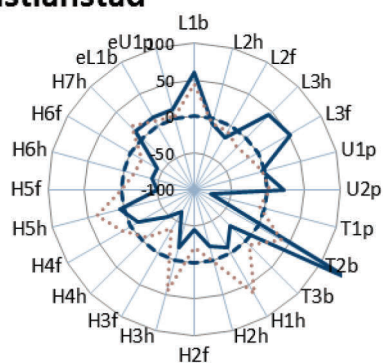
Högsby



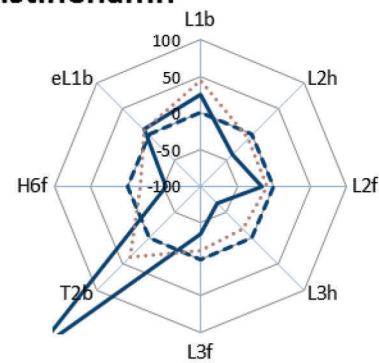
Katrineholm



Kristianstad



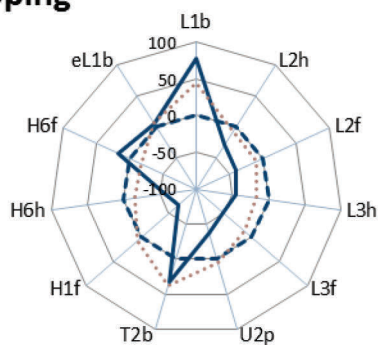
Kristinehamn



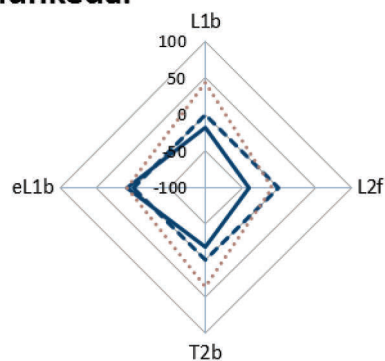
— Kommunen - - - - Kommungrupp 3 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

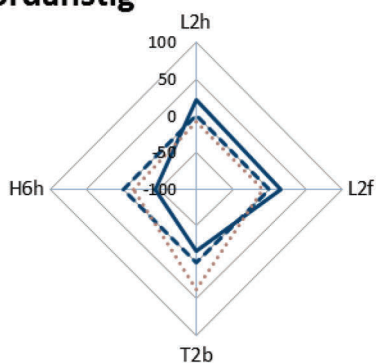
Köping



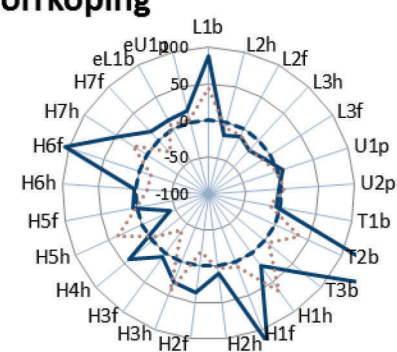
Munkedal



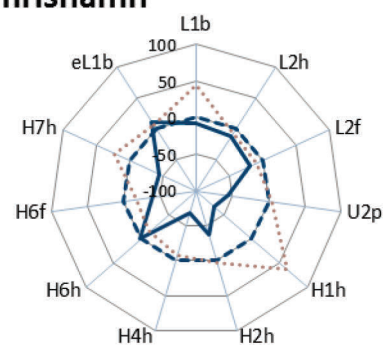
Nordanstig



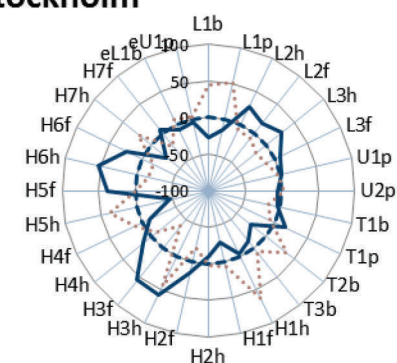
Norrköping



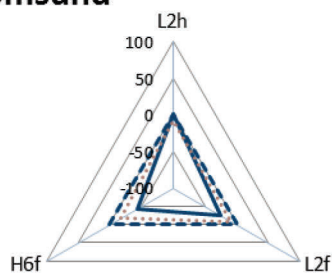
Simrishamn



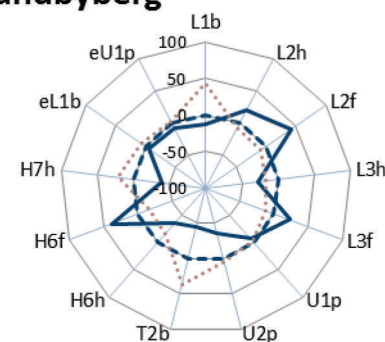
Stockholm



Strömsund



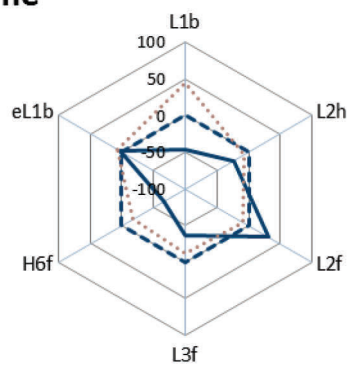
Sundbyberg



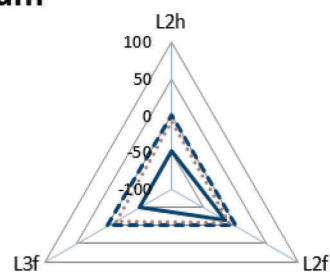
— Kommun
- - - Kommungrupp 3
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

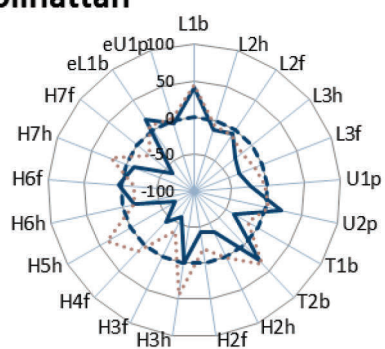
Säffle



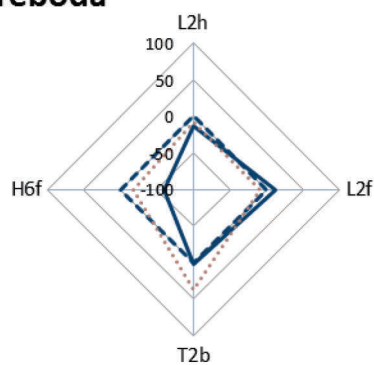
Tanum



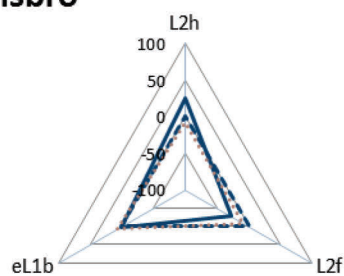
Trollhättan



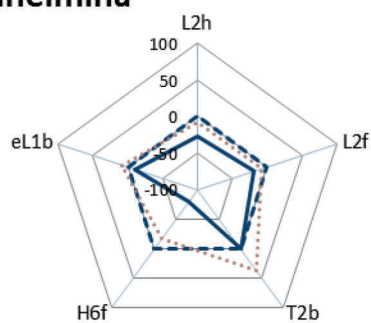
Töreboda



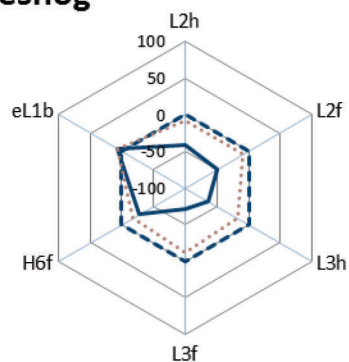
Vansbro



Vilhelmina



Ödeshög



— Kommun — Kommungrupp 3 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 4

Kommungrupp 4 består av 39 kommuner. Kommunerna i kommungruppen har i ungefär samma utsträckning som riket en överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård, dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister samt socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt. För övriga indikatorer som redovisats i öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården i tabell 28 är kommungruppens genomsnitt sämre än rikets genomsnitt.

Genomsnittet för resultat- och effektivitetsindikatorer är i kommungruppen ungefär som för riket. Undantagen är en indikator inom området En trygg uppväxt och två indikatorer inom Bästa möjliga hälsa som har bättre utfall (diagram 48).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

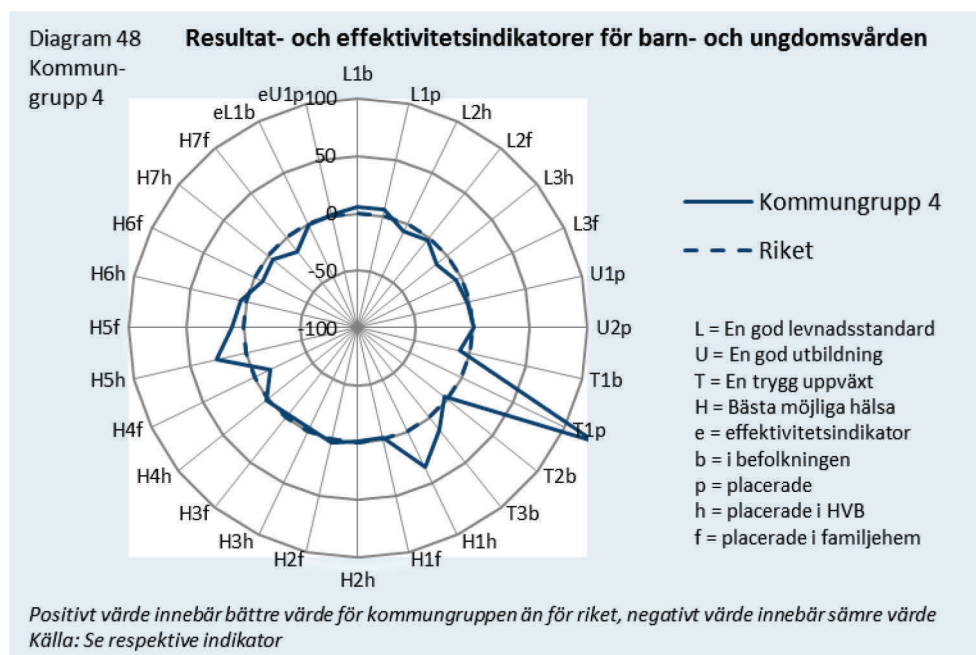
Utfall för kommungruppen

Tabell 28. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 4 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		28 (41)	46 (47)	57 (60)	106 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		36 (51)	49 (57)	51 (69)	42 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		42 (60)	69 (74)	69 (77)	65 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		39 (48)	49 (61)	49 (66)	25 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	23 (28)	51 (49)	56 (61)	64 (72)	178 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	66 (63)	72 (65)	71 (74)		9 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		39 (45)	63 (62)	66 (66)	69 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Arboga
 Arvika
 Bollnäs
 Borgholm
 Bräcke
 Fagersta
 Gagnef
 Gotland
 Gävle
 Hagfors
 Hallstahammar
 Haninge
 Hedemora
 Huddinge
 Härjedalen
 Härnösand
 Kramfors
 Lilla Edet
 Lindesberg
 Ludvika
 Malung-Sälen
 Markaryd
 Osby
 Sala
 Sigtuna
 Sjöbo
 Skinnskatteberg
 Sollefteå
 Sorsele
 Sunne
 Söderhamn
 Tidaholm
 Torsås
 Trelleborg
 Uddevalla
 Vingåker
 Västerås
 Åre
 Åsele



Tabell 29. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 4 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 39	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	26 847 (32 700)	2 729 (2 431)	138 709 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	13,9 (14,0)	5,9 (4,5)	35,1 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	11,9 (13,7)	7,7 (6,9)	19,9 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	155 049 (162 014)	138 800 (123 900)	176 900 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	23,2 (24,1)	19,5 (18,1)	28,9 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	53,9 (59,1)	0,0 (0,0)	75,0 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	20,5 (18,2)	17,4 (5,7)	23,8 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	7,7 (6,6)	3,3 (0,4)	12,5 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,4 (0,3)	0,0 (0,0)	0,8 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,7 (1,8)	1,0 (1,0)	2,3 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,7 (2,6)	0,4 (0,4)	5,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,7 (2,6)	1,5 (1,2)	11,8 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 4 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 30. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 30. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 4 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Borgholm		
L2f	34,8	2,7
eL1b	2,8	0,2
Härjedalen		
L2h	-7,8	7,8
eL1b	-16,7	0,2
Härnösand¹		
U2p	-385,2	1,1

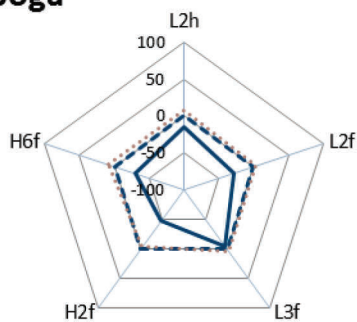
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 4.

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

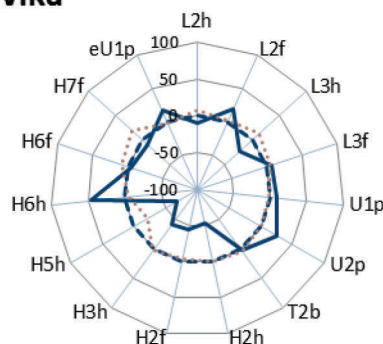
¹ Värde för indikatorn är inte möjligt att redovisa i spindeldiagrammet för kommunen

Spindeldiagram

Arboga



Arvika

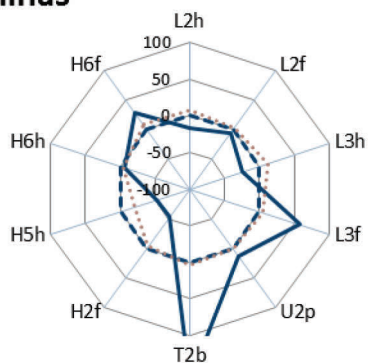


— Kommunen - - - - - Kommungrupp 4 Riket

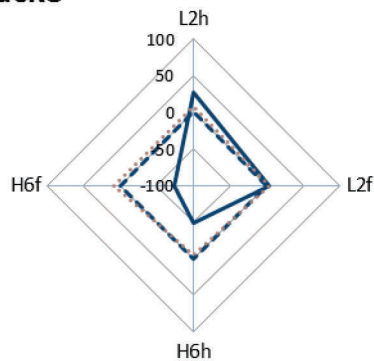
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde

Källa: Se respektive indikator

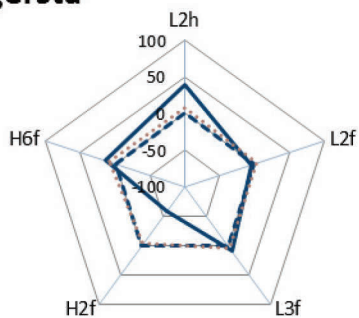
Bollnäs



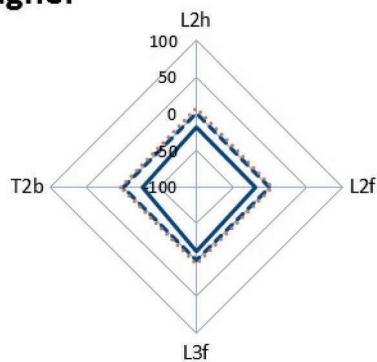
Bräcke



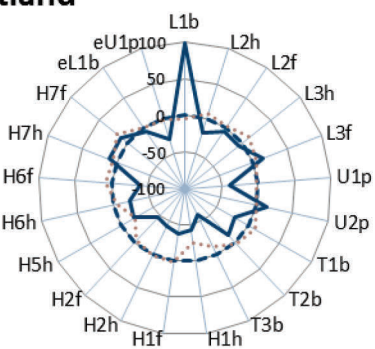
Fagersta



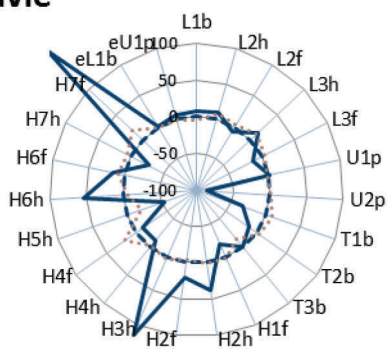
Gagnef



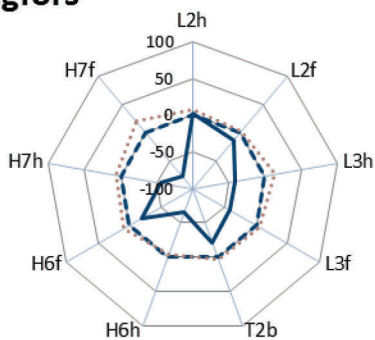
Gotland



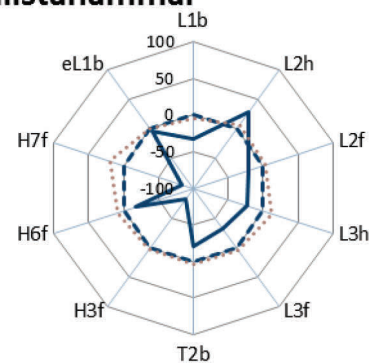
Gävle



Hagfors



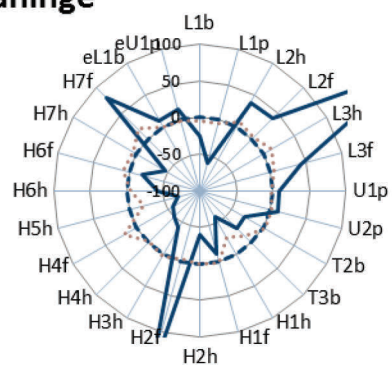
Hallstahammar



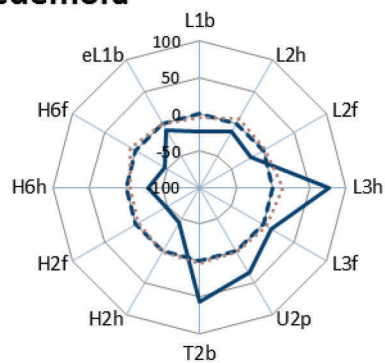
— Kommun
- - - Kommungrupp 4
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

