

Individ- och familjeomsorg

Lägesrapport 2016



Individ- och familjeomsorg

Lägesrapport 2016

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

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

Artikelnummer 2016-2-22
ISBN 978-91-7555-368-9

Omslagsfoto Apelöga, Scandinav Bildbyrå
Sättning Edita Bobergs AB, Västerås
Tryck Edita Bobergs AB, Falun. Februari 2016



MILJÖMÄRKET Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen inom 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 Johanna Jupiter, Katarina Munier, Charlotta Rehnman Wigstad och Kristina Stig.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning	7
Social barn- och ungdomsvård	9
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	9
Aktuell utveckling	9
Kunskapsbaserad vård och omsorg	17
Säker vård och omsorg	19
Individanpassad vård och omsorg	21
Jämlig vård och omsorg	21
Sämre möjligheter senare i livet.....	25
Insatser för papperslösa barn och barn till EU-migranter utan uppehållsrätt som lever i utsatthet	29
Tillgänglig omsorg	30
Ekonomiskt bistånd	32
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	32
Hushåll med ekonomiskt bistånd.....	32
Personer med ekonomiskt bistånd	33
Ökningen av långvarigt ekonomiskt bistånd har avstannat.....	35
Barn i familjer med ekonomiskt bistånd	36
Barnperspektiv i familjer med försörjningsproblem	36
Fler kommuner har kunskapsbaserad verksamhet	36
Formaliserad samverkan har ökat	37
Jobbstimulansen	37
Missbruks- och beroendevård	39
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	39
Aktuell utveckling	39
Kunskapsbaserad vård och omsorg	47
Säker vård och omsorg	48
Individanpassad vård	49
Jämlig vård och omsorg	49
Tillgänglig vård och omsorg	51
Våld	53
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	53
Våld i nära relationer berör flera områden	53
Kommuners arbete med våldsutsatta	53
Ökad kännedom om kvinnofridslinjen	54
Skyddade boenden är säkerhetsmedvetna	54
Enhetligt stöd för att hämta personliga tillhörigheter saknas	55
Identifiera våldsutsatta – ett utvecklingsområde	56
Partnerkontakt – en metod för säkerhetsarbete	56
Utveckling av internetbehandling för våldsutsatta	57

Behandling av våldsutövare	57
Verktyg för systematisk uppföljning – SUV	58
Behandling för personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn	58
Hur många är könsstympade?	58
Nytt kunskapsstöd inom området sex mot ersättning	59
Utvecklingsmedel och kompetensstöd bidrar till förbättringar	60
Hemlöshet	61
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	61
Kostnadsutvecklingen inom individ- och familjeomsorgen	65
Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser	65
Kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen.....	65
Referenser	68
Databaser	72

Inledning

I den här lägesrapporten presenterar Socialstyrelsen en samlad bedömning av tillståndet och utvecklingen inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. 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.

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg har sedan länge svårt att rekrytera och behålla personal, vilket är ett hinder för socialtjänstens kvalitetsutveckling. Den stora flyktingströmmen påverkar också arbetet, särskilt det ökade antalet ensamkommande barn och unga. Situationen är en utmaning för socialtjänstens individ- och familjeomsorg, och situationen ställer ökade krav på en redan ansträngd organisation.

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. Varje kapitel inleds med Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser inom respektive område.

När det är aktuellt bygger bedömningen av tillståndet och utvecklingen i individ- och familjeomsorgen på begreppet god kvalitet i socialtjänsten som det beskrivs i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Arbetet ska vara [1]:

- kunskapsbaserat – omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet
- säkert – omsorgen ska vara säker, riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador, och verksamheten ska präglas av rättssäkerhet
- individanpassat – omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet; individen ska också ges möjlighet att vara delaktig
- jämlikt – omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla
- tillgängligt – omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid, och ingen ska behöva vänta oskäligt länge på omsorg.

Social barn- och ungdomsvård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Nya analyser visar att placerade barn har sämre psykisk hälsa, sämre tandhälsa och kortare utbildning än andra barn.
- 287 kommuner använder BBIC-modellen, som sätter barns behov i centrum och tillhandahåller en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, genomförande och uppföljning. Flertalet kommuner har också tecknat överenskommelser med landstinget respektive med förskolan och skolan, om samverkan i enskilda ärenden som rör barn och unga i behov av stöd eller skydd.
- Oberoende av detta är läget i socialtjänsten ansträngt när det gäller arbetet med barn och unga. Antalet ensamkommande barn ökade kraftigt under hösten 2015, vilket lett till fler placeringar. De mer ansträngda kommunerna har svårt att utreda och följa upp beslut, och det finns risk för att de inte tillgodoser barnens behov. Även andra delar av socialtjänsten berörs, bland annat handläggningen av anmälningar om oro för att barn far illa eller riskerar att fara illa.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården visar att det finns stora variationer i personalens kompetens. Flest barn berörs av skillnaderna i storstäder och större kommuner, där exempelvis andelen socialsekreterare med socionomutbildning och minst tre års erfarenhet varierar mellan 7 och 100 procent.
- Hög arbetsbelastning och hög personalomsättning ger mindre utrymme att kompetensutveckla personalen och att förvalta genomförda kompetensutvecklingsinsatser.
- Antalet LVU-placeringar ökar. Nästan hela ökningen utgörs av barn och unga som inte är ensamkommande asylsökande barn.
- Det är fortfarande få kommuner som gör systematiska uppföljningar och använder resultaten för verksamhetsutveckling. Utvecklingen går dock i positiv riktning då viss ökning kan märkas.

Aktuell utveckling

Ensamkommande barn och unga

Varje år kommer många barn utan medföljande förälder eller annan legal vårdnadshavare till Sverige för att ansöka om asyl, så kallade ensamkommande barn. Genom en reform som genomfördes 2006 fick kommunerna och därmed socialtjänsten ett större och tydligare ansvar för dessa barn [2]. Soci-

altjänsten utreder och fattar beslut om placering i lämpligt boende, vanligen i hem för vård eller boende (HVB), ett familjehem eller hos anhöriga, och utreder barnets behov av stöd och hjälp. Socialtjänsten ska också noga följa vården av barn och unga.

Sedan sommaren 2006 har antalet ensamkommande barn i stort sett ökat oavbrutet. Ökningen var särskilt kraftig under 2015. Då anlände 35 369 ensamkommande barn, vilket kan jämföras med 7 049 under 2014. Av dem som anlände under 2015 var omkring 92 procent pojkar och 8 procent flickor [3].

Socialstyrelsen bedömde i januari 2016 att läget i socialtjänsten är ansträngt när det gäller arbetet med ensamkommande barn [4]. Kommuner med ansträngda förhållanden har svårt att följa lagar och föreskrifter i arbetet, och det finns risk för att de inte tillgodoser barnens behov. Socialtjänsten berättar om svårigheter att hinna träffa alla ensamkommande barn och/eller att ha med tolk vid samtalet, vilket är allvarligt. Det finns också oroande indikationer på allvarliga brister i uppföljningen av vården av ensamkommande barn. Det ansträngda läget påverkar även andra delar av socialtjänsten, bland annat handläggningen av anmälningar om oro för att barn far illa eller riskerar att fara illa. Redan på kort sikt kan socialtjänsten få svårt att ge stöd och skydd till de barn i kommunen som behöver det.

