

Individ- och familjeomsorg

Lägesrapport 2017

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

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

ISBN	978-91-7555-413-6
Artikelnummer	2017-2-14

Omslagsfoto	David Zandén, Scandinav.
Tryck	Edita Bobergs AB, Falun, februari 2017

Förord

I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen samt inom missbruks- och beroendevården vad gäller såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården.

Rapporten har utarbetats av Ebba Hedlund och Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Övriga medverkande i rapporten är Marie Berlin, Luis Francisco Gemzell, Gunnel Hedman Wallin, Christina Höglblom, Tina Isaksson, Katarina Munier, Charlotta Rehnman Wigstad.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning.....	7
Social barn- och ungdomsvård	8
Sammanfattande iakttagelser	8
Ensamkommande barn som är gifta.....	9
Öppenvårdsinsatser	10
Placerade barn och unga	12
Ensamkommande barn	17
Asylsökande barn i familj	22
Våldsutsatta barn och unga	23
Kompetens och bemanning	28
Förutsättningar och utmaningar	29
Ekonomiskt bistånd.....	31
Hushåll med ekonomiskt bistånd.....	31
Personer med ekonomiskt bistånd.....	31
Unga vuxna med ekonomiskt bistånd	32
Långvarigt ekonomiskt bistånd.....	33
Barn i familjer med ekonomiskt bistånd	34
Våld i nära relation.....	36
Missbruks- och beroendevård.....	40
Sammanfattande iakttagelser	40
Aktuell utveckling	41
Kartläggning av vårdlandskapet	44
Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	57
Sammanfattande iakttagelser	57
Kommunernas ansvar för bostadsförsörjning.....	57
Kommunens och övriga samhällets delade ansvar för hemlöshet.....	58
Bostadssituationen för nyanlända	58
Bostadsbristen försvårar för våldsutsatta	59
Vräkningarna har minskat över tid.....	59
Kommunens boendelösningar	60
Bostadsbrist	61
Kostnader för individ- och familjeomsorg	63
Referenser	66

Inledning

I den här lägesrapporten presenterar Socialstyrelsen en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO). Rapporten ska vara ett underlag för beslutsfattare på nationell nivå, men är intressant även för andra målgrupper. Analyserna och slutsatserna bygger på aktuella utredningar och rapporter, på öppna jämförelser av socialtjänsten och på analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister och socialtjänstregister samt nationella kvalitetsregister och Statistiska centralbyråns register över kommunernas och landstingens räkenskaper. För utvalda områden har vi gjort fördjupade analyser särskilt för denna rapport.

Socialstyrelsen redovisar tillståndet och utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården, området ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevården och socialtjänstens arbete för våldsutsatta och hemlösa. I kapitlet om missbruks- och beroendevården behandlar vi även delar av hälso- och sjukvårdens verksamhet inom området. Rapporten ger också en beskrivning av kostnadsutvecklingen inom individ- och familjeomsorgen.

Rapporten omfattar områden som berörs av följande Agenda 2030-mål:

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

Social barn- och ungdomsvård

Sammanfattande iakttagelser

Ensamkommande barn och unga

- Situationen i den sociala barn- och ungdomsvården har stabiliserats något 2016 eftersom inte lika många asylsökande ensamkommande barn anlände det senaste året som 2015. Det skapar förutsättningar för ett mer strukturerat och långsiktigt arbete med både de ensamkommande barnens situation och den sociala barn- och ungdomsvårdens övriga uppgifter.
- Det finns kommuner som uppger att de fortfarande ligger efter med att komplettera utredningar om skydd eller stöd för ensamkommande barn och utredningar av familjehem för ensamkommande.
- En framgångsfaktor som anges av kommuner som hanterat flyktingsituationen förhållandevis bra är att ärenden som gäller ensamkommande barn och unga har handlagts åtskilt från andra barn- och ungdomsärenden.
- Att ha hem för vård eller boende (HVB) och familjehem i kommunal regi angav många kommuner som värdefullt eftersom det medgav en bättre kontroll över verksamheterna och att de kände sig mer trygga med placeringarna. Placering av barnen i den egna kommunen ger enligt socialsekreterarna en bättre relation till barnen eftersom de har möjlighet att träffa dem oftare.
- Den psykiska hälsan påverkas negativt av ovisshet om familjeåterförening och uppehållstillstånd. Även avsaknad av regelbundna vardagsrutiner för mat, sömn och aktiviteter samt avsaknad av stöd i vardagen påverkar de ensamkommandes psykiska hälsa och skapar efterfrågan på hälso- och sjukvård.
- Mycket talar för att den psykiska ohälsan bland asylsökande och nyanlända kan komma att öka framöver på grund av olika fördröjda effekter av traumatiserande erfarenheter. Till de viktigaste skyddsfaktorerna för att förhindra en sådan utveckling hör ett stabilt boende, socialt nätverk och utbildning.
- Totalt 132 ensamkommande asylsökande barn som var gifta har identifierats 2013–2015. De allra flesta (97 procent) var flickor.

Våldsutsatthet

- Barn med funktionsnedsättning löper större risk än andra barn att utsättas för misshandel i hemmet samt för mobbning, kränkande behandling, utsatthet via internet och för sexuella övergrepp.
- Rutinmässiga frågor om utsatthet för våld inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) gör att fler barn som har utsatts direkt och/eller bevittnat våld mellan föräldrarna kan upptäckas.
- En majoritet av de 210 barn som 2012–2015 misstänktes ha utsatts för människohandel eller människohandelsliknande brott befann sig i Sverige

utan vårdnadshavare och utan id-handlingar. Det vanligaste syftet med människohandeln var sexuell exploatering och de flesta av barnen var i åldersgruppen 15–17 år.

Statistik över insatser

- Det finns i dag ingen heltäckande statistik i Sverige över samtliga placerade barn och unga, eftersom statistiken sedan 2014 bara omfattar personer med svenskt personnummer. Det innebär att ensamkommande asylsökande barn och unga inte ingår i statistiken. Sedan 2015 ingår inte uppgifter om placerade barn och unga i den officiella statistiken och innehåller inte längre uppgift om födelseland.
- Statistiken över öppenvårdsinsatser inom social barn- och ungdomsvård är inte personnummerbaserad utan mäter antal beslutade insatser. Antalet behovsprövade öppenvårdsinsatser fortsatte att öka under 2016.

Arbetsvillkor och kompetens

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har visat att socialnämndernas svårigheter att säkra en tillräcklig bemanning i socialtjänsten med nödvändig kompetens är ett allvarligt problem som kräver välgrundade, strategiska och uthålliga åtgärder.
- Socialstyrelsens reviderade system för BBIC (barns behov i centrum) lanserades 2016 och har enligt uppgift från kommunerna tagits emot väl av socialtjänsten.
- Vakanser, personal med bristande kompetens och stor personalomsättning på HVB och de särskilda ungdomshemmen inom Statens institutionsstyrelse (SiS) riskerar att försämra kvaliteten i vården.
- I 11 procent av kommunerna uppgav socialtjänsten 2015 att de under det senaste året varit i kontakt med barn under 18 år som varit involverade i eller misstänkts varit involverade i våldsbejakande extremism och i 11 procent av kommunerna uppgav socialtjänsten att de under det senaste året haft kontakt med unga vuxna 18–25 år som på något sätt varit involverade i eller misstänkts varit involverade i våldsbejakande extremism.

Ensamkommande barn som är gifta

Gifta barn som identifieras i asylprocessen är en särskilt utsatt grupp. Det rör sig om ensamkommande flickor, i en del fall under 15 år, med eller utan egna barn, som kommit till Sverige tillsammans med oftast vuxna män som de är gifta med. Migrationsverket [1] uppger att 132 gifta barn identifierats under åren 2013–2015. Alla är eller har varit utan vårdnadshavare i Sverige och 97 procent av dessa barn är flickor. Gruppen uppmärksammades under 2015 genom ett antal frågor till den nationella stödtelefonen som drivs av Länsstyrelsen i Östergötland och det nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld och förtryck av flickor och kvinnor. Socialsekreterare och handläggare inom Migrationsverket uttryckte att det var oklart hur de skulle hantera dessa ärenden. Flertalet av flickorna bodde med sin make på Migrationsverkets boenden. En del som kommit tillsammans med maken och dennes föräldrar,

blev placerade av socialtjänsten hos svärföräldrarna, om flickan själv inte hade något att invända emot det. Enligt 1 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) ska barnets bästa beaktas i alla ärenden som rör barn men vara avgörande vid beslut och åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn [1].

Den civilrättsliga statusen av ett äktenskap påverkar inte socialnämndens ansvar för ett barn. Oavsett om äktenskapet sedermera erkänns i Sverige eller inte ska barnet få anpassad och relevant information om sina rättigheter och möjligheter till skydd i Sverige [2]. JO har i ett beslut som rörde handläggningen av ärenden rörande tre ensamkommande barn som var gifta, uttalat att socialnämnden har ett långtgående utredningsansvar när det gäller barn som kan vara i behov av stöd eller skydd¹. Detta har förmedlats till socialtjänsten via Socialstyrelsens *Ensamkommande barn och unga – handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter* som publicerades i november 2016.

Öppenvårdsinsatser

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

Öppenvårdsinsatser är som regel frivilliga för den som erbjuds insatsen och kan riktas direkt till barnet eller den unge. I andra situationer kan en insats riktas till vårdnadshavarna för att komma barnet till del. Under vissa omständigheter har barn enligt 6 kap. 13 a § föräldrabalken möjlighet att få tillgång till vissa insatser även om en av vårdnadshavarna inte samtycker till insatsen, till exempel samtalskontakt enskilt eller i grupp med stöd av 4 kap. 1 § (SoL). Som framgår av 3 kap. 6 a § andra stycket SoL kan insatser även lämnas till barn som fyllt 15 år utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det.

Socialstyrelsens öppenvårdsstatistik baseras på uppgifter på aggregerad nivå (är således inte individbaserad) och innehåller insatser som är behovsprovade och som beslutats enligt SoL eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Insatser till barn och unga utan biståndsbeslut ingår inte.

¹ JO:s beslut den 15 juni 2016 (dnr 394-2016, 476-2016, 692-2016).

Tabell 1. Öppenvårdsinsatser för barn och unga.

Antal barn och unga per 1 000 invånare i befolkningen med minst ett beslut om behovsprövat öppenvårdsinsats enligt SoL eller LVU den 1 november 2015 fördelat efter ålder och kön.

Ålder	Flickor	Pojkar	Totalt
0–12 år	10	12	11
13–17 år	21	24	22
18–20 år	12	16	14

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

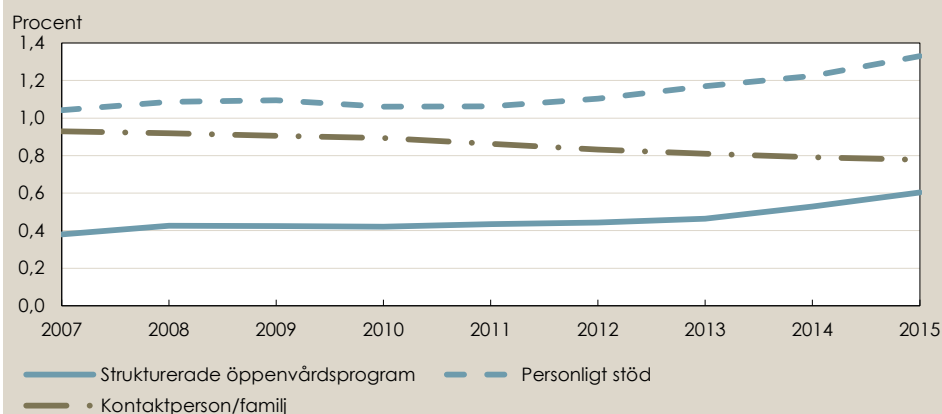
Följande insatser ingår: strukturerade öppenvårdsprogram, personligt stöd, kontaktperson/-familj och särskilt kvalificerad kontaktperson enligt SoL, samt särskilt kvalificerad kontaktperson/behandling 22 § LVU

Fortsatt ökning av öppenvårdsinsatser

Öppenvårdsinsatser i form av strukturerade öppenvårdsprogram och personligt stöd fortsatte att öka under 2015. Samtidigt ses en fortsatt nedgång för insatsen kontaktfamilj eller kontaktperson (figur 1). I relation till befolkningen i åldersgruppen 0–20 år har den totala ökningen dock varit marginell.

Figur 1. Behovsprövade insatser till barn och unga enligt SoL

Andel i befolkningen 0–20 år den 31 december 2007–2015.



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

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

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

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen redovisar årligen via öppna jämförelser på webben kommunernas myndighetsutövning inom den sociala barn- och ungdomsvården med fokus på socialtjänstens förutsättningar att möta utsatta barns behov. Resultaten från 2016 visar att 62 procent av kommunerna erbjuder ett eller flera manualbaserade föräldrastödsprogram i grupp för föräldrar till barn med beteendeproblem eller känslomässiga problem². Av kommunerna erbjuder 36 procent funktionell familjeterapi (FFT) eller multisystemisk terapi (MST),

² Connect, COPE, De otroliga åren, Föräldrastegen/Steg för steg, Komet, Triple P (Positive parenting program).

som är manualbaserade psykosociala behandlingar för ungdomar i åldersgruppen 11–18 år med utagerande beteendeproblematik [3]. Manualbaserade stödgruppsverksamheter³ för barn och unga i familjer med psykosocial problematik erbjuds i 76 procent av landets kommuner [3].

Socialtjänsten kan även tillhandahålla insatser som service dvs. insatser som inte är behovsprövade och beslutade enligt 4 kap. 1 § SoL. Uppgifter om hur många barn och unga som får del av olika serviceinsatser saknas på nationell nivå.

Placerade barn och unga

Som placerade barn och unga räknas personer i åldersgruppen 0–20 år som får omvårdnad, stöd, fostran och ibland behandling i ett familjehem, jourhem, HVB eller stödboende med stöd av SoL eller LVU. Barn och unga med funktionsnedsättning kan även vara placerade med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) [4].

Familjehem har länge varit den vanligaste placeringsformen för barn och unga i Sverige, men på senare år har bilden förändrats i takt med att fler ensamkommande barn har kommit till Sverige och sökt asyl och då oftast placerats i HVB. Sedan 2009 har det även blivit allt vanligare med så kallade konsulentstödda familjehem, där privata aktörer ansvarar för att rekrytera familjehem, sälja tjänsten till kommunens socialtjänst samt bistå hemmen med olika slags resurser som till exempel handledning och förmedling av psykologtjänster [5].

Insatsen jourhem är ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden eller motsvarande tar emot barn och ungdomar för tillfällig vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Ett jourhem ska vara lika väl utrett som ett familjehem men har ett generellt tillstånd att ta emot barn och ungdomar för tillfälliga placeringar i främst akuta situationer. Jourhem är i allmänhet kontrakterade av en eller flera kommuner [6].

Stödboende är sedan den 1 januari 2016 ett nytt placeringsalternativ för barn och unga i åldersgruppen 16–20 år. Stödboende kan vara ett fristående och första placeringsalternativ eller fungera som utslussning efter till exempel vård i familjehem eller HVB.

Nationell statistik om placerade barn och unga

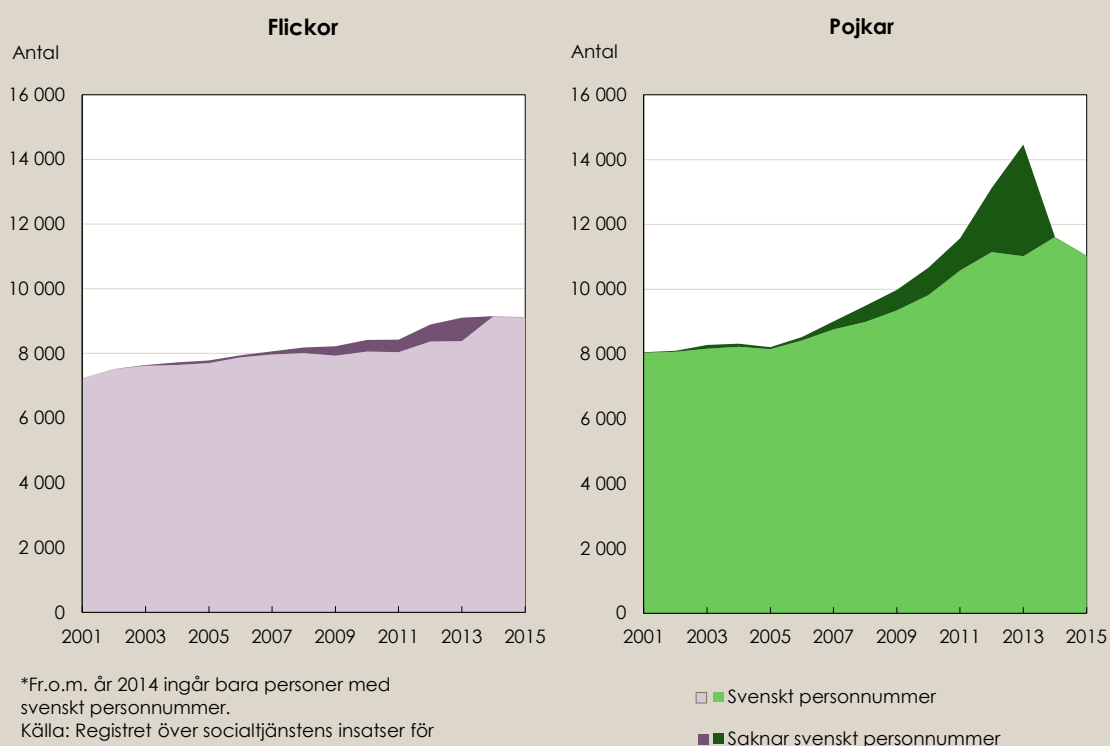
Det finns i dag ingen heltäckande statistik i Sverige över samtliga placerade barn och unga, eftersom statistiken sedan 2014 bara omfattar personer med svenskt personnummer. Det innebär att ensamkommande asylsökande barn och unga inte ingår i statistiken. Den genomsnittliga handläggningstiden av deras asylansökan är 323 dagar, och det är alltså först i samband med att de får ett eventuellt uppehållstillstånd som de inkluderas i statistiken. Täckningsgraden i Socialstyrelsens personnummerbaserade statistik över antalet placerade barn och unga har därför försämrats i takt med att antalet ensamkommande asylsökande har ökat (figur 2). Bakgrunden till denna förändring är att kommunerna har utvecklat lokala system med olika typer av så kallade

³ CAP (Children are people too), Ersta Vändpunkten, Rädda Barnens barngrupp, Trappan.

reservnummer för att registrera asylsökande barn och unga som får insatser från socialtjänsten. Vid inrapportering av data baserade på reservnummer till nationell nivå uppstår följaktligen oklarheter om vilka personer som avses. Sedan 2015 ingår inte uppgifter om placerade barn och unga i den officiella statistiken, och förutom att det bara omfattar personer med svenskt personnummer, så innehåller det inte längre uppgift om födelseland.

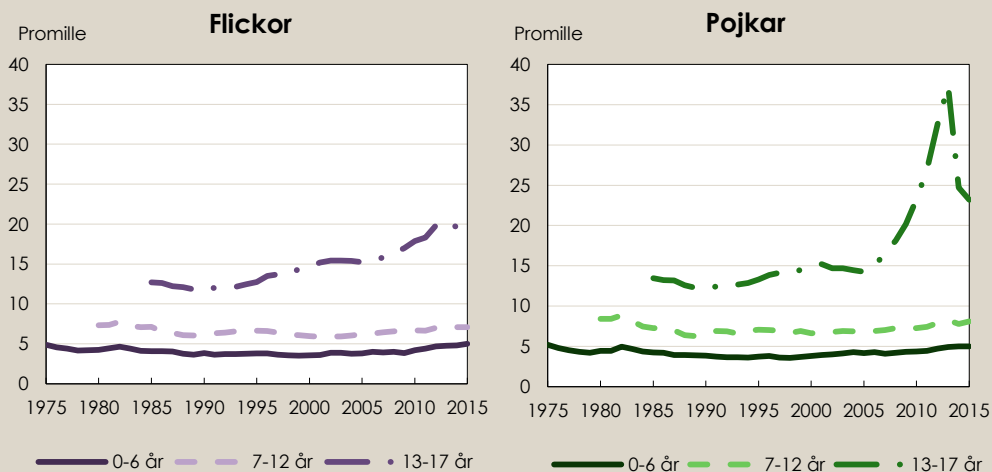
Figur 2. Svenskt personnummer bland barn med heldygnsinsatser

Antal barn och unga med heldygnsinsatser fördelade efter om de hade respektive saknade svenskt personnummer *. Flickor och pojkar 0-17 år, 2001–2015.



Figur 3. Varit placerad någon gång under året

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



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

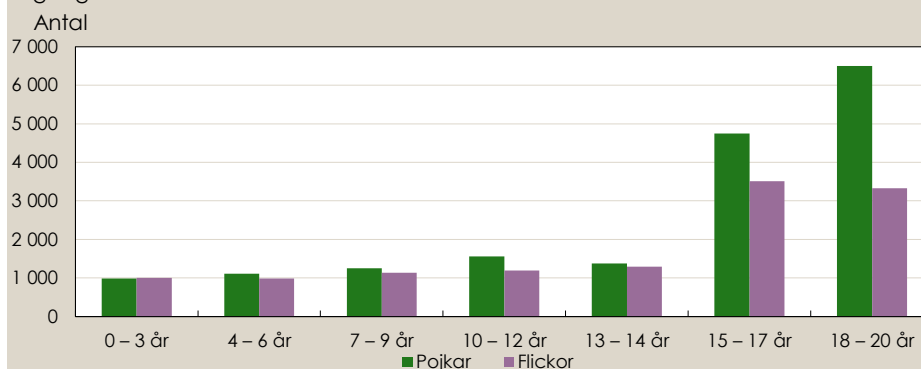
Källa: Registret över socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Ökningen av andelen placerade barn under 2000-talet, främst bland tonåringar, utgörs av asylsökande ensamkommande barn (figur 3).