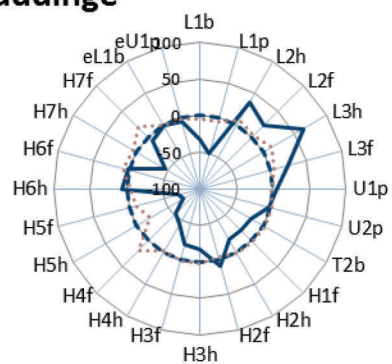
Haninge



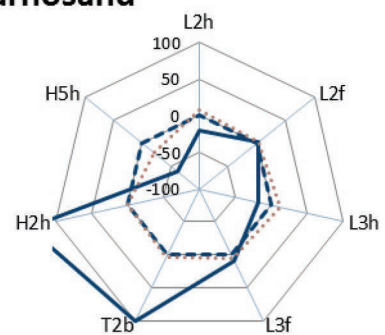
Hedemora



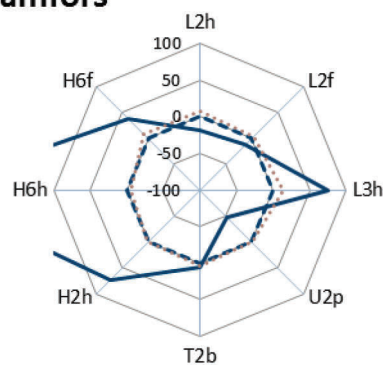
Huddinge



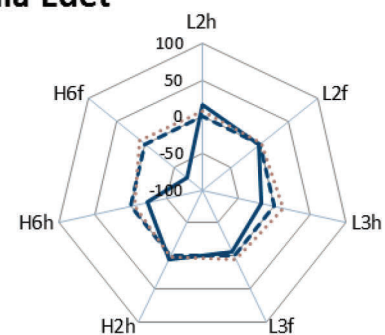
Härnösand



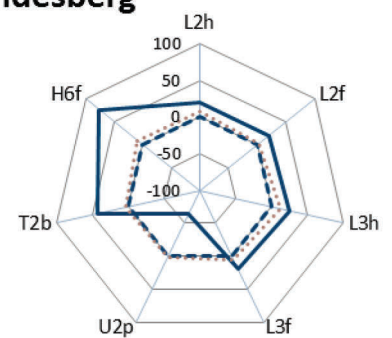
Kramfors



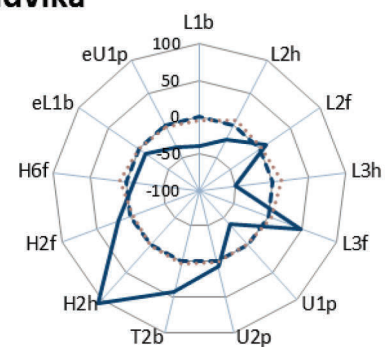
Lilla Edet



Lindesberg



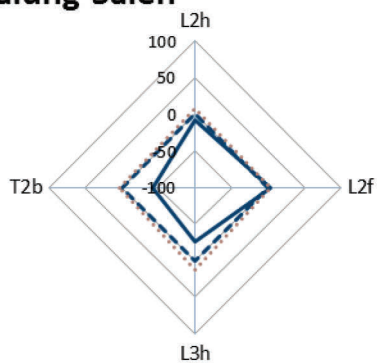
Ludvika



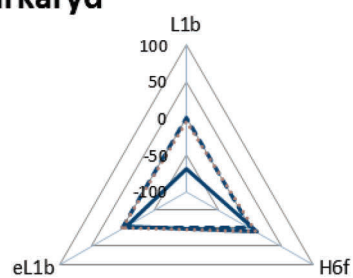
— Kommunen - - - Kommungrupp 4 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

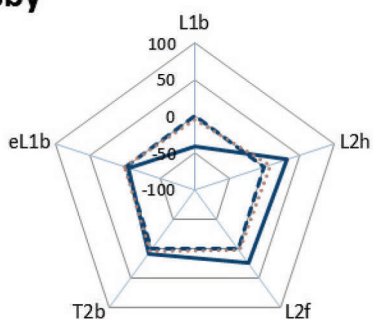
Malung-Sälén



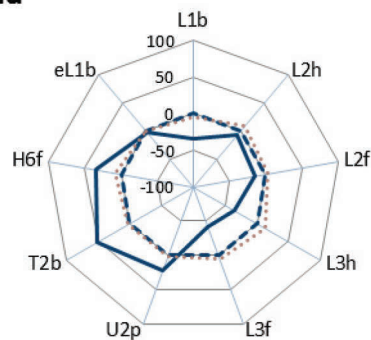
Markaryd



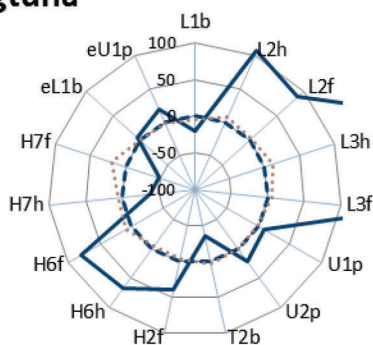
Osby



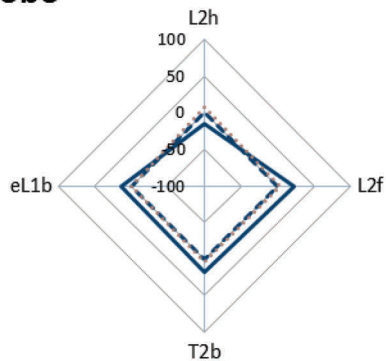
Sala



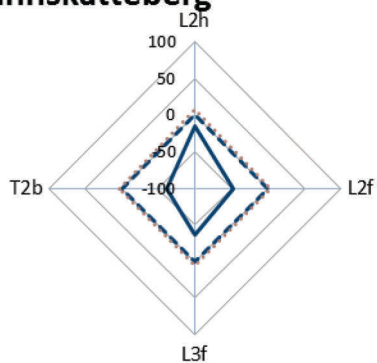
Sigtuna



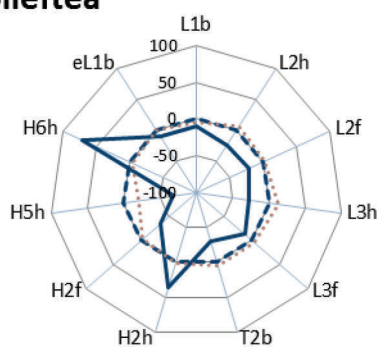
Sjöbo



Skinnskatteberg



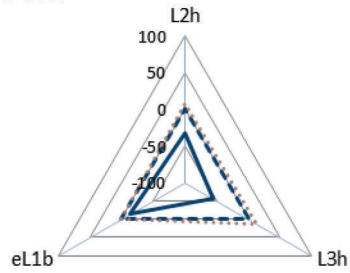
Sollefteå



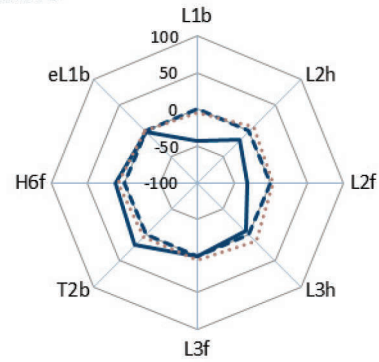
— Kommun
--- Kommungrupp 4
..... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

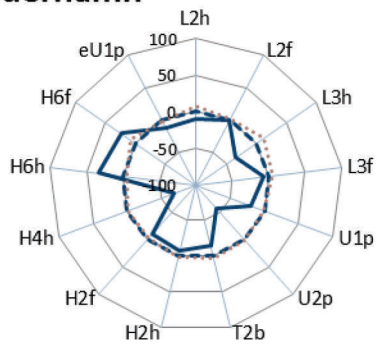
Sorsele



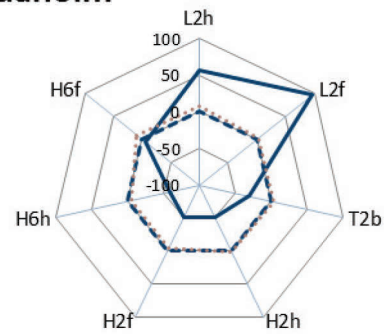
Sunne



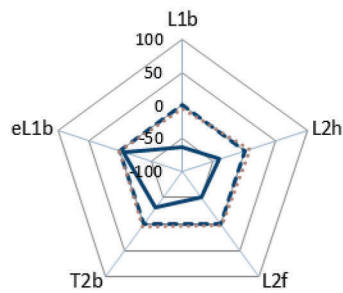
Söderhamn



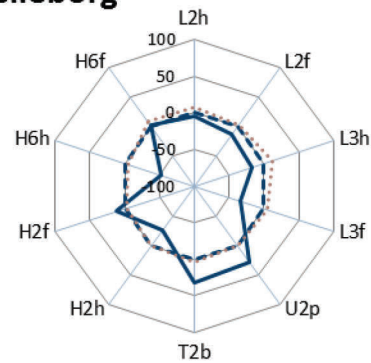
Tidaholm



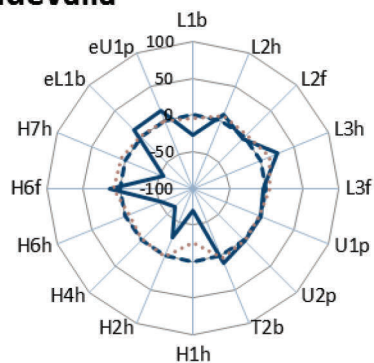
Torsås



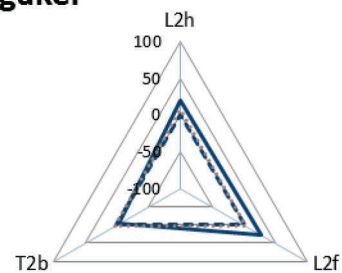
Trelleborg



Uddevalla



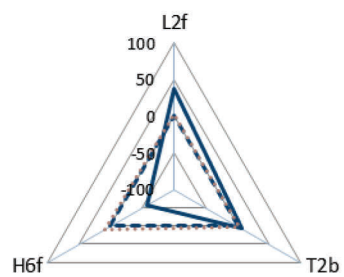
Vingåker



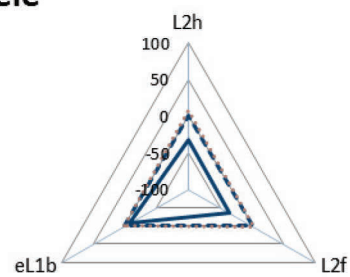
— Kommunen - - - - - Kommungrupp 4 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Åre



Åsele



— Kommunen - - - Kommungrupp 4 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommunggruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 5

Kommungrupp 5 består av 40 kommuner. Kommunerna i kommungruppen har i sämre eller i lika utsträckning som rikets genomsnitt överenskommer med ledningen för barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, förskola och skola samt polis. För övriga indikatorer som redovisas i öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården är kommunuppens genomsnitt ungefär som rikets (tabell 31).

För några enstaka resultatindikatorer är kommunuppens genomsnitt betydligt bättre än rikets genomsnitt. För övriga resultatindikatorer är utfallet för kommungruppen lika eller sämre än genomsnittet för riket. Effektivitetsindikatorernas utfall är ungefär som rikets genomsnitt (diagram 49).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

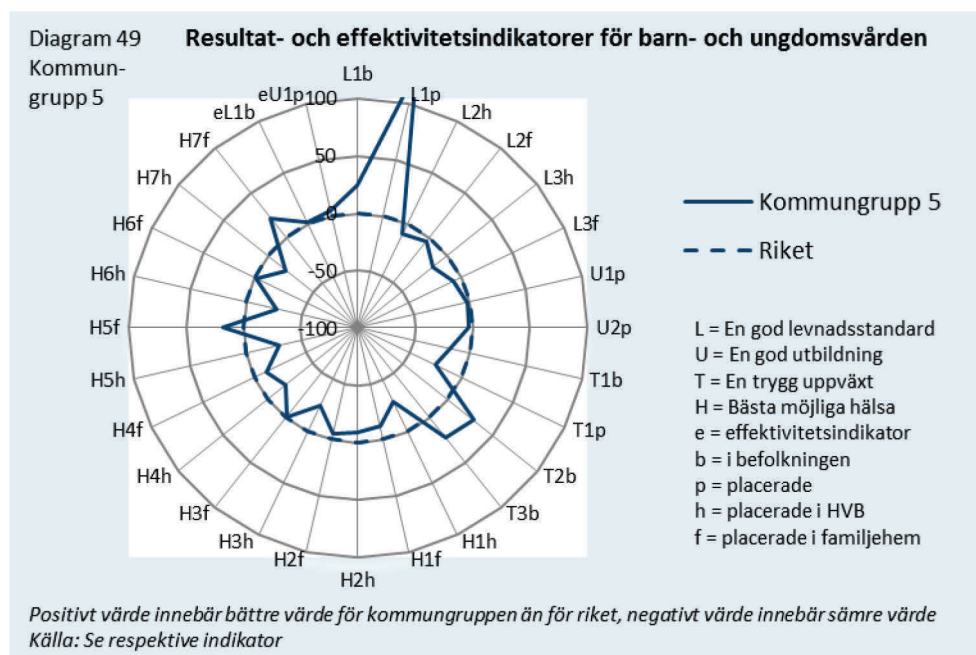
Utfall för kommungruppen

Tabell 31. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 5 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		44 (41)	39 (47)	47 (60)	8 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		44 (51)	48 (57)	58 (69)	32 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		66 (60)	79 (74)	76 (77)	16 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		50 (48)	64 (61)	61 (66)	21 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	33 (28)	55 (49)	70 (61)	75 (72)	131 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	68 (63)	56 (65)	73 (74)		8 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		50 (45)	67 (62)	68 (66)	37 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Arjeplog
Borås
Båstad
Degerfors
Eslöv
Essunga
Falkenberg
Falköping
Finspång
Forshaga
Hallsberg
Heby
Hofors
Hudiksvall
Höör
Jokkmokk
Karlskoga
Karlstad
Kil
Kungsör
Lessebo
Linköping
Ljusdal
Lysekil
Motala
Nybro
Nyköping
Nynäshamn
Ronneby
Rättvik
Sandviken
Skurup
Svalöv
Sävsjö
Tierp
Vimmerby
Ånge
Älvkarleby
Älvsbyn
Östra Göinge



Tabell 32. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 5 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 40	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	25 602 (32 700)	3 114 (2 431)	147 334 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	12,4 (14,0)	5,6 (4,5)	25,1 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	12,2 (13,7)	7,1 (6,9)	26,6 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	157 513 (162 014)	145 100 (123 900)	175 800 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	23,6 (24,1)	19,9 (18,1)	26,4 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	56,6 (59,1)	26,7 (0,0)	90,7 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	19,1 (18,2)	15,7 (5,7)	22,2 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	7,6 (6,6)	3,3 (0,4)	16,5 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,3 (0,3)	0,0 (0,0)	1,4 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,4 (1,0)	2,7 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,7 (2,6)	1,2 (0,4)	10,4 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,7 (2,6)	1,2 (1,2)	10,4 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 5 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 33. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 33. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 5 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Arjeplog		
eL1b	-14,1	-2,3
Essunga		
L2f	-30,5	3,6
T2b	-64,6	-22,5
Jokkmokk		
L2h	-17,5	10,7
Lessebo¹		
U2p	-138,3	-3,4

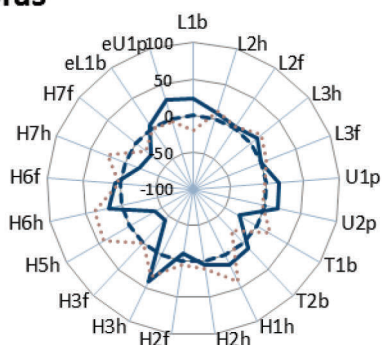
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 5.

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

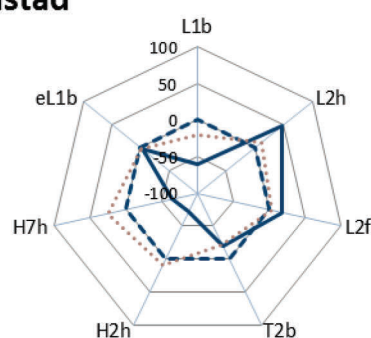
¹ Värde för indikatorn är inte möjligt att redovisa i spindeldiagrammet för kommunen

Spindeldiagram

Borås



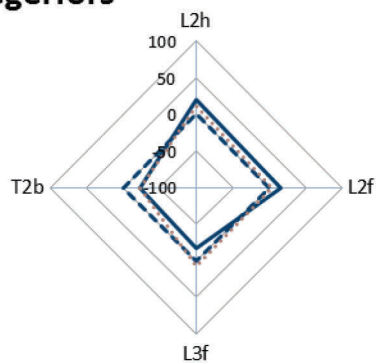
Båstad



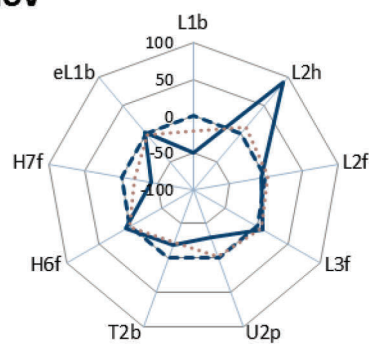
— Kommunen - - - - - Kommungrupp 5 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

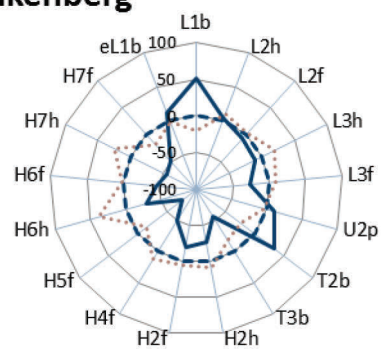
Degerfors



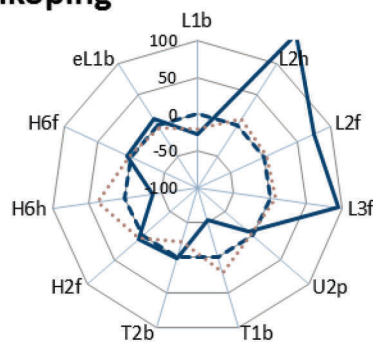
Eslöv



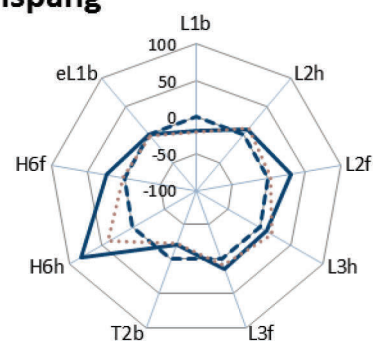
Falkenberg



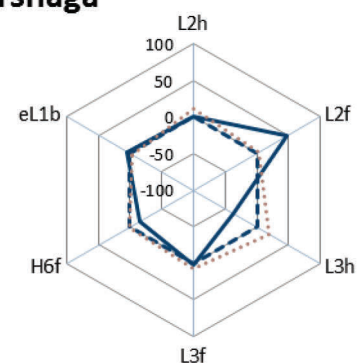
Falköping



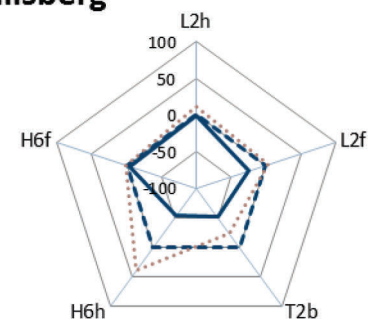
Finspång



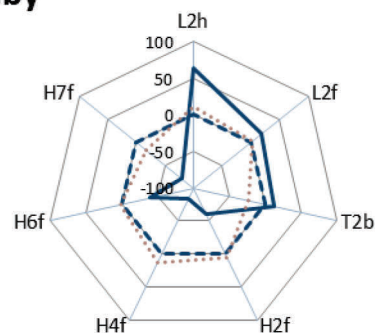
Forshaga



Hallsberg



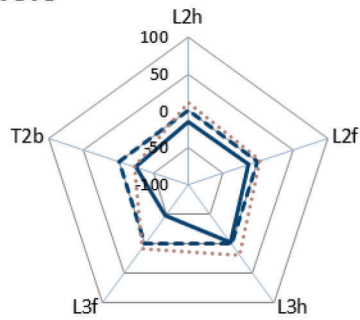
Heby



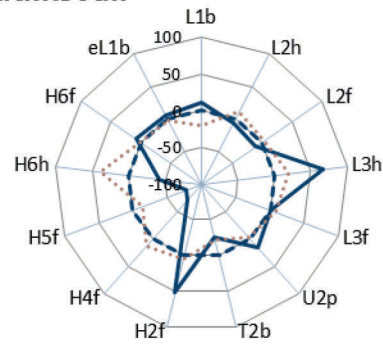
— Kommun --- Kommungrupp 5 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