Socialstyrelsens bedömning bygger bland annat på telefonintervjuer i början av 2016 med företrädare för socialtjänsten. Myndigheten kontaktade 50 av de kommuner som under hösten 2015 rapporterade att den samlade flyktingsituationen haft allvarlig eller kritisk påverkan på socialtjänsten. De kommuner som ingick i undersökningen uppgav att de behövt ändra organisationen, nyanställa personal och köpa konsulttjänster för utredning. Knappt hälften av dessa kommuner hade inrättat en särskild enhet eller verksamhet för arbetet med ensamkommande barn. De svarande kommunerna beskrev stora problem med hög personalomsättning och svårigheter att rekrytera socionomer. Problemen leder till bland annat hög arbetsbelastning, risker för bristande kvalitet i utredningsarbetet och svårigheter att följa upp vården. Svaren visar också att kommunerna oroas av bristande kvalitet i familjehem och HVB och att de ser att det bland annat kan leda till omplaceringar [4].

Länsstyrelsen i Östergötlands län har en nationell stödtelefon för yrkesverksamma eller ideellt verksamma som misstänker att barn eller unga riskerar att utsättas för exempelvis barnäktenskap, tvångsäktenskap, hedersrelaterat förtryck eller våld. Inkommande samtal under hösten 2015 ger en bild av att flera ensamkommande flickor som kommer till Sverige och söker asyl är gifta med äldre män som också är asylsökande. Omkring 25 ärenden har hittills påträffats via hjälplinjen. Flickorna, som det funnits oro för, var i åldrarna 13–17 år och bodde ihop med sina vuxna män. Några var gravida och några sa att de blivit bortgifta under flykten till Sverige. Samtalens innehåll tyder också på att socialtjänstens kunskap om hedersrelaterat våld och förtryck behöver förstärkas i de olika verksamheterna. Vidare tycks boendepersonal, handläggare, chefer, gode män med flera ha olika uppfattningar

om vad myndigheter ska göra – vilket medför att flickorna kanske inte får det stöd eller skydd de behöver och har rätt till.

I dagsläget saknas ett gemensamt sätt att identifiera personer som inte är folkbokförda i Sverige, och det inkluderar även asylsökande ensamkommande barn som ännu inte fått uppehållstillstånd. Migrationsverket, kommunerna, hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen m.fl. använder sinsemellan olika identifieringskoder. Detta medför givetvis risker för personförväxling, samtidigt som det är svårt att följa upp olika insatser och utbyta nödvändig information mellan myndigheter.

I juni 2015 gjorde Socialstyrelsen, Migrationsverket och Skatteverket en gemensam skrivelse till regeringen om behovet av att se över regelverket för samordningsnummer för asylsökande. Skatteverket fick då uppdraget att i samråd med Migrationsverket, Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån och Statens skolverk, utreda om samtliga asylsökande i Sverige kan få samordningsnummer samt att föreslå hur ett sådant system bör utformas. Uppdraget ska redovisas 30 april 2016.

Placerade barn och unga

Placerade barn och unga är personer i åldern 0 till och med 20 år som får vård i familjehem, jourhem, hem för vård eller boende (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 [5]. Under 2015 fortsatte heldygnsinsatserna för barn och unga att öka. Samhällsvård för barn och unga, så kallad heldygnsvård, omfattar i huvudsak två placeringsformer: familjehem och HVB. Sedan den 1 januari 2016 finns dessutom ett tredje placeringsalternativ för barn och unga i åldern 16-20 år; stödboende, som förts in i SoL och i socialtjänstförordningen (2001:937), SoF. Socialstyrelsen tillstyrkte den nya placeringsformen stödboende som infördes 1 januari 2016 [6]. Placeringsformen kom till för att det behövs fler placeringsalternativ, särskilt en mindre ingripande insats för barn och unga som inte behöver de vårdinsatser som erbjuds i HVB. Stödboende kan vara ett fristående placeringsalternativ eller fungera som utslussning efter annan vård utanför det egna hemmet, i till exempel familjehem eller HVB, men också efter vård vid ett särskilt ungdomshem.

Under år 2014 påbörjade 9 603 barn och unga med svenskt personnummer¹ [7] en heldygnsinsats enligt SoL eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Andelen barn och unga som får en heldygnsinsats någon gång under respektive år har ökat från 9 barn per 1000 barn 2006 till 14 barn per 1000 barn 2013 [7]. Den vanligast förekommande placeringsformen var familjehem.

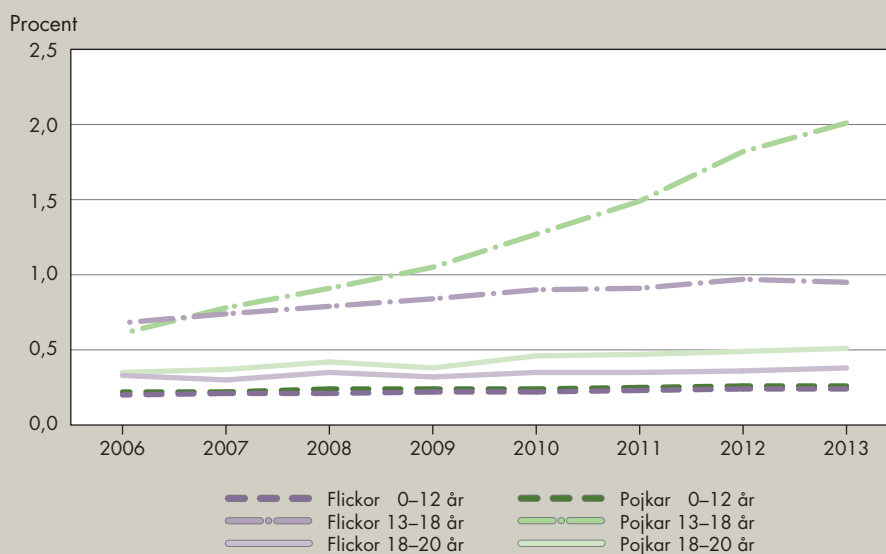
I figur 1 visas hur andelen barn och unga i befolkningen med påbörjade heldygnsinsatser – uppdelat på ålder och kön – förändrades under perioden 2006–2013. I gruppen 13–17 år ökade andelen pojkar som påbörjade en hel-

¹ Sedan 1 januari 2014 består Socialstyrelsens personnummerbaserade statistik enbart av barn och unga med svenskt personnummer. Därmed ingår inte asylsökande som ännu inte fått uppehållstillstånd.

dygnsinsats kraftigt och det är främst pojkar utan vårdnadshavare eller med annan vårdnadshavare än förälder som står för denna ökning – det vill säga ensamkommande barn. En svag ökning under perioden ses även för ungdomar i åldern 18–20 år. Andelen barn under 13 år i befolkningen som påbörjade någon heldygnsinsats låg på samma nivå under hela perioden.

Figur 1. Barn och unga med påbörjade heldygnsinsatser

Andel barn och unga i befolkningen med påbörjade heldygnsinsatser enligt Sol och/eller LVU under perioden 2006–2013 fördelat på ålder och kön.



¹Avser befolkningen i åldern 0–20 år den 31 december respektive år.