Tillsammans med Migrationsverket och Skatteverket har Socialstyrelsen uppmärksammat regeringen på behovet av förbättrade förutsättningar för statistiken [7]. Skatteverket föreslår att asylsökande ska tilldelas samordningsnummer och att de nya reglerna ska träda i kraft den 1 juli 2017 [8]. Personnummer föreslås kopplas direkt till individens samordningsnummer i folkbokföringen och då stärks såväl patientsäkerhet och rättssäkerhet för patienter och brukare i vård och omsorg som möjligheterna att följa hälsa och utveckling i gruppen placerade barn och unga över tid [7].

Figur 4. Heldygnsvård till barn och unga 2015

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



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

HVB-vård i förändring

Nyetableringen av HVB-verksamheter har ökat väsentligt och ökningen har främst skett inom HVB-hem med inriktning på ensamkommande barn och unga. Den 31 december 2014 fanns 506 registrerade HVB-hem för ensamkommande barn och unga; i oktober 2016 var antalet registrerade verksamheter 1 622. Majoriteten drivs i kommunal regi eller utgör entreprenadverksamhet (77 procent) och resterande är privat verksamhet (23 procent) [9].

Både kommunala och privata HVB-verksamheter samt SiS beskriver att det råder brist på personal med rätt kompetens, vilket medfört att SiS tillfälligt har sänkt kraven vid rekrytering av behandlingsassistenter trots att det inom HVB-vården för ensamkommande barn och unga finns behov av kunskap inom områden specifika för just denna målgrupp. Överlag är det vetenskapliga underlaget för de program och arbetssätt som används inom HVB-vården otillräckligt [10]. Det handlar bland annat om traumamedvetet bemötande, normkritiskt förhållningssätt, relationsskapade arbete och kunskaper om människohandel och sexuell exploatering [11]. Socialstyrelsen beslutade att under perioden 1 januari–31 oktober skulle kraven på utbildning för föreståndare för HVB tillfälligt ändras på grund av det ökade behovet av platser⁴ [12, 13].

De statliga ungdomshemmen

SiS institutioner för ungdomar finns över hela landet. Idag finns 23 särskilda ungdomshem med cirka 650 platser för akuta situationer och för utredning, behandling eller utslussning. Särskilda platser finns också för sluten ungdomsvård för personer mellan 15 och 18 år. De ungdomar som placeras inom SiS har psykosociala problem som till exempel missbruk, kriminalitet och självskadebeteende.

Av de unga som placeras på de statliga ungdomshemmen är cirka 30 procent flickor och cirka 70 procent pojkar. Bland flickorna är flertalet i åldersgruppen 14–17 år och bland pojkarna är de flesta 15–18 år. Placeringarna sker i 95 procent av fallen med stöd av LVU och i 5 procent av fallen med stöd av lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) och i en procent av fallen är placeringarna frivilliga med stöd av SoL.

Antalet intagningar per år har ökat svagt sedan 2013. En målgrupp som ökat stadigt de senaste åren är ensamkommande. Under 2016 tog SiS emot 273 ensamkommande barn och unga, varav tretton flickor. Det innebär att ungefär var tredje intagen pojke inom SiS är ensamkommande. De allra flesta av barnen befinner sig i asylprocessen eller har fått ett avvisningsbeslut som av olika skäl inte har blivit verkställt. Till en början var det mest ensamkommande pojkar från Nordafrika (Marocko, Algeriet, Libyen) som placerades inom SiS, men det har ändrats. Från att ha utgjort över hälften av alla ensamkommande inom SiS, är den gruppen idag runt 30 procent och andelen från Afghanistan har ökat och utgör runt hälften av de ensamkommande barnen inom SiS.

⁴ Se Socialstyrelsen föreskrifter (HSLF-FS 2015:34) om undantag från vissa bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende, som upphävdes i.o.m att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende trädde ikraft.

Under 2015 och 2016 har antalet platser ökat inom SiS men trots detta har beläggningen varit konstant hög och tidvis har myndigheten haft svårt att omedelbart anvisa plats. Två nya institutioner har öppnat inom den statliga ungdomsvården och när dessa är i full drift under slutet av 2016 ger de ett tillskott på omkring 80 platser. Utöver det har i stort sett alla institutioner utökat med enstaka platser eller avdelningar.

Avskiljning och andra tvångsmedel

Antalet beslut om särskilda befogenheter för myndigheten att till exempel begränsa någons rörelsefrihet, omhänderta egendom eller kräva urinprov för kontroll av drogfrihet har ökat inom SiS. Av totalt 20 409 beslut 2016 handlade de flesta om kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning – 77 procent av alla beslut rörande pojkar gällde detta. Motsvarande andel för flickor var 59 procent.

Stödboende

Den 1 januari 2016 infördes, som tidigare nämnts, den nya placeringsformen stödboende för barn och unga i åldersgruppen 16–20 år. Bakgrunden var att det behövdes fler placeringsalternativ, inte minst en mindre ingripande insats för barn och unga.

Socialstyrelsen har genomfört en intervjustudie med sju kommuner för att ta del av kommunernas erfarenheter av stödboende så här långt. Studien visar följande:

- Det saknas stödboende i några av kommunerna, men samtliga har satt igång processen med att skapa platser på sådana boenden. Planerna gäller främst för målgruppen ensamkommande barn.
- Flera av kommunerna har börjat anpassa sig till det nya ersättningssystem för mottagandet av ensamkommande barn och unga som förväntas träda i kraft i juli 2017. Ersättningen för HVB-placeringar kommer då att bli lägre och därför vill kommunerna skapa stödboendeplatser i stället eftersom dessa är billigare att driva än HVB-platser.
- Det är svårt att hitta lämpliga lokaler för stödboenden, till stor del på grund av att bostadsmarknaden är ansträngd och det råder konkurrens om de befintliga lägenheterna. Det är svårt att omvandla befintliga HVB till stödboende på grund av lokalernas utformning.
- Fler gemensamma utrymmen innebär större behov av personal, eftersom det behövs mer tillsyn.

Den 16 januari 2017 fanns 212 stödboenden med totalt 2 541 platser, enligt statistik från IVO [14].

Fler domar som gäller LVU

Om det kan antas att behövlig vård inte kan ges till barnet med samtycke från barnet och/eller vårdnadshavarna behöver nämnden överväga att ansöka till förvaltningsrätten om vård enligt LVU. Sådan vård ska enligt 2 § LVU beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas eller enligt 3 §

om barnet utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård utan samtycke från barnet eller den unga och från vårdnadshavarna regleras i LVU och det totala antalet mål i förvaltningsrätten rörande LVU har ökat med nästan 43 procent mellan 2005 och 2015. Under samma period ökade överklagandena till kammarrätten med 148 procent. Majoriteten av målen i både förvaltnings- och kammarrätt gäller ansökan om beredande av vård samt omedelbart omhändertagande av barnet eller den unga. Utfallet i dessa mål avgör om det blir en placering enligt LVU eller inte. Den största relativa ökningen av LVU-mål i förvaltningsrätt gällde beslut under pågående vård (106 %). I kammarrätt gällde den största relativa ökningen antalet mål om omedelbart omhändertagande (331 %). Gemensamt för alla kategorier av LVU-mål är att antalet pojkar varit något fler än antalet flickor under hela perioden. Barnens och ungdomarnas genomsnittsålder har dock sjunkit något, vilket främst beror på att befolkningsökningen varit stor i gruppen 0–6 år [15]. Utifrån tillgängliga data går det inte att uttala sig om orsakerna till dessa förändringar.

Antalet ansökningar om beredande av vård samt omedelbart omhändertagande enligt LVU ledde 2012–2014 till placering i cirka 80 procent av fallen. Grunden som angavs för placeringarna var i 60 procent av målen barnens miljö och i 30 procent av målen deras beteende [15].

Födelseland

Majoriteten av de barn och unga som placerats enligt LVU under perioden 2005–2014 är födda i Sverige, men antalet LVU-placerade som inte har Sverige som födelseland har ökat. Till stor del tycks detta bero på att antalet utlandsfödda i hela befolkningen har ökat under samma tidsperiod. De utlandsfödda barnen och ungdomarna som placeras enligt LVU ökar relativt sett något mer än de som är födda i Sverige [15].

Ensamkommande barn

Ankomst och anvisning

Den kommun där ett ensamkommande barn först ger sig till känna ansvarar för det initiala mottagandet av barnet. Socialtjänsten i ankomstkommunen inleder en utredning och tillgodoser barnets omedelbara behov, främst i form av boende, till dess att Migrationsverket anvisar en kommun. Under hösten 2015 träffade Barnombudsmannen 450 ensamkommande barn i åldersgrupperna 9–18 år vid olika ankomstboenden. Barnen kunde berätta att de hade försökt få hjälp för exempelvis ont i en tand, skador de fått under flykten, borttappade glasögon eller läkemedel för kroniska sjukdomar men att de hade nekats vårdkontakt. Barnen berättade även om psykiska påfrestningar som berodde på såväl traumatiska upplevelser som på en aktuell situation präglad av ensamhet och brist på sysselsättning [16].

Efter anvisning ansvarar den anvisade kommunen för att det ensamkommande barnet får sitt långsiktiga behov av stöd och hjälp, oavsett om barnet placeras i anvisningskommunen eller i en annan kommun. Om det finns en

släkting eller någon annan nära anhörig i en kommun i Sverige, anvisar Migrationsverket barnet till den personens hemkommun om det inte är olämpligt utifrån barnets bästa. I 3 § tredje stycket i lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) anges att i och med att Migrationsverket har anvisat en kommun, anses barnet vistas i den kommunen i den mening som avses i 2 a kap. 1 § SoL. Regeringen har aviserat att Socialstyrelsen kommer att få ett regeringsuppdrag att inrätta ett kunskapscentrum för arbetet med ensamkommande barn de kommande åren. Uppdraget förväntas komma våren 2017.

Minskat antal asylsökande

År 2015 kom det 35 369 ensamkommande barn till Sverige och ansökte om asyl (tabell 2). Till följd av bland annat skärpta gräns- och ID-kontroller har antalet asylsökande minskat kraftigt 2016 till det lägsta antalet ensamkommande barn sedan år 2008. År 2016 kom 2 199 ensamkommande asylsökande barn till Sverige. Av dessa var 20 procent flickor. I drygt hälften av ärendena (55 procent) anvisade Migrationsverket en kommun som ansvarig för barnet på grund av att barnet uppgav att det hade en anknytning till en viss kommun genom släkting eller annan närstående.

Tabell 2. Antal ensamkommande flyktingbarn.

Antal asylsökande barn och unga utan föräldrar eller annan legal vårdnadshavare i olika åldersgrupper 2015 och 2016.

Ålder	2015	2016
0–6	312	61
7–12	2 251	190
13–17	32 806	1 948

Källa: Migrationsverket.

De största grupperna av asylsökande ensamkommande barn som kom till Sverige under 2016 är medborgare i Afghanistan, Somalia, Syrien och Etiopien. Migrationsverkets handläggningstid för ensamkommande barn var under 2016 i genomsnitt 323 dagar och bifallsandelen i genomsnitt 70 procent. Migrationsverkets prognos från oktober 2016 ligger på 2 400 ensamkommande asylsökande barn under år 2017 [17].

Konsekvenser för socialtjänsten

Vid tre tillfällen 2016 genomförde Socialstyrelsen cirka 150 telefonintervjuer med IFO-chefer i de 50 kommuner som 2015 via länsstyrelserna uppgett till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) att läget inom deras verksamhet var ”kritisk” eller ”allvarligt påverkad” med anledning av den då rådande flyktingsituationen. Vid ytterligare ett tillfälle gjordes intervjuer med slumpmässigt utvalda kommuner. Socialstyrelsens intervjuer ger en samstämmig bild av utvecklingen.

Oförberedda kommuner

Kommunerna blev överrumplade av det stora antalet asylsökande ensamkommande barn 2015. De hade brist på HVB-platser och familjehem så i ett första läge gällde det för kommunerna att överhuvudtaget hitta placeringsal-

ternativ. Detta innebar att många barn placerades i andra kommuner än den anvisade, vilket krävde att socialsekreterarna reste mycket för att placera och besöka barnen. Resor krävdes också för att hämta tillbaka barn som avvek från sin placeringskommun. Resandet tog mycket av socialsekreterarnas tid. Det uppstod också oklarheter om vilken kommun som var ansvarig i de fall när enskilda barn inte ville stanna i placeringskommunen [18].

Negativa konsekvenser för myndighetsutövningen

Enligt kommunernas representanter var det framför allt myndighetsutövningen inom barn- och ungdomsvården som påverkades av det stora antalet asylsökande ensamkommande barn. Detta gällde såväl handläggningen av ärenden om ensamkommande som övriga barn- och ungdomsärenden. Inkomna anmälningar om oro för barn enligt SoL prioriterades, men en bedömning av alla barns eventuella behov av omedelbart skydd samma dag eller senast dagen efter hanns inte alltid med [18].

I februari 2016 gjordes fördjupade intervjuer med de 22 kommuner som i januari uppgett att de inte hanterade anmälan om oro för barn enligt lagstiftningen. Som särskilt allvarligt framstod svårigheten för socialtjänsten att hinna träffa det aktuella barnet eller få med en tolk i samtalet. Socialstyrelsens undersökning av situationen i dessa kommuner indikerade att det fanns allvarliga brister även i uppföljningen av de placerade barnens situation [18]. Kommunerna uppgav att ärendebelastningen fortfarande var hög och att ärenden blev liggande trots att man anställt fler socialsekreterare. Det brast dessutom i skyddsbedömningar och förhandsbedömningar i vissa kommuner och tidsbristen gjorde att kvaliteten på utredningarna inte var tillfredsställande. Skälen till bristerna uppgavs vara att personalsituationen var krisartad och att det inte gick att få tag i socionomer [18].

Utifrån ytterligare telefonintervjuer i mars 2016 gjorde Socialstyrelsen bedömningen att socialtjänstens arbete med ensamkommande barn var fortsatt ansträngt och att vissa problem fortfarande var olösta. De intervjuade kommunerna hade till exempel fortfarande svårt att uppfylla lag och föreskrifter i arbetet med att ta hand om ensamkommande barn.

Bättre i vissa kommuner

Av de kommuner som klarat av situationen förhållandevis bra, tillfrågades 52 IFO-chefer om vad de bedömde hade bidragit till att kommunen lyckats hantera situationen med asylsökande ensamkommande barn tillfredsställande. Flera chefer lyfte fram att handläggning av ärenden gällande asylsökande ensamkommande barn hållits åtskild från övrig myndighetsutövning gällande barn och unga och att detta varit en framgångsfaktor.

Att ha HVB och familjehem i kommunal regi angav många kommuner som värdefullt eftersom det medgav en bättre kontroll över verksamheterna och att de kände sig mer trygga med placeringarna. Socialsekreterarna fick också en bättre relation till barnen när de hade möjlighet att träffa dem oftare. De behövde därmed inte behövt lägga tid på att resa långa sträckor för att besöka barn som placerats utanför kommunen. Många kommuner har också startat egna HVB under 2016.

Efter minskningen av asylsökande

I och med den kraftiga minskningen av ensamkommande barn under 2016 har kommunerna nu bättre möjligheter att komplettera bristfälliga utredningar. Även uppföljningar av placeringar har kunnat göras och flera kommuner har bestämt sig för att ta hem barn som placerats i andra kommuner och i stället placera dem i den egna kommunen. Under oktober 2016 genomförde Socialstyrelsen på nytt telefonintervjuer med 50 IFO-chefer, som uppgav att situationen har förändrats i kommunerna i och med att det kommit färre ensamkommande barn.

Av intervjuerna framkom att vissa kommuner inte har tagit emot ett enda nytt ensamkommande barn 2016. Det har i sin tur lett till att vissa kommuner nu har viss överkapacitet både när det gäller boendalternativ och personal. Andra kommuner uppgav att de fortfarande ligger efter med att komplettera både utredningar om skydd eller stöd för ensamkommande barn och utredningar av familjehem för ensamkommande [18]. Många kommuner har omplacerat de barn som kom hösten 2015 och början av 2016 till HVB och familjehem i den egna kommunen.

Ensamkommande barn som avviker

De ensamkommande barnen uppfattar att lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige som trädde i kraft i juli 2016 skapar ökad otrygghet för dem och därmed ökar risken för försvinnanden [19]. Migrationsverkets statistik över ensamkommande barn som anvisats en kommun visar att 1 829 ensamkommande barn var registrerade som avvika i maj 2016, vilket motsvarar 4 procent av de barn som anvisats under perioden 2013–maj 2016. Den största delen försvunna var pojkar.

Barn med medborgarskap i länder varifrån Migrationsverket sällan beviljas asyl avviker i större utsträckning än andra barn. Vid en jämförelse mellan länen uppvisar Norrbottens län störst andel avvika barn i förhållande till antal kommunanvisningar. Detta kan bero på att länet har många glesbygdskommuner, och att barn som blir anvisade till dessa kommuner ofta avviker för att leta sig till storstadsområdena där det finns fler med samma bakgrund [19].

Avslag på asylansökan är en vanlig orsak till att ensamkommande barn avviker [19] och det råder en viss osäkerhet hos landets socialtjänster om hur de ska hantera de unga som fått avslag och vid fyllda 18 år förlorar rätten till bistånd. Situationen skapar också otrygghet hos de barn med avslagsbeslut som närmar sig 18 år [19]. För många är återvändande till hemlandet inte ett alternativ och från 18-årsdagen väntar en situation utan stöd eller bistånd enligt lagen LMA [19].

Det råder också en stor brist på vetenskaplig kunskap om återvändande för ensamkommande barn och unga, framför allt om dessa barns behov. Den begränsade forskning och de dokumenterade erfarenheter av arbete med återvändande som finns, pekar dock på att den svenska återvändandeprocessen för ensamkommande barn har brister. Främst gäller det bristande kunskaper hos ansvariga professionella om återvändande och vad det innebär för barnens behov samt brist på samordning mellan kommunala och statliga

myndigheter och verksamheter samt berörda barns delaktighet [20, 21]. Många ensamkommande barn, särskilt från Marocko och Afghanistan, som har fått avslagsbeslut befinner sig i en situation där de av olika skäl inte kan återvända och inte heller själva ser en möjlighet att återvända till det land de är medborgare i – vilket leder till att en stor grupp lever som gömda och det finns en risk för att fler barn väljer att gå under jorden framöver [19].

Hälsa och vårdbehov

Asylsökande barn under 18 år omfattas av samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är folkbokförda i landet. Vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända oavsett ålder varierar. Några har omedelbara vårdbehov medan andra är relativt friska [22]. Det saknas en samlad, nationell bild av hälsoläget bland ensamkommande barn och unga baserat på resultat av de hälsoundersökningar som genomförs, men Socialstyrelsen har visat att ensamkommande barn har en högre förekomst av negativa, påfrestande livshändelser och därmed är de mer sårbara och vårdbehövande än andra barn [23].

Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en hälsoundersökning av landstinget, om det inte är uppenbart obehövligt; det är dock frivilligt för den asylsökande att delta (se 4§ och 7 § lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.). Antalet genomförda hälsoundersökningar ökade kraftigt under 2015 då drygt 64 000 hälsoundersökningar genomfördes. Det innebär närmast en fördubbling jämfört med 2014. Det är dock inte känt hur många av hälsoundersökningarna som gäller barn eftersom hälso- och sjukvården inte samlar in denna uppgift [24].

Vid hälsoundersökningar kan även dålig tandhälsa upptäckas liksom brist på grundskydd mot de smittsamma sjukdomar som ingår i det svenska barnvaccinationsprogrammet. Barnen och de unga kan behöva utredas vidare för latent tuberkulos eller Hepatit B.

Behov av vård

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är konsumtionen av sluten psykiatrisk vård högre bland asylsökande barn än den är i övriga befolkningen [24]. För annan specialistvård är konsumtionen lägre för asylsökande än för övriga befolkningen [24]. Socialstyrelsens har rapporterat om att barn- och ungdomspsykiatri (BUP) främst möter asylsökande ensamkommande barn – inte asylsökande barn i familj [22]. Detta innebär att de ensamkommande barnen troligen står för huvuddelen av asylsökande barns vårdkonsumtion inom BUP. Beroendevården i Stockholm har dessutom rapporterat om ett ökat antal besök av asylsökande ungdomar [22].

Psykisk ohälsa och missbruk

Mycket talar för att den psykiska ohälsan bland asylsökande och nyanlända kan komma att öka framöver på grund av olika fördröjda effekter av traumatiserande erfarenheter. Till de viktigaste skyddsfaktorerna för att minska en sådan utveckling hör ett stabilt boende, socialt nätverk och utbildning [25].

BUP möter många ensamkommande barn men möter i liten utsträckning asylsökande barn som kommit hit med föräldrar eller annan vårdnadshavare.

Vårdbehovet handlar främst om posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), självskadebeteende och sömnsvårigheter men även bedömning och vård vid självmordsplaner och självmordsförsök. Det finns även ett behov av akut vård för ensamkommande barn. Ensamkommande flickor uppges dessutom ofta må sämre psykiskt än pojkar men de fullföljer och svarar på behandling från BUP i större utsträckning än pojkar. [22].

Behovet av stöd i vardagen och regelbundna vardagsrutiner för mat, sömn och aktiviteter är framträdande. När detta saknas påverkas barnens psykiska hälsa, vilket skapar efterfrågan på vård. Samsjuklighet mellan psykiatriska och somatiska besvär, som till exempel sömnsvårigheter och magont, är vanligt. Den psykiska hälsan påverkas också negativt av psykosociala förhållanden, ovisshet om familjeåterförening och uppehållstillstånd. Däremot har inte vården mött uppgivenhetssyndrom hos ensamkommande i så stor utsträckning [22].

En svensk epidemiologisk studie visar att ensamkommande var överrepresenterade inom barnpsykiatrisk slutenvård [26]. Studien visar också att det förekommer fler stressrelaterade psykiatriska diagnoser bland ensamkommande barn jämfört med hela gruppen barn som fick slutenvård, men ingen skillnad fanns för övriga typer av psykiska störningar [26].