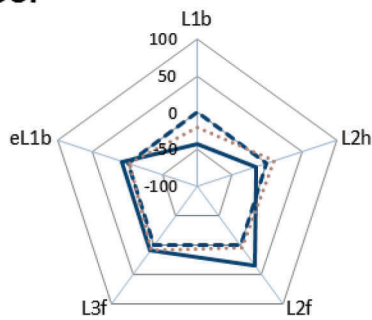
Hofors



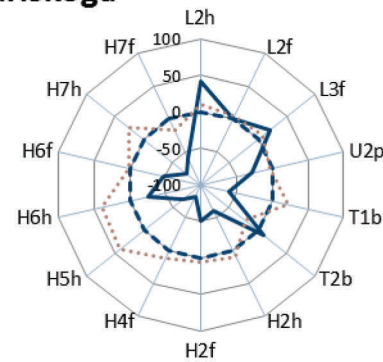
Hudiksvall



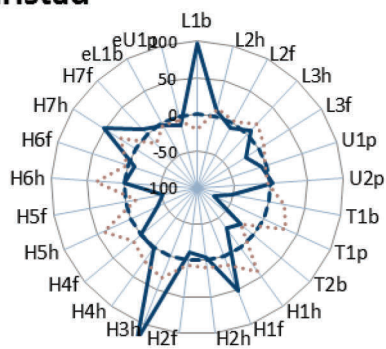
Höör



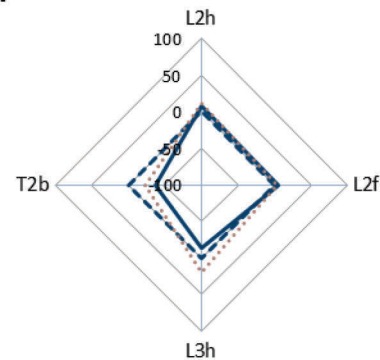
Karlskoga



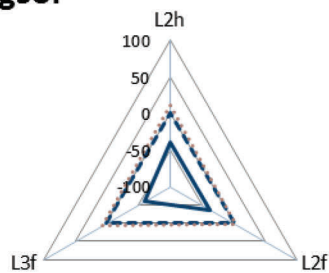
Karlstad



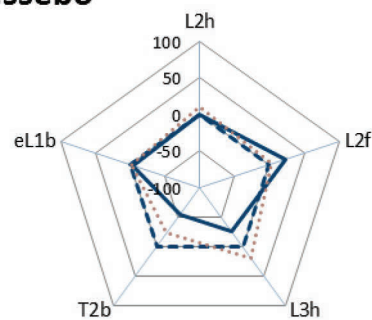
Kil



Kungsör



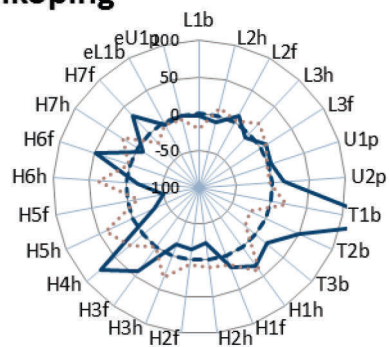
Lessebo



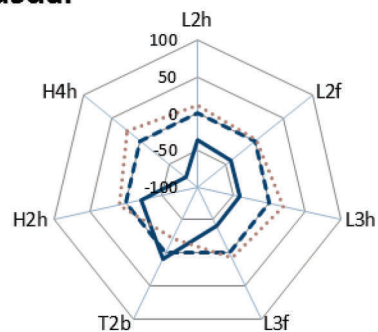
— Kommun
- - - Kommungrupp 5
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

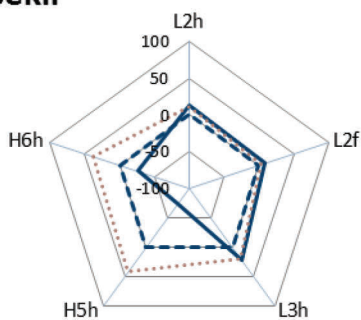
Linköping



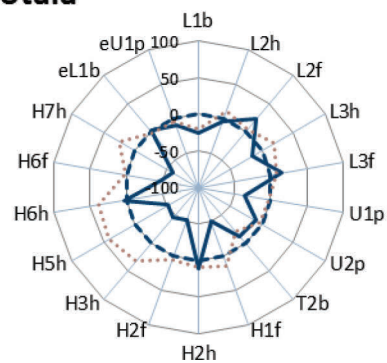
Ljusdal



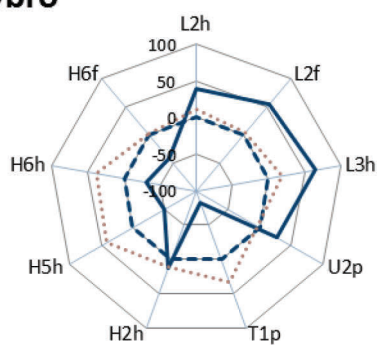
Lysekil



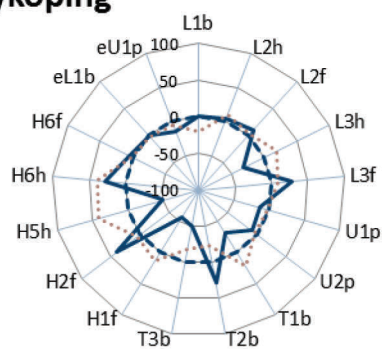
Motala



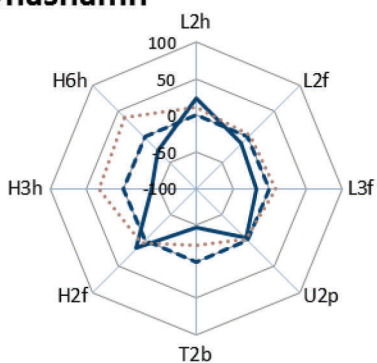
Nybro



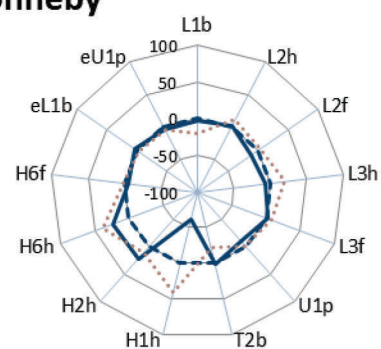
Nyköping



Nynäshamn



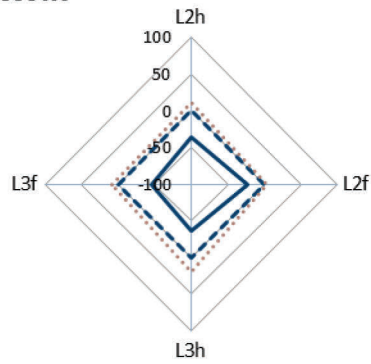
Ronneby



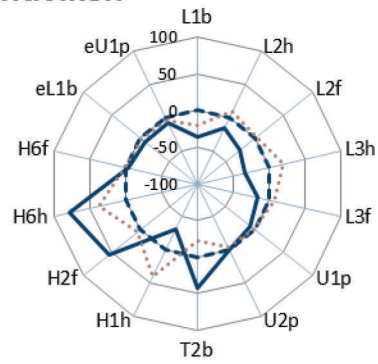
— Kommunen - - - Kommungrupp 5 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

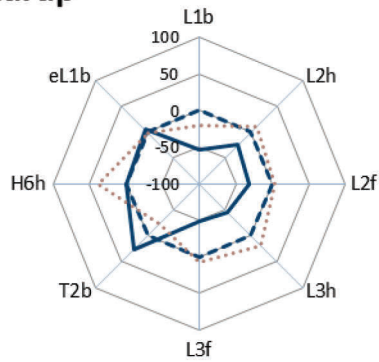
Rättvik



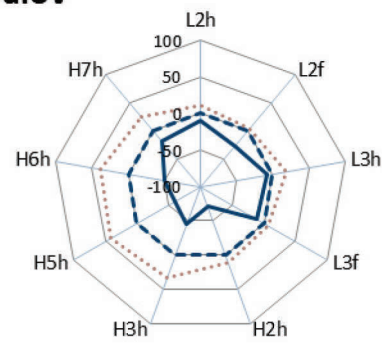
Sandviken



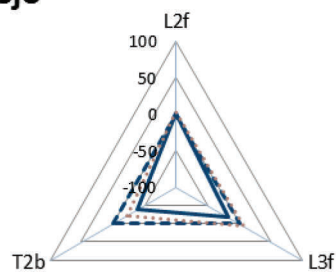
Skurup



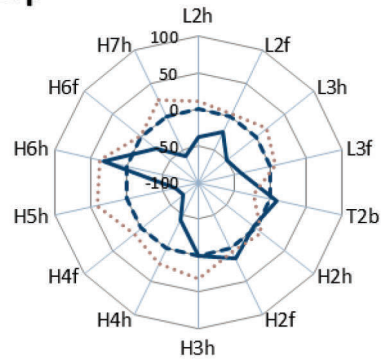
Svalöv



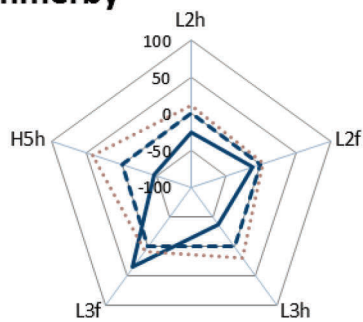
Sävsjö



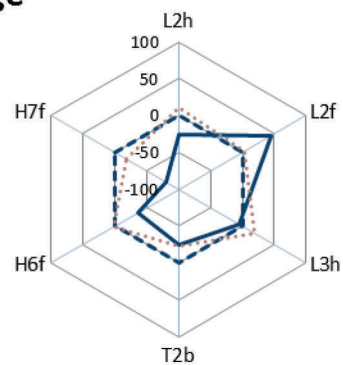
Tierp



Vimmerby



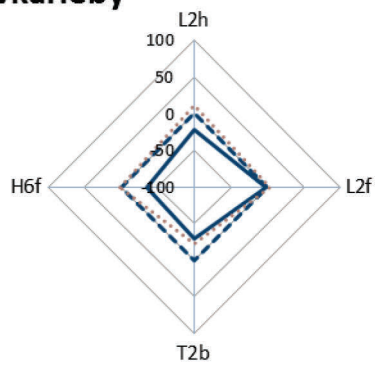
Ånge



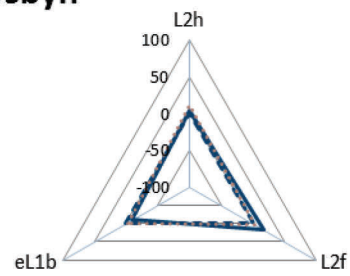
— Kommunen - - - Kommungrupp 5 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

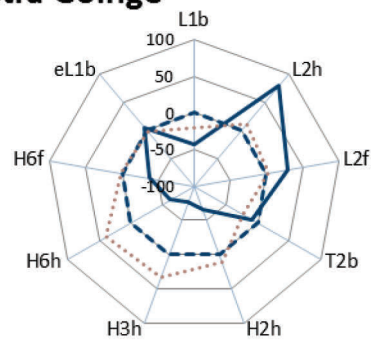
Älvkarleby



Älvsbyn



Östra Göinge



— Kommun
- - - Kommungrupp 5
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 6

Kommungrupp 6 består av 49 kommuner. Kommunerna i kommungruppen har i högre utsträckning en överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola. För övriga indikatorer som redovisas i tabell 34 från öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården är kommungruppens genomsnitt lika eller sämre än rikets.

Inom områdena En god levnadsstandard, En god utbildning och En trygg uppväxt är kommungruppens genomsnitt lika eller något bättre än rikets genomsnitt. Resultatindikatorerna för Bästa möjliga hälsa visar på något sämre resultat för kommungruppen än för riket. Effektiviteten verkar vara ungefär som för riket (diagram 50).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

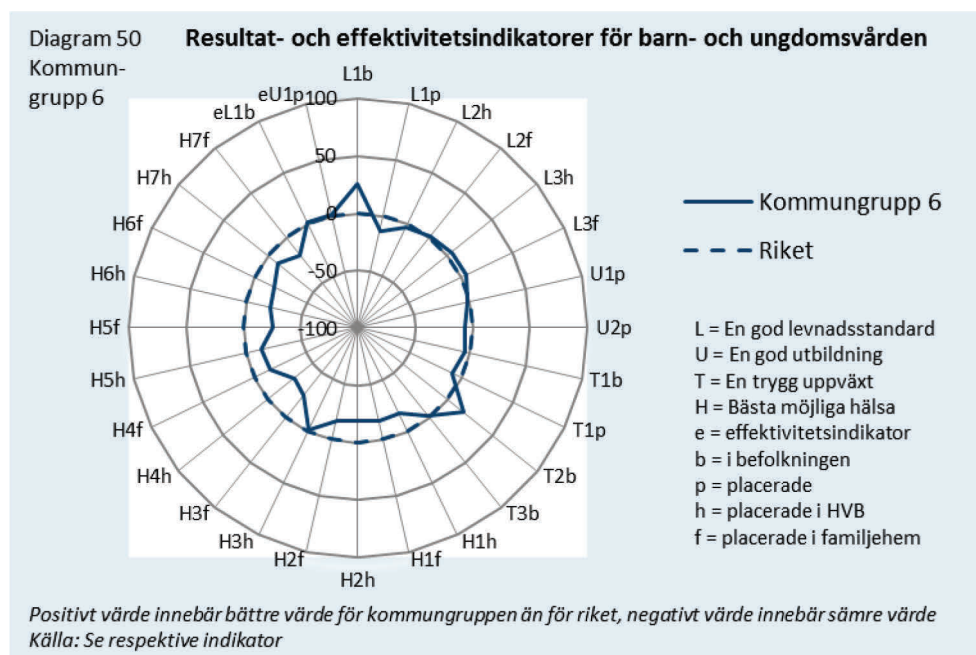
Utfall för kommungruppen

Tabell 34. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 6 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		37 (41)	38 (47)	53 (60)	44 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		41 (51)	48 (57)	69 (69)	67 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		59 (60)	73 (74)	86 (77)	47 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		37 (48)	53 (61)	67 (66)	82 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	33 (28)	51 (49)	65 (61)	69 (72)	113 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	60 (63)	61 (65)	73 (74)		21 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		34 (45)	53 (62)	61 (66)	79 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Aneby
Askersund
Avesta
Bromölla
Emmaboda
Halmstad
Herrljunga
Hjo
Hylte
Kalix
Karlskrona
Kinda
Krokom
Laholm
Laxå
Lekeberg
Lund
Mariestad
Mark
Mjölby
Mora
Mullsjö
Mönsterås
Norrtälje
Nässjö
Ockelbo
Olofström
Ragunda
Skara
Storuman
Surahammar
Svenljunga
Säter
Sölvesborg
Tibro
Timrå
Tingsryd
Tranås
Upplands Väsby
Upplands-Bro
Uppsala
Uppvidinge
Vara
Vänersborg
Västervik
Växjö
Ydre
Åtvidaberg
Östhammar



Tabell 35. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 6 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 49	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	26 142 (32 700)	3 666 (2 431)	200 001 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	12,8 (14,0)	4,5 (4,5)	32,6 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	12,7 (13,7)	6,9 (6,9)	40,6 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	158 698 (162 014)	145 700 (123 900)	186 100 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	23,7 (24,1)	20,3 (18,1)	27,6 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	60,8 (59,1)	14,3 (0,0)	87,5 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	16,9 (18,2)	13,9 (5,7)	20,4 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	5,6 (6,6)	1,9 (0,4)	10,4 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,3 (0,3)	0,0 (0,0)	0,9 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,3 (1,0)	2,3 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,6 (2,6)	0,9 (0,4)	5,1 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,6 (2,6)	2,1 (1,2)	11,6 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 6 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 36. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 36. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 6 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Askersund		
L2h	-10,5	3,1
L2f	10,3	-2,1
Hjo		
L2h	-28,8	3,1
L2f	-23,0	-2,1
Kinda		
L2f	9,6	-2,1
Laxå		
L2h	-18,7	3,1
eL1b	-8,0	-1,6
Mönsterås		
H6f	-50,1	23,7
Ragunda		
L2h	-32,2	3,1
L2f	-17,8	-2,1
Storuman		
L2h	-24,5	3,1
Ydre		
L2h	-49,2	3,1
Mjölby¹		
U2p	-154,1	-7,6
Timrå¹		
U2p	-138,7	-7,6
Tingsryd¹		
U2p	-974,3	-7,6

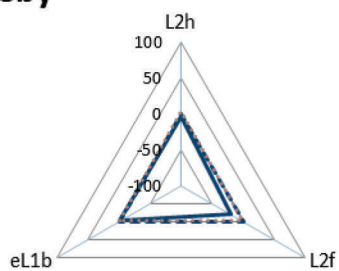
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 6.