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

Ökning av heldygnsplaceringar enligt LVU

I relation till hela befolkningen i åldern 0–21 år hade 1,6 procent av pojkarna och de unga männen någon heldygnsplacering år 2013², och andelen var 1,0 procent av flickorna och de unga kvinnorna (figur 2). Det är framför allt de frivilliga placeringarna enligt Sol som ökat, främst till följd av att allt fler ensamkommande barn och unga kommit till Sverige [8]. Parallellt med denna utveckling har även LVU-placeringarna utan samtycke från vårdnadshavarna eller den unge ökat. Tvångsvård är en åtgärd som blir tillämplig när ett barn eller en ung person har ett skydds- eller vårdbehov på lång sikt som inte kan tillgodoses med frivilliga lösningar. Mot bakgrund av att det skett en ökning av antalet barn och unga som är placerade enligt LVU har Socialstyrelsen genomfört en fördjupad registerstudie av de barn och unga som hade heldygnsinsatser enligt LVU under perioden 2000–2013³, bland an-

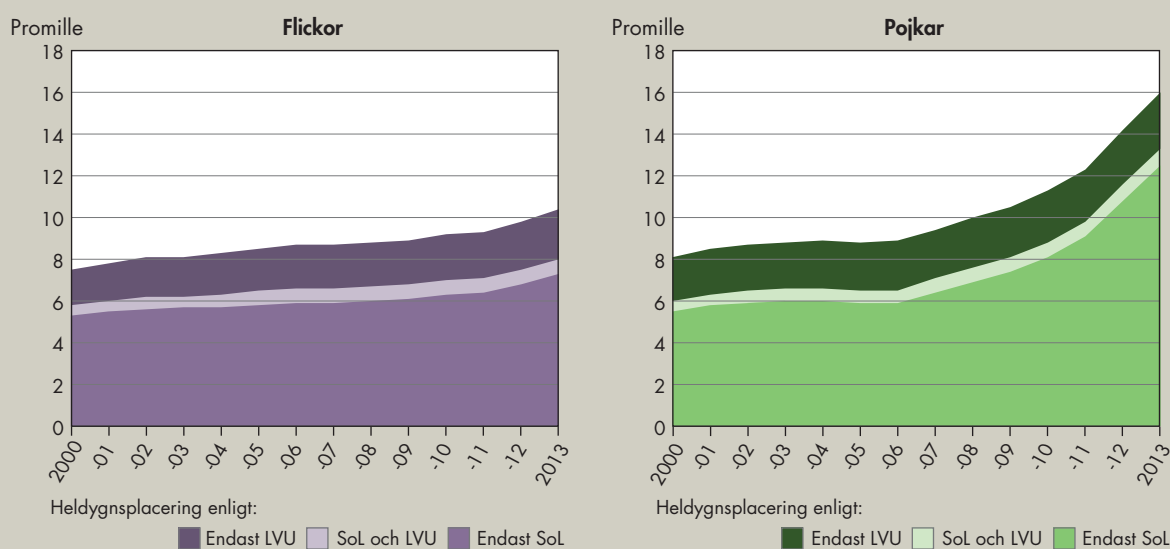
² Alla som hade någon heldygnsinsats under året ingår, dvs. även de som inte var folkbokförda i landet.

³ Perioden har valts därför att efter 2013 ingår endast personer med svenskt personnummer i statistiken.

nat för att undersöka i vilken omfattning ensamkommande barn och unga placeras enligt LVU. Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga visar inte vilka som är ensamkommande, utan antalet har fram till år 2013 uppskattats med hjälp av antaganden⁴.

Figur 2. Helydgninsatser någon gång under året enligt SoL respektive LVU

Andel i befolkningen 0–21 år som någon gång under året haft helydgninsats enligt SoL och/eller LVU under perioden 2000–2013.



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

Av de totalt 32 000 barn och unga som var placerade 2013 var cirka 8 000 placerade enligt LVU, en ökning med cirka 2 000 barn och unga sedan år 2000. Av de 8 000 barn och unga som var placerade enligt LVU under 2013, var cirka 350 ensamkommande barn och unga varav cirka 250 var asylsökande, vissa med avslagsbeslut, eller vistades i Sverige som papperslösa. Merparten av ökningen av antalet placeringar enligt LVU beror alltså inte på ensamkommande barn.

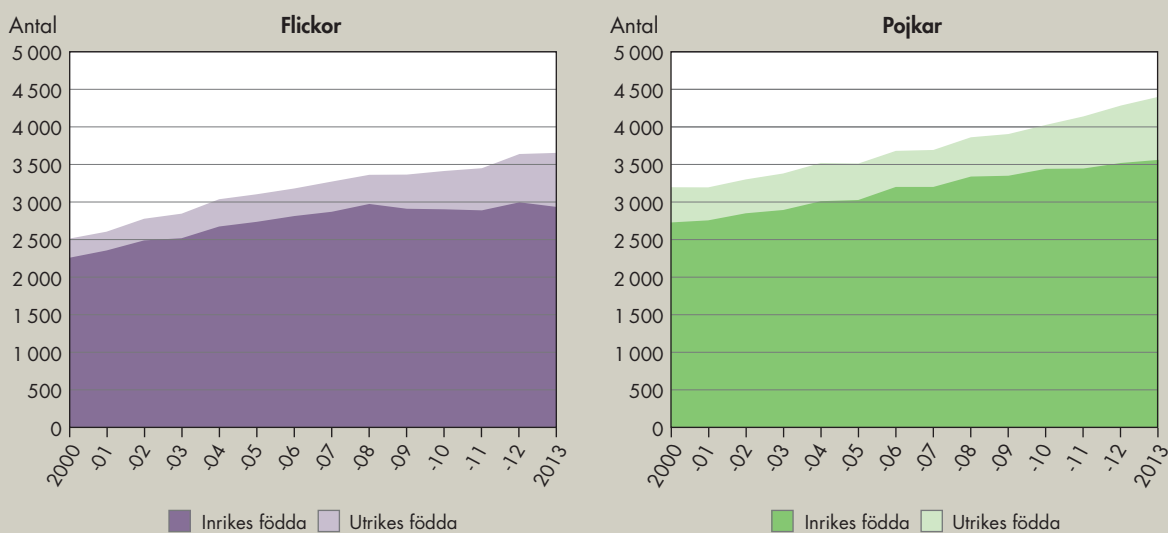
Andelen utlandsfödda barn och unga är dock överrepresenterade bland dem som hade helydgninsats enligt LVU (figur 3). De utgjorde en femtedel av alla med LVU-insats år 2013 och motsvarande andel i befolkningen var 8 procent [9]. De flesta utlandsfödda barn och unga med LVU-insats kom till Sverige med sina föräldrar och bodde tillsammans med sina föräldrar vid tiden för den första placeringen (83 procent). De ensamkommande utgjorde 13

⁴ Registret omfattade även personer utan svenskt personnummer fram till och med år 2013. Gruppen ensamkommande asylsökande antogs vara de som var födda utanför Norden, inte var folkbokförda i Sverige året innan de placerades för första gången, inte hade några folkbokförda föräldrar i Sverige vid placeringen och saknade föräldravårdnadshavare vid placeringen. År 2014 ingår bara personer med korrekta personnummer, varför antalet ensamkommande asylsökande inte kan uppskattas med denna metod. Med ett samordningsnummer för ensamkommande asylsökande barn, kan Socialstyrelsens statistik över helydgninsatser återigen bli fullständig.

procent av alla utlandsfödda. Resten (4 procent) hade antingen någon av sina föräldrar boende i Sverige och/eller hade själva bott länge i Sverige innan de blev placerade för första gången (figur 3).

Figur 3. Inrikes och utrikes födda bland barn och unga med heldygnsinsats enligt LVU

Antal personer 0–21 år som haft heldygnsinsats enligt LVU under året fördelat efter inrikes och utrikes födda perioden 2000–2013.