I anslutning till hälsoundersökningar för asylsökande av 208 ensamkommande barn i Uppland genomfördes en screening av symtom på posttraumatisk stress [27]. Fler än hälften (76,4 procent) av barnen hade symtom som tydde på posttraumatiskt stressyndrom [27]. Bland de ungdomar som erbjöds gruppbehandling på grund av att de screenat positivt för PTSD hade 80 procent av barnen även självskattade symtom på medelsvår till svår depression och en tredjedel angav självmordstankar eller planer på att ta sitt liv [28]. En del ensamkommande barn har även problem med drogmissbruk vilket påverkar den psykiska hälsan.

Asylsökande barn i familj

Under 2016 kom 8 710 barn till Sverige tillsammans med sin vårdnadshavare för att söka asyl [29]. Det är inte socialtjänsten som ansvarar för dessa barn eftersom de kommer tillsammans med sina vårdnadshavare. Familjer kan under asyltiden välja att ordna boende på egen hand (EBO) eller bo i anläggningsboende (ABO) som Migrationsverket ansvarar för. Även asylsökande barn i familj beskriver asylprocessen som godtycklig och svår att förstå och för många är det svårt att prata om den [25]. Det dröjer dessutom väldigt länge, ofta ett år, innan familjen får träffa en handläggare på Migrationsverket för asylintervjun. Detta lägger stort ansvar på föräldrarna att ta reda på hur exempelvis förskola, skola, sjukvårdssystem fungerar i Sverige. Dagersättningen är därtill så låg för asylsökande barn i familj att de måste ansöka om bidrag till extra utgifter för exempelvis blöjor och vinterkläder [25]. Migrationsverkets handläggning var dessutom under så stor press 2015 och 2016 på grund av den stora inströmningen, att mottagningssamtal med asylsökande barn i familj nedprioriterades till förmån för information i grupp till de vuxna.

Vad gäller samverkan mellan olika myndigheter, till exempel Migrationsverket, skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, finns det en tydlig struktur när det gäller asylsökande ensamkommande barn. För asylsökande barn i familj saknas däremot ofta sådan struktur och samverkan, vilket innebär att ansvaret för dessa barns välfärd och utveckling helt och hållet läggs på barnets vårdnadshavare vilka ofta saknar kunskap om ett för dem nytt och komplext välfärdssystem [30] eller att av andra orsaker inte fullt ut kunna utöva föräldraskap. Det finns således behov av att särskilt uppmärksamma barn i familj redan under asyltiden, för att säkerställa barnens rättigheter till utbildning, tillgång till hälso- och sjukvård samt vid behov stöd och skydd från socialtjänsten.

Våldsutsatta barn och unga

Barn i familjer där det förekommer olika former av våld är särskilt sårbara och kan ha behov av insatser från flera olika myndigheter. Socialtjänsten ansvarar för att barn som utsatts för våld och dennes närstående får stöd och hjälp. Detsamma gäller för barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående. Barn till föräldrar som avlidit genom olycka, självmord eller våld har själva senare i livet fått vård fem gånger oftare på grund av eget alkohol- och/eller narkotikamissbruk och mer än dubbelt så många hade avlidit jämfört med övriga befolkningen [31]. Samverkan internt inom socialtjänsten och mellan barnhälsovård och socialtjänst samt mellan skola och socialtjänst är viktigt för att motverka riskerna för ohälsa och marginalisering till följd av försummelse och våld.

I jämförelse med andra länder har Sverige generellt sett ett starkt juridiskt skydd för barn från att utsättas för försummelse, övergrepp och olika former av våld. Det är dock oklart hur många barn och unga som faktiskt utsätts för våld och övergrepp eftersom våldet ofta inte polisanmäls när det gäller små barn. Av de misstänkta för misshandel mot små barn är andelen kvinnor relativt hög jämfört med andra brott [32].

Det finns påtagliga brister i statistiken om barn som lever under missförhållanden och framför allt om försummelse [33]. Mörkertalen är stora och nivåerna skiljer sig åt mellan olika källor. De högsta nivåerna återfinns oftast i olika brottsofferundersökningar.

Brottsförebyggande rådets (BRÅ) anger att 2015 uppgav 5 procent av de unga männen i åldersgruppen 16–24 år att de blivit utsatta för misshandel under året. Motsvarande andel bland tonårsflickorna och de unga kvinnorna var 2,5 procent [34].

Enligt BRÅ:s anmälningss Statistik över förekomsten av utsatthet för våld och övergrepp bland barn och unga anmäldes 4 070 misshandelsbrott mot barn i åldern 0–6 år och 10 400 misshandelsbrott mot barn i åldern 7–14 år under 2015 [35]. Det motsvarar ungefär 0,5 och 1,2 procent i respektive åldergrupp i befolkningen. Majoriteten (63 procent) riktades mot pojkar och en stor del av ökningen i de anmälda brotten mot barn 7–14 år beror på anmälningar (bland annat från skolan) om våld mellan jämnåriga.

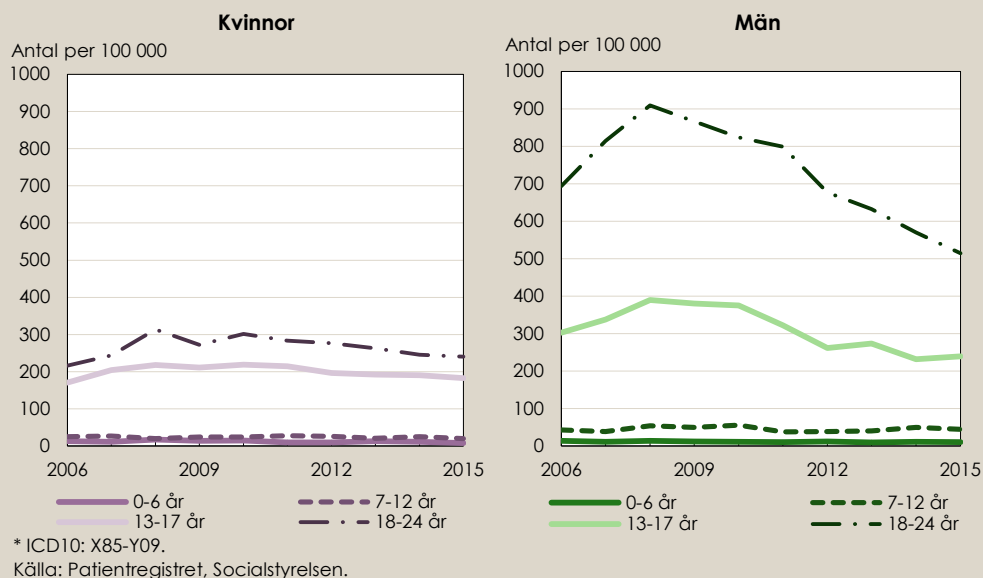
När det gäller andelen barn och unga som vårdats inom hälso- och sjukvården till följd av våld och övergrepp, så finns bara uppgifter om slutenvård

och specialiserad öppenvård i Socialstyrelsens patientregister. Bland yngre barn (0–6 år och 7–12 år), och bland kvinnor, har andelen legat tämligen stabilt under den senaste tioårsperioden. Bland tonårspojkar (13–17 år) och bland unga män (18–24 år) har andelen sjunkit kraftigt (figur 5).

Figur 5. Vård till följd av våld och övergrepp bland barn och unga

Andel som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården till följd av övergrepp*. Flickor och pojkar 0–17 år samt kvinnor och män 18–24 år, 2006–2015.

Antal per 100 000.

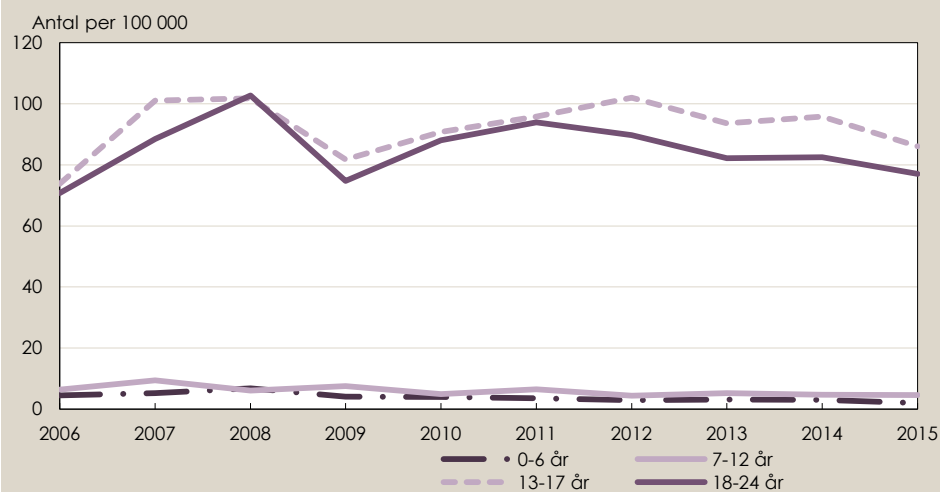


Andelen flickor och unga kvinnor (13–24 år) som vårdats till följd av sexuella övergrepp inom slutenvården och den specialiserade öppenvården har legat runt 90 fall per 100 000 invånare under den senaste tioårsperioden (figur 6) vilket motsvarar ungefär 600 flickor och unga kvinnor per år. Antalet pojkar och unga män (13–24 år) som vårdats till följd av sexuella övergrepp inom slutenvården och den specialiserade öppenvården har sedan 2006 aldrig överstigit 20 personer per år. År 2015 vårdades 19 personer, vilket utgör 2,4 fall per 100 000 invånare i åldersgruppen.

Antalet barn som dör till följd av övergrepp har varit tämligen oförändrat sedan början av 1990-talet [36]. I genomsnitt dör fem barn per år i Sverige med anledning av brott mot dem. De flesta barnen dödas av sin förälder eller styvförälder [37].

Figur 6. Vård till följd av sexuella övergrepp bland flickor och unga

Andel av befolkning som vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården till följd av sexuella övergrepp. Kvinnor i olika åldersgrupper, 2006–2015.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Sexuella övergrepp, exploatering och människohandel med barn

Det finns ett stort mörkertal när det gäller sexuellt våld. År 2014 genomfördes en nationell studie om svenska gymnasieungdomars sexualitet samt deras utsatthet för sexuella övergrepp och sexuell exploatering [38]. Studien visade att 2014 hade drygt var femte gymnasieelev (21 procent) erfarenhet av någon form av sexuellt övergrepp. Det var mer än tre gånger så vanligt att tjejerna hade erfarenheter av sexuella övergrepp (29 procent) än att killarna hade det (10 procent).

Av gymnasieleverna uppgav cirka 1 procent i denna undersökning att de sålt sexuella tjänster och ungefär 5 procent av eleverna kände till någon som varit med om människohandel för sexuella ändamål och en procent uppgav att de själva varit med om människohandel för sexuella ändamål. Enligt författarna är siffrorna förvånansvärt höga eftersom långt ifrån alla ungdomar med sådana erfarenheter förväntas kunna nås genom en skolundersökning [38].

En nationell kartläggning av människohandel med barn [39] visade att 210 barn misstänkts ha utsatts för människohandel eller människohandelsliknande brott mellan 2012 och 2015. De flesta av barnen var 15–17 år (72 procent) och fördelningen mellan flickor och pojkar var jämn i åldersgruppen. Det vanligaste syftet var sexuell exploatering (50 procent), vilket gällde för 60 procent av flickorna och 39 procent av pojkarna. Misstankarna om sexuell exploatering rörde i vissa fall även de minsta barnen. De flesta av de utsatta barnen hade ingen dokumentation när de kom i kontakt med myndigheterna (88 procent) och en majoritet av barnen befann sig i Sverige utan vårdnadshavare (73 procent).

Upptäcka våldsutsatthet

Om socialtjänsten inte får kännedom om personer som utsatts för våld kan de inte ge stöd och hjälp och därför är det viktigt med samarbete med andra aktörer, exempelvis BUP. Socialstyrelsen rekommenderar i *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga – vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet* att BUP ställer frågor om våldsutsatthet [40]. En studie vid en BUP-mottagning undersökte förekomsten av barnmisshandel och våld mellan föräldrar i familjer till barn i åldersgruppen 9–17 som sökt på mottagningen [41]. Den rutinmässiga frågan (som ställdes i 70 procent av ärendena) gav information om att en femtedel (21 procent) av mammorna till patienterna inom BUP hade utsatts för våld av sin nuvarande eller före detta partner. Det ska jämföras med att BUP tidigare kände till att detta förekommit i 6 procent av ärendena. Socialstyrelsens rekommendation att fråga om våld kan således antas ha betydelse för upptäcka våldsutsatthet i familjer som kommer med sina barn till BUP. I uppföljande studier med enkät uppgav nära hälften av totalt 578 patienter vid BUP-mottagningen att de upplevt familjevåld (utsatts direkt och/eller bevittnat våld mellan föräldrar). Om våldsutsattheten inte är känd för behandlaren finns risk för felaktig diagnosättning och behandlingsinsats. Behandlingen kan bli resultatlös och i värsta fall göra skada [41].

Studien visade också att rutinmässig kartläggning av partnervåld var svår att införa, eftersom behandlare var rädda för att förvärpa våldssituationen eller stöta bort föräldern genom att fråga om våld. Det fanns dock positiva erfarenheter av hur rutinmässiga frågor underlättade att få fram information om våldssituationen. En slutsats i studien är att ett införande av rutinmässig kartläggning är en mödosam process som kräver riktat organisatoriskt stöd. Upptäckt av våldsutsatthet kräver att personalen utbildas och får stöd i processen att föra in frågor om våldsutsatthet i nybesök [41].

Strukturerade risk- och skyddsbedömningar

När det har förekommit våld i familjen behöver socialtjänstens barn- och ungdomsvård göra en strukturerad bedömning av de specifika risk- och skyddsfaktorer som en sådan situation kan innebära. Socialstyrelsen har därför uppdragit åt Göteborgs universitet att i samarbete med andra forskningsinstitutioner utforma och pröva ett instrument för risk- och skyddsbedömning [42]. Inom projektet utvecklades och prövades metoder för insamling av uppgifter för bedömning av hur stor risk barn löper att utsättas för förnyat och/eller förgrovat våld samt vilket stöd de behöver. Det är risk- eller skyddsintervjuer som görs dels med barnet och dels med barnets boförälder.

Våld och kränkningar mot barn med funktionsnedsättning

I en systematisk kunskapssammanställning [43] om våld och kränkningar mot flickor och pojkar med funktionsnedsättning framkom att det endast finns ett fåtal svenska studier som belyser i vilken utsträckning barn med funktionsnedsättning utsätts för fysisk misshandel. De svenska studierna är istället fokuserade på aga och misshandel i hemmet utövat av en förälder

eller av någon som vid tillfället haft ett föräldraansvar utövat våldet. De studier som finns visar att det finns en överrisk för barn med funktionsnedsättning att utsättas för misshandel i hemmet. Även när det gäller mobbning, kränkande behandling, utsatthet via nätet och sexuella övergrepp tyder resultaten från de få svenska studierna på att barn med funktionsnedsättning är en riskgrupp.

Kunskapssammanställningen visar också att det finns stora brister när det gäller olika personalkategoriernas kunskap om våld mot barn i allmänhet, och särskilt när det gäller våld mot barn med funktionsnedsättning och om överrisken för våld mot barn med funktionsnedsättning.

Våldsbejakande extremism

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

Socialstyrelsen utarbetade 2016 ett stöd för socialtjänstens arbete med flickor och pojkar samt unga kvinnor och unga män som riskerar att involveras i eller som redan är involverade i våldsbejakande extremism. Den kartläggning som gjordes inom ramen för uppdraget under hösten 2015 av kommunernas erfarenheter under det senaste året visar följande [44]:

- I 11 procent av kommunerna hade socialtjänsten under det senaste året varit i kontakt med barn under 18 år som varit involverade i eller misstänkts varit involverade i våldsbejakande extremism
- I 11 procent av kommunerna hade socialtjänsten under det senaste året haft kontakt med unga vuxna 18–25 år som på något sätt varit involverade i eller misstänkts varit involverade i våldsbejakande extremism
- Totalt 39 verksamheter hade kommit i kontakt med våldsbejakande extremism under det senaste året
- Det är vanligast att socialtjänsten kommer i kontakt med religiös våldsbejakande extremism
- Vanligast är att socialtjänsten får kännedom genom personen själv, anhöriga eller polisen
- Det är ovanligt att socialtjänsten ger insatser till barn och unga vuxna med anledning av våldsbejakande extremism men något vanligare att de ger insatser till anhöriga.

Stöd för socialtjänstens arbete mot våldsbejakande extremism

Kunskapsstöd för socialtjänsten angående våldsbejakande extremism vänder sig till enhetschefer och handläggare och riktar in sig på socialtjänstens arbete i ärenden med barn och unga vuxna som är involverade eller riskerar att involveras i våldsbejakande extremism. Syftet är att materialet ska vara ett stöd för socialtjänsten i dessa ärenden [44].

I nuläget saknas tillräckligt prövade och utvärderade metoder för att få barn och unga vuxna att lämna våldsbejakande extremism. Därför kan Socialstyrelsen inte utfärda några rekommendationer i det avseendet. De

verksamheter och arbetssätt som beskrivs i Socialstyrelsens stödmaterial [44] får därför ses som exempel på hur socialtjänsten kan arbeta.

Positivt mottagande i kommunerna

Genom barnets behov i centrum (BBIC) ger Socialstyrelsen den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, genomförande och uppföljning. BBIC används i 287 av Sveriges kommuner.

Under 2014 hade Socialstyrelsen i uppdrag att revidera BBIC och under 2016 publicerade myndigheten en reviderad grundbok i BBIC, ett nytt metodstöd och en informationsspecifikation för hur kommunernas IT-stöd kan anpassas till den nya versionen. Dokumentationsstödet ska vara implementerat i kommunerna senast den 30 juni 2017.

Under 2016 har Socialstyrelsen utbildat 550 nya BBIC-utbildare. De som genomgår Socialstyrelsens nya BBIC-utbildning förväntas ha förkunskaper och erfarenhet av arbete enligt BBIC. Utbildningen fokuseras på att deltagarna ska sprida kunskap om hur BBIC ska användas i praktiken.

Det reviderade BBIC är, enligt uppgift från kommunerna, lättare att använda än den tidigare versionen. Det nya metodstödet för BBIC har tagits väl emot och varit efterfrågat liksom den nya studiehandledningen för lokala BBIC-utbildare.

Kompetens och bemanning

Nationell uppdragsutbildning

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram en nationell kurs för socialsekreterare med minst två års erfarenhet av den sociala barn- och ungdomsvården som arbetar med myndighetsutövning. Utbildningen ska ge deltagarna fördjupade kunskaper och färdigheter som kan användas i det dagliga arbetet inom den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning. Med start 2016 ges utbildningen på olika platser i landet sammanlagt fyra gånger till och med sommaren 2018.

HBTQ-kompetens

Socialstyrelsen genomförde 2016 en enkätundersökning gällande hbtq-kompetensen i HVB-verksamheter som besvarades av chefer eller föreståndare på HVB runt om i landet. Enkäten visade att det pågår en del insatser på området, men att det finns ett behov av kompetenshöjande insatser hos personalen. I enkäten uppgav 36 procent av de svarande att vissa i personalen hade genomgått kompetensutveckling gällande hbtq-personers livsvillkor och 34 procent att vissa i personalen hade utbildat sig i frågor som rör normkritik och 56 procent hade genomgått kompetensutveckling.

Av de HVB-verksamheter som svarade att de hade en verksamhetsplan, uppgav 23 procent att hbtq-frågor berördes i planen. På frågan om det fanns tillgång till tryckt material med hbtq-tema på boendet, till exempel informationsmaterial från Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL/RFSL-ungdom) svarade endast 25 procent ja. Emellertid svarade majoriteten att de boende har tillgång till

internet, vilket är ett annat sätt att hitta information, exempelvis via RFSL:s hemsida. Av de svarande ansåg 88 procent att det finns stort eller visst behov av kompetenshöjning i hbtq- frågor inom HVB (tabell 3).

Tabell 3. Behov av kompetenshöjning i hbtq-frågor inom HVB

Andel som svarat stort, visst respektive inget behov. Procent.

Anser du som chef/föreståndare att det finns behov hos personalen av kompetenshöjning i hbtq-frågor?	
Stort behov	22,9
Visst behov	65,0
Inget behov	7,9
Vet ej	4,1

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd till socialtjänsten gällande hbtq-perspektivet. Syftet är att höja kunskapen om hbtq-frågor hos socialtjänsten och därmed öka förtroendet för socialtjänstens insatser och säkerställa ett likvärdigt och professionellt bemötande. Kunskapsstödet beräknas vara klart 2018.

Förutsättningar och utmaningar

En socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården har en arbetsuppgift och ett ansvar som kan vara livsavgörande för de barn, unga och familjer hon eller han möter i arbetet. Allt färre barn och unga i Sverige skadas eller dör till följd av sjukdom eller skada, men den psykosociala ohälsan ökar, liksom skillnaderna i hälsa och välbefinnande mellan olika socioekonomiska grupper. En del barn och unga utsätts dessutom för våld, missbruk, kriminalitet, sexuella övergrepp, människohandel eller försummelse. SCB rapporterar 2015 att andelen invånare i Sverige som har en disponibel inkomst som enligt EU:s definition kan innebära risk för fattigdom har ökat från 12 procent 2008 till 15 procent 2015. Detta kan medföra allvarliga hälsoproblem samt skapar otrygghet och stress, som i sin tur får negativa konsekvenser i förskolan, i skolan och på fritiden, vilket i sin tur påverkar arbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Det sociala arbetet med barn och unga och deras familjer spänner således över ett mycket stort kunskapsområde och innehåller en mängd olika arbetsuppgifter av skiftande karaktär och en central fråga är hur villkoren och förutsättningarna för den sociala barn- och ungdomsvården att klara sitt viktiga samhällsuppdrag ser ut.

Tillsyn och inspektion

Preliminära resultat från Arbetsmiljöverkets pågående nationella granskning av socialsekreterares arbetsmiljö visar att stödet från chefer brister på flera sätt och att yrkeskåren behöver bli bättre på att hantera riskerna för hot och våld. Hälften av Sveriges socialkontor kommer att granskas fram till slutet av 2017.