¹ Värdet för indikatorn är inte möjligt att redovisa i spindeldiagrammet för kommunen

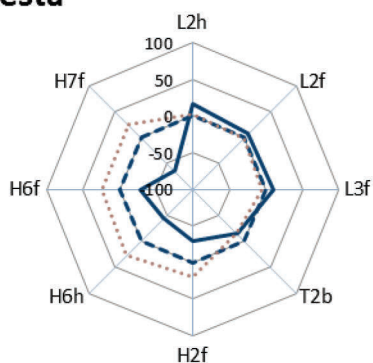
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än för kommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

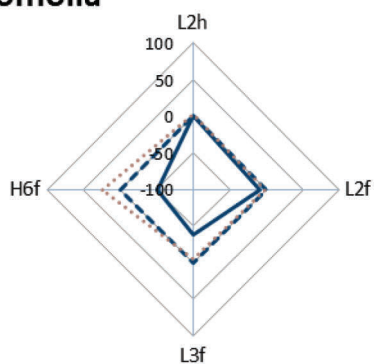
Aneby



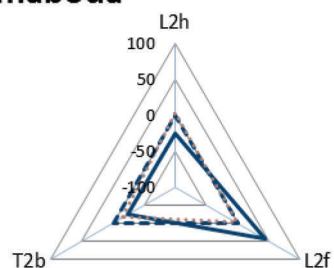
Avesta



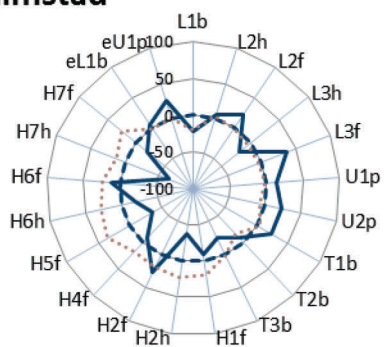
Bromölla



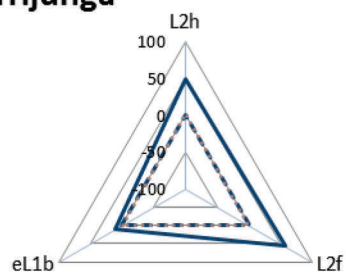
Emmaboda



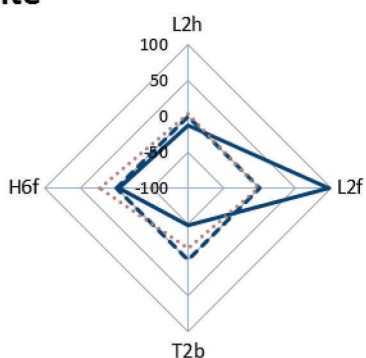
Halmstad



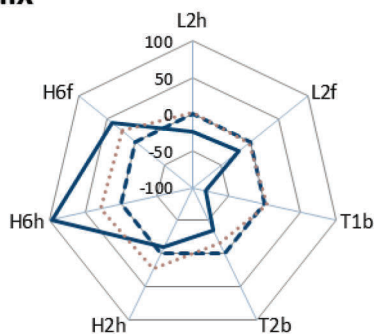
Herrljunga



Hylte



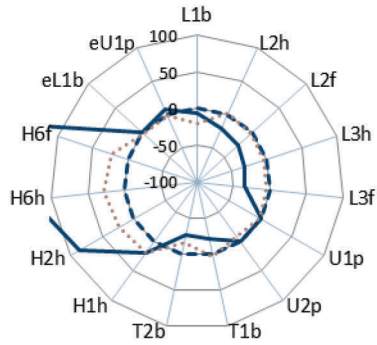
Kalix



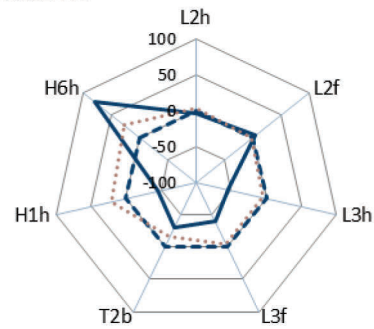
— Kommun
--- Kommungrupp 6
..... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

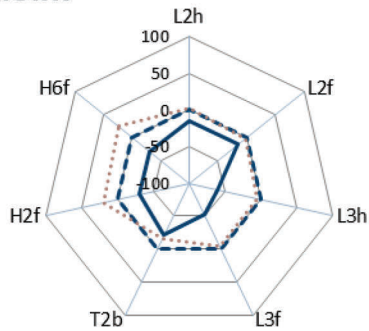
Karlskrona



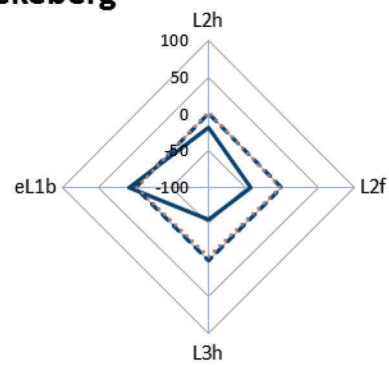
Krokom



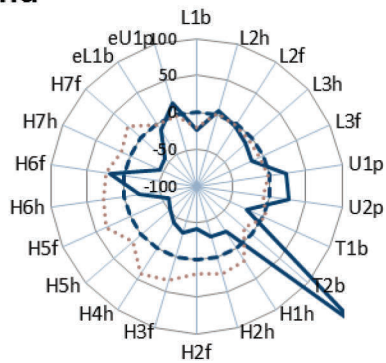
Laholm



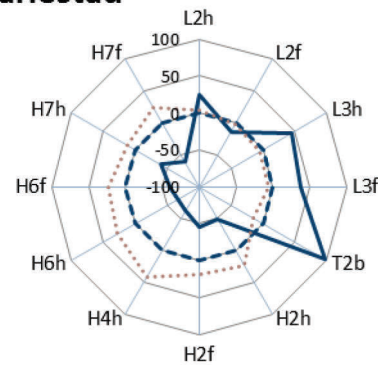
Lekeberg



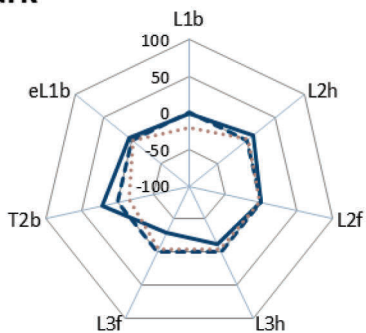
Lund



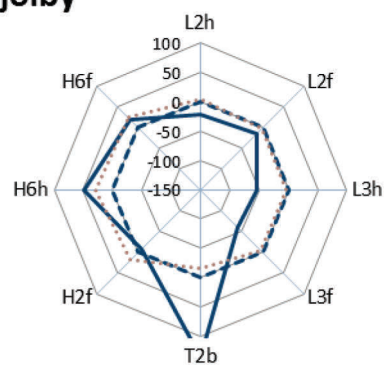
Mariestad



Mark



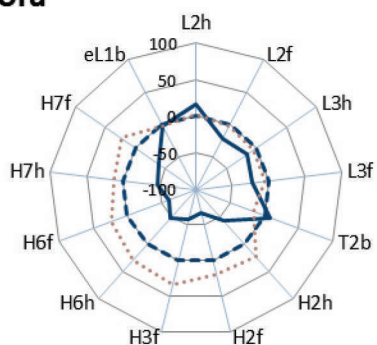
Mjölby



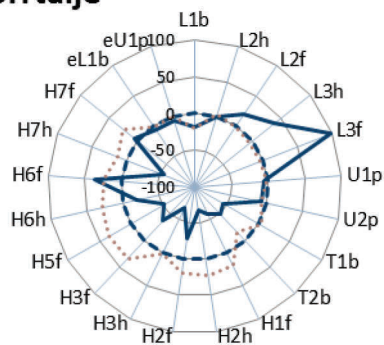
— Kommun
--- Kommungrupp 6
..... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

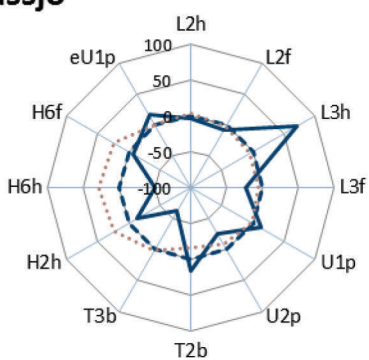
Mora



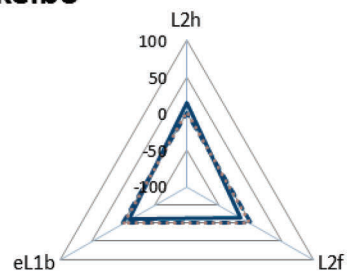
Norrtälje



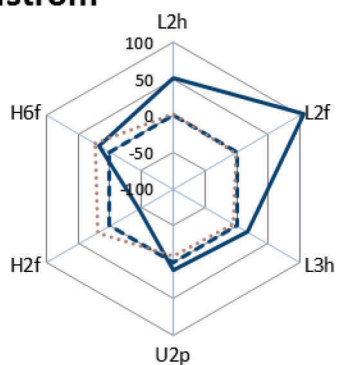
Nässjö



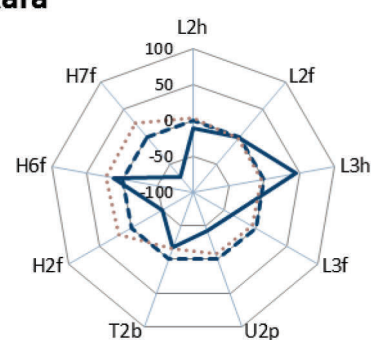
Ockelbo



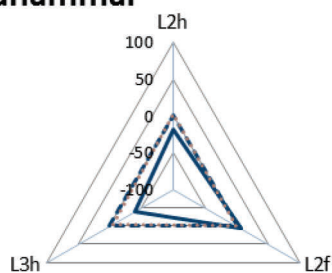
Olofström



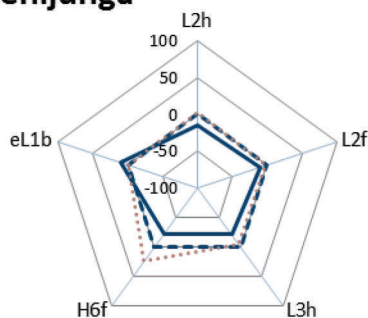
Skara



Surahammar



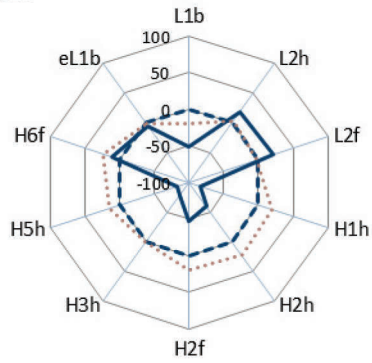
Svenljunga



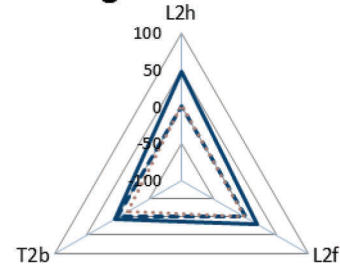
— Kommunen - - - Kommungrupp 6 . . . Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

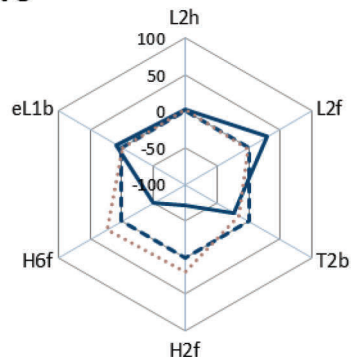
Säter



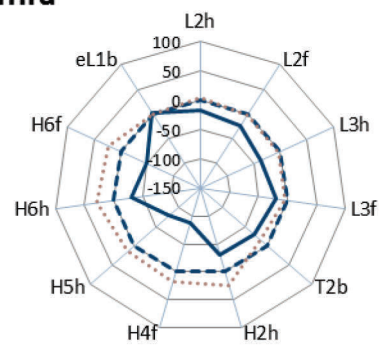
Sölvesborg



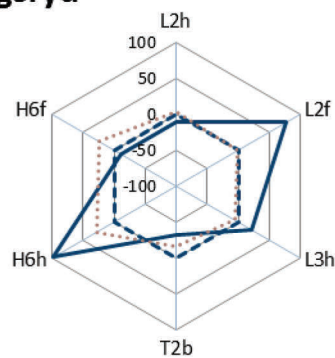
Tibro



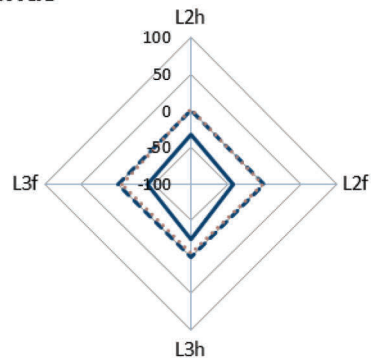
Timrå



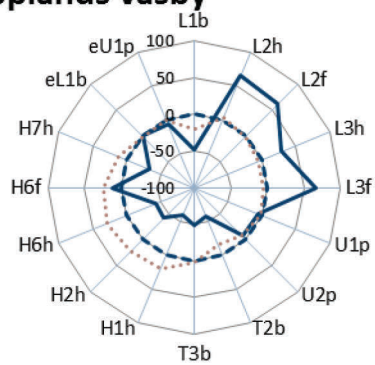
Tingsryd



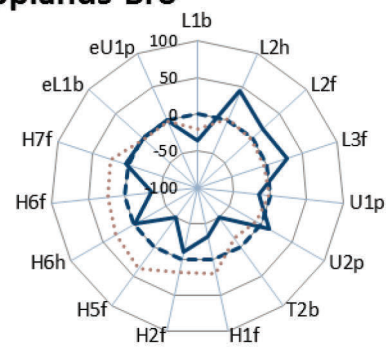
Tranås



Upplands Väsby



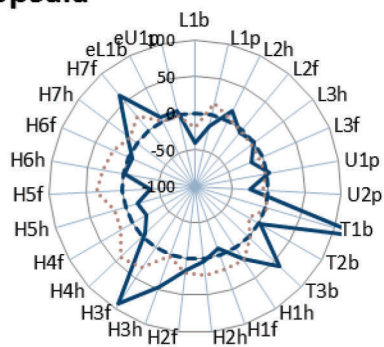
Upplands-Bro



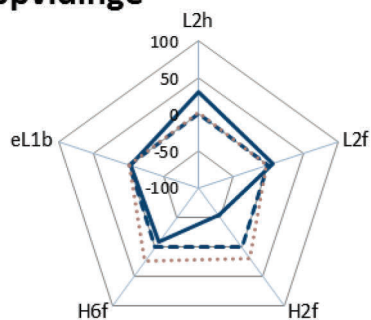
— Kommun
- - - Kommungrupp 6
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

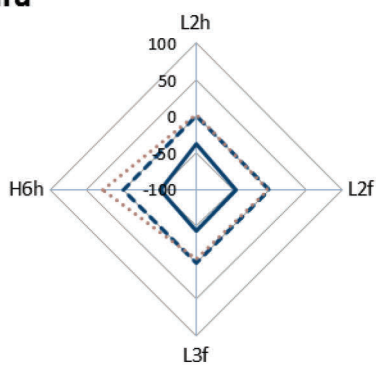
Uppsala



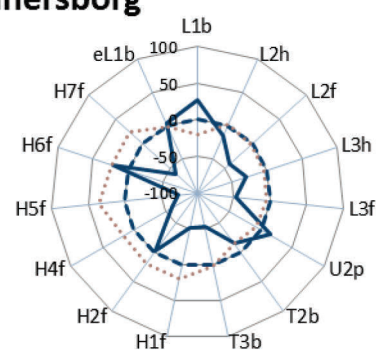
Uppvidinge



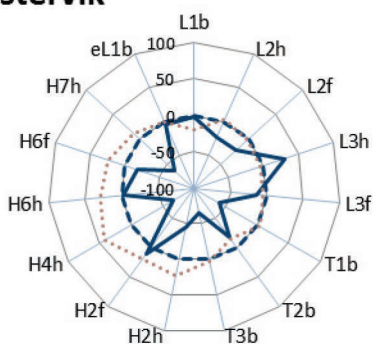
Vara



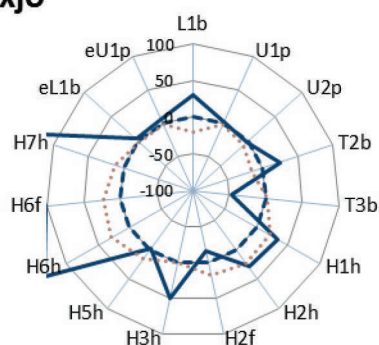
Vänersborg



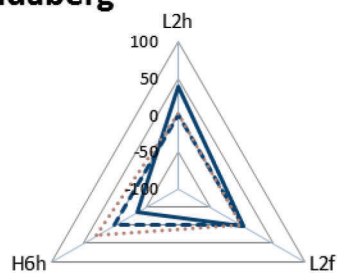
Västervik



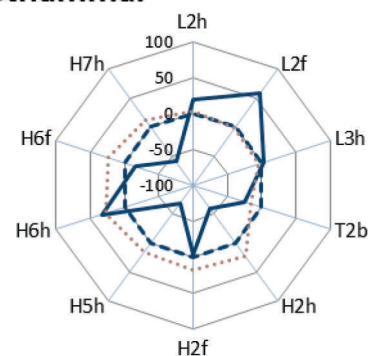
Växjö



Åtvidaberg



Östhammar



— Kommunen - - - Kommungrupp 6 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 7

Kommungrupp 7 består av 40 kommuner. Kommunerna i kommungruppen har i lägre utsträckning än riket dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister. För indikatorerna överenskommelse om samverkan med ledningen för polis och socialjour med socionomutbildad personal tillgänglig under all tid utanför kontorstid året runt är kommungruppens genomsnitt ungefär som rikets. För övriga indikatorer i tabell 37 från öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården är kommungruppen i genomsnitt bättre än riket.