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

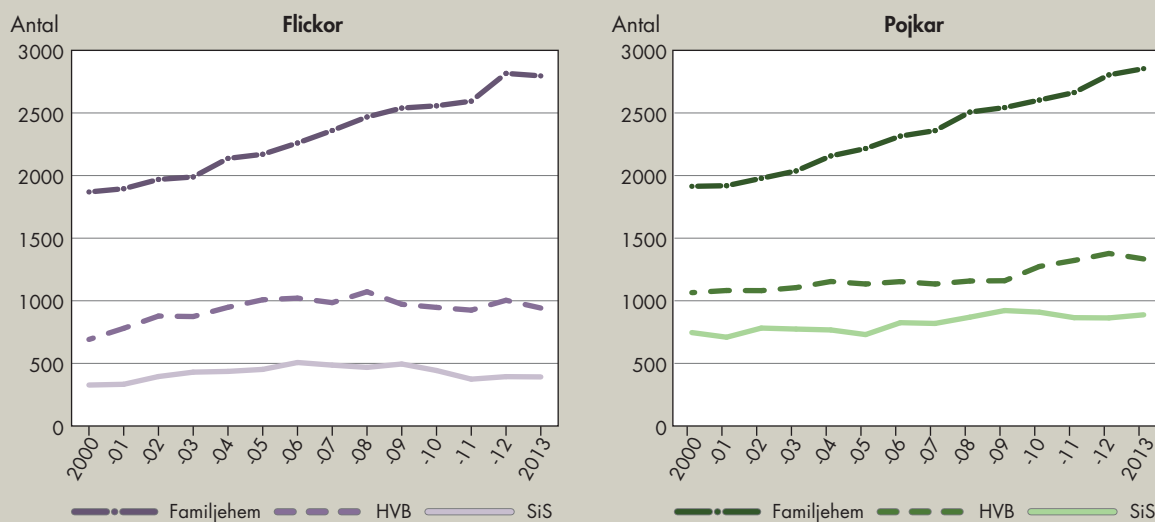
LVU-placeringarna har ökat i alla åldersgrupper, men insatserna är vanligast i åldersgruppen 13–17 år. Det är också inom den åldersgruppen som antalet unga som placeras enligt LVU har ökat mest i absoluta tal, från cirka 2 300 barn år 2000 till omkring 3 200 barn år 2013. Den relativa ökningen har dock varit störst i den yngsta åldersgruppen (0–6 år), från 900 barn år 2000 till 1 600 barn 2013.

Familjehem (inklusive placering hos släkting eller annan närstående) och jourhem är den vanligaste placeringsformen i Sverige för barn och unga, och det gäller även vid placering enligt LVU (figur 4). En och samma person kan ha flera olika placeringsformer under ett år, och en del barn har haft både SoL- och LVU-insatser. Bland pojkar och unga män som varit placerade enligt LVU är det vanligare med placeringar på HVB och SiS-hem⁵, jämfört med flickor och unga kvinnor (figur 4). Det är också överlag lite fler pojkar än flickor som placerats enligt LVU, könsfördelningen i gruppen är 55 procent pojkar och 45 procent flickor. Dessa könsmönster har varit stabila över tid.

⁵ SiS, Statens institutionsstyrelse, är en statlig myndighet som bedriver individuellt anpassad tvångsvård.

Figur 4. Placeringsform under LVU-året

Antal personer 0–21 år som haft heldygnsvård enligt LVU perioden 2000–2013 fördelat efter placeringsformer samma år.



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

Samverkan kring placerade barn

När barn och unga är placerade utanför det egna hemmet måste socialtjänsten samverka med olika verksamheter för att få in relevanta uppgifter och kunna bedöma vilka insatser barnet eller den unge behöver. Socialtjänsten kan till exempel behöva få in uppgifter om barnets eller den unges skolgång eller situation i förskolan samt om barnets eller den unges hälsa inklusive tandhälsa. För att utredningsarbetet ska kunna ske skyndsamt underlättar det om kommunerna och landstingen i förväg har kommit överens om hur man ska samverka och hur ansvarsfördelningen ska se ut mellan parterna.

Tabell 1. Överenskommelser om samverkan i enskilda ärenden mellan kommunernas socialtjänst och landstingen

Jämförelser mellan åren 2015, 2014 och 2013, andel kommuner i riket, procent.

Aktör	2015	2014	2013
Tandvård ¹	34	15	–
Mödravård ¹	53	40	–
Barnhälsovård	63	50	38
Primärvård ¹	61	45	–
Barn- och ungdomspsykiatri	74	69	46
Barn- och ungdomsmedicin	56	44	–
Barn- och ungdomshabilitering	55	47	–

¹Uppgiften samlades inte in 2013.

Källa: Öppna jämförelser social barn- och ungdomsvård 2013, 2014, 2015.

Jämförelsen i tabell 1 visar att andelen landsting och kommuner som gör överenskommelser ökar. Socialtjänsten redovisar att samarbetet med landstingens personal fungerar bättre när det finns en överenskommelse om samverkan att hänvisa till.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar även att fler socialtjänster har överenskommelser med den nämnd inom kommunen som har ansvar för förskola och skola⁶. Även där vittnar socialsekreterare om att en överenskommelse underlättar det tvärprofessionella samarbetet. Mindre kommuner med upp till 15 000 invånare (136 kommuner) har överenskommelser om samverkan i klart lägre omfattning än stora kommuner.

Tabell 2. Överenskommelser om samverkan i enskilda ärenden mellan socialtjänsten och förskolan/skolan

Jämförelser mellan åren 2015 och 2014, andel kommuner i riket, procent.

Aktör	2015	2014
Förskolan	72	56
Skolan	72	61

Källa: Öppna jämförelser social barn- och ungdomsvård 2014, 2015.

Svag ökning av öppenvårdsinsatser

Öppenvårdsinsatser i form av strukturerade öppenvårdsprogram och personligt stöd ökade under perioden 2005–2013, men samtidigt ses en nedgång för insatsen kontaktfamilj eller kontaktperson (figur 5). Sammantaget märks en svag ökning av beslutade öppenvårdsinsatser till barn och unga. Det är dock svårt att bedöma vad ökningen beror på.

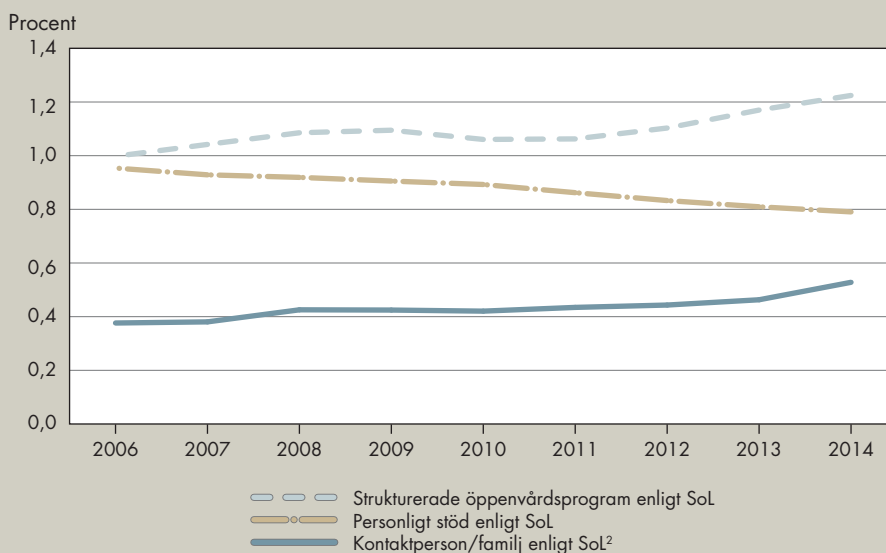
Socialstyrelsens statistik innehåller uppgifter om öppna insatser som är individuellt behovsprövade och som beslutats enligt SoL eller 22 § LVU, så kallat mellantvång⁷. Socialstyrelsen har kartlagt socialtjänstens tillämpning av mellantvång [11] och resultatet visar en begränsad användning. Av de 247 socialnämnder som svarade, hade 7 stycken fattat beslut enligt 22 § LVU rörande sammanlagt tio ungdomar under perioden 1 januari 2013 – 30 september 2014. Man anser att det ofta går att komma tillräckligt långt med insatser som bygger på samtycke och då behövs inte mellantvång. När det inte går att motivera den unge på frivillig väg blir det som regel frågan om en ansökan om vård enligt LVU. Öppenvårdsstatistiken baseras på uppgifter på aggregerad nivå, det vill säga inte på unika individer. Statistiken omfattar inte öppna insatser som ges till barn och familjer som service utan utredning och beslut.