Av IVO:s första tillsynsrapport gällande den sociala barn- och ungdomsvården [45] framgår att anmälda brister inom individ- och familjeomsorgen ofta handlar om brister i rättssäkerheten, men myndigheten lyfter även fram

personalsituationen. Ledningen i socialnämnderna uppger för IVO att de har svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal och anger att kompetensbrister, sjukskrivningar, tidsbrist och stress i arbetet som huvudsakliga anledningar till påtalade brister. Svårigheten att rekrytera och behålla erfarna socialsekreterare och chefer i verksamheten gäller för både små och stora kommuner. Nämndernas svårigheter att säkra en tillräcklig bemanning med nödvändig kompetens är ett allvarligt problem som kräver välgrundade, strategiska och uthålliga åtgärder, fastslår IVO.

Regeringens nationella samordnare

Regeringen har tillsatt en nationell samordnare med uppdraget att utveckla den sociala barn- och ungdomsvården. Samordnaren har genomfört ett femtiotal kommunbesök och fört dialog utifrån de utmaningar och möjligheter som finns att driva på utvecklingen. Nu pågår återbesök i kommunerna för att följa upp kommunernas utvecklingsplaner. Den nationella samordnaren har under sitt arbete identifierat fem huvudsakliga utvecklingsområden för kommunerna:

- Barn och föräldrar ska bli medskapande, inte bara delaktiga
- Enskilda personers resurser behöver frigöras och utvecklas
- Det behövs förbättrade förutsättningar
- Det behövs en helhetssyn
- Det behövs bättre samverkan.

Uppdraget är av utforskande karaktär och rapporteras fortlöpande till Regeringskansliet och via en blogg. Uppdraget ska avslutas i december 2017 och en rapport om hur socialtjänsten kan fungera på bästa sätt ska överlämnas till landets kommuner och andra berörda.

Brukarcentrerad socialtjänst

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en initial omvärldsanalys av socialtjänstens organisation och styrning. Myndigheten konstaterar att en av de bärande utgångspunkterna för en brukarcentrerad socialtjänst är samordning och kontinuitet, men att detta i praktiken är en stor utmaning för dagens socialtjänstsystem eftersom socialtjänstens organisation och styrning i stuprör inte är anpassade för en samordnad omsorg utifrån en helhetssyn på brukaren. Myndigheten pekar också på behovet av att komplettera socialtjänstens fokus på rättssäkerhet med ett resultatorienterat brukarperspektiv [46].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller att för socialtjänsten, liksom för hälso- och sjukvården, är resultaten det som följer av insatser som genomförs i praktiken – i brukarnas och patienternas vardag. Det kan för vissa brukare handla om en känsla av trygghet och för andra om en meningsfull daglig aktivitet. För personer med missbruksproblem är insatser som minskar missbruket och stabiliserar familjesituationen önskvärda resultat och för barn i heldygnsvård handlar det om möjlighet till fungerande skolgång. Det är resultaten av insatserna som i förlängningen är det viktiga för brukarna, deras familjer och samhället i stort [46].

Ekonomiskt bistånd

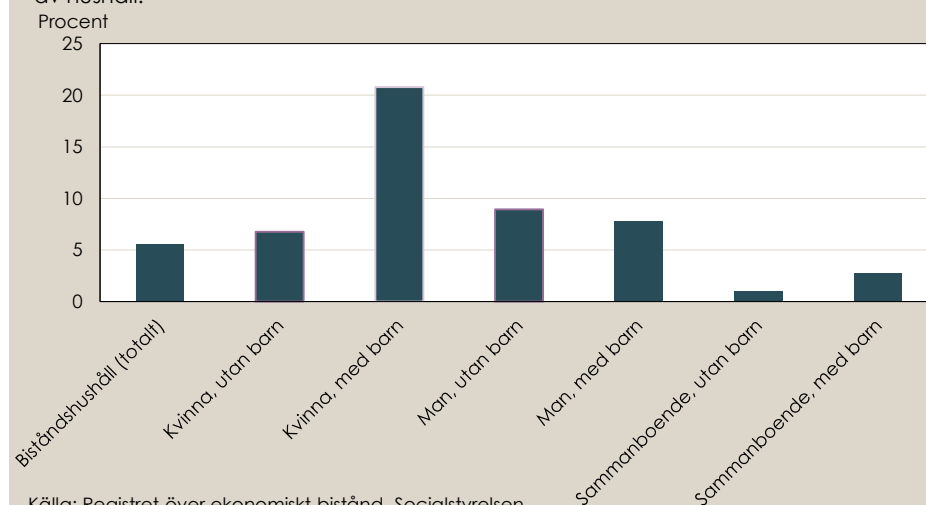
Hushåll med ekonomiskt bistånd

Statistiken över ekonomiskt bistånd redovisas dels på hushållsnivå, dels på individnivå. Under 2015 fick cirka 5,6 procent av alla hushåll i Sverige ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det motsvarade 226 511 hushåll och andelen var densamma som 2014.

Den hushållstyp där störst *antal* hushåll behövde ekonomiskt bistånd 2015 var, liksom tidigare år, hushåll med ensamstående män utan barn. Den hushållstyp där högst *andel* hade behov av ekonomiskt bistånd var, även det liksom tidigare år, hushåll som består av ensamstående kvinnor med barn. Under 2015 fick 20,8 procent av dessa hushåll bistånd (figur 7). Motsvarande andel var 8,9 procent för ensamstående män med barn och 2,7 procent för sammanboende par med barn. Detta är i stort sett oförändrat jämfört med 2014.

Figur 7. Ekonomiskt bistånd i olika typer av hushåll 2015

Andel hushåll som någon gång under 2015 erhållit ekonomiskt bistånd bland olika typer av hushåll.



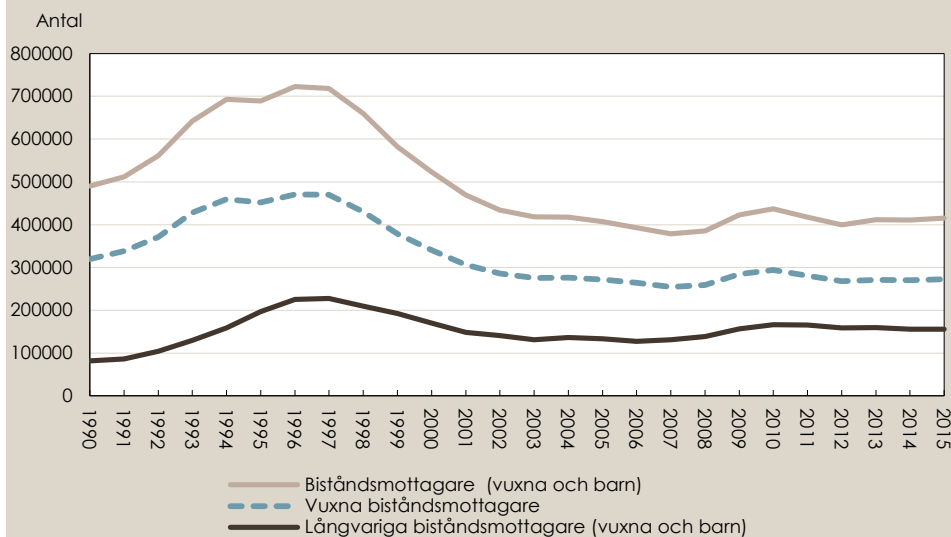
Personer med ekonomiskt bistånd

År 2015 fick 4,2 procent av befolkningen ekonomiskt bistånd någon gång under året och det innebär att det var 415 664 personer som fick bistånd. Det var ingen förändring jämfört med 2014. Av dem som fick ekonomiskt bistånd 2015 var 129 000 kvinnor och 140 614 män samt 4 445 personer utan svenskt personnummer och därmed av okänt kön. (figur 8). År 2014 saknade 46 personer som fick ekonomiskt bistånd svenskt personnummer. Ökningen beror på den tidigare nämnda ökningen av antalet flyktingar som inte hunnit få ett svenskt personnummer. Därutöver fick 143 000 barn under 18 år ekonomiskt bistånd.

Liksom tidigare år är arbetslöshet den vanligaste anledningen till försörjningsproblem, följt av försörjningsproblem som är relaterade till ohälsa. Av alla vuxna mottagare av ekonomiskt bistånd var ungefär 50 procent arbetslösa. Generellt är behovet av ekonomiskt bistånd större i storstäder och stora kommuner. Bland storstäderna har Malmö haft den högsta andelen biståndsmottagare i befolkningen sedan 2011. År 2015 var det nästan 10 procent biståndsmottagare i Malmö, jämfört med knappt 7 procent i Göteborg och knappt 3 procent i Stockholm, vilket kan jämföras med drygt 4 procent för riket i stort. Som exempel på skillnaderna mellan storstädernas olika stadsdelar kan nämnas att nästan 19 procent av befolkningen i stadsdelen Angered i Göteborg hade ekonomiskt bistånd jämfört med drygt 2 procent i stadsdelen Centrum.

Figur 8. Ekonomiskt bistånd 1990-2015

Antal personer (vuxna och barn) som någon gång under året fått ekonomiskt bistånd.



Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd. Not: 1993-2011 inkluderas hushåll som fått introduktionsersättning, från och med 2012 ingår inte denna grupp längre i statistiken. Uppgifter saknas för Botkyrka, Högsby samt Lycksele år 2014.

Unga vuxna med ekonomiskt bistånd

Yngre personer är den största gruppen biståndsmottagare i befolkningen men antalet personer som behöver ekonomiskt bistånd har minskat något, särskilt i gruppen kvinnor 20–24 år där antalet minskat med 8,7 procent. Oavsett kön utgör andelen unga biståndsmottagare i åldersgruppen 18–29 år mellan 5,0 och 9,2 procent av befolkningen. Av alla vuxna som får ekonomiskt bistånd är 37 procent 18–29 år gamla (tabell 4). Av länen är Södermanland och Gävleborg de som har den högsta andelen unga vuxna med ekonomiskt bistånd (ca 13 procent). När det gäller storstäderna var det i Malmö drygt 14 procent av ungdomarna i denna åldersgrupp som hade ekonomiskt bistånd, i Göteborg drygt 9 procent medan andelen i Stockholm var knappt 4 procent.

Också när det gäller unga biståndsmottagare var det mycket stora skillnader mellan storstädernas olika stadsdelar. I Göteborg varierade andelen mellan 26 procent i den stadsdel med högst andel unga biståndsmottagare

(Angered) och knappt 2 procent i den stadsdel som hade den lägsta andelen (Centrum). I den stadsdel som hade den högsta andelen biståndsmottagare i Malmö var det 24 procent av de unga vuxna som hade ekonomiskt bistånd (Öster), jämfört med ca 11 procent för den stadsdel som hade lägst andel (Norr). I Stockholm varierade siffrorna mellan knappt 10 procent (Rinkeby-Kista) respektive 0,3 procent (Östermalm).

Tabell 4. Vuxna biståndsmottagare 2015

Andel av alla biståndsmottagare samt andel biståndsmottagare i befolkningen fördelade efter kön och ålder. Procent.

	Andel av alla biståndsmottagare	Andel av alla invånare i samma kategori	Procentuell förändring av antal biståndsmottagare 2014–2015
Kvinnor			
18–19 år	6,6	8,2	-2,6
20–24 år	15,4	6,2	-8,7
25–29 år	13,2	5,0	-3,3
30–39 år	23,0	4,9	1,4
40–49 år	19,9	3,9	0,2
50–59 år	14,2	3,0	3,8
60–64 år	4,4	2,0	5,3
65– w år	3,4	0,4	10,1
Alla 18–w år	100,0	3,2	-0,7
Män			
18–19 år	7,3	9,2	1,1
20–24 år	17,2	7,2	-2,7
25–29 år	13,5	5,5	1,6
30–39 år	21,0	4,7	3,9
40–49 år	17,1	3,6	1,6
50–59 år	14,9	3,4	2,7
60–64 år	4,9	2,5	2,4
65– w år	4,1	0,7	7,3
Alla 18–w år	100,0	3,6	1,7

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Långvarigt ekonomiskt bistånd

Det långvariga ekonomiska biståndet ökar inte längre. Andelen av biståndsmottagarna som fått långvarigt ekonomiskt bistånd (mer än 10 månader) var knappt 36 procent 2015 (tabell 5) vilket inte innebär någon förändring jämfört med 2014. I genomsnitt fick ett hushåll bistånd i 6,4 månader 2015, vilket kan jämföras med 6,5 månader 2014.

Liksom tidigare år är det dock stora regionala och kommunala skillnader i andelen som behöver långvarigt ekonomiskt bistånd. Av länen hade Östergötland den högsta andelen långvariga biståndsmottagare, drygt 43 procent, jämfört med drygt 19 procent i Jämtland och Gotland med ca 21 procent.

Sedan 2011 har det mycket långvariga biståndet (bistånd i tre år eller mer) ökat i riket, från drygt 16 procent år 2011 till drygt 22 procent (tabell 5) men sett till de senaste två åren, har detta biståndsmottagande minskat i drygt

hälften av Sveriges län. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män.

Tabell 5. Långvarigt ekonomiskt bistånd

Andel av dem som fått ekonomiskt bistånd som fått bistånd 10-12 månader respektive mer än tre år. Procent.

	2011	2012	2013	2014	2015
Långvarigt ekonomiskt bistånd (10-12 månader)	34,5	37,1	36,8	36,1	35,8
Mycket långvarigt ekonomiskt (> 3 år) bistånd	19,3	22,3	22,8	22,6	22,4

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

Befolkningssammansättning, arbetsmarknad och befolkningens utbildningsnivå påverkar det samlade behovet av ekonomiskt bistånd (tabell 6). Det som utmärker de stadsdelar som har en hög andel unga vuxna biståndsmottagare är bl.a. att invånarna har en lägre utbildningsnivå, att andelen arbetslösa invånare och andelen utrikes födda, som vistats i landet i högst 5 år, är högre än i övriga stadsdelar.

Tabell 6. Socioekonomiska förutsättningar i befolkningen

Andel i befolkningen. Procent.

Ålder	2011	2012	2013	2014	2015
Andel Invånare 18-64 år med låg inkomst	20,3	20,3	20,3	20,3	20,6
Arbetslösa 18-64 år	12,3	11,2	11,4	11,6	11,0
Arbetslösa 18-64 år utan arbetslöshetsersättning	4,2	4,2	4,1	3,9	3,9
Sverige-födda 20-40 år med låg utbildningsnivå	8,6	8,5	8,3	9,1	9,0
Utrikesfödda 18-64 år som vistats i Sverige <5 år	5,1	5,0	5,1	5,4	5,7
Utrikesfödda 18-64 år som vistats i Sverige 6-10 år	2,8	3,2	3,6	4,0	4,2

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

Barn i familjer med ekonomiskt bistånd

Drygt 7 procent av alla barn i Sverige levde i hushåll som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2015, vilket är ungefär samma andel som föregående år (tabell 7). I länen varierar siffrorna mellan 13 procent (Södermanland) och omkring 4 procent (Stockholm och Halland). Av storstäderna är Malmö den kommun som har den högsta andelen barn som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd, nästan 17 procent, jämfört med knappt 12 procent i Göteborg och drygt 4 procent i Stockholm. Skillnaderna mellan storstädernas olika stadsdelar var dock stora. I vissa stadsdelar var andelen barn nästan 27 procent medan andra hade en andel under 1 procent.

Tabell 7. Ekonomiskt bistånd bland barn och unga.

Andel i befolkningen som fått ekonomiskt bistånd. Procent.

	2011	2012	2013	2014	2015
Barn i familjer med ekonomiskt bistånd	7,0	7,1	7,4	7,3	7,2
Barn i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd	2,6	2,7	2,7	2,6	2,5

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

Våld i nära relation

Sammanfattande iakttagelser

Resultaten från 2016 års öppna jämförelser av kommunernas arbete med våld i nära relation visar att:

- Majoriteten av landets kommuner erbjuder stödsamtal till dem som utsatts för våld. I 60 procent av kommunerna erbjuds också stödsamtal till både våldsutövande kvinnor och våldsutövande män.
- Det är få kommuner som systematiskt följer upp insatser till enskilda våldsutsatta, sammanställer på gruppnivå och som använder resultaten för att utveckla verksamheten.
- Av kommunerna uppger 96 procent att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till kvinnor som utsatts för våld av närstående, 82 procent av kommunerna uppger att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till män som utsatts för våld av närstående och 78 procent av kommunerna uppger att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till kvinnor med missbruks- och beroendeproblem som utsatts för våld av närstående.
- Andelen kommuner som har en skriftlig rutin vid indikation på våld varierar mellan 37 och 49 procent inom olika områden. Den högsta andelen återfinns inom området våld i nära relationer. Områdena hemlöshet och äldre samt de som handlägger LSS-insatser till barn och unga är de som i minst utsträckning har en sådan rutin [47].

Förekomst av våld i nära relation – aktuellt läge

I Brottsförebyggande rådets (BRÅ) nationella trygghetsundersökning (NTU) uppger totalt 2 procent av de svarande att de utsatts för misshandel under 2015, vilket motsvarar ungefär 150 000 personer i befolkningen. Utsattheten för misshandel har minskat bland män sedan 2007 och samtidigt varit relativt oförändrad bland kvinnorna vilket har lett till att skillnaden mellan könen successivt har minskat.

Av kvinnorna är det 45 procent som uppger att de blivit utsatta för våld av en närstående och 36 procent att gärningspersonen var en bekant. Motsvarande andel för männen var 10 respektive 25 procent. Totalt 51 procent av kvinnorna uppger att de blivit misshandlade i en bostad jämför med 6 procent av männen vilka i 62 procent av fallen blivit utsatta för våld på allmän plats [34].

Unga vuxna mest utsatta

Skillnader mellan olika åldersgruppers utsatthet för misshandel (alltså inte bara våld i nära relation) är stora. I åldersgruppen 20–24 år har högst andel blivit utsatta för misshandel; i den åldersgruppen anger 5 procent att de misshandlats.

I rapporten Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck konstaterar Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) att våld bland unga är mindre uppmärksammat, trots att

unga är överrepresenterade bland både offer och gärningsperson när det gäller mäns våld mot kvinnor. Myndigheten uppmärksammar också att unga kvinnor mellan 16 och 24 år har utpekats i regeringens strategi för en feministisk politik som en särskilt utsatt grupp, men att insatserna i liten utsträckning riktats till denna grupp och att det våld som unga män utövar i nära relation mot unga kvinnor hamnar i skymundan när våld lyfts fram som ett samhällsproblem [48, 49].

Äldre våldsutsatta kvinnor uppmärksammas sällan och det är brist på såväl kunskap bland personalen som tydliga handlingsplaner för stöd i arbetet [49]. I en rapport från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) har det diskuterats varför våld i nära relation mot äldre kvinnor minskar med stigande ålder [50]. För kvinnor i äldre åldersgrupper bygger uppskattningarna på ett mindre omfattande datamaterial och därför bör resultaten inte tolkas som en lägre våldsutsatthet bland äldre kvinnor, utan istället som att kunskapen om deras utsatthet är mer begränsad. En förklaring till den lägre utsattheten kan vara en systematisk underrapportering som exempelvis skulle kunna bero på svårigheter att minnas, rädsla för konsekvenserna av att berätta eller generationsspecifika tabun mot att prata om utsatthet för våld.

Det finns ett antal faktorer som ökar risken för äldre kvinnor att utsättas för våld. Med hög ålder följer ofta ett ökat beroende av omgivningen, såväl närstående som personal inom äldreomsorg samt hälso- och sjukvård. Beroendet är en viktig faktor när det handlar om risken att utsättas för våld. Det för också med sig en risk för upprepat våld, och dessutom minskar möjligheten att ta sig ur en destruktiv relation [51].

Upptäcka våldsutsatthet

Inom alla socialtjänstens verksamhetsområden möter personalen enskilda som blir utsatta för våld. En rutin som beskriver hur handläggare ska ställa frågor till den enskilda och hur handläggaren ska agera om det framkommer att en person utsatts för våld, kan medverka till att fler får stöd och hjälp. Andelen kommuner som har en skriftlig rutin vid indikation på våld varierar mellan 37 och 49 procent inom olika verksamhetsområden. Den högsta andelen återfinns inom området våld i nära relationer. Områdena hemlöshet och äldre samt LSS-insatser till barn och unga är de som i minst utsträckning har sådana rutiner [47].

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga förekomsten av rutinmässiga frågor om våldsutsatthet och våldsutövande i socialtjänsten. Syftet är att socialtjänsten tidigt ska upptäcka och erbjuda stöd till personer som utsatts för eller utövat våld. I uppdraget ingår att kartlägga i vilka delar av socialtjänstens verksamheter rutinmässiga frågor ställs, vilka metoder som används samt hur arbetet kvalitetssäkrats genom exempelvis skriftliga rutiner och fortbildning. I uppdraget ingår även att Socialstyrelsen ska sammanställa erfarenheter och resultat av genomförda utvärderingar.

Majoriteten av landets kommuner erbjuder stödsamtal till dem som utsatts för våld. I 60 procent av kommunerna erbjuds också stödsamtal till både våldsutövande kvinnor och våldsutövande män. Cirka 60 procent av landets kommuner har information om stöd och hjälp som innebär att enskilda kan få en text uppläst (s.k. talad information). Resultatet gäller för samtliga verk-

samhetsområden. Andelen kommuner som har så kallade lättlästa texter på webbplatsen är däremot betydligt lägre (22 procent).

Samverkan

Arbetet mot våld i nära relationer kräver att många instanser samverkar. Insatser för enskilda ska enligt SoL utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och föreningar (3 kap. 5 § SoL). Sådan samverkan kan vara nödvändig för att komma i kontakt med våldsutsatta vuxna och barn, barn som bevittnat våld och personer som utövar våld samt för att ge dessa grupper det stöd och den hjälp de har rätt till. Samverkan kan också behövas för att utveckla verksamheter för målgrupperna både i enskilda ärenden och på övergripande nivå [52].