Resultatindikatorerna visar generellt på lika eller bättre utfall för kommungruppen än för riket. För indikatorerna som visar på utbildningsresultat är utfallet sämre för kommungruppen än för riket. I kommungruppen verkar de som är placerade i familjehem ha sämre resultat jämfört med riket än de som är placerade i HVB jämfört med riket. Effektiviteten verkar vara ungefär som för riket (diagram 51).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

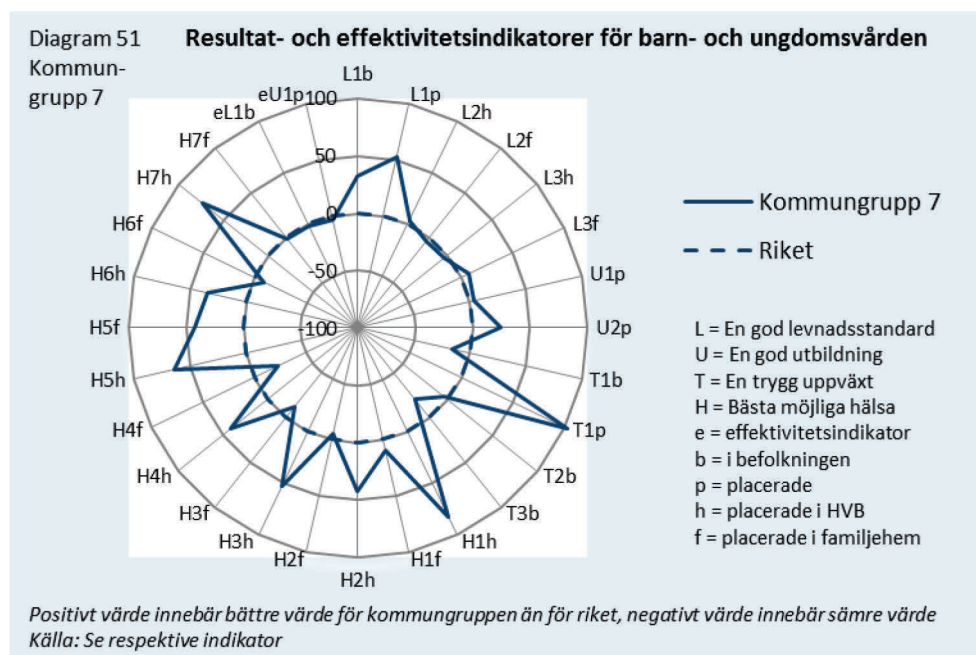
Utfall för kommungruppen

Tabell 37. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 7 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		42 (41)	48 (47)	68 (60)	63 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		53 (51)	55 (57)	79 (69)	50 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		58 (60)	67 (74)	76 (77)	32 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		47 (48)	58 (61)	63 (66)	33 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	25 (28)	55 (49)	63 (61)	80 (72)	220 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	46 (63)	58 (65)	67 (74)		46 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		39 (45)	55 (62)	61 (66)	53 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen

Alvesta
Boden
Boxholm
Enköping
Falun
Gislaved
Gnesta
Grästorp
Götene
Höganäs
Järfälla
Jönköping
Kalmar
Karlsborg
Karlskrona
Kiruna
Kumla
Leksand
Luleå
Lycksele
Malå
Nordmaling
Norsjö
Orust
Ovanåker
Oxelösund
Robertsfors
Skövde
Smedjebacken
Solna
Sotenäs
Strängnäs
Sundsvall
Söderköping
Tranemo
Vetlanda
Vindeln
Vårgårda
Ystad
Östersund



Tabell 38. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 7 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 40	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	28 953 (32 700)	3 230 (2 431)	128 305 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	11,9 (14,0)	4,9 (4,5)	33,0 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	14,3 (13,7)	8,1 (6,9)	33,7 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	165 608 (162 014)	147 100 (123 900)	210 300 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	23,7 (24,1)	18,7 (18,1)	27,3 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	63,7 (59,1)	0,0 (0,0)	84,7 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	15,5 (18,2)	12,5 (5,7)	17,6 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	6,2 (6,6)	1,8 (0,4)	10,6 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,2 (0,3)	0,0 (0,0)	0,8 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,4 (1,0)	2,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,5 (2,6)	0,9 (0,4)	4,8 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,5 (2,6)	2,1 (1,2)	12,6 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 7 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 39. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 39. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 7 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Grästorp		
L2h	-16,2	-3,4
L2f	-20,3	3,5
Karlsborg		
eL1b	-5,7	1,9
Sotenäs		
L2h	-23,8	-3,4
T2b	-42,4	2,8
Vindeln		
L2h	-34,7	-3,4
L2f	-34,8	3,5
Solna¹		
U2p	-436,3	19,8

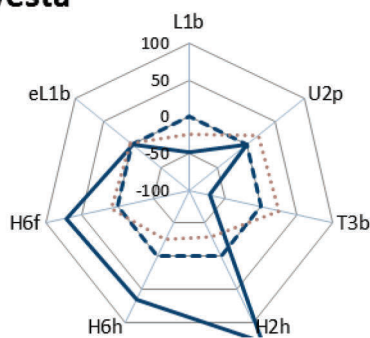
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 7.

¹ Värdet för indikatorn är inte möjligt att redovisa i spindeldiagrammet för kommunen

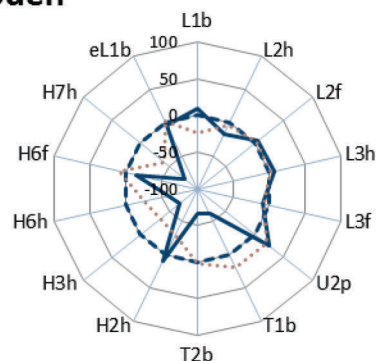
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

Alvesta



Boden

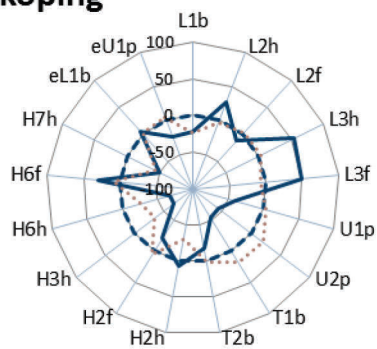


— Kommunen - - - - - Kommungrupp 7 Riket

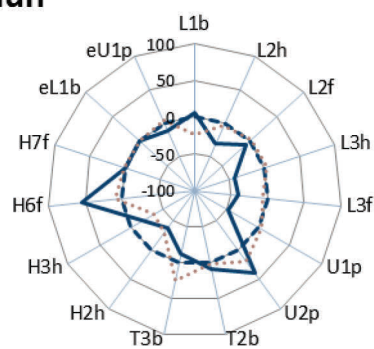
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde

Källa: Se respektive indikator

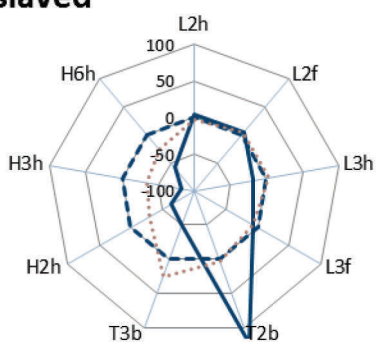
Enköping



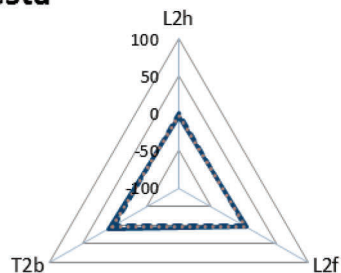
Falun



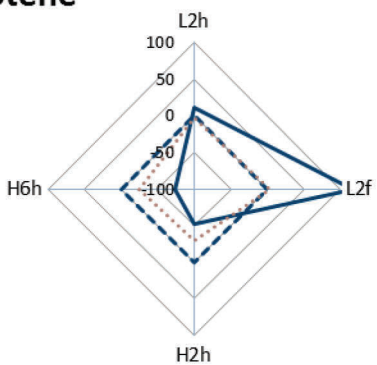
Gislaved



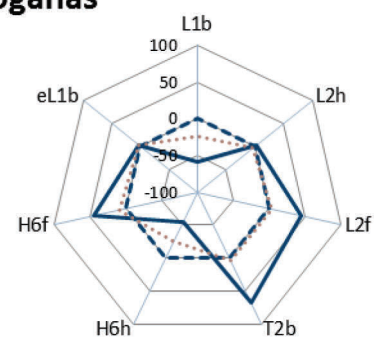
Gnesta



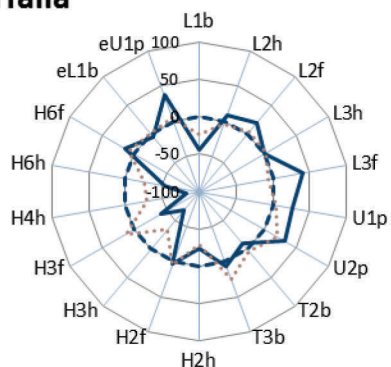
Götene



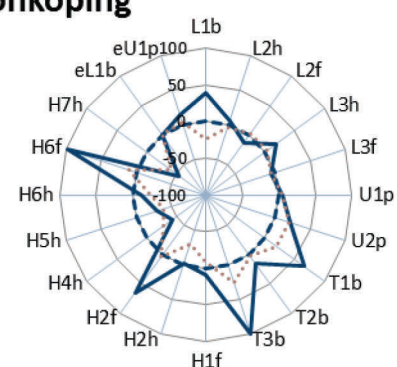
Höganäs



Järfälla



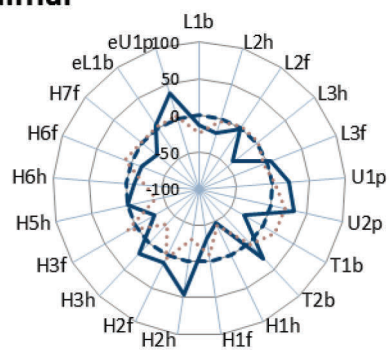
Jönköping



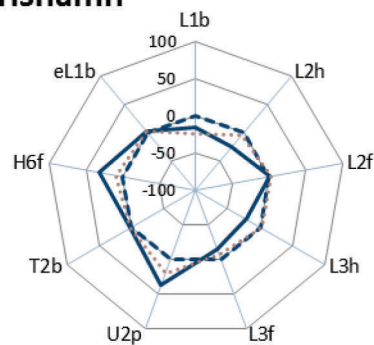
— Kommunen - - - - Kommungrupp 7 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

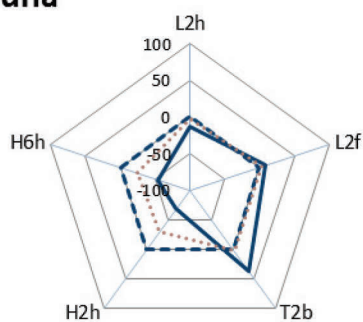
Kalmar



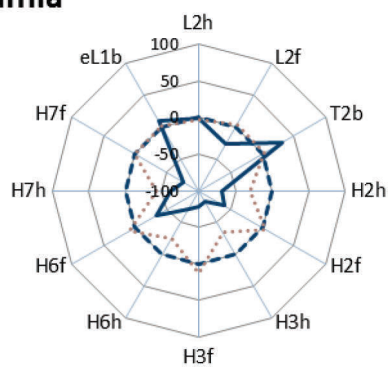
Karlshamn



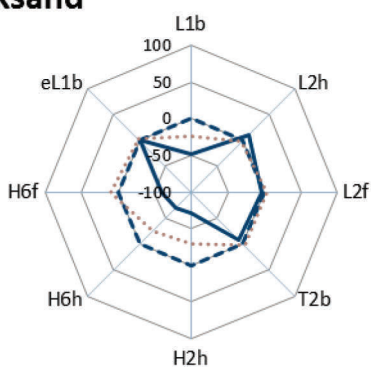
Kiruna



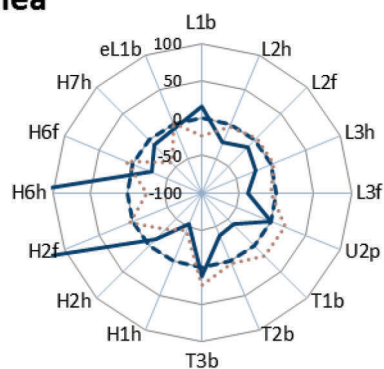
Kumla



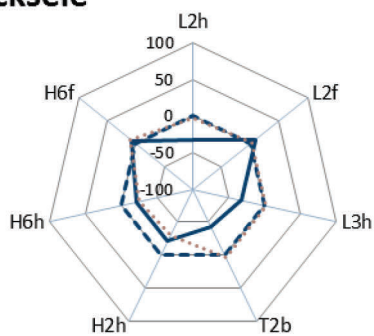
Leksand



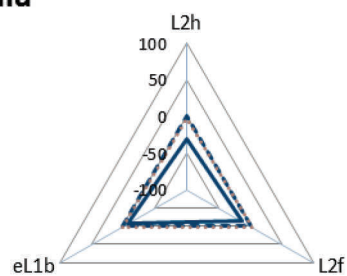
Luleå



Lycksele



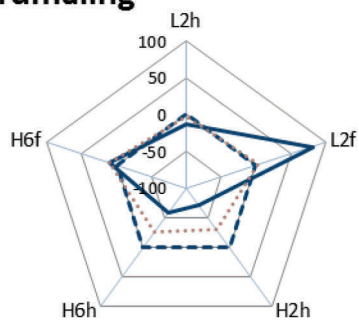
Malå



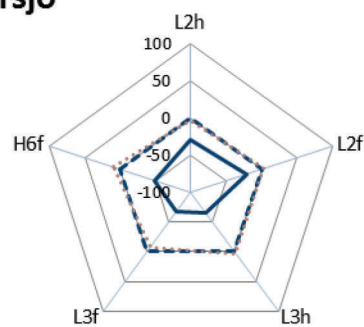
— Kommunen - - - Kommungrupp 7 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

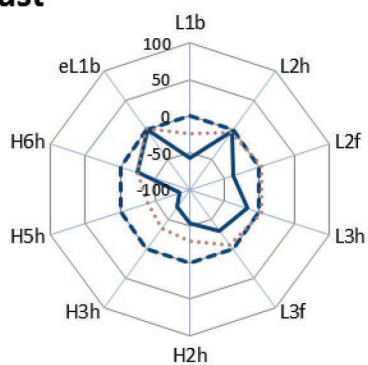
Nordmaling



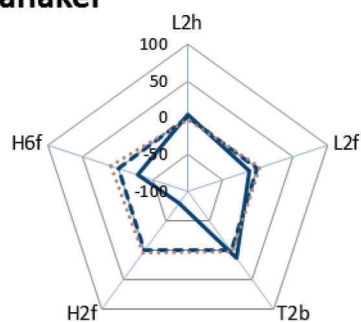
Norsjö



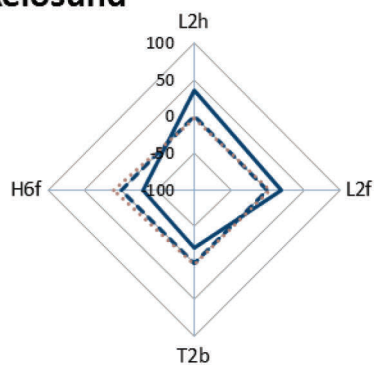
Orust



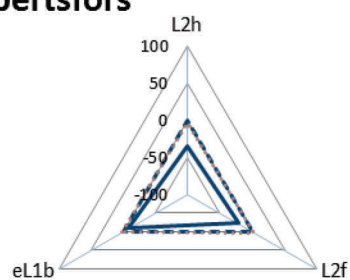
Ovanåker



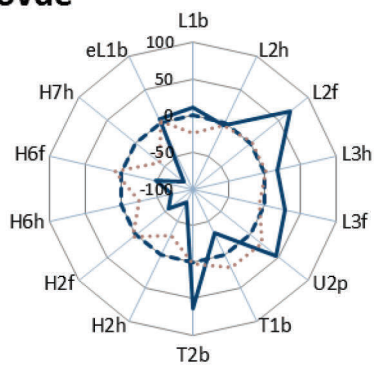
Oxelösund



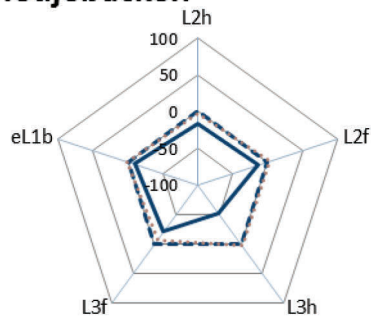
Robertsfors



Skövde



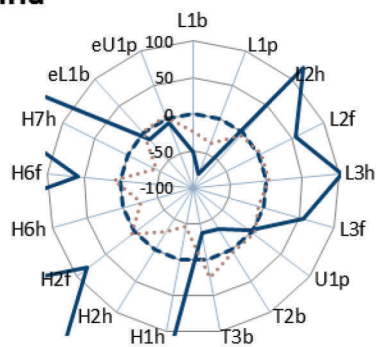
Smedjebacken



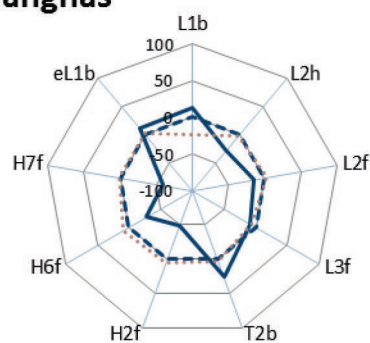
— Kommun
--- Kommungrupp 7
..... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

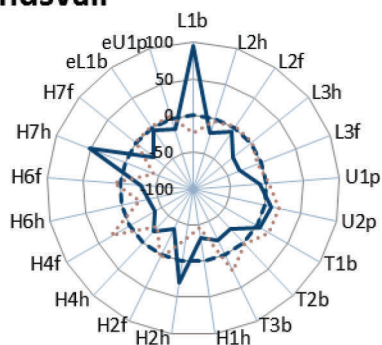
Solna



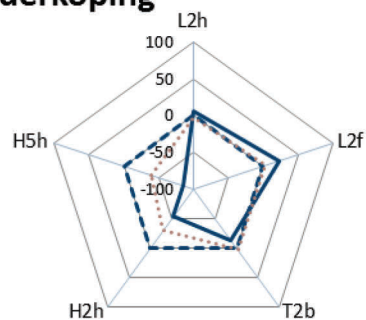
Strängnäs



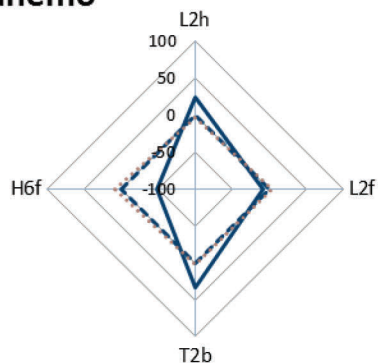
Sundsvall



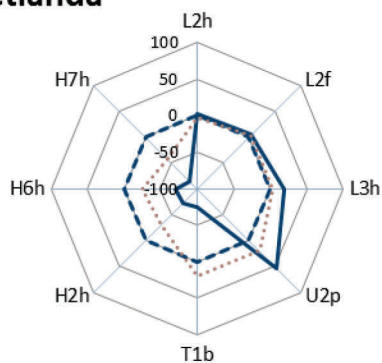
Söderköping



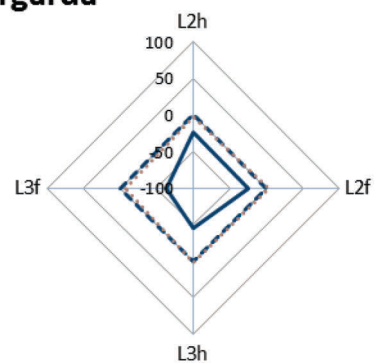
Tranemo



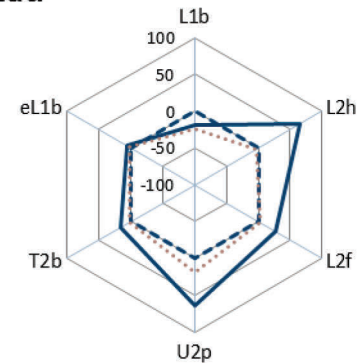
Vetlanda



Vårgårda



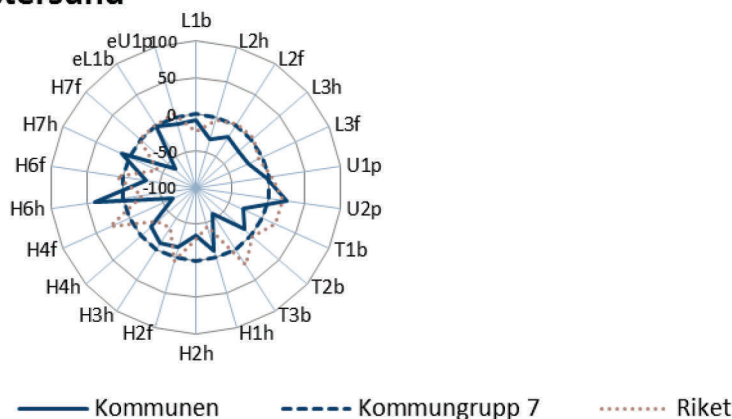
Ystad



— Kommunen - - - - Kommungrupp 7 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Östersund



Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator.