⁶ Kommuner som har gemensam nämnd och ledning för förskola, skola och social barn- och ungdomsvård räknas som att de har överenskommelse om samverkan.

⁷ Genom 22 § LVU ges socialtjänsten en möjlighet att ingripa med stöd och gränsättning mot en ung persons vilja, utan att hon eller han behöver skiljas från sitt hem. Denna insats benämns ofta som mellantvång och målgruppen är barn och unga som begår brott eller uppvisar något annat självdestruktivt beteende.

Figur 5. Barn och unga med behovsprövade insatser enligt SoL

Andel i befolkningen¹ med insats enligt SoL någon gång under respektive år under perioden 2006–2014.



¹Avser befolkningen i åldern 0–20 år den 31 december respektive år.

²Kontaktperson/familj avser 3 kap. 6 § 3 st. Särskilt kvalificerad kontaktperson enligt 3 kap. 6 § 4 st. ingår inte.

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

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kompetens

Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården visar stora variationer i personalens kompetens. I storstäder och större kommuner är det flest barn som berörs, och där har exempelvis 7–100 procent av socialsekreterarna socionomutbildning och minst tre års erfarenhet. Totalt i landet är ungefär hälften av handläggarna i den sociala barn- och ungdomsvården socionomer med mer än fem års erfarenhet av att utreda barns och ungas behov av stöd eller skydd.

Stöd och kompetensutveckling

Nyutexaminerade eller oerfarna socialsekreterare bör få lämplig introduktion och handledning i arbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det framgår av förarbetena till bestämmelsen i 3 kap. 3 a § SoL, med dess krav på utbildningsbakgrund i vissa fall [12].

I november 2014 hade varje socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården i genomsnitt tillgång till 2,7 timmars arbetsledning per vecka. Genom fortbildning och vidareutbildning kan socialsekreterare fördjupa sina kunskaper inom området. För att verksamheten ska ha den kompetens som behövs kan de ansvariga upprätta och följa upp en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling [13]. Uppgifter från kommuner med en samlad

kompetensplan visar att den också är en viktig faktor för att få god personalstabilitet.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 37 procent av kommunerna i Sverige har en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, och andelen har nästan fördubblats sedan 2013. Drygt 20 procent av de små kommunerna, med upp till 15 000 invånare, har en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, jämfört med 65 procent av de större kommunerna med 70 000–200 000 invånare.

Kompetenssatsningen

Socialstyrelsen har följt upp kompetenssatsningen [14] inom den sociala barn- och ungdomsvården 2014, vilken inkluderar 255 kommuner. Resultaten visar att majoriteten av handläggarna har fortbildning inom området men knappt hälften har vidareutbildning på högskolenivå. En stor andel av arbetsledarna har fortbildning inom området barn och unga.

Kommunerna väljer att utbilda sin personal främst inom områdena samtals med barn, utredningsmetodik och risk- och skyddsfaktorer. Få utbildningar genomfördes inom evidensbaserad praktik (EBP), trots att kommunerna själva ser ett stort kompetensbehov inom det området. Flest utbildningar arrangerades av kommuner, stat och landsting.

Hög arbetsbelastning och hög personalomsättning gör det svårt att ordna kompetensutveckling och att förvalta genomförda insatser. Majoriteten av kommunerna uppger att de inte kan förvalta utbildningsinsatserna i praktiken i tillräckligt hög utsträckning. Handläggare får något större möjligheter än arbetsledare att omsätta den nya kunskapen i praktiken.

Standardiserad bedömning och manualbaserade insatser

Det behövs relevanta och tillförlitliga metoder för att kunna bedöma problem och behov och därmed erbjuda rätt hjälp. Standardiserade bedömningsmetoder har utvecklats för att ge stöd i bedömningsarbetet och för att man ska kunna följa upp brukarnas situation efter insatsen. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att den tidigare ökningen av andelen kommuner som använder standardiserade bedömningsmetoder har stannat av under de senaste tre åren. Det är dock stor variation mellan olika områden. Vid utredning av barn och unga med missbruk eller sociala problem har 75 procent av kommunerna använt standardiserade bedömningsmetoder medan andelen bara är 25 procent vid utredningar av barn och unga med utagerande beteende. För utredningar av föräldraförmåga eller familjeklimat har endast 11 procent av kommunerna använt en standardiserad bedömningsmetod som stöd.

När det gäller beslutade öppenvårdsinsatser visar Socialstyrelsens öppna jämförelser att 43 procent av kommunerna erbjuder föräldrastöd i grupp. Det är en minskning på 14 procentenheter sedan november 2012 [15]. Det är vanligare att socialtjänsten erbjuder denna insats som service, det vill säga att den ges utan utredning och beslut. Psykosocial behandling erbjuds i 34 procent av kommunerna, vilket är samma andel som de två föregående åren.

Allt fler kommuner tillhandahåller beslutade insatser till barn och unga i familjer med psykosocial problematik: 62 procent i november 2014 mot 42 procent november 2012. Sådana insatser erbjuds också som service i många kommuner (59 procent) [13].

Kunskapsluckor om heldygnsvård

Enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) förekommer närmare 60 olika insatser och förhållningssätt inom HVB-vården för barn och unga, men majoriteten är inte utvärderade för den målgruppen. En fjärdedel av verksamheterna saknar genomtänkta arbetssätt med någon form av vetenskaplig eller professionell anknytning [16, 17].

I dag finns mer kunskap om institutionsvården jämfört med familjehemsvården, men de flesta studier har gjorts efter att vården har avslutats. Studierna undersöker sällan förändringar hos individen före, under och efter institutionsvistelsen. Det finns därför väldigt lite kunskap om vilka barn som har nytta av en institutionsvistelse, vilka kombinationer av åtgärder som är effektivast för vem eller varför interventioner fungerar när de faktiskt gör det. I de flesta fall har socialtjänsten dålig insyn i vad familjehemsvården egentligen innehåller. Här behövs mer kunskap om vad barnen själva upplever och vad som är avgörande för att en placering ska hålla över tid och vara av god kvalitet [15, 18]. Ny forskning kan bidra med kunskap men Socialstyrelsen ser också över möjligheterna att utnyttja befintlig information för att utvärdera heldygnsvården.

Systematisk uppföljning

Genom att arbeta med systematiska uppföljningar kan brukarnas situation följas upp, och sammanställd information kan användas i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Resultat från systematiska uppföljningar utvecklar den lokala bästa tillgängliga kunskapen som är en viktig del av en evidensbaserad praktik (EBP). Det är dock få verksamheter som på ett systematiskt sätt följer upp resultatet för sina brukare och sammanställer detta. Data från Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 27 procent av kommunerna har använt resultat från öppenvården för verksamhetsutveckling, och 20 procent har systematiskt följt upp insatserna i HVB och familjehem för att utveckla och förbättra verksamheten. Resultatet är dock en liten ökning jämfört med föregående år.