Det finns brister i socialtjänstens samverkan med till exempel polis och psykiatri [47], och det finns behov av utveckling och förbättring. Kommunerna uppger att de samverkar i störst utsträckning med kvinnojourer (32 procent). Andelen kommuner som samverkar med akutmottagningar är endast 14 procent. SKL har undersökt utvecklingen av arbetet mot våld i nära relationer i kommunerna [53] och kommunerna uppger att en strukturerad operativ samverkan inom och mellan kommuner, samt med hälso- och sjukvård, tandvård, polis, kriminalvård, åklagare, kvinnojourer och brottsofferjourer är en viktig beståndsdel för ett framgångsrikt arbete [47].

Skyddat boende

De skyddade boendena erbjuder en variation av stöd vilket är viktigt för den skyddssökandes möjlighet att bryta upp från en våldsam relation. Tillgången till skyddade boenden är dock lägre än efterfrågan, och många skyddade boenden tvingas avvisa nya skyddssökande på grund av platsbrist. Många barn bor på skyddade boenden och deras perspektiv behöver synliggöras samtidigt som deras villkor och behov i det skyddade boendet behöver synliggöras.

Tonåriga pojkar får dessutom ett sämre skydd än flickor eftersom dessa i högre grad nekas plats i det skyddade boendet med förälder och syskon. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer framgår av allmänna råd till 7 kap. 2 § att det boende som erbjuds våldsutsatta bör vara lämpligt för eventuella medföljande barn oavsett kön.

Av kommunerna uppger 96 procent att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till kvinnor som utsatts för våld av närstående, 82 procent av kommunerna uppger att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till män som utsatts för våld av närstående och 78 procent av kommunerna uppger att de erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut till kvinnor med missbruks- och beroendeproblem som utsatts för våld av närstående [47].

Få skyddade boenden gör säkerhetsplaneringar när en person ska lämna boendet; sådan planering görs för 46 procent av de vuxna skyddssökande och för 32 procent med medföljande barn [54].

Många av de ideellt drivna skyddade boendena har låg bemanning på kvällar, nätter och helger. Socialstyrelsen bedömer att det finns särskilt stora

behov av personal på plats när det finns medföljande barn i det skyddade boendet. Personal på plats behövs även för att ta emot nya skyddssökande och medföljande barn.

Upptäckt av våldsutövare

Endast cirka 20 procent av våldet i nära relationer anmäls till polisen, vilket innebär ett stort mörkertal (SOU 2015:55 Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck, s. 64). Vad gäller förövare som anmälts till polis gjorde BRÅ en kartläggning år 2002 där de studerade ett antal polisanmälningar rörande våld i nära relationer. Av rapporten framgår att en hög andel av de män som hade polisanmälts för misshandel tidigare hade dömts för brott av något slag. Statistiken visade även att män med lägre utbildning var överrepresenterade bland de misstänkta och att drygt 40 procent saknade arbete samma år som misshandeln ägde rum. När det gäller mord på kvinnor i nära relation har en mycket hög andel av de dömda männen diagnostiserats med psykisk sjukdom eller psykisk störning.

BRÅ gjorde 2007 en sammanställning av dödligt våld mot kvinnor där myndigheten identifierade vissa gemensamma bakgrundsfaktorer hos gärningsmännen, exempelvis tidigare kriminalitet och låg status i samhället [55]. Sammanställningen visade att nära 90 procent av de män som dödar en kvinna i nära relation är att betrakta som psykisk sjuka eller lider av annan psykiatrisk problematik. BRÅS kartläggning bekräftas delvis av internationell forskning.

MUCF har genomfört en studie om unga mäns attityder och värderingar kring jämställdhet, maskulinitet och våld. Studien visade bland annat att stereotypa attityder till könsroller samt maskulinitet och feminitet kan vara en riskfaktor för våldsamt beteende [56]. En effektiv samverkan mellan samhällets olika aktörer skulle kunna leda till att fler våldsutövare kan upptäckas.

Resultat från Socialstyrelsens dödsfallsutredningar

Socialstyrelsen har uppdraget att genomföra utredningar av barn och unga som avlidit med anledning av brott, enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall. Syftet är att ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att barn far illa och att vuxna utsätts för våld. I Socialstyrelsens rapport från 2016 framgår bl.a. behovet av att tidigt upptäcka våld, bättre implementering av befintlig kunskap, bättre samverkan mellan inblandade aktörer samt utveckling av det förebyggande arbetet för att påverka pojkars och mäns stereotypa attityder kring kön. Rapporten lyfter även fram vikten av att arbeta vidare med att utveckla metoder för bedömning om en våldsbenägen person i kris kan bli farlig för sina barn eller någon annan närstående.

Missbruks- och beroendevård

Sammanfattande iakttagelser

- Det har skett en positiv utveckling på befolkningsnivå gällande tobaksbruk den senaste tioårsperioden och andelen kvinnor som röker under graviditeten har minskat markant från 31 procent till knappt 6 procent.
- Även andelen i befolkningen som är riskkonsumenter av alkohol har minskat 2004–2015.
- Fler än tidigare vårdas inom hälso- och sjukvården på grund av missbruk. Bland de vårdade har det skett en markant ökning av andelen unga med drogmissbruk och av äldre personer över 65 år med skadligt bruk eller missbruk av alkohol.
- Inom socialtjänstens missbruksvård har andelen klienter med tungt missbruk och psykisk ohälsa ökat. Färre personer har fått frivilliga insatser och fler personer vårdats med tvång.
- Företrädare för socialtjänsten anger att klienterna inom socialtjänsten har alltmer komplexa vårdbehov och fler personer beskrivs ha både missbruksproblem och svåra psykiatriska problem. En påtagligt större andel av kvinnorna anges ha svår psykisk problematik jämfört med männen, medan en större andel av männen har ett tungt alkoholmissbruk.
- Många av de som vårdas enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har tidigare vårdats inom psykiatri. Nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 25 procent av männen har vid något tillfälle fått psykiatrisk tvångsvård.
- Av Socialstyrelsens kartläggning av vård- och behandlingsinsatser för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem framgår att de modeller och system som finns för att göra lokala och regionala uppföljningar av resultat inom vården används i alltför liten omfattning, och att användningen tenderar att minska. Det är genom att systematiskt följa upp resultaten av insatserna, både på individ- och verksamhetsnivå som det går att bedöma om patienternas och brukarnas behov tillgodoses.
- Under 2011–2015 vårdades 1 161 personer i slutenvård eller öppenvård med diagnosen spelberoende (79 procent män och 21 procent kvinnor) [57]. Majoriteten av de vårdade var i åldersgruppen 25–44 år. Det är första gången Socialstyrelsen redovisar statistik för spelberoende.

Aktuell utveckling

Alkohol

Alkoholkonsumtionen i Sverige studeras genom att mäta både den registrerade och den oregistrerade delen av konsumtionen. Under 1990-talet var den totala alkoholkonsumtionen ca 8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre. Efter en ökning under början på 2000-talet till 10 liter per person har konsumtionen 2015 sjunkit till 9,17 liter per år. Under de senaste tio åren har konsumtionen minskat med 11 procent. Konsumtionen är dock sammantaget högre än innan inträdet i EU för 20 år sedan [58].

Andelen riskkonsumenter av alkohol i befolkningen 16–84 år rapporteras ha minskat från 18 till 15 procent under perioden 2004–2015. Framförallt är det andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 16–29 år som har minskat från 37 till 23 procent och främst är det unga män som har minskat sitt riskfyllda drickande [59]. Andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 65–84 år har däremot ökat både bland män och bland kvinnor från 8 till 10 procent bland männen och 3 till 6 procent bland kvinnorna (se även *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2017*). Alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs 9 och i gymnasiets årskurs 2 har minskat sedan mitten av 2000-talet, både för pojkar och för flickor, men konsumtionsnivåerna betydligt högre i gymnasiets årskurs 2 jämfört med i årskurs 9. År 2016 drack pojkar i årskurs 9 i genomsnitt 1,2 liter ren alkohol per år och bland flickor var konsumtionen 0,9 liter. I gymnasiets årskurs 2 var pojkarnas konsumtion 3,4 liter ren alkohol och flickornas 2,3 liter [60].

Screeningmetoden Alcohol use disorders identification test (AUDIT), är idag väl inarbetad och används i samtliga landsting för att upptäcka riskbruk av alkohol bland gravida kvinnor. Under screeningen 2014 uppvisade sammanlagt 5,2 procent av kvinnorna ett AUDIT-resultat som tyder på ett riskbruk eller missbruk av alkohol. Andelen kvinnor med ett resultat som kan tyda på riskbruk (AUDIT-poäng 6–9) uppgick i riket som helhet till 4,3 procent, medan andelen kvinnor med ett resultat som kan tyda på missbruksproblem (AUDIT 10 eller högre) var omkring 0,9 procent. Kvinnor med gymnasial utbildning respektive grundskoleutbildning och unga kvinnor i åldersgrupperna ≤ 19 år samt 20–24 år hade oftare hög AUDIT-poäng än kvinnor som var 25 år och äldre.

Narkotika

Narkotikabruk är vanligare bland män än bland kvinnor och är vanligare i de yngre åldersgrupperna än i de äldre. År 2015 uppgav drygt 15 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i befolkningen mellan 16 och 84 år att de använt cannabis någon gång i livet. Under åren 2004–2015 har användningen av cannabis de senaste 12 månaderna ökat bland vuxna (16–84-åringar) från 1,8 procent till 2,5 procent (män 3,3 procent, kvinnor 1,6 procent). Andelen som uppgett cannabisanvändning under det senaste året är högre bland unga vuxna jämfört med äldre åldersgrupper. Under 2015 var det 8,8 procent av männen och 7,4 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–29 år som använt cannabis under de senaste 12 månaderna, vilket kan jämföras med 4,3

respektive 0,9 procent bland 30–44-åringar och 0,7 respektive 0,1 procent bland 45–65-åringar [59].

Dopning

Det saknas säkra data rörande antalet användare av dopningsmedel (anabola androgena steroider och tillväxthormon) i Sverige. År 2015 uppskattas att antalet dopningsanvändare i Sverige är 33 000 personer. Detta är en ökning med över 300 procent jämfört med de 10 000 användare som beräknades finnas år 2009. Majoriteten av de som använder dopningsmedel är män [61]. I de befolkningsstudier som har genomförts framkommer att ca 1 procent av männen och 0,3 procent av kvinnorna i Sverige någon gång har använt dopningspreparat [62, 63].

Det finns ingen nationell kartläggning av antalet dopningsanvändare, vare sig experimentella eller frekventa användare. Kunskapen om de långsiktiga hälsoeffekterna av dopningsmedel är begränsad och det finns ingen nationell uppskattning över det sammantagna vårdbehovet i Sverige. Det saknas också riktlinjer för behandling av dopningsmissbruk.

Tobak

Från 2004 och framåt har Sverige haft en positiv utveckling vad gäller tobaksbruk även om bruket varierar mellan olika grupper. Tobaksbruket är fortfarande en stor folkhälsoutmaning och det är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och KOL. År 2015 uppgav totalt 11 procent av kvinnorna och 9 procent av männen att de röker dagligen. För kvinnorna är det en minskning med drygt 5 procentenheter mellan åren 2004 och 2015, för männen är minskningen 3 procentenheter. Dagligrökning är vanligast bland personer i övre medelåldern (13 procent bland 45–64-åringar). Andelen har dock minskat i alla åldersgrupper utom den äldsta (65–84 år). Det är mindre vanligt att personer med eftergymnasial utbildning röker dagligen, jämfört med de med kortare utbildning.

Bland männen i Sverige snusar 19 procent dagligen och bland kvinnorna är andelen 4 procent [59]. Bland skolelever i årskurs 9 har andelen elever som uppger att de använder tobak (snus eller cigaretter) minskat med 40 procent sedan början på 2000-talet. År 2016 är 13 procent av såväl pojkarna som flickorna i årskurs 9 tobakskonsumenter. Pojkarna använder snus i större utsträckning än flickorna vilket gör att omkring 7 procent av pojkarna är frekventa tobaksanvändare (dagligen eller nästan dagligen). Motsvarande siffra för flickorna är 4 procent. Bland eleverna i årskurs 2 på gymnasiet är 31 procent av pojkarna och 27 procent av flickorna tobaksanvändare. Siffrorna för frekvent användning av tobak är 18 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna [60].

Tobaksrökning har även minskat bland gravida kvinnor och nyblivna föräldrar under de senaste decennierna. I början av 2000-talet levde 19 procent av alla åtta månader gamla barn i familjer där någon rökte. År 2014 har andelen sjunkit till 11 procent. År 1999 rökte 9 procent av mammorna då barnet var 0–4 veckor, vilket kan jämföras med 4 procent 2014. Bland papporna har andelen minskat från 13 till 10 procent [64].

Rökning under tidig graviditet har minskat betydligt, från 31 procent år 1983 till knappt 6 procent år 2013, och en större andel kvinnor slutar röka under graviditeten. Bland kvinnor som födde barn 2014 rökte 13,6 procent tre månader före aktuell graviditet. Andelen gravida kvinnor som röker vid inskrivning i mödrahälsovård har minskat från 31,4 procent 1983 till 5,5 procent 2014. Rökning har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland de yngsta barnaföderskorna. Andelen kvinnor i tonåren som rökte tidigt i graviditeten var 20,4 procent 2014. Bland kvinnor 20–24 år var motsvarande andel 11,2 procent. Andelen som rökte sent i graviditeten (graviditetsvecka 30–32) var totalt 4,0 procent och bland tonårsmödrar var andelen 13,6 procent [65].

Spelproblem och hasardspelsyndrom

Av Sveriges befolkning uppskattas 1,7 procent ha ett problemspelande (spel om pengar) varav en fjärdedel har så pass allvarliga problem att de skulle behöva stöd och behandling. Antalet personer med så allvarliga problem har ökat från ungefär 24 000 till 31 000 personer sedan 2008 [66]. Däremot minskar problemspelarna totalt sett eftersom andelen med mindre allvarliga spelproblem sjunker. Minskningen är tydlig i alla åldersgrupper bland både män och kvinnor – med några undantag. Bland kvinnor mellan 45 och 64 år ökar problemspelet. När det gäller män var det tidigare gruppen mellan 18 och 24 år som hade den största andelen problemspelande. Där minskar det nu, medan andelen stiger bland männen 25–44 år. Bland de minderåriga är det en mycket tydlig minskning, både i andelen som spelar och i andelen med spelproblem.

Under 2011–2015 vårdades 1 161 personer i slutenvård eller öppenvård med diagnosen spelberoende (79 procent män och 21 procent kvinnor) [57]. Majoriteten av de vårdade var i åldersgruppen 25–44 år. Av patienterna har endast 30 procent enbart diagnostiserats som spelberoende medan övriga även har andra psykiatriska diagnoser.

Dödlighet relaterat till alkohol och narkotika

År 2015 dog över 1000 personer 65 år och äldre av orsaker relaterade till alkohol. I begreppet alkoholrelaterad dödlighet ingår alla dödsfall med alkoholdiagnos nämnd på dödsorsaksintyget. Mätt i antal dödsfall per hundrausen personer motsvarar det 53,5 personer, och en ökning med 41 procent sedan 2001. Antal män som dör på grund av missbruk av alkohol är betydligt högre än antalet kvinnor. Noteras kan dock att antalet kvinnor i denna grupp ökat betydligt från 99 personer år 2001 till 223 personer 2015. Det motsvarar en ökning med 125 procent. Motsvarande ökning kan inte noteras för övriga vuxna personer i åldrarna 20–64 år. Tvärtom, för dessa åldrar minskar död på grund av alkoholrelaterade orsaker både bland kvinnor och bland män med 33 procent [67].

Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat i Sverige under de senaste tio åren. Av de 949 personer som avled i dödsfall orsakade av förgiftning med droger, läkemedel eller biologiska substanser som underliggande dödsorsak var 68 procent män. Männen avlider i en yngre ålder än kvinnorna. För

männen sker de flesta dödsfallen i åldersgrupperna 25–39 år och för kvinnorna i åldersgrupperna 45–59 år [67].

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med Folkhälsomyndigheten föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. Uppdraget genomförs även i samråd med andra berörda myndigheter och det civila samhället. Åtgärdsplanen ska tydliggöra vilka aktiviteter som behöver genomföras och olika aktörers roll i arbetet. Åtgärdsplanen ska omfatta legalt och illegalt användande av narkotiska preparat och de föreslagna aktiviteterna ska omfatta perioden 2017-2020. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet den 30 april 2017. Världshälsoorganisationen (WHO) har utformat riktlinjer för första hjälpen-insatser vid drogöverdoser genom användning av läkemedlet Naloxon vilket kan motverka andningsstopp vid överdos av opioider. WHO:s rekommendation kommer att övervägas inom ramen för uppdraget.

Kartläggning av vårdlandskapet

Socialstyrelsen har 2016 kartlagt utbudet av och tillgången till vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna med missbruks- eller beroendeproblem. Det har inte varit möjligt att belysa tillgängligheten till vård- och behandlingsinsatser eftersom det saknas nationella data över målgruppens behov och över utbudet av insatser. Kartläggningen har resulterat i en beskrivning av vilka målgrupper som fångas upp i det befintliga vårdssystemet. Den synliggör vissa strukturella förändringar som skett i vårdlandskapet och som har betydelse för att tillgodose vårdbehoven för personer med missbruks- och beroendeproblem. Med vårdlandskap avses här socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens specialiserade insatser för vuxna personer från 18 år med missbruks- och beroendeproblem.

Förändringar har skett inom det befintliga vårdssystemet som det är angeläget att fortsätta följa för att kunna möta behoven hos personer med riskbruk, missbruk och beroende. Fler personer än tidigare vårdas inom hälso- och sjukvården på grund av missbruk. Bland de vårdade har det skett en markant ökning av andelen unga med drogmissbruk och av personer över 65 år med skadligt bruk eller missbruk av alkohol. Inom socialtjänstens missbruksvård har andelen klienter med tungt missbruk och psykisk ohälsa ökat, de frivilliga insatserna minskat samtidigt som fler vårdats med tvång.

Hälso- och sjukvårdens insatser

En ökning har skett mellan 2006–2015 av andelen personer som vårdats, inom hälso- och sjukvårdens slutenvård eller specialiserad öppenvård⁵ med en diagnos som indikerar ett pågående missbruk. Utvecklingen ser olika ut beroende av ålder och kön.

⁵ Med specialiserad öppenvård avses all öppenvård som inte är primärvård och med vårdkontakt avses läkarbesök.

Skadligt bruk och missbruk av alkohol ökar mest bland äldre

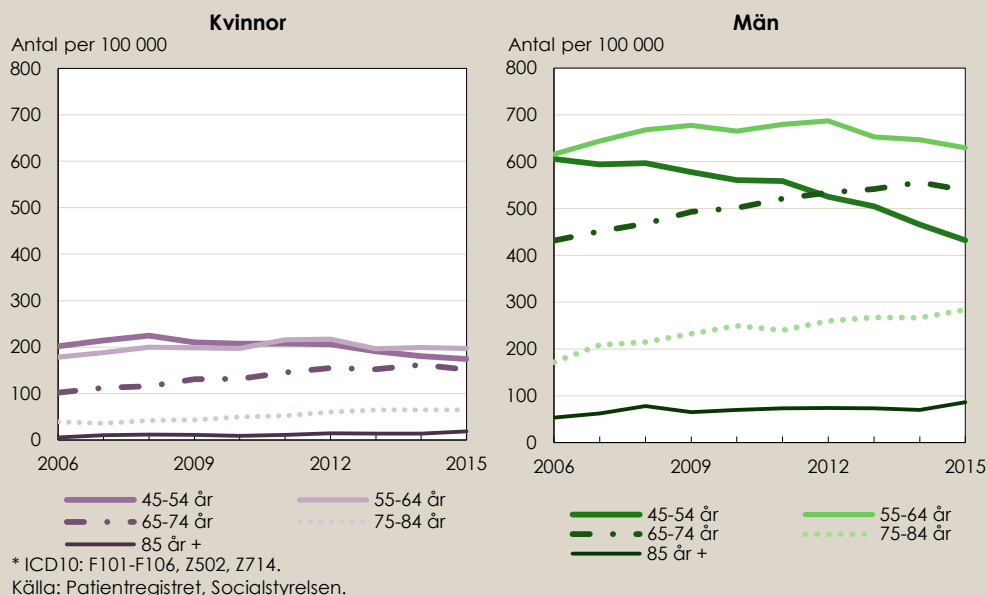
Andelen av befolkningen som fått vård med en diagnos som indikerar pågående alkoholmissbruk⁶ har ökat de senaste tio åren. Det är inom den specialiserade öppenvården som största ökningen skett. Andelen av befolkningen som får slutenvård på grund av alkoholmissbruk varierar över samma tidsperiod, och för vissa åldersgrupper noteras en minskning medan det för andra syns en ökning. Majoriteten av dem som vårdats är män; omkring 75 procent män i slutenvården och 70 procent män i öppenvården.

Av dem som vårdats för diagnoser relaterade till alkoholmissbruk inom slutenvården är andelen högst i åldersgruppen 55–64 år (figur 9). Detsamma gäller bland män vårdade i den specialiserade öppenvården. Bland kvinnor som vårdats inom den specialiserade öppenvården är dock andelen högst i åldersgruppen 45–54 år (figur 10).

Den största förändringen är att andelen vårdade ökat i de äldsta åldersgrupperna, det vill säga män och kvinnor som är 65 år eller äldre. I den allra äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre, är det dock få personer som vårdats till följd av alkoholmissbruk. Inom den specialiserade öppenvården har andelen män och kvinnor i åldrarna 75–84 år ökat med mer än 100 procent. Motsvarande ökning inom slutenvården har bland män och kvinnor inom den åldersgruppen varit omkring 65 procent. För män 75–84 år syns en ökning med 65 procent och för kvinnor 66 procent.