Kommungrupp 8

Kommungrupp 8 består av 24 kommuner. Kommunerna i kommungruppen har i lägre utsträckning än riket dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister och socialjour med socionomutbildad personal tillgänglig all tid utanför kontorstid året runt. För indikatorn överenskommelse med ledning för polis är kommungruppens utfall ungefär som riket. För övriga indikatorer som redovisas i tabell 39 är kommunerna i kommungruppen i genomsnitt bättre än riket.

Inom områdena En god levnadsstandard, En god utbildning och En trygg uppväxt är genomsnittet för kommungruppen generellt bättre än rikets genomsnitt. För resultatindikatorerna inom området Bästa möjliga hälsa är kommungruppens utfall sämre än rikets. Effektivitetsindikatorernas utfall är ungefär lika som för riket (diagram 52).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

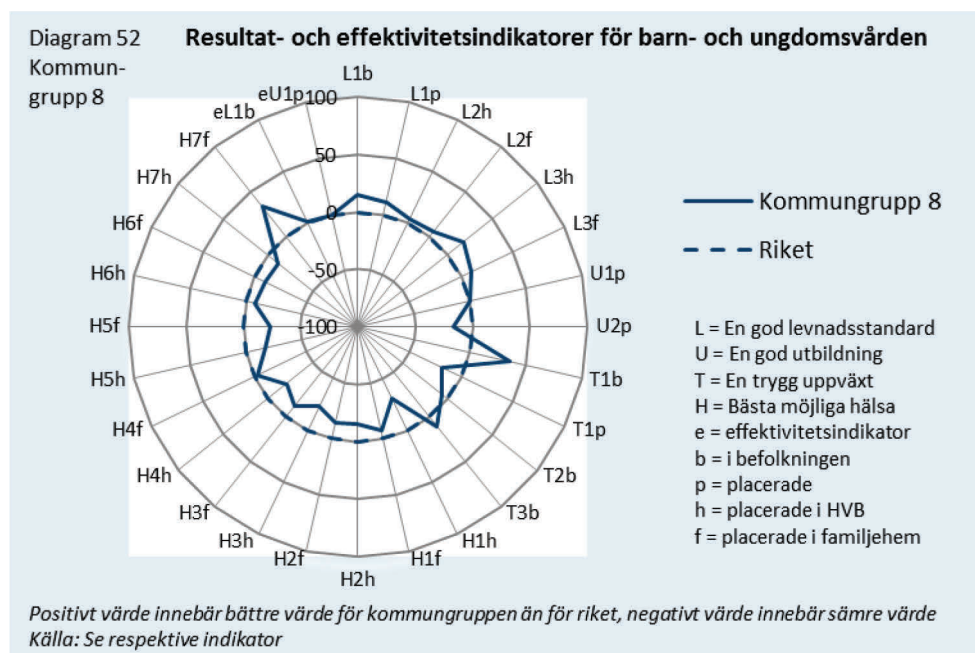
Ale
Alingsås
Eksjö
Gnosjö
Gällivare
Lidköping
Ljungby
Mörbylånga
Nacka
Skellefteå
Sollentuna
Staffanstorp
Svedala
Tyresö
Ulricehamn
Umeå
Vadstena
Vaggeryd
Varberg
Vännäs
Värmdö
Älmhult
Ängelholm
Örnsköldsvik

Utfall för kommungruppen

Tabell 39. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 8 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		65 (41)	36 (47)	71 (60)	10 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		61 (51)	55 (57)	76 (69)	25 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		61 (60)	73 (74)	86 (77)	41 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		43 (48)	68 (61)	67 (66)	53 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	63 (28)	79 (49)	79 (61)	83 (72)	33 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	57 (63)	65 (65)	64 (74)		11 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		39 (45)	55 (62)	62 (66)	
					58 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen



Tabell 40. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 8 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 24	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	36 663 (32 700)	7 317 (2 431)	116 465 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	13,6 (14,0)	5,9 (4,5)	26,8 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	16,8 (13,7)	7,4 (6,9)	29,9 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	174 675 (162 014)	156 900 (123 900)	224 500 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	25,6 (24,1)	20,7 (18,1)	30,3 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	66,9 (59,1)	41,2 (0,0)	88,9 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	12,8 (18,2)	10,4 (5,7)	16,3 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	4,4 (6,6)	1,8 (0,4)	7,9 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,2 (0,3)	0,0 (0,0)	0,5 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,4 (1,0)	3,1 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,6 (2,6)	1,1 (0,4)	4,8 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,6 (2,6)	2,5 (1,2)	10,3 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 8 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 41. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 41. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 8 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Gnosjö		
L2h	-14,6	-3,8
L2f	-39,6	-5,8
Mörbylånga		
L2f	18,7	-5,8
T2b	-25,8	6,5
Vadstena		
L2f	-1,1	-5,8
eL1b	-1,1	-1,3
Tyresö¹		
U2b	-158,4	-19,4

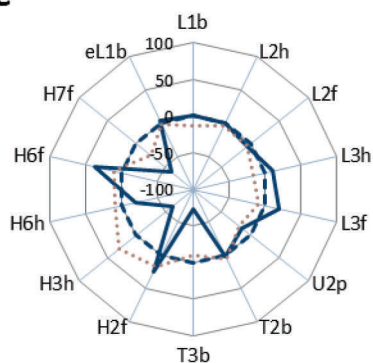
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 8.

¹ Värde för indikatorn är inte möjligt att redovisa i spindeldiagrammet för kommunen

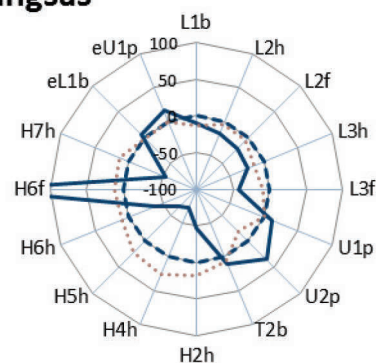
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

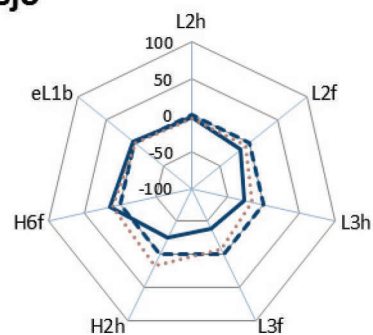
Ale



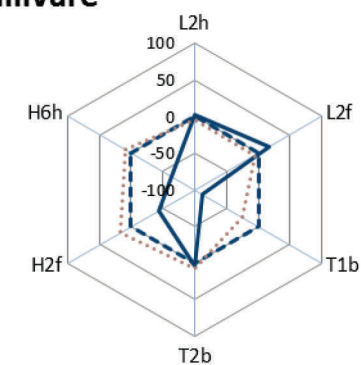
Alingsås



Eksjö



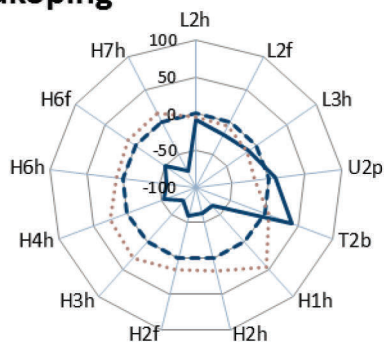
Gällivare



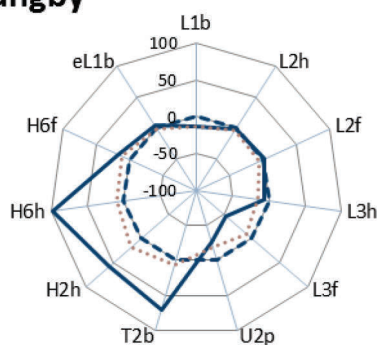
— Kommunen - - - - - Kommungrupp 8 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

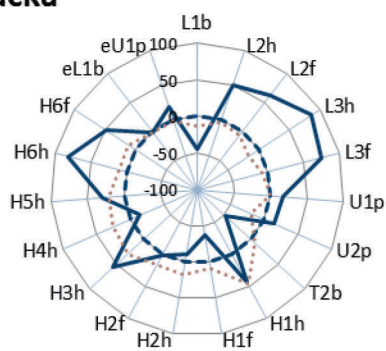
Lidköping



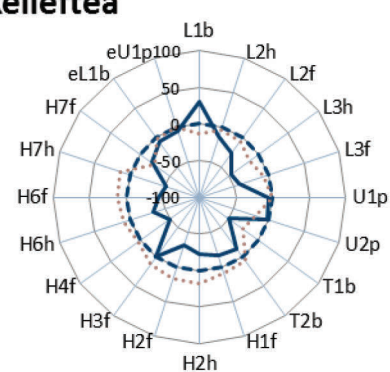
Ljungby



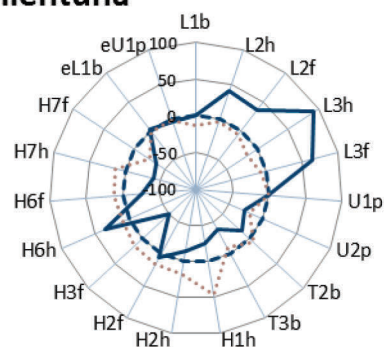
Nacka



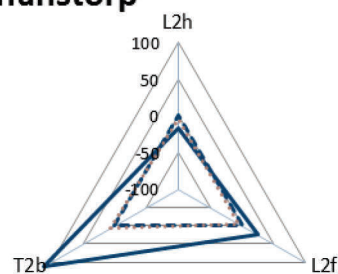
Skellefteå



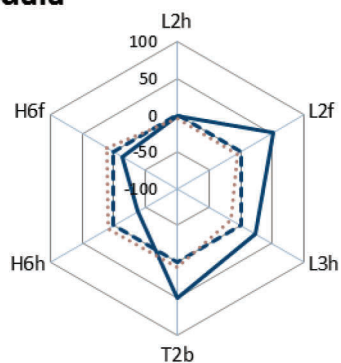
Sollentuna



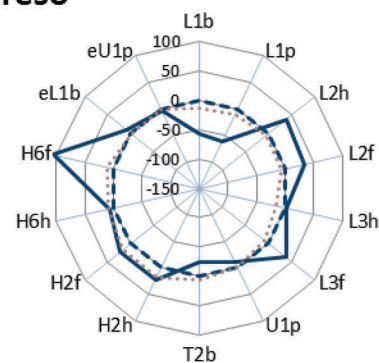
Staffanstorp



Svedala



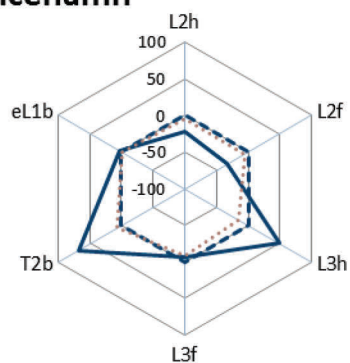
Tyresö



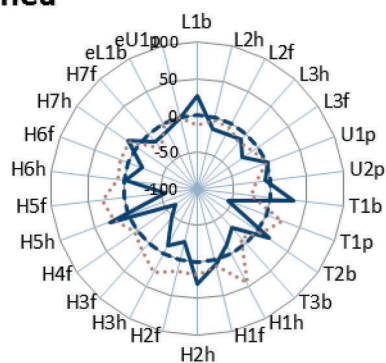
— Kommunen - - - - Kommungrupp 8 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

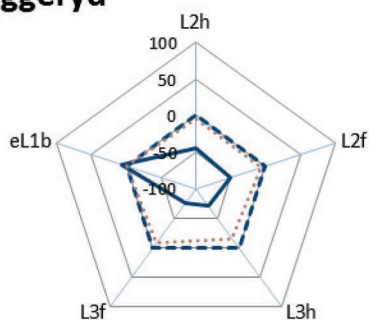
Ulricehamn



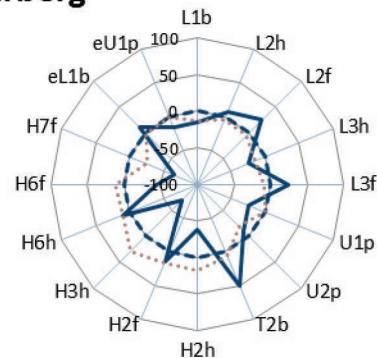
Umeå



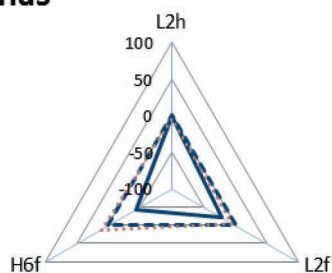
Vaggeryd



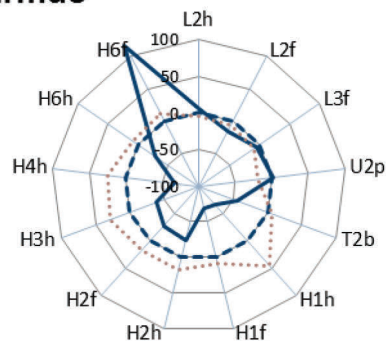
Varberg



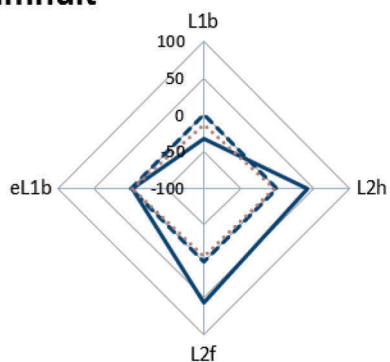
Vännäs



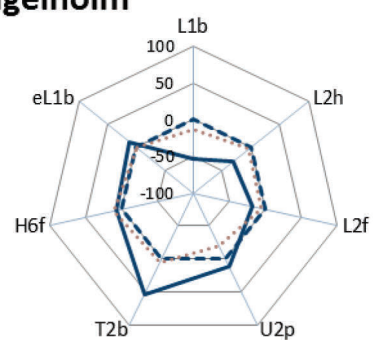
Värmdö



Älmhult



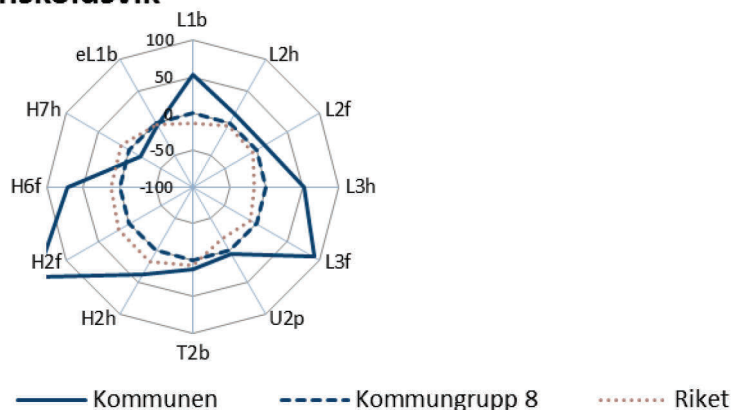
Ängelholm



— Kommun
- - - Kommungrupp 8
... Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Örnsköldsvik



Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 9

Kommungrupp 9 består av 20 kommuner. Kommunerna i kommungruppen har i genomsnitt bättre utfall för samtliga indikatorer som redovisas i tabell 42 och som är hämtade från öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården.

För resultatindikatorerna inom området En god levnadsstandard är kommungruppens genomsnittliga utfall bättre än rikets genomsnitt och något bättre för området En god utbildning. I områdena En trygg uppväxt och Bästa möjliga hälsa varierar utfallet i jämförelse med riket. Effektiviteten verkar vara något bättre än för riket i genomsnitt (diagram 53).