Säker vård och omsorg

Kvalitet och rättssäkerhet

Den 1 januari 2013 kom nya bestämmelser och ändringar i SoL och LVU med syfte att stärka stödet och skyddet för barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa [19]. Socialstyrelsen har följt upp 24 av dessa lagändringar och kan konstatera att bestämmelserna generellt sett är kända inom socialtjänsten. Många kommuner rapporterar också att de nya bestämmelserna har gett ett ökat barnfokus. Ungefär hälften av de nya och ändrade bestämmel-

serna innebär ett ska-krav för socialnämnderna, och uppföljningen visar att följsamheten varierar. Efterlevnaden är låg när det gäller följande krav:

- Socialnämnden ska, om det inte finns synnerliga skäl, inom fjorton dagar efter anmälan fatta beslut om att inleda eller inte inleda en utredning (11 kap. 1 a § SoL).
- Socialnämnden ska i samband med beslut om placering i ett familjehem ingå avtal med familjehemmet (6 kap 6 b § SoL).
- Barn som placeras i familjehem eller HVB ska ha en särskilt utsedd socialsekreterare (6 kap. 7 c § SoL).
- Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma barnets eller den unges hälsa (6 kap. 7 b § SoL).
- Socialnämnden ska särskilt uppmärksamma barnets eller den unges relationer till anhöriga och andra närstående (6 kap. 7 b § SoL).

Den andra hälften av de nya bestämmelserna innebär bör-krav som ger socialtjänsten möjlighet att ändra sitt arbetssätt. Till exempel kan socialtjänsten besluta om öppna insatser för barn som fyllt 15 år utan vårdnadshavares samtycke (3 kap. 6 a § SoL) om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det och följa upp ett barns situation efter en utredning som avslutats utan beslut om insats (11 kap. 4 a § SoL). Dessa möjligheter har kommunerna använt sig av.

Socialtjänstens ansträngda situation

Socialstyrelsen bedömer att i de kommuner som uppger sig ha allvarlig eller kritisk påverkan på socialtjänsten av det ökade antalet ensamkommande flyktingbarn är läget ansträngt och behöver fortsatt följas och analyseras. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna har svårigheter att uppfylla lagar och föreskrifter i arbetet med att ta hand om ensamkommande barn. Som särskilt allvarligt framstår svårigheten att hinna träffa det aktuella barnet och/eller ha en tolk med i samtalet. Utan detta samtal begränsas socialtjänstens möjligheter att bedöma behoven av insatser för barnet. Sammantaget visar de brister som har framkommit i socialtjänstens arbete med ensamkommande barn, i de mest ansträngda kommunerna, att det finns risk för att barnens behov inte tillgodoses. Socialstyrelsen konstaterar också att personalsituationen är problematisk i många kommuner. Socialsekreterare blir sjukskrivna eller säger upp sig och det är svårt att rekrytera nya. Flera kommuner hade svårigheter redan 2015, varför förutsättningarna i den sociala barn- och ungdomsvården behöver ses i ett bredare perspektiv [20].

Positivt mottagande av reviderad BBIC

Barns behov i centrum (BBIC) beskriver ett arbetssätt och ger en struktur för att handlägga, dokumentera, utreda, genomföra och följa upp insatser i den sociala barn- och ungdomsvården. I dag arbetar 284 kommuner enligt BBIC.

Under 2014 och 2015 reviderades och utvecklades BBIC, bland annat för att förenkla dokumentationen och underlätta systematiska uppföljningar av insatser och resultat. Socialtjänsten välkomnar den reviderade BBIC, även om uppdateringen av den elektroniska versionen av BBIC ännu inte fungerar tillfredsställande i alla kommuner.

De kommuner som arbetar med BBIC har organiserat sig i regionala nätverk som leds av en samordnare. Nätverket ger kommunerna möjlighet att stötta varandra i arbetet med BBIC och exempelvis arrangera gemensamma utbildningar. Socialstyrelsen samlar regelbundet de regionala BBIC-samordnarna till träffar för dialog och informations- och erfarenhetsutbyte. Det nationella BBIC-nätverket samarbetar också med SKL:s regionala utvecklingsledare inom området barn och unga.

Individanpassad vård och omsorg

Insatser som gagnar det enskilda barnet

Barn och unga har rätt till individanpassade insatser och till att vara delaktiga i socialtjänstens arbete. De har också rätt att få relevant information och ska ha möjlighet att framföra sina åsikter (11 kap. 10 § SoL, 36 § LVU). Åsiktsfrihet och rätten att bli hörd utgör grunden för barnets eller den unges deltagande och medinflytande. Tillsynsrapporter från IVO visar dock att det finns brister i bland annat placerade barns möjligheter till delaktighet och inflytande, och det kan leda till sämre individanpassning av socialtjänstens insatser [21].

Vad barn och unga klagar på

Barn- och ungdomslinjen (telefon, mejl och chatt) hos IVO riktar sig till alla barn och unga som vill klaga på socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Majoriteten (80 procent) av de som tagit kontakt med IVO sedan 2013 är placerade inom socialtjänstens heldygnsvård (uppgift från tjänsteman på IVO). Det är något fler flickor än pojkar som hör av sig och de flesta barnen är i åldern 12–17 år. Drygt hälften vill få information, många vill lämna klagomål och ungefär 30 procent vill ha hjälp med kontakter, de flesta med socialtjänsten. Många placerade barn och unga tar upp bråk och konflikter inom ungdomsgruppen och berättar att de känner sig otrygga. Andra vanliga frågor handlar om tvångs- och begränsningsåtgärder, planering och innehåll av vården och delaktighet.

Jämlik vård och omsorg

Barn till personer med missbruk och psykisk ohälsa

Barn med en förälder som missbrukar eller lider av psykisk ohälsa är en grupp barn i vårt samhälle som inte får samma tillgång till social välfärd och hälsa som andra. Missbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrar är också vanliga orsaker till att barn omhändertas för samhällsvård [22].

Av de barn som föddes 1987–89 hade 7,8 procent minst en förälder som vårdats inneliggande på sjukhus på grund av psykisk sjukdom och/eller missbruk av alkohol eller narkotika innan barnet fyllt arton år. Psykisk sjukdom hos föräldern var den vanligaste orsaken som berörde 5,7 procent av barnen, medan alkoholmissbruk och narkotikamissbruk var anledningen för 2,5 respektive 1,5 procent av barnen. Under ett enskilt år har cirka 26 000 barn minst en förälder som vårdas på sjukhus på grund av psykisk sjukdom eller missbruk.

Detta får konsekvenser för bland annat barnens skolgång och hälsa. Bland ungdomar med föräldrar som vårdats inneliggande för missbruk är det mer än dubbelt så många som går ut grundskolan med ofullständiga betyg, jämfört med övriga ungdomar. De som går ut gymnasiet fullföljer i lägre utsträckning en eftergymnasial utbildning, i förhållande till andra som har jämförbara betyg. Dessa ungdomar löper också fyra till sju gånger högre risk för att utveckla eget missbruk. Två till tre gånger fler har i 30–35-årsåldern ekonomisk ersättning från samhället på grund av kronisk sjukdom och/eller funktionshinder, och två till tre gånger fler än i den övriga befolkningen har som unga vuxna varit patienter inom psykiatrisk specialistvård. Andelen som står utanför arbetsmarknaden var 7–13 procent högre än för andra jämnåriga och försörjningsstöd var fyra gånger vanligare hos barn till föräldrar med missbruk [23].