Figur 9. Vårdade inom slutenvården för alkoholberoende

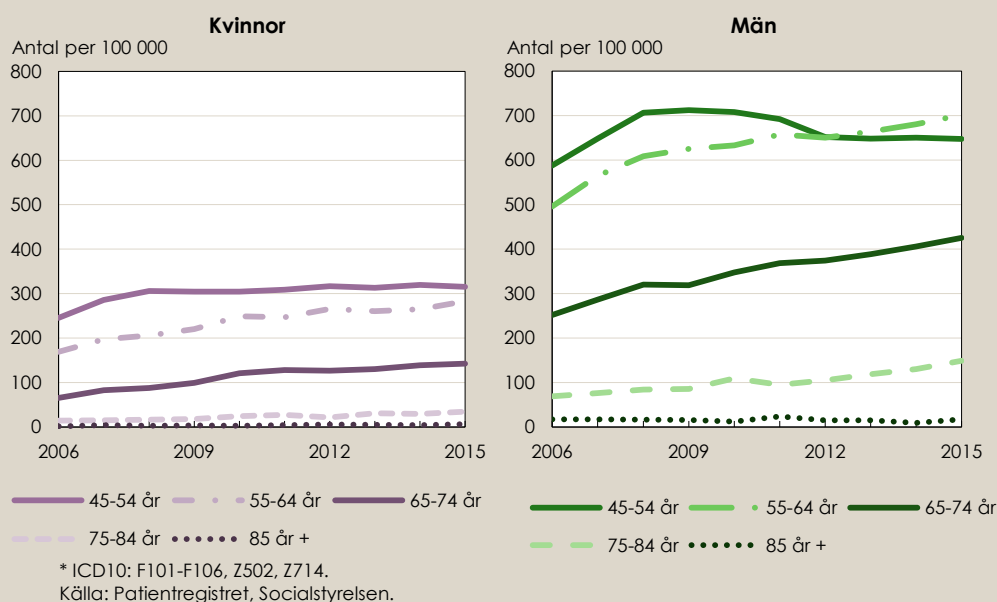
Antal per 100 000 invånare som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 45 år och äldre 2006–2015.



⁶ Avser diagnoskoderna F10.1-6, Z50.2, Z71.4.

Figur 10. Specialiserad öppenvård för alkoholberoende

Antal per 100 000 invånare som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till alkoholberoende*. Kvinnor och män 45 år och äldre 2006–2015.



Andelen unga som vårdas för drogmissbruk har ökat

Andelen män och kvinnor som haft en vårdkontakt inom hälso- och sjukvården med diagnos som indikerar pågående drogmissbruk⁷ har ökat betydligt i antal mellan 2006 och 2015. Störst är ökningen bland unga män och kvinnor, en tendens till minskning syns dock sedan 2014 bland de yngsta åldrarna.

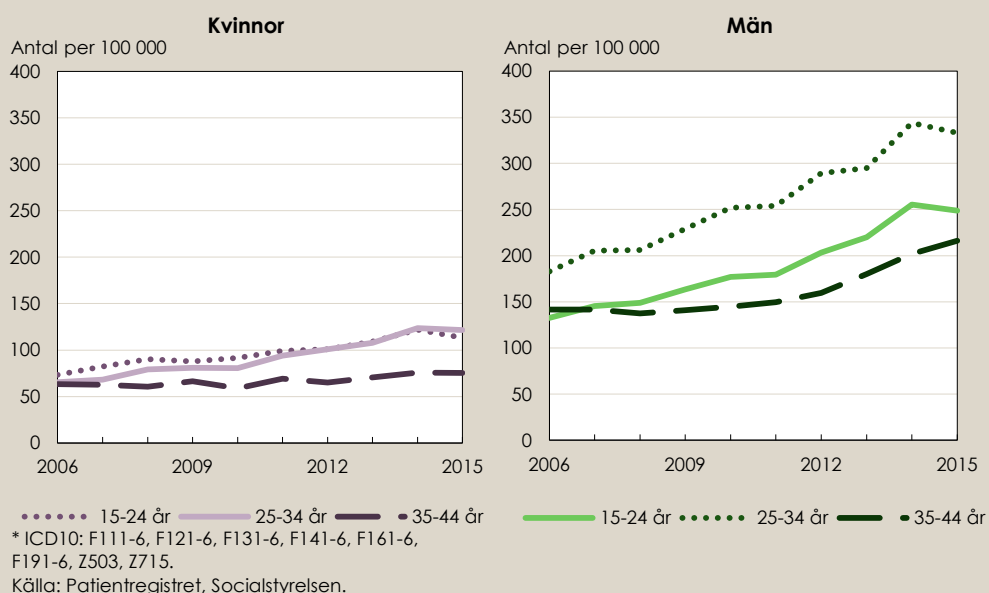
Personer i åldersgruppen 25–34 år dominerar såväl i den specialiserade öppenvården inom slutenvården. Bland kvinnor är dock andelen som vårdats inom den specialiserade öppenvården och inom slutenvården ungefär lika stor i den yngsta åldersgruppen, 15–24 år, som i åldersgruppen 25–34 år.

Inom slutenvården har ökningen av andelen som vårdats med diagnoser relaterade till drogmissbruk bland män varit störst inom den yngsta åldersgruppen och bland kvinnor i åldersgruppen 25–34 år. För män 15–24 år och för kvinnor 25–34 år syns en ökning med omkring 87 procent. (figur 11). Inom den specialiserade öppenvården har den största ökningen av andelen vårdade män och kvinnor skett i den yngsta åldersgruppen. Andelen unga män har ökat med 178 procent, och bland unga kvinnor var ökningen 147 procent. (figur 12) Omkring 70 procent av alla vårdade, både i den specialiserade öppenvården och inom slutenvården, är män.

⁷ Avser diagnoskoderna F11.1-6, F12.1-6, F13.1-6, F14.1-6, F16.1-6, F19.1-6, Z50.3, Z71.5.

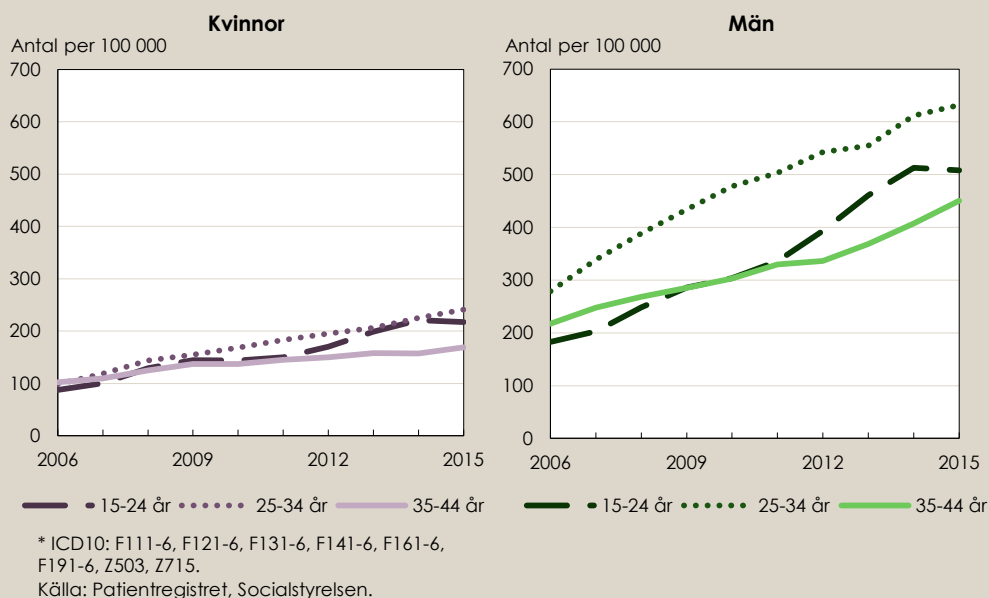
Figur 11. Vårdade inom slutenvården för drogberoende

Antal per 100 000 invånare som vårdats inom slutenvården med diagnoser relaterade till drogberoende*. Kvinnor och män 15–44 år 2006–2015.



Figur 12. Specialiserad öppenvård för drogberoende

Antal per 100 000 invånare som vårdats inom den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till drogberoende*. Kvinnor och män 15–44 år 2006–2015.



Socialtjänstens insatser

Frivilliga vård- och behandlingsinsatser enligt SoL till vuxna personer (21 år och äldre) med missbruksproblem har minskat mellan 2006 och 2015.

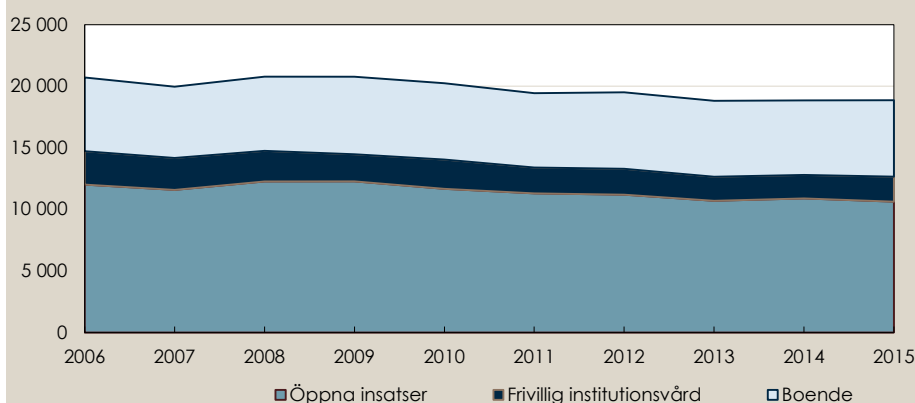
Samtidigt har antalet personer som vårdas enligt LVM ökat, och den kraftigaste ökningen syns från 2012 och framåt (figur 13 och 14) men det är fortfarande betydligt färre som vårdas enligt LVM.

Antalet personer som fick individuellt behovsprövade öppna insatser minskade från drygt 12 000 till 10 600 (motsvarande en minskning med 8 procent) från 2006 till 2015. Den största förändringen har skett inom den frivilliga institutionsvården, där antalet personer med denna insats har minskat med 25 procent från omkring 2 700 personer 2006 till drygt 2 000 personer 2015. Antalet personer som får boende som insats⁸ varierar under tidsperioden, och en viss ökning syns mellan 2006 och 2015 från 5 894 personer till 6 204, motsvarande en ökning med 4 procent.

Figur 13. Insatser enligt socialtjänstlagen till personer med missbruk och beroende

Antal personer, 21 år eller äldre, som den 1 november fått bistånd enligt SoL som avser boende, institutionsvård eller öppna insatser perioden 2006–2015.

Antal

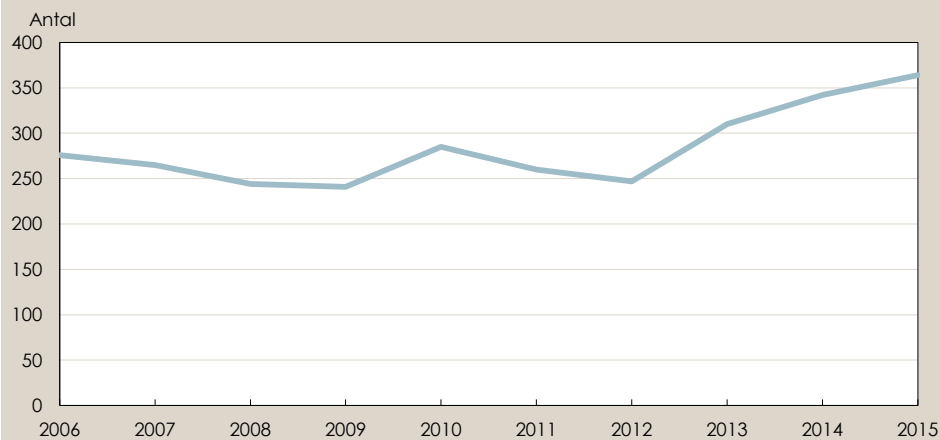


Källa: Statistik om vuxna med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

⁸ I statistiken innefattar bistånd till boende enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen, SoL följande boendeformer: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktssinnehavare, det vill säga "sociala kontrakt" eller liknande.

Figur 14. Vård enligt LVM

Antal personer, 21 år eller äldre, som vårdats enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) den 1 november 2006–2015.



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

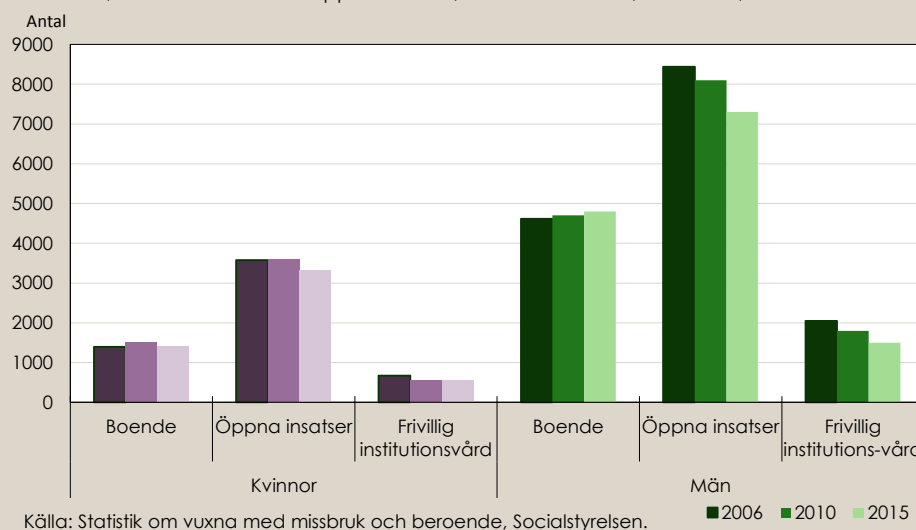
Förändringarna mellan 2006 och 2015 gäller såväl kvinnor som män. De frivilliga insatserna har minskat för båda könen och den största minskningen har skett för män som fått bistånd till individuellt behovsprövade öppna insatser och frivillig institutionsvård. Den senare vårdformen har minskat med över 25 procent för män.

Den mest frekventa insatsen är individuellt behovsprövade öppna insatser, följt av boende som bistånd (se även avsnittet Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden). Den dominerande målgruppen för dessa insatser är män i åldersgruppen 50–64 år. Bland kvinnor som beviljas öppna insatser är andelen högst i åldersgruppen 35–49 år. Inom institutionsvården, både den frivilliga och tvångsvården, dominerar den yngre målgruppen 21–34 år.

Männen dominerar, till antal och andel, bland de som får insatserna. Kvinnornas andel varierar mellan de olika insatserna. Omkring 70 procent av dem som får öppna insatser och insatser inom tvångsvården är män, liksom 75 procent av dem som fått boendeinsatser och frivillig institutionsvård. (figur 15)

Figur 15. Insatser enligt socialtjänstlagen till personer med missbruk och

Antal personer, 21 år eller äldre, som den 1 november fått bistånd enligt SoL som avser boende, institutionsvård eller öppna insatser, fördelat efter kön, åren 2006, 2010 och 2015.



Hjälpbehoven har förändrats

Den standardiserade bedömningsmetoden Addiction severity index (ASI) används av 270 missbruks- och beroendeenheter i landet för att bedöma hjälpbehovet och för uppföljning. De flesta av dessa enheter (drygt 240) lagrar sina data i ASI-Net. Enheterna använder också ASI-Net för att sammanställa klientgruppens situation, hjälpbehov samt förändring före och efter insats. Socialstyrelsen har använt data från ASI-intervjuer⁹ från drygt 50 kommuner och stadsdelar för att beskriva socialtjänstens klienter och deras hjälpbehov. En jämförelse har gjorts mellan tre olika tidsperioder, 2007–2009, 2010–2012 och 2013–2015.

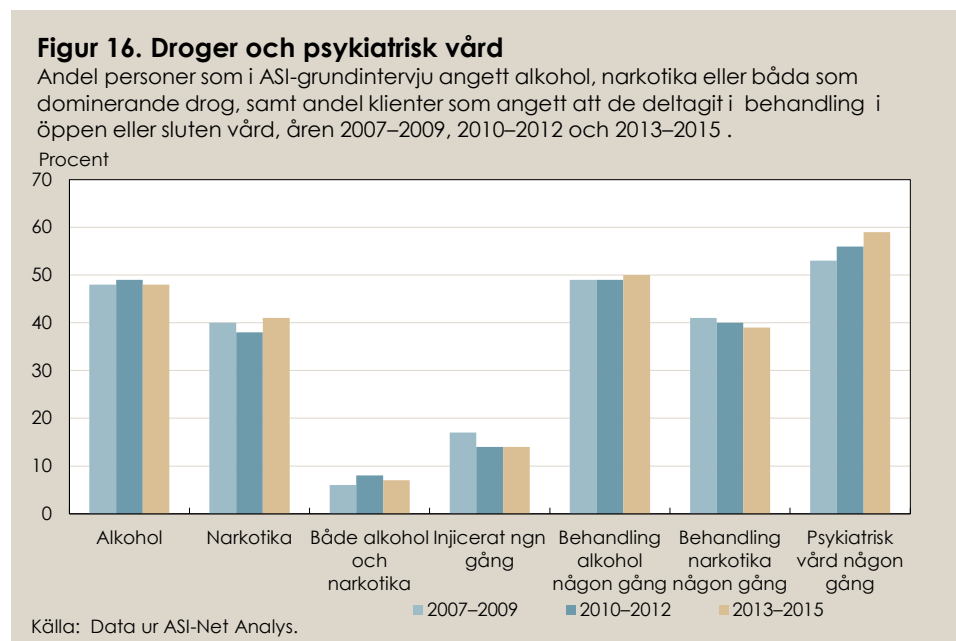
Baserat på uppgifterna från ASI-Net från de tre perioderna framgår att majoriteten av klienterna inom socialtjänstens missbruksvård är män (drygt 70 procent), ensamstående och födda i Sverige. Fler än hälften bor i egen lägenhet och medelåldern för samtliga klienter är 40 år. Andelen yngre klienter (18–30 år) är drygt 30 procent. Omkring 10 procent av samtliga klienter bor tillsammans med partner och barn. Uppgifter om den enskildas situation de senaste 30 dagarna visar att omkring en tredjedel har försörjning via ekonomiskt bistånd och lika stor andel har försörjning från Försäkringskassan.

Mellan de tre perioderna har andelen klienter, som fått såväl öppen psykiatrisk som sluten psykiatrisk vård vid något tillfälle, ökat och andelen klienter som deltagit i behandling för narkotikaproblem någon gång minskar. Minskningen gäller endast behandling i slutenvård (heldygnsvård).

Omkring 40 procent av klienterna anger att narkotika är det dominerande missbruksmedlet. Andelen klienter med missbruk av narkotika som huvudsakligt problem har ökat. Bruket av olika dämpande preparat (lugnande/

⁹ Socialstyrelsen har ställt en fråga till samtliga enheter som använder ASI-Net och fått samtycke från drygt 60 enheter att använda deras data i oidentifierat skick. I kartläggningen har uppgifter från mellan 4 000 till 5 000 klientintervjuer (ASI grund), vilket utgör drygt en tredjedel av det totala antalet klientintervjuer i databasen. Antalet registrerade intervjuer varierar mellan de olika tidsperioderna.

sömnmedel) har ökat mest jämfört med andra substanser [68]. Näst vanligast är bruk av cannabis och bruk av flera droger. För heroin och metadon syns däremot en minskning sedan 2009, även andelen klienter som injicerat droger har minskat (figur 16).



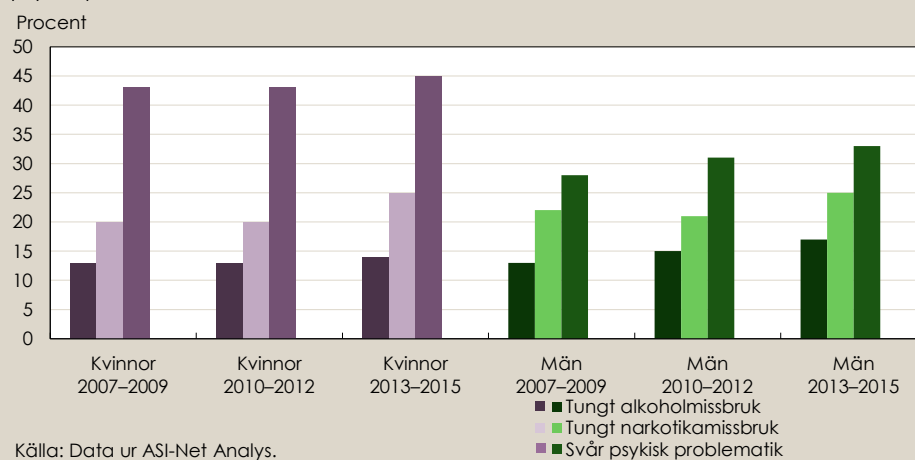
Tungt missbruk och psykisk ohälsa ökar

Klienter inom socialtjänsten har alltmer komplexa vårdbehov och fler personer beskrivs ha både missbruksproblem och svåra psykiatriska problem, enligt företrädare för socialtjänsten [69]. Sammanställningen av ASI-data visar också att en påtagligt större andel av kvinnorna än männen anges ha svår psykisk problematik, medan en större andel av männen har ett tungt alkoholmissbruk. Andelen bland kvinnor och män som har ett tungt narkotikamissbruk är relativt lika (figur 17).

Många av dem som vårdas enligt LVM har även vårdats inom psykiatrin. Nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 25 procent av männen har vid något tillfälle fått psykiatrisk tvångsvård [70].

Figur 17. Tungt missbruk och svår psykisk problematik

Andel kvinnor och män som i ASI-grundintervju bedömts ha tungt missbruk och svår psykisk problematik åren 2007–2009, 2010–2012 och 2013–2015.



Fler yngre med komplexa vårdbehov

Företrädare från socialtjänsten [71] rapporterar att antalet klienter med alkohol som huvuddrog har minskat men att det samtidigt syns en ökning av andelen äldre personer med alkoholmissbruk. Vidare har det skett en ökning av antalet ärenden som rör unga vuxna.

Av ASI-data framgår att omfattningen av problem varierar mellan olika åldersgrupper. Den yngre gruppen (18–30 år) har problem med narkotika, psykisk ohälsa, arbete och försörjning. Personer i åldrarna 31–46 år har problem med psykisk ohälsa och alkohol, och en stor andel har även narkotikaproblem. I den äldsta gruppen (äldre än 47 år) är alkohol det dominerande problemet. Yngre och medelålders personer bedöms ha större problem med familj och umgänge än de äldre. Det framgår också av intervjuarskattningarna att under perioden 2007–2015 bedöms samtliga åldersgrupper ha allt större problem med psykisk ohälsa.