För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

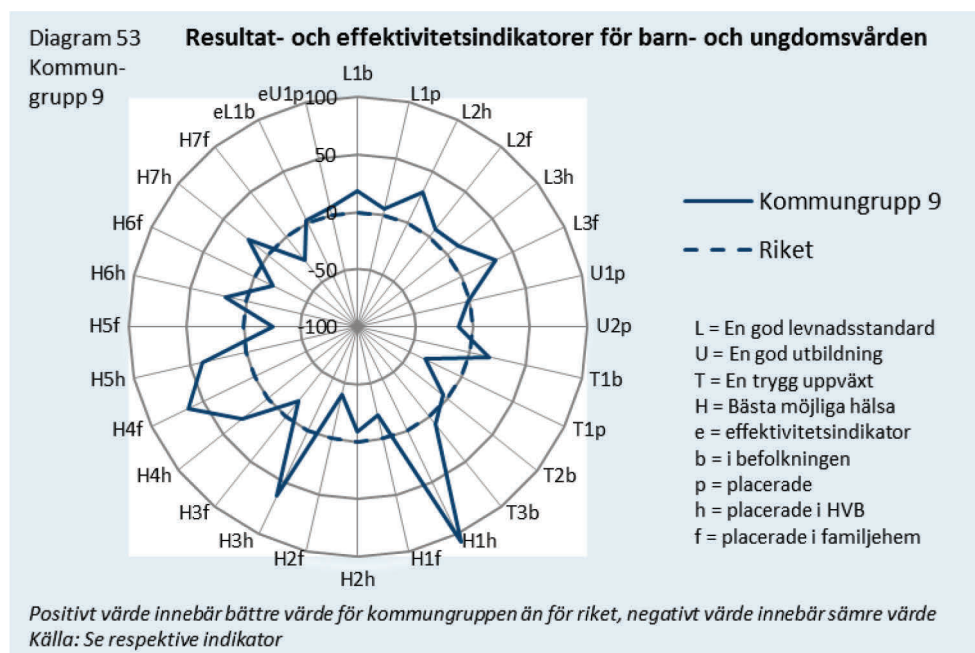
Arvidsjaur
Habo
Håbo
Knivsta
Kungälv
Kävlinge
Lidingö
Mölnadal
Oskarshamn
Partille
Piteå
Salem
Stenungsund
Tjörn
Trosa
Vallentuna
Vaxholm
Vellinge
Värnamo
Österåker

Utfall för kommungruppen

Tabell 42. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 9 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		65 (41)	84 (47)	82 (60)	27 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		47 (51)	68 (57)	76 (69)	63 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		76 (60)	84 (74)	94 (77)	23 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		47 (48)	84 (61)	88 (66)	88 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	40 (28)	75 (49)	80 (61)	80 (72)	100 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	75 (63)	82 (65)	79 (74)		5 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		53 (45)	53 (62)	71 (66)	33 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen



Tabell 43. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 9 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 20	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	27 284 (32 700)	6 494 (2 431)	61 337 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	13,2 (14,0)	5,2 (4,5)	21,3 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	19,0 (13,7)	11,3 (6,9)	35,8 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	190 110 (162 014)	160 200 (123 900)	261 900 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	27,4 (24,1)	21,5 (18,1)	31,9 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	58,2 (59,1)	0,0 (0,0)	77,2 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	10,4 (18,2)	7,2 (5,7)	16,5 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	3,2 (6,6)	0,4 (0,4)	7,2 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,2 (0,3)	0,0 (0,0)	0,6 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,6 (1,0)	2,0 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,3 (2,6)	1,0 (0,4)	3,4 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,3 (2,6)	2,4 (1,2)	7,2 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 9 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 44. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 44. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 9 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Habo		
L2h	-42,5	-22,9
Vaxholm		
T2b	4,3	5,7
Möln dal¹		
U2p	-205,6	-13,2

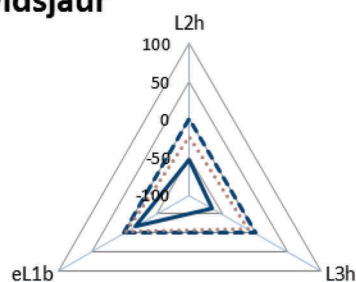
Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 9.

¹ Värde för indikatorn är inte möjligt att redovisa i spindeldiagrammet för kommunen

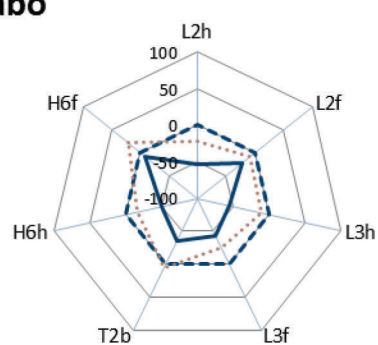
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än för kommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

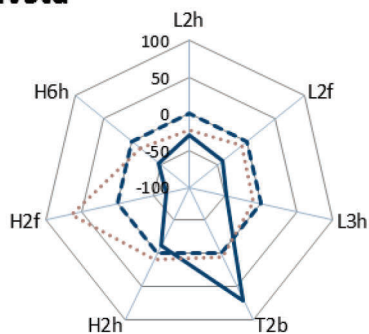
Arvidsjaur



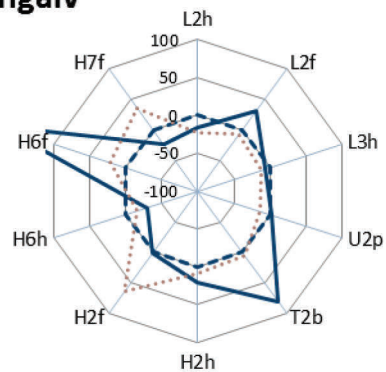
Håbo



Knivsta



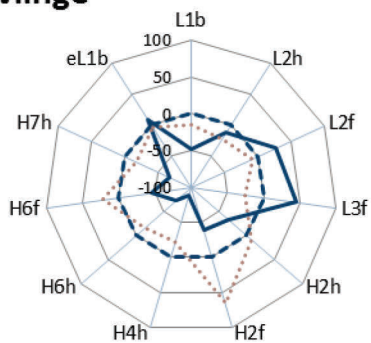
Kungälv



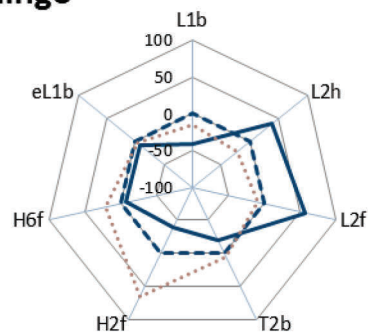
— Kommunen - - - - - Kommungrupp 9 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än för kommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

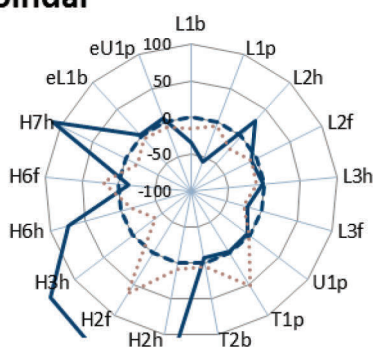
Kävlinge



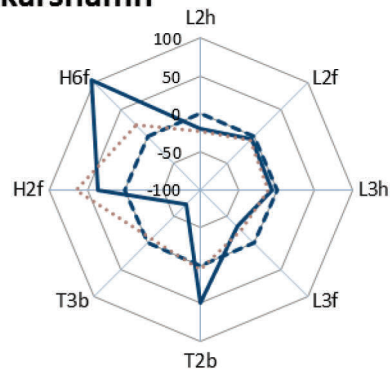
Lidingö



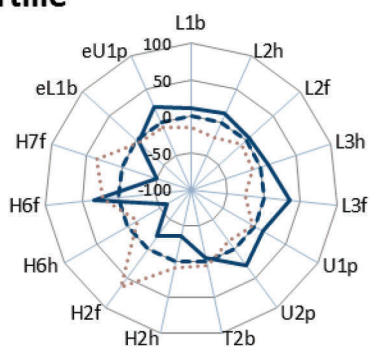
Möln dal



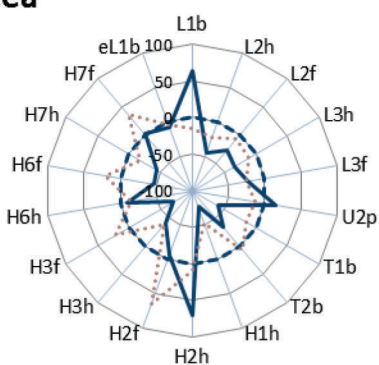
Oskarshamn



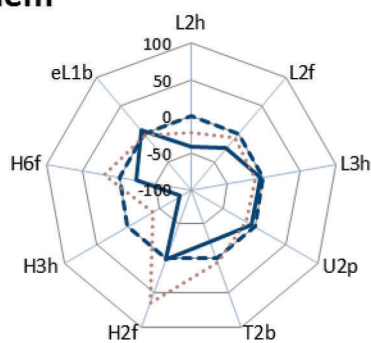
Partille



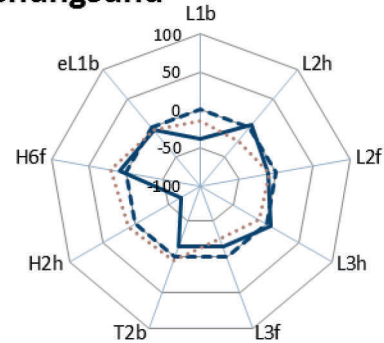
Piteå



Salem



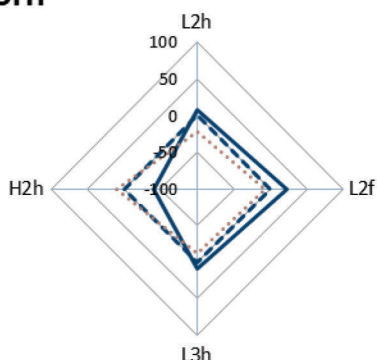
Stenungsund



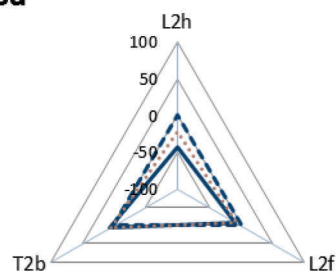
— Kommunen - - - Kommungrupp 9 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

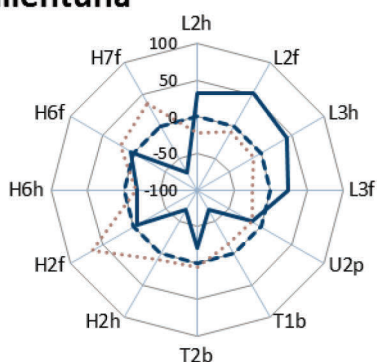
Tjörn



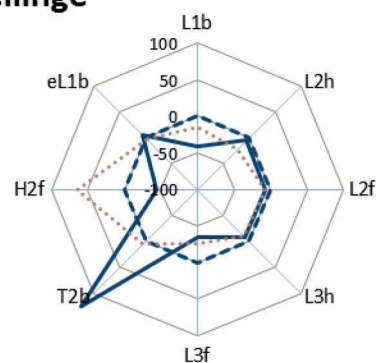
Trosa



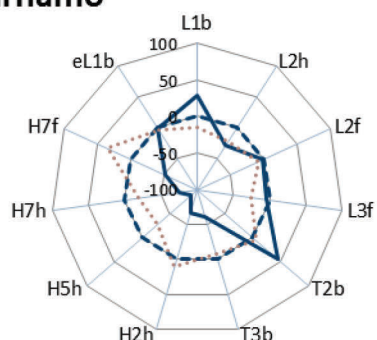
Vallentuna



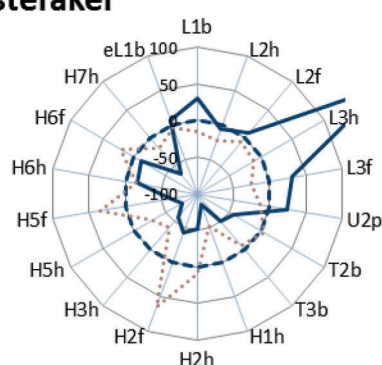
Vellinge



Värnamo



Österåker



— Kommunen - - - Kommungrupp 9 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Kommungrupp 10

I kommungrupp 10 ingår 11 kommuner. För indikatorerna överenskomelse med ledningen för barnhälsovård, för förskola och skola och för polis har kommungruppen i genomsnitt sämre utfall än riket. För övriga indikatorer i tabell 45 har kommungruppen bättre utfall än riket.

Kommungruppen har generellt betydligt bättre resultat för områdena En god levnadsstandard, En god utbildning och En trygg uppväxt men ligger sämre till för Bästa möjliga hälsa jämfört med riket. Effektiviteten är något bättre än för rikets i genomsnitt (diagram 54).

Bollebygd
Danderyd
Ekerö
Hammarö
Härryda
Kungsbacka
Lerum
Lomma
Nykvarn
Täby
Öckerö

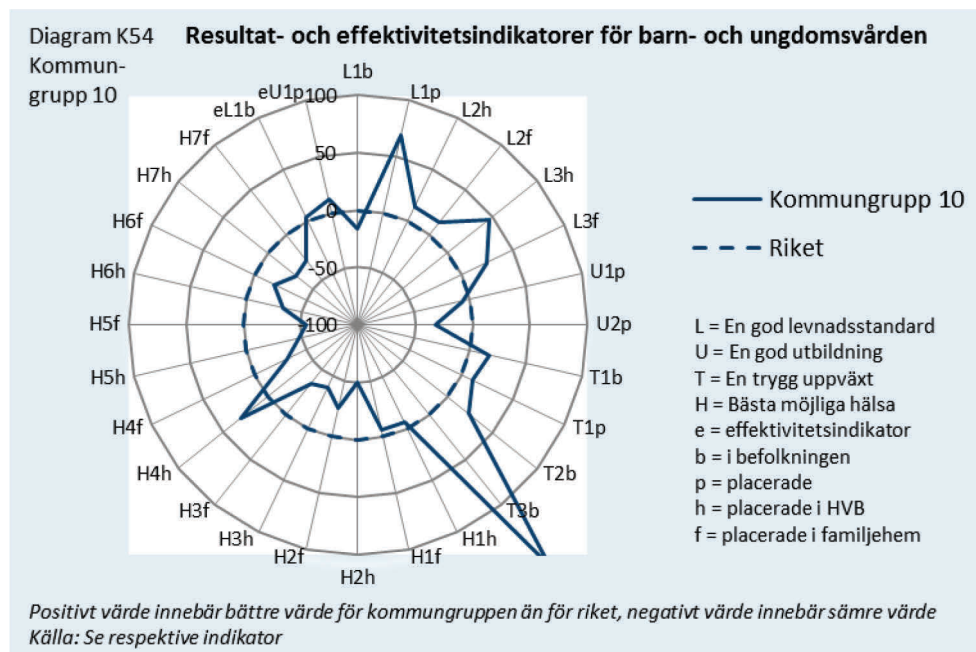
För respektive kommun som ingår i kommungruppen kan utfallet för indikatorerna vara annorlunda än för kommungruppen i genomsnitt.

Utfall för kommungruppen

Tabell 45. Andel som svarat Ja på frågorna i enkäten Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård, 2010–2013, kommungrupp 10 inkl. stadsdelar (jämfört med riket)

	2010	2011	2012	2013	Förändring, %
Helhetssyn och samordning					
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barnhälsovård		55 (41)	70 (47)	60 (60)	10 (45)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för barn och ungdomspsykiatri		64 (51)	100 (57)	80 (69)	26 (35)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för förskola och skola		55 (60)	70 (74)	60 (77)	10 (30)
Överenskommelse om samverkan med ledningen för polis		55 (48)	60 (61)	50 (66)	-8 (38)
Trygghet och säkerhet					
Ordinarie licens Barns behov i centrum (BBIC)	36 (28)	73 (49)	82 (61)	82 (72)	125 (153)
Dokumenterade rutiner för hantering av fel och brister	67 (63)	82 (65)	80 (74)		20 (17)
Tillgänglig					
Socialjour, med socionomutbildad personal, all tid utanför kontorstid året runt		45 (45)	80 (62)	80 (66)	76 (46)

Källa: Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården, Socialstyrelsen



Tabell 46. Bakgrunds- och kostnadsmått för kommungrupp 10 (jämfört med riket)

Antal kommuner: 11	Medel	Min	Max
Kommunen generellt			
Antal invånare 2011	30 805 (32 700)	8 356 (2 431)	75 954 (864 324)
Andel utrikes födda 2011, %	11,5 (14,0)	4,9 (4,5)	18,6 (54,1)
Andel med minst 3 årig eftergymnasial utbildning 2011, %	24,2 (13,7)	14,0 (6,9)	44,7 (44,7)
Genomsnittlig beskattningsbar förvärvsinkomst 2010, kronor	209 400 (162 014)	174 600 (123 900)	306 100 (306 100)
Barn och unga			
Andel barn 0–20 år 2011	29,2 (24,1)	26,6 (18,1)	30,8 (31,9)
Andel individuellt behovsprövad öppenvård 2011	64,4 (59,1)	39,7 (0,0)	97,5 (97,5)
Andel ekonomiskt utsatta barn 2010	7,7 (18,2)	5,7 (5,7)	9,4 (39,0)
Andel barn i familjer med ekonomiskt bistånd 2011	2,3 (6,6)	0,9 (0,4)	3,4 (17,4)
Andel barn vars vårdnadshavare varken arbetar eller studerar 2010	0,3 (0,3)	0,1 (0,0)	1,2 (3,6)
Kostnader			
Andel av kommunens totala kostnad för barn och unga relaterad till andelen invånare 0–20 år 2011	1,8 (1,8)	1,6 (1,0)	2,0 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens totala kostnad, procent 2011	2,1 (2,6)	1,0 (0,4)	3,6 (6,6)
Barn- och ungdomsvårdens andel av kommunens kostnad för verksamheter för barn och ungdomar, procent 2011	2,1 (2,6)	1,9 (1,2)	7,9 (16,4)

Källor: SCB och Socialstyrelsen

Kommunprofiler

Det här avsnittet redovisar hur resultat- och effektivitetsindikatorernas utfall för respektive kommun som ingår i kommungrupp 10 förhåller sig till kommungruppens genomsnitt. Även rikets genomsnittliga utfall redovisas i förhållande till kommungruppens genomsnitt, vilket innebär att kommunens utfall även kan sättas i relation till rikets genomsnitt.

Uppgifterna för de kommuner som har minst tre indikatorer med tillräckligt stort underlag redovisas i spindeldiagram. För övriga kommuner visas uppgifterna i tabell 47. Många kommuner har för flera indikatorer indikatorvärdet noll (0). Dessa går inte att redovisa i ett spindeldiagram. För Bolllebygd är inga uppgifter möjliga att redovisa. I bilaga 5, *Indikatorer och underlag per län, landsting och kommun* finns kommunernas uppgifter för samtliga indikatorer.

Tabell 47. Indikatorer för de kommuner i kommungrupp 10 som inte är möjliga att redovisa i spindeldiagram

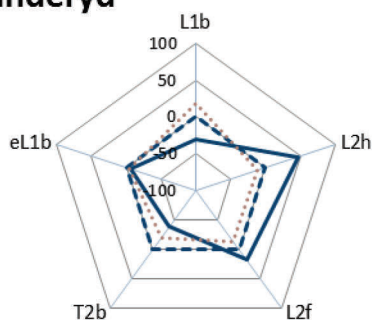
Kommun/indikator	Kommunen	Riket
Nykvarn		
T2b	-50,5	-18,8

Uppgifterna anger procentuell skillnad mot genomsnittet för kommungrupp 10.

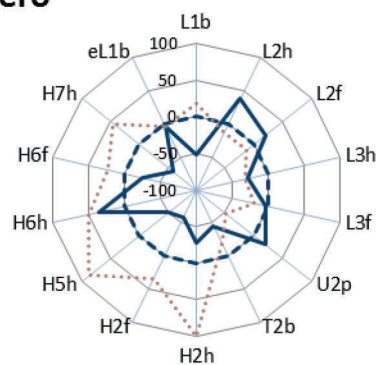
Positivt värde innebär bättre värde för kommunen än förkommungruppen, negativt värde innebär sämre värde.