Risken för att ha vårdats på sjukhus för självmordsförsök var också tre gånger högre bland barn till personer med missbruk eller psykisk ohälsa. Dödligheten var nästan trefaldigt högre för dem som vuxit upp med förälder med missbruk, och fördubblad för barn till psykiskt sjuka. Överrisken i anhöriggruppen var framför allt förknippad med våldsam död (självmord, olyckor och våld) och alkohol och/eller narkotikamissbruk [23].

Barnen förbises

När föräldrar har kontakt med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården är det vanligt att deras barns behov av hjälp inte uppmärksammas förrän barnen själva har fastnat i missbruk. Barnen i dessa familjer löper också högre risk att utsättas för våld i familjen eftersom det är vanligare i familjer med missbruk och psykisk ohälsa. Detta kan få allvarliga konsekvenser för deras hälsa och utveckling. Många av dessa barn växer alltså upp med såväl missbruk och psykisk ohälsa som våld i familjen [24]. En beräkning visar att samhället skulle kunna minska sina kostnader med 35 miljarder om året om man gav ändamålsenligt stöd till unga vuxna som vuxit upp med allvarligt missbruk eller allvarlig psykisk ohälsa i familjen, och på så vis kunna minska psykisk ohälsa och missbruk till samma nivå som för befolkningen i övrigt [25].

Tandhälsa bland placerade barn

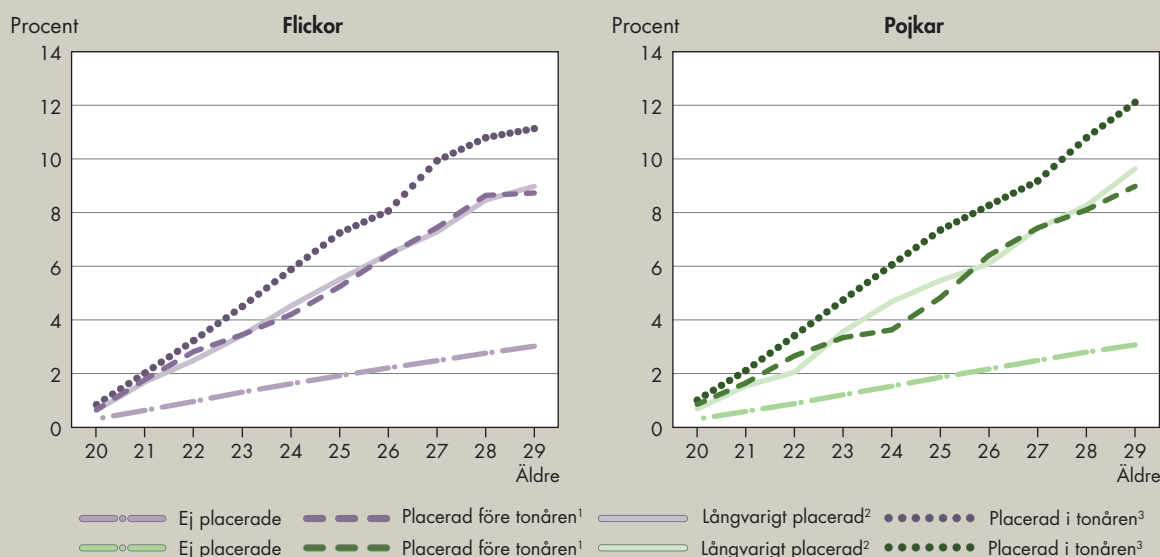
Flera studier har visat att placerade barn har sämre kroppslig och psykisk hälsa. Detta gäller såväl under placeringen, som senare i livet när de blivit vuxna. Mycket lite är dock känt om tandhälsan inom gruppen och därför

publicerar Socialstyrelsen under 2016 en registerstudie av tandvårdskonsumtion och tandhälsa hos unga vuxna som varit placerade i social heldygnsvård under uppväxten [26]. Studien omfattar alla 20–29-åringar under perioden 2009–2014, vilket motsvarar cirka 1,7 miljoner personer, och den utgår från tandhälsoregistret som finns hos Socialstyrelsen sedan år 2008. Registret innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet för alla personer som är 20 år och äldre [27].

Resultaten från studien visade att personer som varit placerade i den sociala samhällsvården under uppväxten besökte tandhälsovården i lägre utsträckning än motsvarande åldersgrupp i den övriga befolkningen, och bland dem som gjort tandvårdsbesök var tandhälsan i genomsnitt sämre än bland övriga. Det gällde både bland dem som varit placerade under nästan hela uppväxten (långvarigt placerade), och dem som varit placerade under kortare perioder. Skillnaderna var också stora när det gäller andelen som dragit ut någon annan tand än en visdomstand (figur 6). Vid 29 års ålder hade 11–12 procent av de tonårsplacerade gjort det, jämfört med runt 3 procent av de icke-placerade. Bland dem som placerades före tonåren, både under kortare och längre tid, är andelarna ungefär lika höga – omkring 9 procent. Socialstyrelsens slutsats är att även tandhälsa är ett eftersatt område för placerade barn och unga.

Figur 6. Dragit ut annan tand än visdomstand

Andel i befolkningen som har dragit ut en annan tand än visdomstand. Födda 1980–94 fördelat efter ålder och placeringshistorik under uppväxten (0–19 år), 20–29-åringar perioden 2009–2014.



¹Placerad före tonåren: första placering före 13 års ålder, sammanlagd placeringstid kortare än fem år.

²Långvarigt placerad: första placering före 13 års ålder, sammanlagd placeringstid fem år eller längre.

³Tonårsplacering: första placering fr.o.m. 13 års ålder.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Psykisk ohälsa bland placerade barn

Psykiatriska diagnoser⁸ är betydligt vanligare bland barn och unga som är placerade i heldygnsvård, jämfört med andra jämnåriga. I en studie som Socialstyrelsen rapporterade år 2014 [28] framgår att mellan en fjärdedel och en tredjedel av de familjehemsplacerade ungdomarna (13–21 år) och de HVB-placerade pojkarna hade en psykiatrisk diagnos från slutenvården eller den specialiserade öppenvården. Andelarna var dubbelt så höga bland ungdomar på SiS-hem, och bland flickor på HVB (cirka 50–80 procent). Motsvarande andel bland jämnåriga som aldrig varit heldygnsplacerade var cirka 6–8 procent. Den vanligaste diagnosen bland unga var adhd, och därefter kom ångest och depression.

Placerade ungdomar hade också en påtagligt hög användning av psykofarmaka⁹. I vissa grupper var andelen som använde psykofarmaka regelbundet upp emot tio gånger så hög som bland icke-placerade där 3–5 procent använde psykofarmaka regelbundet. Skattningarna avser heldygnsplacerade år 2013 och diagnoser inom slutenvården och den specialiserade öppenvården åren 2012-2013 enligt Socialstyrelsens patientregister, respektive minst tre uttag av psykofarmaka år 2013 enligt Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Dödlighet bland placerade barn

Dödligheten är högre bland barn och unga som är eller har varit placerade jämfört med övriga befolkningen. Bland barn och unga födda 1988–1998 som varit placerade i heldygnsvård hade drygt 1 procent av flickorna och de unga kvinnorna, liksom drygt 2 procent av pojkarna och de unga männen, avlidit till och med år 2014. Dödligheten var därmed mer än 3 gånger så hög bland placerade, jämfört med andra barn och unga i samhället.

Under de senaste åren har många ensamkommande barn försvunnit i Sverige och det har kommit signaler från barnläkare om att dödligheten kan vara förhöjd inom gruppen. Det saknas i dagsläget möjlighet att följa dödligheten i dödsorsaksregistret bland placerade barn och unga som kommit ensamma för att söka asyl i Sverige. Orsaken till detta är att de saknar personnummer innan de fått uppehållstillstånd.