Den yngre målgruppen fångas inte upp inom ramen för befintliga arbets sätt och resurser, enligt företrädare för socialtjänsten [71]. Det finns också en samstämmighet kring att det både är svårt att etablera kontakter med gruppen och att uppnå längre hållbara drogfria perioder hos den unga gruppen, trots ett brett utbud av öppenvårdsinsatser. Statistiken över socialtjänstens insatser visar också att personer i åldersgruppen 21–24 år utgör en liten andel (10 procent) av dem som beviljas öppna insatser. De yngre åldersgrupperna dominerar däremot inom institutionsvården.

Närmare 41 procent av dem som fick frivillig institutionsvård den 1 november 2015 var mellan 21 och 34 år. Andelen yngre som vårdats enligt LVM har ökat de senaste tio åren främst sedan 2012. Mer än hälften (54 procent) var 2015 i åldersgruppen 21–34 år, och 20 procent var 20–24 år vid utskrivningen. Omkring en tredjedel av de placerade var kvinnor (32 procent). Det totala antalet vårdade per år är omkring 1000 personer. Det huvudsakliga missbruksmedlet bland de yngre är narkotika.

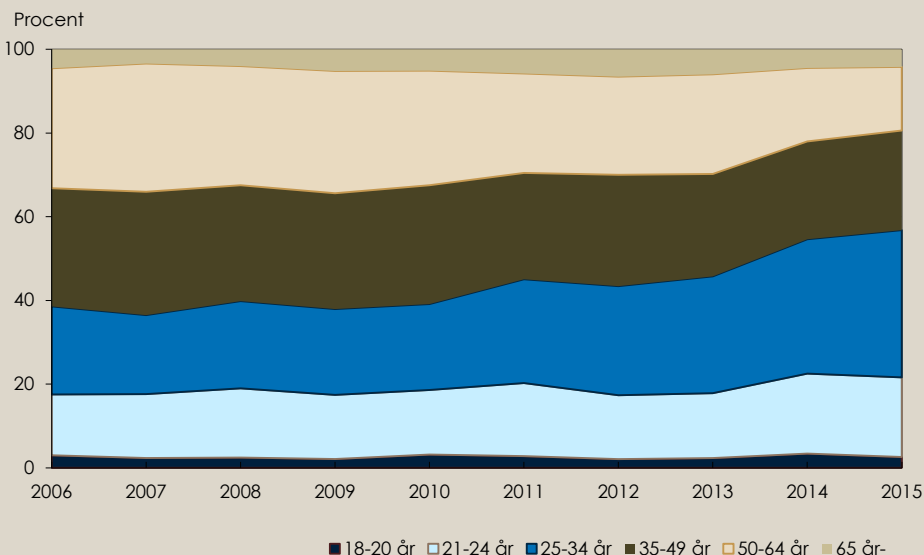
Det saknas nationella data för att belysa utvecklingen av antalet i åldersgruppen 15–20 år som utretts och fått frivilliga insatser inom socialtjänsten

för narkotikaproblem; den officiella statistiken över socialtjänstens insatser för barn och unga innehåller inga uppgifter om orsaker till insatser. Undantaget är statistiken över vård enligt LVM, vilken även innefattar unga i åldersgruppen 18–20 år. Det är dock få i de åldrarna som vårdas med stöd av LVM, och antalet är relativt konstant. Det syns inte heller någon större ökning av antalet vårdade över åren utan det rör sig om cirka 15 personer per år, och antalet män och kvinnor är i stort sett lika. (figur 18)

Antalet klienter som använder flera olika droger och missbrukar nya droger tenderar att ökat. Bland vårdade på LVM-hem har missbruk av flera substanser (narkotika och alkohol) blivit allt vanligare de senaste åren, även om narkotika är det vanligaste missbruksmedlet. Det är främst bland de yngre intagna (18–29 år) som blandmissbruk är utbrett [70]. Samtidigt blir alkohol som enskilt missbruksmedel allt ovanligare. Tidigare år har det som i statistiken kallas övrigt missbruk endast avsett lösningsmedel som missbruksform men från 2014 omfattar övrigt missbruk även spice och nya psykoaktiva substanser (NPS; nättdroger). De nya psykoaktiva substanserna har i de flesta fall inte hunnit med att klassas som narkotika eller hälsofarlig vara. Detta medför att de kan marknadsföras och säljas via internet som lagliga alternativ till illegala droger. När de narkotikaklassas upphör ofta försäljningen. Antalet som vårdas för denna typ av missbruk har ökat mellan 2014 och 2015, men det rör sig totalt om väldigt få personer (figur 19).

Figur 18. Åldersfördelning bland personer som vårdats enligt LVM

Andel i olika åldersgrupper bland personer 18 år och äldre, som vårdats enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), 2006–2015.

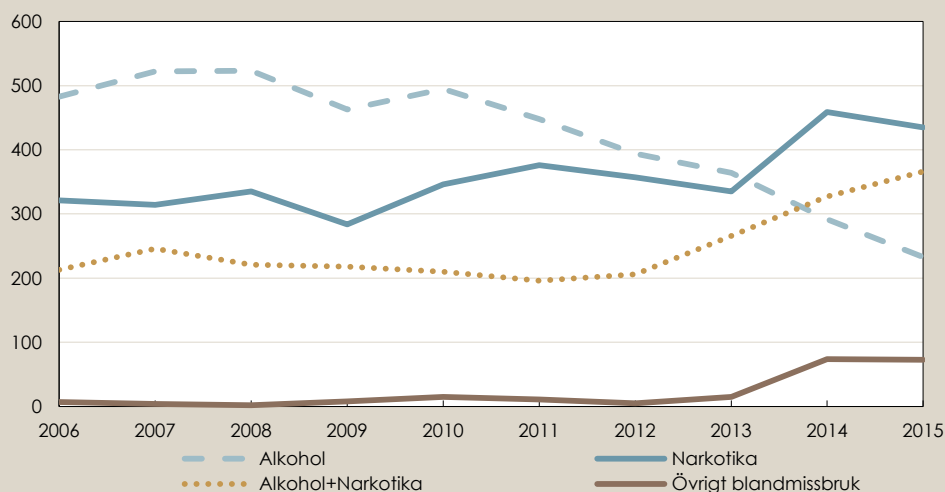


Källa: Registret för tvångsvård enligt LVM, Socialstyrelsen.

Figur 19. Missbruksmedel bland personer som vårdats enligt LVM

Antal personer 18 år och äldre, som vårdats enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) fördelat på missbruksmedel, dvs. den drog som orsakar klienten mest problem 2006–2015.

Antal



Källa: Registret för tvångsvård enligt LVM, Socialstyrelsen.

Utbudet av vård- och behandlingsverksamheter

Utbudet av specialiserade vård- och behandlingsverksamheter för unga och vuxna med missbruks- och beroendeproblem har inventerats utifrån tillgängliga register och informationskällor [72-75]. Uppgifterna får tolkas med försiktighet eftersom de inte ger en heltäckande bild av det totala utbudet av vårdverksamheter.

Omkring 700 verksamheter som bedriver specialiserad vård och/eller behandling för personer med missbruk och beroende har identifierats. Omkring 300 verksamheter bedriver heldygnsvård inom socialtjänstens område och drygt 40 inom hälso- och sjukvården. Den frivilliga institutionsvården drivs i huvudsak av privata aktörer. Drygt 80 procent av HVB verksamheterna drivs i enskild regi [76]. Ett fåtal verksamheter är inriktade på vård och behandling av enbart kvinnor eller män.

Merparten av kommunerna erbjuder specialiserad öppenvård riktad till personer med missbruksproblem, men med varierande utbud. I samtliga län finns specialiserade beroendeenheter i öppen- och slutenvård, men organisationen av och tillgången till behandlingsresurserna varierar mellan landstingen.

Inventeringen visar att den specialiserade missbruks- och beroendevården i stor utsträckning arbetar efter de metoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Merparten av kommunerna kan erbjuda manualbaserade insatser (psykologisk och psykosocial behandling) och 96 procent kan erbjuda minst en av sex insatser som rekommenderas i riktlinjerna. Återfallsprevention är den enskilt vanligaste insatsen (91 procent) följt av tolvstegsbehandling som nästan sju av tio kommuner kan erbjuda (69 procent). Omkring hälften av kommunerna kan erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) och Community reinforcement approach (CRA). Case management, ett arbetssätt för att samordna vård- och behandlingsinsatser för personer med

missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom erbjuds av drygt en tredjedel av kommunerna.

Serviceinsatser – insatser utan föregående behovsprövning

Inom missbruks- och beroendevården finns en viljeinriktning mot att insatser ska vara lätt tillgängliga. Det har bland annat lett till en utveckling i kommunerna av serviceinsatser, det vill säga insatser som ges utan individuell behovsprövning. Den samlade bilden är att de flesta kommuner erbjuder insatser som service, men i varierande omfattning. Vid senaste insamlingen av uppgifter över socialtjänstens insatser svarade 176 kommuner (61 procent) att de ger öppna insatser som service [77]. Enligt företrädare från socialtjänsten [28] är målgruppen för serviceinsatserna generellt sett personer med mindre omfattande problem, i synnerhet när verksamheten är inriktad på att nå unga vuxna. Stödinsatser till anhöriga och stöd till barn med föräldrar med missbruk ges i allmänhet också som serviceinsatser, både enskilt och i grupp. Socialtjänstens företrädare förefaller samstämmiga kring att en insats kan ges som service om det sker i form av ett begränsat antal (högst fem) rådgivande, stödjande eller motiverande samtal. Några kommuner har bedömt att även behandlingsprogram med en tydlig ram och struktur kan ges som serviceinsats, men innehållet i insatsen är då inte individuellt anpassat.

Det råder dock oklarheter i kommunerna om hur serviceinsatser ska följas upp eftersom de inte dokumenteras på individnivå. De framför också att många kommuner har blivit försiktigare med att erbjuda serviceinsatser utifrån ett antal rättsfall (Kammarrätten Jönköping 2015-12-14, mål nr 939-15 och mål nr 940-15).

Systematisk uppföljning minskar

Användningen av ASI-intervjuer för uppföljning har minskat mellan åren 2007–2009 och 2013–2015. Av dem som genomgick en basintervju har andelen som genomför uppföljningsintervjuer sjunkit från 28 procent till 17 procent. Det bara är 15 procent av kommunerna som använder standardiserade bedömningsmetoder vid uppföljning av enskildas insatser.

Vård- och behandlingsinsatser utifrån målgruppens behov

Att de modeller och system som finns för att göra lokala och regionala uppföljningar av resultat inom vården används i alltför liten omfattning, och att användningen tenderar att minska framgår av Socialstyrelsens kartläggning och öppna jämförelser. Det är få kommuner som använder resultat från systematisk uppföljning till att utveckla verksamheten [78]. Att undersöka förutsättningarna för att utveckla arbetet med uppföljningar och stödja implementering av system och modeller för systematisk uppföljning är en angelägen uppgift för att säkra kvaliteten inom missbruksvården. Det är genom att systematiskt följa upp resultaten av insatserna, både på individ- och verksamhetsnivå som det går att bedöma om patienternas och brukarnas behov tillgodoses.

Insatserna följs däremot inte upp i motsvarande utsträckning och det är få kommuner som använder systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten; endast 9 procent av kommunerna har använt resultat för verksamhetsutveckling unga vuxna och 7 procent för verksamhetsutveckling för äldre (65 år eller äldre). Av kommunerna har 16 procent genomfört verksamhetsuppföljning utifrån ett könsperspektiv och 9 procent av kommunerna har genomfört verksamhetsutveckling utifrån ett könsperspektiv [78].

Fungerande vårdkedja en utmaning

Resultaten av Socialstyrelsens kartläggning av vårdlandskapet pekar på att en stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade missbruks- och beroendevården har behov av insatser från flera olika huvudmän, inom både det sociala och medicinska området. Samtidigt är vården i allmänhet uppbyggd så att patienten eller brukaren själv ska initiera de kontakter som behövs. Den enskildes förutsättningar för att vara delaktig och själv ansvara för samordningen av insatser varierar dock. Nedsatt kognitiv förmåga, psykisk ohälsa och språkliga hinder är exempel på faktorer som kan inverka på personens förutsättningar att ta initiativ och ansvar för olika vårdkontakter. Om personer saknar närstående finns inte heller möjligheter till att de egna förutsättningarna kompenseras av insatser från närstående [79]. Personer med missbruks- och beroendeproblem är en utsatt grupp och flertalet har stora samordningsbehov.

Tillgången till en väl fungerande vårdkedja och samordning av insatserna är en stor utmaning, inte minst när många aktörer är inblandade, enligt socialtjänstens företrädare [80]. Öppenvården beskrivs som väl utbyggd, särskilt i stora och medelstora kommuner. Samtidigt anges det som problematiskt att tillgodose behoven av stöd och hjälp för personer med komplexa vårdbehov, till exempel för dem med svårigheter att klara av fasta besöks- och mötestider. För att möta den målgruppens behov behöver andra arbetssätt utvecklas och vården måste arbeta mera uppsökande. Bristen på bostäder lyfts också fram som en utmaning för många kommuner och tillgången till olika former av boenden och boendestöd ses som central i en fungerande vårdkedja.

En brist i vårdkedjan anses även vara vårdplatser vid akuta tillstånd och abstinensbehandling. Av intervjuerna med socialtjänstens företrädare framgår att tillgången till abstinensbehandling varierar mellan landstingen, och att en vårdplats ofta förutsätter remiss och vårdplanering från socialtjänstens sida.

Kring personer med missbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel finns sedan den 1 juli 2013 en skyldighet för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om samarbete, enligt 5 kap. 9 a § SoL och 8 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Drygt hälften av kommunerna (52 procent) har 2016 en aktuell överenskommelse med landstinget som innehåller gemensamma mål, resurs- och ansvarsfördelning samt rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal [78].

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Sammanfattande iakttagelser

- Enligt bostadsmarknadsenkäten 2016 bedömer 240 av landets 290 kommuner att det råder underskott på bostäder på marknaden, vilket är 57 kommuner fler än i 2015 års bostadsmarknadsenkät.
- Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2016 finns en aktuell övergripande plan för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden i 17 procent av kommunerna.
- Bristen på bostäder leder till att allt fler söker sig till socialtjänsten för att få hjälp att lösa sin bostadssituation. Socialtjänsten har en viktig uppgift när det gäller att förebygga hemlöshet och ansvar för att ge enskilda individer olika former av stöd, men har inte ansvar för att tillhandahålla bostäder åt bostadslösa i allmänhet. På ett strukturellt plan är bostadspolitiken, situationen på arbetsmarknaden, inriktningen på integrations-, utbildnings- och hälso- och sjukvårdspolitiken viktiga faktorer för att komma tillrätta med hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.
- Den 1 november 2015 hade drygt 11 700 personer i åldersgruppen 21 år och äldre, som inte har problem som är relaterade till ett eget substansmissbruk, bistånd som avser boende enligt 4 kap 1 § SoL. Det är en ökning med drygt 8 procent jämfört med 1 november 2014.
- Bostadsbristen får allvarliga konsekvenser för våldsutsatta kvinnor och barn eftersom många blir kvar längre tid än avsett på kvinnojourernas boende. Detta leder i sin tur till att andra våldsutsatta inte kan beredas plats hos kvinnojourerna.
- Antalet vräkningar har minskat successivt under en längre tid. Under 2015 genomfördes dock 249 vräkningar där 472 barn berördes, vilket är en liten ökning jämfört med 2014. Av barnen hade 75 procent sin permanenta bostad hos de avhysta föräldrarna. I 60 procent av fallen var det en ensamstående förälder som blev vräkt och av dessa var 80 procent kvinnor.

Kommunernas ansvar för bostadsförsörjning

Kommunen ansvarar för att planera för bostadsförsörjningen i den egna kommunen samt för planläggning och andra åtgärder som gör att bostäder kan byggas. Enligt Boverket uppger cirka 50 procent av kommunerna att de har antagit riktlinjer för bostadsförsörjningen under den förra eller nuvarande mandatperioden. Det är en tydlig ökning jämfört med tidigare år. Det allmännyttiga bostadsbeståndet ökar för andra året i rad efter en längre tids minskning och mycket få av allmännyttans lägenheter ombildas till bostadsrätter. Allmännyttigt bostadsbolag saknas dock i 20 procent av landets

kommuner. Dryga häften av samtliga kommuner har någon form av förtursystem för bostäder [81].

Kommunens och övriga samhällets delade ansvar för hemlöshet

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

Kommunens socialtjänst har en viktig uppgift när det gäller att förebygga hemlöshet och har utifrån lagstiftningen ansvar för att ge enskilda individer olika former av stöd. I socialtjänstlagen framgår dock inte att socialtjänsten ska tillhandahålla bostäder åt bostadslösa i allmänhet. För att komma tillrätta med hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden krävs ett delat, samhälleligt ansvarstagande. På ett strukturellt plan är bostadspolitiken, situationen på arbetsmarknaden, inriktningen på integrations-, utbildnings- och hälso- och sjukvårdspolitiken viktiga faktorer [82]. Kommunernas ska motverka hemlöshet.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna när det gäller arbetet med att motverka hemlöshet. Arbetet är mest utvecklat i kommuner som har högt invånarantal, där det råder bostadsbrist och där det förekommer hemlöshet [83]. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2016 finns en aktuell övergripande plan för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden i 17 procent av kommunerna. En överenskommelse om samverkan med bostadsföretag eller hyresvärdar på övergripande nivå som avser samverkan om tillgång till bostäder för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden finns i 36 procent av kommunerna. I 31 procent av kommunerna har en överenskommelse träffats om samverkan med bostadsföretag eller hyresvärdar i enskilda ärenden.

Bostadssituationen för nyanlända

Den 1 mars 2016 infördes lagen (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning, som innebär att kommunerna har skyldighet att ta emot personer som fått uppehållstillstånd för bosättning. Av landets kommuner bedömer 94 procent (272 kommuner) att det finns underskott på bostäder för nyanlända, det gäller såväl kommuner i storstadsregioner som i kommuner med mindre folkmängd [81]. Kommuner som redan har tagit emot många nyanlända har stora svårigheter att hitta bostäder för målgruppen och kommuner som inte tidigare varit mottagarkommuner har aviserat att de inte klarar att fullgöra sin uppgift. Sammantaget innebär detta att många

kommuner har inrättat tillfälliga boendeanternativ för nyanlända i syfte att lösa situationen i ett akut skede.

Bostadsbristen försvårar för våldsutsatta

I dagsläget råder det bostadsbrist i nästan alla kommuner i Sverige. Detta får konsekvenser för våldsutsatta eftersom många blir kvar längre tid än avsett i kvinnojourernas boenden och jourerna tvingas därför neka andra kvinnor plats, vilket medför att fler kvinnor tvingas vara kvar i våldsutsatthet i hemmet. Det riskerar även leda till att våldsutsatta i många fall stannar kvar hos eller återvänder till våldsutövaren eftersom hon/han inte har någon möjlighet att få en egen bostad (se även avsnittet Våld i nära relation). Flera kommuner uppger att de numera får använda sig av vandrarhem och hotell för våldsutsatta kvinnor i större utsträckning på grund av den allt mer ansträngda bostadsmarknaden [82].

Vräkningarna har minskat över tid

Antalet vräkningar har minskat successivt under längre tid. År 2015 inkom 31 874 ansökningar om vräkning till Kronofogden. Av dessa ledde 6 684 till ansökningar om verkställighet varav 2 224 verkställdes. Hyresskuld är den överlägset vanligaste orsaken och är grund för avhysningen i cirka 87 procent av fallen [84]. Få händelser skapar en så stor risk för hemlöshet och en drastiskt försvagad position på bostadsmarknaden som att bli vräkt. Forskning pekar på att personer som en gång blivit vräkta har mycket svårt att åter komma in på bostadsmarknaden [85].

Statistiken tyder på att de flesta problem som föranleder hyresvärdar och bostadsrättsföreningar att ansöka om vräkning blir lösta på vägen, innan det hinner gå så långt som till verkställighet. I vissa fall kan förklaringen till detta vara att hyresgästen har flyttat ut från lägenheten innan vräkningen har hunnit verkställas. Därmed räknas inte avflyttningen som en vräkning, även om hyresgästen formellt har blivit uppsagd från lägenheten. Det finns också ett mörkertal när det gäller andrahandshyresgäster som drabbas på grund av att förstahandshyresgästen blir vräkt.

Barn som är berörda av vräkning

Under 2015 genomfördes 249 vräkningar där barn berördes, vilket är en ökning med sex procent sedan 2014. Totalt berördes 472 barn av dessa vräkningar. Detta innebär en ökning med tre procent sedan 2014. Trots ökningen är antalet det näst lägsta sedan Kronofogdemyndigheten började föra statistik över vräkningar 2008 [86].

Av de berörda barnen hade 75 procent sin permanenta bostad hos de avhysta föräldrarna, 14 procent var växelvis boende och 11 procent var så kallade umgängesbarn med umgänge minst 30 dagar per år. I de ärenden där barnen blev vräkta från sin permanenta bostad var det i cirka 60 procent av fallen en ensamstående förälder som blev vräkt och av dessa var cirka 80 procent kvinnor. Därutöver har 1 109 barn riskerat att bli berörda, men avhysningen har inte verkställts [84]. Det är troligt att det finns ett mörkertal

framförallt beträffande barn och unga som vistas hos föräldrar för umgänge då information inte alltid har kunnat inhämtas, till exempel i ärenden som återkallas tidigt. Likaså finns ett mörkertal när det gäller antalet barn som är berörda av vräkning till följd av att föräldrarna blivit vräkta från ett andrandsboende.

Vräkningsförebyggande arbete

Hälften av kommunerna uppger att de bedriver uppsökande verksamhet för personer som riskerar att förlora sitt boende och i 23 procent av kommunerna finns en aktuell rutin för att förhindra att barnfamiljer vräks. I rutinen ingår att socialtjänsten muntligen kontaktar barnfamiljer vid kännedom om att hyresskuld föreligger. Socialtjänsten har ansvar för att upprätthålla kontakten med barnfamiljen till dess att hyresskulden är reglerad. I handläggningen ska barnperspektivet särskilt beaktas [83].