Spindeldiagram

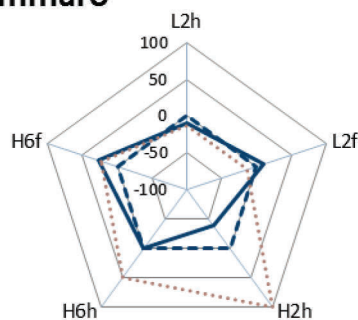
Danderyd



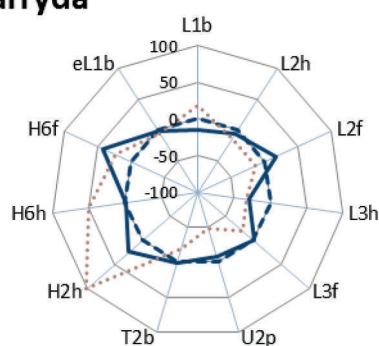
Ekerö



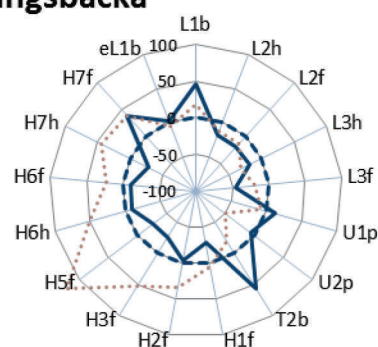
Hammarö



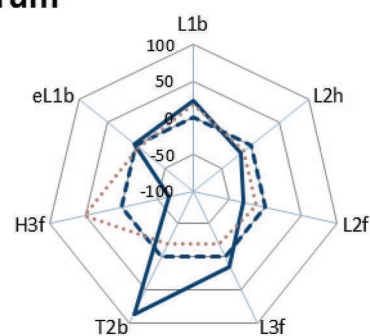
Härbyda



Kungsbacka



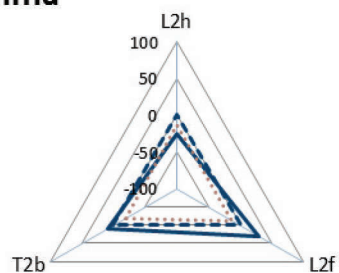
Lerum



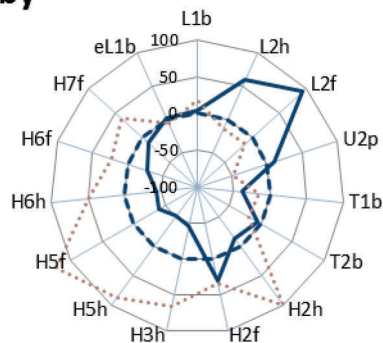
— Kommunen - - - - - Kommungrupp 10 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommungruppen än för riket, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

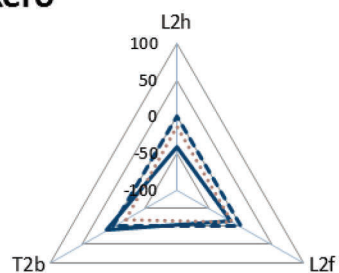
Lomma



Täby



Öckerö



— Kommunen - - - - Kommungrupp 10 Riket

Positivt värde innebär bättre värde för kommungruppen än för riket, negativt värde innebär sämre värde
Källa: Se respektive indikator

Läs- och tolkningsguide

Att tolka indikatorer

Syftet med en indikator är avgörande för hur indikatorn ska tolkas. Syftet har påverkat utformningen av indikatorn och en annan användning eller tolkning av indikatorn kan ge felaktiga slutsatser.

Det är också viktigt att ha i åtanke att det är indikatorer och inte ett faktiskt resultat. Det går därför inte att säga att det är på ett visst sätt, utan att det verkar vara eller tyder på att det är på ett visst sätt.

Indikatorer är bra verktyg för att få en överblick över vad som kommunen behöver analysera vidare och eventuellt förbättra. Men en indikator indikerar någonting och talar inte om orsakerna bakom att det verkar vara på ett visst sätt. Många gånger finns det flera orsaker till varför en kommun har bättre resultat än en annan kommun eller att effektiviteten varierar mellan kommunerna. Därför är det viktigt att kommuner och landsting analyserar orsakerna bakom indikatorernas utfall för att sedan kunna göra bedömningen av vad som behöver åtgärdas.

Uppgifternas kvalitet och säkerhet

För att inte riskera att röja personers identitet redovisas inte uppgifter som baseras på 1–3 personer för enskilda kommuner och landsting. I de Excel-filer där både underlaget till och indikatorernas utfall redovisas för att kommuner och landsting ska kunna analysera materialet vidare, har ett intervall angetts för indikatorns utfall för att ge en indikation på hur de ligger till. I denna rapport har dessa uppgifter dock prickats (..).

Indikatorns utfall kan påverkas av om underlaget, den så kallade populationen, är liten. För att öka säkerheten i uppgifterna publiceras och analyseras därför endast populationer som är minst 20 individer för enskilda kommuner, landsting och kommungrupper. Indikatorer som baseras på färre än 20 individer har prickats (..) i materialet.

Minst 20 procent av kommunerna i respektive län eller landsting ligger till grund för den kommunala spridning som presenteras i diagrammen. I län och landsting där spridningen baseras på färre kommuner har länet markerats med en stjärna (*).

Uppgifterna som presenteras i rapporten bedöms hålla bra kvalitet som underlag för analys och bedömning. För ytterligare information om kvaliteten för respektive indikator hänvisas till *Bilaga 1. Indikatorbeskrivning*.

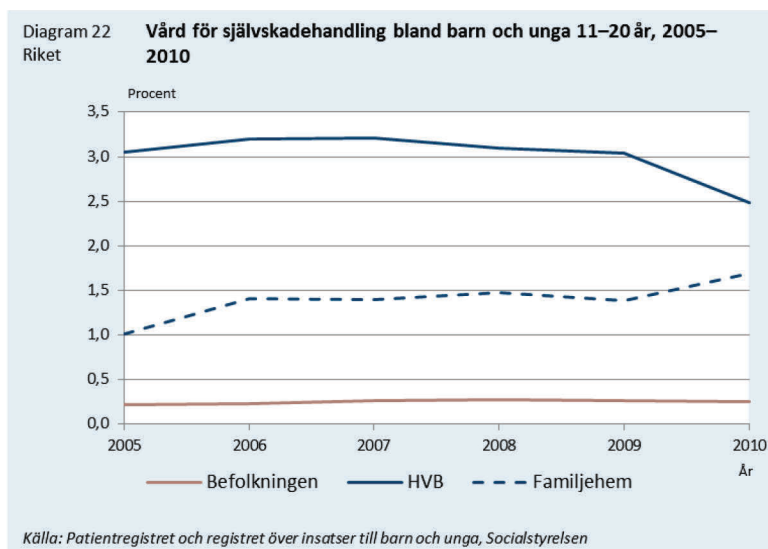
Att läsa och tolka diagram

Indikatorernas utfall redovisas i flera olika typer av diagram.

Linjediagram

Linjediagram visar utvecklingen över tid. Det kan också ge en bild av hur indikatorn skiljer för olika grupper, till exempel kön, ålder och placeringsform.

Exempel på linjediagram



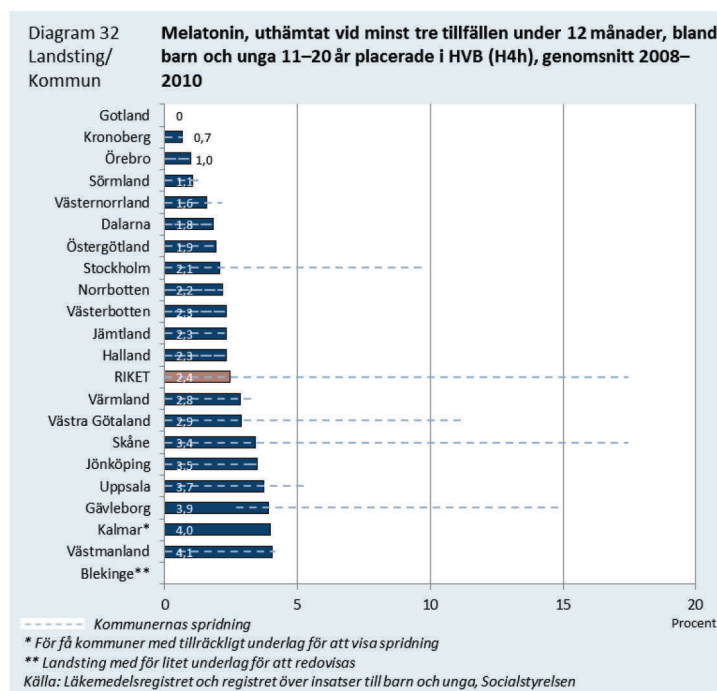
Liggande stapeldiagram

Liggande stapeldiagram används för att visa skillnader mellan länen eller landstingen och spridningen mellan kommunerna i länet eller landstinget. Länets eller landstingets utfall visas med stapeln medan spridningen mellan kommunerna i länet eller landstinget visas med den streckade linjen i respektive stapel. Det län eller landsting med det bästa utfallet för indikatorn redovisas alltid överst i diagrammet. I diagrammet visas också rikets utfall vilket gör det enkelt att se om länet eller landstinget ligger bättre eller sämre än rikets genomsnitt för indikatorn. Observera att rikets genomsnitt avser indikatorns genomsnittliga värde och inte värdet för befolkningen.

För några indikatorer är underlaget inte tillräckligt stort för att kunna redovisa indikatorns utfall för ett visst län eller landsting eller en viss kommun. Är underlaget inte tillräckligt för ett län eller landsting redovisas länet eller landstinget längst ner i diagrammet utan någon uppgift och anges med ** vid läns- eller landstingsnamnet. Spridningen bland kommunerna i länet eller landstinget redovisas om minst 20 procent av kommunerna i det länet eller landstinget har tillräckligt stort underlag för att indikatorns utfall ska kunna redovisas. I diagrammet markeras det med en * vid läns- eller landstingsnamnet om spridningen bland kommunerna inte är möjlig att redovisa.

Om du vill jämföra två diagram, till exempel för placerade i HVB respektive i familjehem, är det bra att vara observant på skalan som visas i underkant på diagrammet.

Exempel liggande stapeldiagram

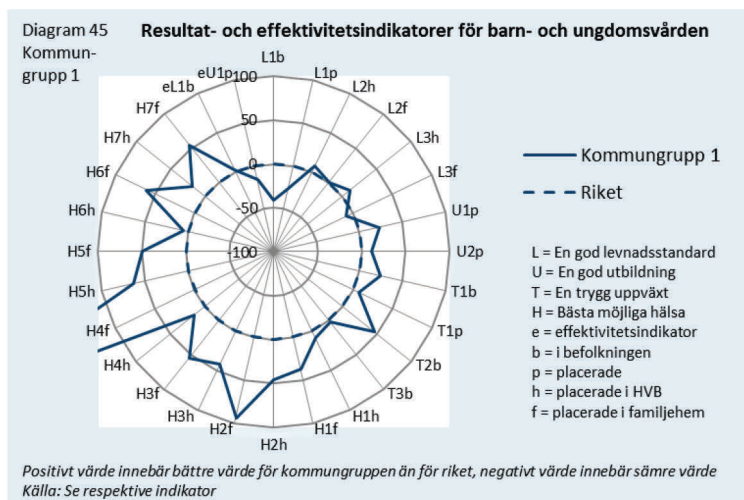


Spindeldiagram

Spindeldiagram används för att ge en snabb bild av hur rikets, kommungruppens eller kommunens utfall för flera indikatorer förhåller sig till varandra. Varje indikator visas på en egen axel som går från diagrammets mitt och utåt. Rikets, kommungruppens och kommunens utfall anges på varje axel och värdena på axlarna binds samman med en linje.

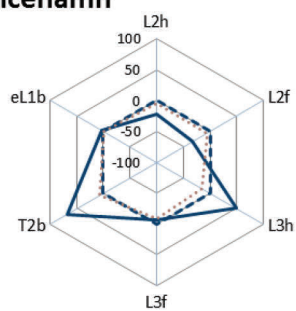
I diagrammen som beskriver kommungruppen jämförs kommungruppens procentuella skillnad mot riket för respektive indikator. Eftersom riket är baslinje är rikets värde i diagrammet alltid noll. Är indikatorns utfall bättre för kommungruppen än för riket är kommungruppens värde positivt och ligger utanför baslinjen. Är indikatorns utfall sämre för kommungruppen är värdet negativt och ligger mellan mitten på diagrammet och baslinjen. I vissa fall är värdet för kommungruppen betydligt bättre än riket. Linjerna som binder samman axlarna ger då en indikation på hur mycket kommungruppen är bättre än riket även om värdet inte kan ses i diagrammet. Diagrammen som beskriver respektive kommun har tagits fram på liknande sätt men i dessa är kommungruppen som kommunen tillhör baslinje och både kommunen och riket relateras till kommungruppen. Antalet axlar i spindeldiagrammen för kommunerna varierar beroende på hur många indikatorer som kommunen har tillräckligt stort underlag för att redovisa.

Exempel spindeldiagram för kommungrupp

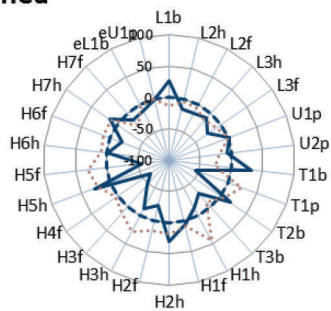


Exempel spindeldiagram för kommun

Ulricehamn



Umeå



Referenser

1. Socialstyrelsen. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012. Resultat och metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Temagruppen Unga i arbetslivet. Unga som varken arbetar eller studerar. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2011.
4. Socialstyrelsen, Skolverket. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen och Skolverket; 2013.
5. Tordön R, Axelsson U, Nordin Rappestad C, Windelhed E, Wiman-Olsson M. Projektrapport SkolFam 2. 2012.
6. Jablonska B, Lindberg L, Lindblad F, Rasmussen F, Östberg V, Hjern A. School performance and hospital admissions due to self-inflicted injury: A Swedish national cohort study. *Int J Epidemiology*. 2009;38(5):1334–41.
7. Vinnerljung B. Fosterbarns skolgång och utbildning. *Socialvetenskaplig Tidskrift*. 1998(1):58–80.
8. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas, www.socialstyrelsen.se. 2012.
9. Läke-medelsverket. Farmakologisk behandling av depression hos barn och ungdomar - en uppdatering av kunskapsläget – Behandlingsrekommendation. Stockholm: Läke-medelsverket; 2005.
10. Läke-medelsverket. Läke-medelsbehandling av adhd – bakgrundsinformation. Stockholm: Läke-medelsverket; 2009.
11. Serlachius E, Thulin U, Andersson G, Vigerland S, Ivarsson T. Ångeststörningar hos barn och ungdomar – hjälp finns att få. *Läkartidningen*. 2012;43:1946–9.
12. Smedje H. Sömnproblem hos barn och ungdom: Information för sjukvårdspersonal. Uppsala: Akademiska sjukhuset; 2004.
13. Socialstyrelsen, Länsstyrelserna. Hem för vård eller boende för barn och unga. Slutrapport från nationell tillsyn 2006–2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
14. United States Governmental Accountability Office. Report to Congressional Requesters Foster children HHS Guidance Could Help States Improve Oversight of Psychotropic Prescriptions. Statement of GD Kurtz, Director of Forensic Audits and Investigative Service. 2011;40:1.
15. Matone M, Russell L, Huang YS, dosReis S, Feudtner C, Rubin D. The Relationship between Mental health Diagnosis and Treatment with Second-Generation Antipsychotics over Time: A National Study of U.S. Medicaid-Enrolled Children. *Health Service Research (HSR)*. 2012;47:1836–60.

16. Andrade SE, Lo JC, Roblin D, Fouayzi H, Connor DF, Penfold RB, et al. Antipsychotic medication use among children and risk of diabetes mellitus. *Pediatrics*. 2011;128(6):1135–41.
17. Correll C, Manu P, Olshanskiy V, Napolitano B, Kane JM, Malhotra AK. Cardiometabolic Risk of Second-Generation Antipsychotics During First-Time Use in Children and Adolescents. *JAMA*. 2009;302:1765–73.
18. Socialstyrelsen. *Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
19. Akademiska sjukhuset. *Handlingsprogram – Ångest*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län; 2010.
20. Läkemedelsverket. *Läkemedelsboken*. Stockholm: Läkemedelsverket; 2011.
21. Socialstyrelsen. *Handbok för effektivitetsanalyser*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
22. Blomgren M, Waks C. *Öppna jämförelser analys. Ett nytt tänk. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete*. Stockholm: Sverige Kommuner och Landsting, SKL; 2010.
23. Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser analys. Ett nytt tänk. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete*. Stockholm: SKL; 2010.
24. Socialstyrelsen. *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
25. Barnombudsmannen. *I'm sorry. Röster från särskilda ungdomshem*. Stockholm: Barnombudsmannen; 2010.
26. Barnombudsmannen. *Bakom fasaden – barn och ungdomar i den sociala barnavården berättar*. Stockholm: Barnombudsmannen; 2011.
27. Westberg M, Tilander K. *Att lära av fosterbarn – åtta års arbete med intervjuer med före detta fosterbarn*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. 2010.
28. SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*.
29. Socialstyrelsen. *Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
30. SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
31. Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen. *Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*. Stockholm: Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen; 2007.
32. Socialstyrelsen. *Samverkan i sociala insatsgrupper – vägledning för lokalt arbete i syfte att motverka en kriminell livsstil bland unga*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
33. Socialstyrelsen. *Barnahus – försöksverksamhet med samverkan under gemensamt tak vid misstanke om brott mot barn – slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

34. Socialstyrelsen. Grundbok Barns behov i centrum (BBIC). Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
35. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum (BBIC. Formulär och stöddokument. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
36. SOSFS 2006:14 Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga.
37. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2012 – hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
38. Socialstyrelsen. Våld – En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
39. SOU 2003:92 Unga utanför.
40. Socialstyrelsen. Kartläggning av interventioner med syfte att tillgodose placerade barns och ungas rätt till utbildning och hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
41. Forsman H. Interventioner som avser att förbättra placerade barns skolprestationer – en kunskapsöversikt. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet; 2011.
42. Sveriges Kommuner och Landsting. Barnen i fokus, exempel på förutsättningar för ett framgångsrikt stöd till barn och unga. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, SKL; 2012.
43. Sveriges Kommuner och Landsting. Handbok för öppna jämförelser inom socialtjänsten. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, SKL; 2012.
44. Socialstyrelsen. Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Delredovisning juni 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
45. Socialstyrelsen. Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Delredovisning nr. 2 Mars 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
46. Socialstyrelsen. Promemoria om utvidgad statistik för barn och unga inom socialtjänsten, uppdrag och motiv. Dnr 71-3435-2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
47. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.