Kommunens boendelösningar

Den sekundära bostadsmarknaden

Socialtjänsten har fått en allt viktigare roll som hyresvärd på den s.k. sekundära bostadsmarknaden. Idag har cirka 90 procent av kommunerna en sådan. Den sekundära bostadsmarknaden definieras som kommunernas utbud av boendelösningar för personer som inte själva kan skaffa sig en bostad, eftersom de av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Det handlar om boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn eller särskilda villkor eller regler [87].

Det är en bred grupp av personer som bor inom den sekundära bostadsmarknaden och tendensen är att allt fler hänvisas till den, alltifrån personer med missbruk som har fått ett socialt kontrakt inkluderat i en behandlingsplan, till barnfamiljer som nyligen fått uppehållstillstånd och saknar tidigare boendereferenser. Många av de som bor inom den sekundära bostadsmarknaden är så kallade strukturellt hemlösa personer som skulle ha befunnit sig på den ordinarie bostadsmarknaden om det funnits tillräckligt med hyreslägenheter.

Ökande boendeinsatser

Den 1 november 2015 hade drygt 11 700 personer i åldersgruppen 21 år och äldre, som inte har problem som är relaterade till ett eget substansmissbruk, bistånd som avser boende enligt 4 kap 1 § SoL. Det är en ökning med drygt 8 procent jämfört med 1 november 2014. Antalet personer i målgruppen som fått bistånd som avser boende den 1 november respektive år ökade med 56 procent under tidsperioden 2007–2015 [88].

När det gäller personer 21 år och äldre med missbruksproblem hade drygt 6 200 personer bistånd som avser boende enligt SoL den 1 november 2015, vilket innebär en ökning med knappt 2 procent jämfört med 2014. Under tidsperioden 2007–2015 ökade antalet personer i målgruppen som fått sådant bistånd den 1 november respektive år med 6 procent [89].

Kommunerna erbjuder såväl akuta som långsiktiga boendelösningar. För hemlösa med missbruksproblematik erbjuds *Bostad Först* av 20 procent av kommunerna. Insatsen innebär att hemlösa med missbruksproblematik erbjuds en varaktig boendelösning utan några krav på att först ha genomgått behandling eller uppvisat nykterhet och drogfrihet. I 38 procent av kommunerna erbjuds boendeinsats i form av *Vårdkedja*, en modell som också syftar till att hjälpa hemlösa till ett stabilt boende men som bygger på att bakomliggande problematik behandlas först innan egen bostad erbjuds [83].

EU-medborgare som lever i utsatthet

Hemlösheten och fattigdomen har blivit märkbart synlig i Sverige under de senaste åren. EU-medborgare och s.k. tredjelandsmedborgare med uppehållsrätt i något EU-land söker sig till Sverige med stöd av EU:s fria rörlighet för att söka försörjning och väl här befinner sig många i extrem utsatthet, inkluderat hemlöshet. Antalet utsatta EU-medborgare i Sverige uppskattades 2015 till cirka 4 700 personer [90].

Det är framförallt kyrkor och frivilligorganisationer som ger insatser till utsatta EU- och tredjelandsmedborgare. Kommunernas socialtjänst ger vanligtvis endast akuta insatser. I de större städerna finns dock uppsökande verksamhet och vissa kommuner har byggt upp verksamheter som riktar sig specifikt till målgruppen.

Kommande kartläggning av hemlösheten

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av hemlösheten i Sverige under våren 2017. Kartläggningen omfattar dels hemlösa med uppehållsrätt i Sverige, dels hemlösa EU/EES-medborgare som befinner sig tillfälligt i landet. Kartläggningen ska redovisas i två rapporter den 30 november 2017. Under 2016 har Socialstyrelsen tagit fram en plan för hur resultatet av kartläggningarna kan spridas och användas i socialtjänstens arbete med att motverka hemlöshet [91]. Spridningsarbetet kommer att ske i samverkan med olika aktörer som har uppdrag inom hemlöshetsområdet.

Bostadsbrist

Bostadsbristen, som tidigare främst har varit koncentrerad till de tre storstadsregionerna, har ökat i stora delar av landet. Bristen på bostäder är inte i huvudsak en socialtjänstfråga utan de ökande problemen med hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden har framförallt strukturella orsaker; brist på lämpliga bostäder, hyresnivåer som hushåll med genomsnittliga eller lägre inkomster inte kan efterfråga och höga krav för att godkännas som hyresgäst [92]. Nybyggnationen ökar i stora delar av landet, men utbyggnadstakten är inte tillräckligt snabb för att täcka behoven. Dessutom är hyresnivåerna i nyproducerade bostäder höga, vilket utestänger ekonomiskt svagare grupper [93].

Boverket sammanställer varje år en bostadsmarknadsenkät som bygger på länsstyrelsernas regionala analyser av bostadsmarknaden. Enligt bostadsmarknadsenkäten 2016 bedömer 240 av landets 290 kommuner att det råder underskott på bostäder på marknaden, vilket är 57 kommuner fler än i 2015

års bostadsmarknadsenkät. Det är 245 kommuner som uppger att det råder underskott på bostäder för unga jämfört med 219 i enkäten för 2015 [81]. Förutom att det under lång period byggts få bostäder, framförallt få hyreslägenheter, har antalet invånare i Sverige ökat med en halv miljon under den senaste femårsperioden och överstiger 2017 10 miljoner [94].

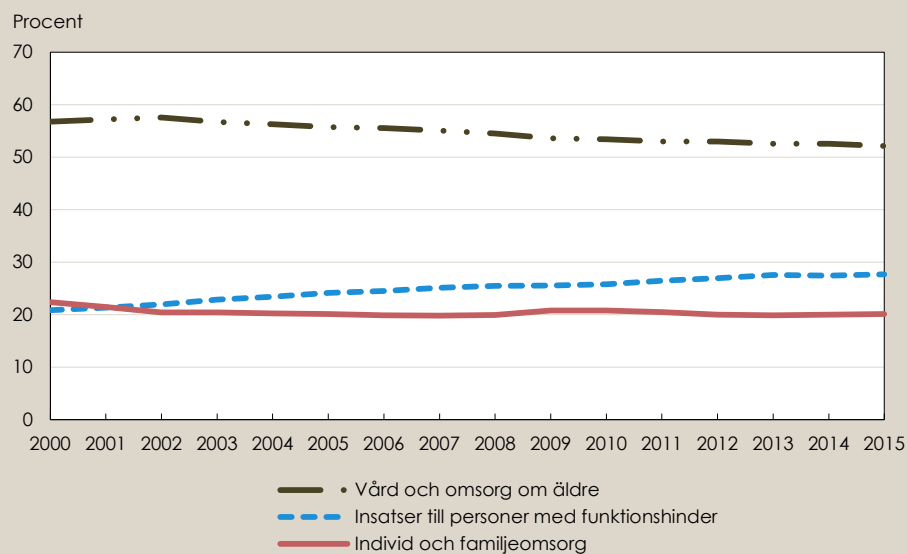
Kostnader för individ- och familjeomsorg

Kostnaderna för individ- och familjeomsorgen uppgick till 44 miljarder kronor år 2015 och har ökat med 2,2 miljarder kronor sedan 2014. Kostnaderna för individ- och familjeomsorgen utgjorde 8 procent av kommunernas totala kostnader, en andel som ökat marginellt under 2015 men som ligger på en något lägre nivå än 2011. Kostnaderna för individ- och familjeomsorgen utgjorde 20 procent av socialtjänstens kostnader.

Såväl kostnaderna för institutionsvård som familjehemsvård och öppna insatser har ökat 2015. Av dessa är kostnaderna för institutionsvård och familjehemsvård de som stiger snabbast. Kostnader för familjehemsvård utgör 15 procent av de totala kostnaderna för individ- och familjeomsorgen.

Figur 20. Fördelning av socialtjänstens kostnader

Socialtjänstens totala kostnader fördelat efter verksamhetsområde åren 2000-2015.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2010–2014, Statistiska centralbyrån.

Kostnaderna för insatser för barn och unga som andel av kostnaderna för individ och familjeomsorgen har också stigit snabbt, från 39 procent år 2011 till 43 procent år 2015. Den starka utvecklingen av dessa kostnader tillsammans med minskningen av kostnader för ekonomiskt bistånd förklarar utvecklingen.

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd minskar

Kostnaderna i fasta priser för individ och familjeomsorg har ökat marginellt under de senaste fem åren främst beroende på att kostnaderna för ekonomiskt bistånd har minskat under dessa år. Ekonomiskt bistånd utgör 35 procent av kostnaderna för individ och familjeomsorgen. Att kostnader för ekonomiskt

bistånd har minskat beror dels på att kostnaderna för ekonomiskt bistånd exklusive flyktinghushåll har minskat, dels på att kostnaderna för introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar från 2012 inte redovisades i den kategorin. Sedan dess har kostnaderna för ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll stigit. Kostnaderna för missbruks- och beroendevården uppgick 2015 till 7 miljarder kronor efter att ha minskat under de senaste åren. Ökningen avser främst institutionsvård och bistånd för boende.

Tabell 8. Kostnader för individ- och familjeomsorg

Kostnader för individ- och familjeomsorgen 2011–2015, förändring mellan åren, andel av individ- och familjeomsorgens respektive socialtjänstens kostnader, kommunala kostnader samt andel av BNP, miljarder kronor och procent.

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2011-2015		Andel
<i>Miljarder kronor om inget annat anges</i>						mdkr	%	%
Insatser till barn och unga	15,0	15,6	16,3	17,4	18,8	3,8	25,6	42,9
Institutionsvård/HVB	5,3	5,4	5,5	6,1	6,6	1,3	24,7	15,0
Familjehemsvård	5,0	5,2	5,4	5,8	6,4	1,4	28,5	14,6
Öppna insatser	4,7	4,9	5,4	5,5	5,8	1,1	23,5	13,3
varav								
Individuell behovsprövad öppen vård	3,2	3,2	3,3	3,4	3,6	0,4	12,2	8,1
Övriga öppna insatser	1,6	1,7	2,1	2,1	2,3	0,7	46,2	5,2
Insatser till vuxna med missbruk/beroende	5,9	6,0	6,2	6,6	7,0	1,2	20,1	16,0
Institutionsvård	2,5	2,6	2,7	2,9	3,2	0,6	23,9	7,2
Familjehemsvård	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	10,5	0,4
Öppna insatser	3,2	3,2	3,3	3,5	3,7	0,6	17,6	8,5
varav								
Bistånd som avser boende	1,5	1,7	1,8	1,9	2,1	0,5	36,2	4,7
Individuellt behovsprövade insatser	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	0,2	18,2	2,4
Övriga öppna insatser	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	-0,2	-21,8	1,3
Ekonomiskt bistånd	15,2	14,6	14,8	14,9	15,2	0,0	0,2	34,7
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	13,0	13,6	13,8	13,7	13,6	0,5	4,1	30,9
Ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll	2,2	1,1	1,0	1,3	1,7	-0,5	-23,2	3,8

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2011-2015		Andel
<i>Miljarder kronor om inget annat anges</i>						mdkr	%	%
Övriga insatser till vuxna	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0	0,6	37,3	4,6
Familjerätt och familjerådgivning	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,1	18,9	1,8
Individ- och familjeomsorg totalt	38,2	38,5	39,7	41,5	43,9	5,7	15,0	100
Årlig procentuell förändring	2,4	0,8	3,1	4,7	5,7			
Individ- och familje- omsorgens andel av socialtjänstens kostnader %	20,5	20,0	19,9	20,0	20,2			
Individ och familje- omsorgens andel av Kommunernas kostnader %	7,9	7,7	7,6	7,6	7,7			
Individ och familje- omsorgens andel av BNP	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1			
Färdtjänst/riksfärdtjänst	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	0,0	1,4	

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2010–2015, Statistiska centralbyrån.

Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet. Kostnaderna som redovisas (tabell 8) är fastprisberäknade till 2015 års prinsnivå. Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2015 för respektive verksamhetsområde. Andelarna av kostnader för socialtjänsten, kommunernas kostnader och BNP redovisas i löpande priser.

Referenser

1. Migrationsverket. Är du gift? Utredning av handläggning av barn som är gifta när de söker skydd i Sverige; 2016.
2. Socialstyrelsen. Ensamkommande barn och unga – Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter; 2016.
3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården; 2016.
4. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2016.
5. Sallnäs, M, Wiklund, S. Konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen – om marknadssärdrag och statlig tillsyn. Människohandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete. 2015.
6. Socialstyrelsens termbank. Hämtad från:
<http://termbank.socialstyrelsen.se/>
7. Socialstyrelsen. Dnr 6305/2014 En gemensam identitetsbeteckning för asylsökande; 2015.
8. Skatteverket. Promemoria 131 176575-16/113 Samordningsnummer till asylsökande; 2016.
9. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 2016-10-28 från:
<http://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/statistik/2016/ekb-statistik-161018.docx>
10. UNICEF. Barn och samhällsvård – Vad vet vi om institutions- och familjehemsvården?; 2016.
11. Socialstyrelsen. Förstudie. Kunskapsstöd för personalen på hem för vård och boende (HVB) och stödboende i arbetet med målgruppen ensamkommande barn och unga; 2016.
12. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2015:34) om undantag från vissa bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:20) om hem för vård eller boende 2016.
13. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende; 2016.
14. Inspektionen för vård och omsorg. Statistik ensamkommande barn. Hämtad 2017-01-30 från:
<http://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/statistik/2017/ekb-statistik-170117.pdf>
15. Socialstyrelsen. Utvecklingen av LVU-mål mellan år 2005 och 2015 – En analys av mål enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga; 2016.
16. Barnombudsmannen. Barn på flykt; 2016.
17. Migrationsverket. Dnr 1.1.3-2016-18258 Prognos till Justitiedepartementet 2016-10-25.
18. Socialstyrelsen. Analys av situationen i Socialtjänsten – Läget under hösten 2015 och början av 2016; 2016.

19. Länsstyrelsen Stockholm. På flykt och försvunnen – En nationell kartläggning av ensamkommande barn som avviker Rapport 2016:25; 2016.
20. Ghazinour, M, Hansson, J, Lauritz, L, Padyab, M, Sundqvist, J, Wilmelius, M, et al. Avvisningar och utvisningar av ensamkommande flyktingbarn. Om effektivitet, värdighet och barnens bästa från tjänstemäns och gode mäns perspektiv. Umeå; 2014.
21. Strömsunds kommun. Mellan avslag och utvisning. Rapport om situationen för ensamkommande barn med avslag. 2014.
22. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Slutrapport; 2016.
23. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården; 2015.
24. Sveriges kommuner och landsting. PM 2016-08-25 Hälso- och sjukvård för asylsökande under år 2015.
25. Zetterqvist Nelson, K, Hagström, M. Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen Röster om hösten 2015 och en kunskapsöversikt; 2016.
26. Ramel et al. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. SpringerPlus 2015; 4(131).
27. Salari, R, Malekian, C, Linck, L, Kristiansson, R, Sarkadi, A. Submitted manuscript.
28. Socialstyrelsen. Dialogmöte den 15 mars 2016 med representanter från SKL:s nätverk inom missbruksvården i kommuner och landsting, MILK-gruppen. 40 företrädare från socialtjänstens och landstingens missbruks- och beroendevård deltog.
29. Migrationsverket. Hämtad 2017-01-27 från: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2016.html>
30. Forsberg, E, Jacobsson, T. Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen. Röster om hösten 2015 och en kunskapsöversikt; 2016.
31. Hjern, A, Arat, A, Rostila, M, Berg, L, Vinnerljung, B. Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. ; 2014.
32. Brottsförebyggande rådet. Hämtad 2017-01-30 från: <https://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html>
33. Lucas, S, Jernbro, C. Försummelse av barn – ett försummat problem. Läkartidningen. 2014; (111:CYIA).
34. Brottsförebyggande rådet. Nationella trygghetsundersökningen 2016. Om utsatthet, otrygghet och förtroende.; 2017.
35. Brottsförebyggande rådet. Hämtad från: <https://www.bra.se/bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2016-03-31-slutlig-brottsstatistik-2015.html>
36. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret.
37. Socialstyrelsen. Dödsfallsutredningar 2014-2015 – Socialstyrelsens utredningar av barn och vuxna som avlidit med anledning av brott; 2016.

38. Svedin, C, Priebe, G, Wadsby, M, Jonsson, L, Fredlund, C. Unga, sex och internet – i en föränderlig värld. Stockholm 2015.
39. Länsstyrelsen Stockholm. Människohandel med barn – Nationell kartläggning 2012-201; 2015.
40. Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och våga fråga - vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutatthet; 2015.
41. Hultman, O. Child psychiatric patients affected by intimate partner violence and child abuse – disclosure, prevalence and consequences. Göteborg.
42. Broberg, A, Hultmann, O, Eriksson, M, Röback de Souza, K, Iversen, C. Utvidgad prövning av risk-/skyddsintervjuer för barn som utsatts för våld i sin familj. Rapport till Socialstyrelsen 2016-05-24.
43. Svedin, C, Jonsson, L, Landberg, Å. Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar. Stockholm; 2016.
44. Socialstyrelsen. Våldsbejakande extremism – Stöd för socialtjänstens arbete med barn och unga vuxna; 2016.
45. Inspektionen för vård och omsorg. Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn- och unga?; 2014.
46. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. PM Omotiverade skillnader i socialtjänsten – En förstudie; 2016.
47. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Våld i nära relation; 2016.
48. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor. Ung i dag 2013. 2013.
49. Regeringens skrivelse 2016/17:10. Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid
50. Nationellt centrum för kvinnofrid. Våld mot äldre kvinnor – En forskning- och kunskapsöversikt. Uppsala; 2016.
51. Socialstyrelsen. Blånader och silverhår – ett utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor.; 2014.
52. Socialstyrelsen. Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. 2016.
53. Sveriges kommuner och landsting. Framgångsfaktorer i kvinnofridsarbetet. 2016.
54. Socialstyrelsen. Kvalitet i skyddade boenden. 2016.
55. Brottsförebyggande rådet. Utvecklingen av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer; 2007.
56. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor. Unga och våld; 2013.
57. Socialstyrelsen. Patientregistret 2011-2015.
58. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2015; 2016.
59. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor. Nationella folkhälsoenkäten 2016.
60. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Skolelevers drogvanor 2016.

61. Region Örebro län. Dopning – Översikt, vård och behandling. Slutrapport från Nationellt kompetensutvecklingsprojekt för dopningsproblematik (NKD). Örebro; 2016.
62. Håkansson, A, Mickelsson, K, Wallin, C, Berglund, M. Anabolic Androgenic Steroids in the General Population: User Characteristics and Associations with Substance Use. European addiction research. 2012; (18):83–90.
63. Stockholms stad. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak; 2014.
64. Socialstyrelsen. Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2014; 2016.
65. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossning och födda barn 1973-2013; 2014.
66. Folkhälsomyndigheten. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spelandts/spel/swelogs-befolkningsstudie/swelogs-prevalensstudie-2015>
67. Socialstyrelsen. Dödsorsaksregistret; 2016.
68. Socialstyrelsen. ASI-manualen. Anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning; 2014.
69. Socialstyrelsen. Dialogmöte den 9 maj 2016 med representanter från Socialstyrelsens ASI- nätverk på temat utmaningar och framtida behov för missbruksvården. Företrädare från socialtjänstens missbruksvård och landstingens beroendevård från 14 kommuner, 2 landsting och 1 region med geografisk spridning över hela landet deltog.
70. Statens institutionsstyrelse. Personer intagna på SiS LVM-hem 2013 och 2014. Institutionsvård i fokus. 2016; (2).
71. Socialstyrelsen. Dialogmöte med ASI-nätverket den 9 maj 2016.
72. Sveriges kommuner och landsting. Register över vårdverksamheter för personer med missbruk och beroende oktober 2016.
73. Inspektionen för vård och omsorg. Register över tillstånds- och anmälningspliktiga verksamheter januari 2016.
74. Svenskt Beroenderegister. Nationellt kvalitetsregister för beroendevården mars 2016; 2016.
75. Region Jönköpings län. Register för verksamheter med missbruks- och beroendevård i Sverige. Slutrapport; 2016.
76. Socialstyrelsen. Att stärka kvaliteten i hem för vård eller boende (HVB) för personer med missbruks- och beroendeproblem; 2015.
77. Socialstyrelsen. Vuxna personer med missbruk och beroende. Insatser år 2015.; 2016.
78. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Missbruks-och beroendevården. 2016.
79. Myndigheten för vårdanalys. PM 2016:1, Samordnad vård och omsorg; 2016.
80. Socialstyrelsen. Dialogmöte med ASI-nätverket den 9 maj 2016.

81. Boverket. 2016. Hämtad 2016-11-25 från:
<http://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten-i-korthet/>
82. Regeringskansliet. Dnr: S2014.019 Bostad sökes - Slutrapport från den nationella hemlöshetssamordnaren.
83. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser – Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden; 2016.
84. Kronofogdemyndigheten. Avhysningar. Hämtad 2016-11-30 från:
<https://www.kronofogden.se/statistikavhysning.html>
85. Flyghed, J, Nilsson, A. Vräkt och hemlös? Marginaliseringsprocesser bland vräkta. Socialmedicinsk tidskrift 2004; (1).
86. Kronofogden. Årsredovisning 2015; 2016.
87. Socialstyrelsen. Den sekundära bostadsmarknaden. 2015.
88. Socialstyrelsen. Statistik om vuxna personer med boendeinsatser och anhörigstöd 2015; 2016.
89. Socialstyrelsen. Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2015; 2016.
90. Polismyndigheten. Nationell lägesbild. Brottslighet med koppling till tiggeri och utsatta EU-medborgare i Sverige. 2015.
91. Socialstyrelsen. PM dnr 3.8-5456/2016 Kartläggning av hemlösheten i Sverige 2017 - Plan för spridning och användning av resultaten. 2016.
92. Länsstyrelsen i Skåne. Hemlöshet – en fråga om bostäder. Slutrapport från länsstyrelsernas hemlöshetsuppdrag 2012–2014.; 2015.
93. Länsstyrelsen i Skåne. Bostad sökes. Att stödja kommuner och andra aktörer i arbetet med att underlätta inträde på bostadsmarknaden m.m. Delrapport.; 2016.
94. Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik. Hämtad 2016-11-25 från:
<http://www.scb.se/sv>