Därför måste antalet uppskattas utifrån olika antaganden. I resultaten som redovisas här antas ett barn vara ensamkommande om det placerades före år 2013 och uppfyller samtliga följande antaganden vid den första placeringen:

- Inte född i Sverige
- Inte folkbokförd i landet före placeringen
- Saknar folkbokförda föräldrar i landet
- Saknar föräldravårdnadshavare
- Äldre än sju år vid första placeringen

⁸ ICD10-koderna F10–F48, F50–F99.

⁹ ATC-koderna N03, N05A, N05B, N05C, N06A, N06BA exkl. N06BA07.

Enligt dödsorsaksregistret hade 10 män och 4 kvinnor som Socialstyrelsen definierat som ensamkommande avlidit till och med år 2014. Av dessa var 12 placerade inom socialtjänsten vid dödsfallet. Dödsorsakerna var i 2 fall drunkning, i 4 fall självtillfogad skada och i 3 fall våldsövergrepp. I övriga fall var dödsorsaken sjukdom.

Fram till och med 2011 ingår bara den folkbokförda befolkningen i dödsorsaksregistret (det vill säga personer med svenskt personnummer). Från och med 2012 ingår även icke folkbokförda personer i dödsorsaksregistret. För att få en uppfattning om eventuella dödsfall bland barn och unga utan uppehållstillstånd har dödsfallen bland icke folkbokförda studerats åren 2012 och 2013. Under denna period dog 17 personer i åldersgruppen 10–24 år, och för samtliga saknades uppgift om kön och nationstillhörighet. I 5 fall var dödsorsaken självtillfogad skada inklusive skadehändelse med oklar avsikt. För knappt 4 procent av de icke folkbokförda saknades uppgift om ålder, vilket motsvarar 21 personer. Av dessa fanns nationstillhörighet för 7 personer, varav samtliga kom från Europa. I 2 fall var dödsorsaken självtillfogad skada inklusive skadehändelse med oklar avsikt, och i båda de fallen saknades nationstillhörighet. Det går således inte med säkerhet att från dessa registeruppgifter uttala sig om den totala dödlighet bland alla ensamkommande barn och unga som finns i Sverige.

Sämre möjligheter senare i livet

I Sverige går de flesta elever vidare till gymnasiet direkt efter grundskolans årskurs nio, men för placerade barn är situationen en annan. Dessa barn har inte samma tillgång till hälsa och utbildning trots att samhället har ett särskilt ansvar för dem. Flera studier har visat att många placerade barn går ut grundskolan utan fullständiga betyg och utan behörighet till gymnasiet. Detta gäller även dem som varit placerade sedan tidig barndom. De placerade barnen vidareutbildar sig också i lägre utsträckning än andra trots att de har samma kognitiva förmåga och oavsett tidigare skolresultat [29, 30].

Dessa studier beskrev vad som hänt för barn som varit placerade tidigare, under 1900-talets sista decennier. Det är viktigt att veta hur situationen ser ut för de barn som är placerade i dag och vilka faktorer som påverkar deras möjligheter att slutföra grundskola och gymnasium. Därför har Socialstyrelsen gjort fördjupade analyser för denna rapport som visar att det fortfarande är betydligt färre placerade barn som har grundläggande behörighet till gymnasieskolan jämfört med övriga barn. Fram till 2010 hade omkring 90 procent av alla niondeklassare gymnasiebehörighet när de avslutade grundskolan. Därefter har andelen sjunkit något, till cirka 88 procent, till följd av skärpta behörighetskrav som infördes 2011.

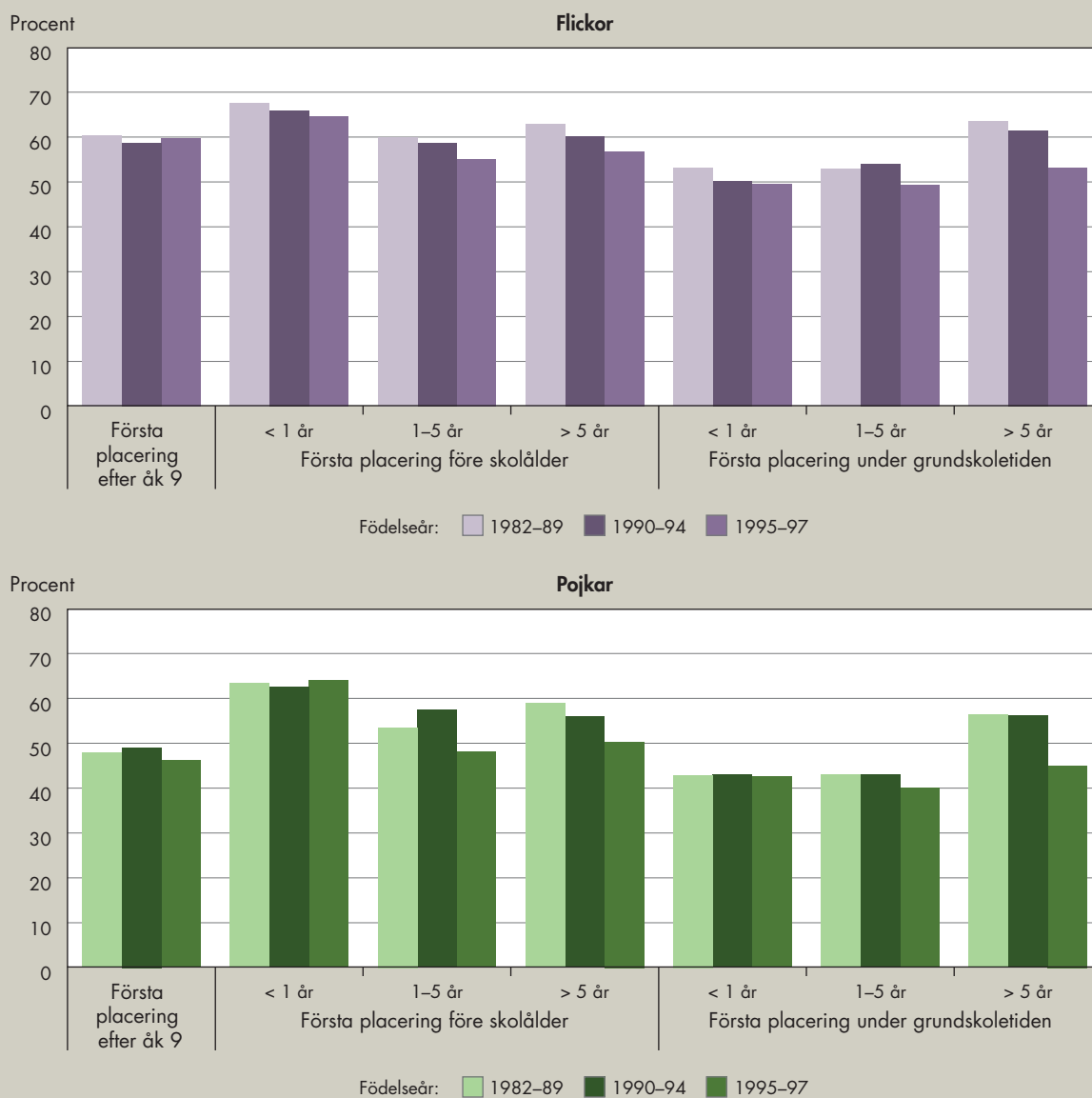
Numera skiljer sig behörighetskraven åt till yrkesförberedande respektive högskoleförberedande gymnasieprogram. För yrkesförberedande program krävs 8 godkända betyg och för högskoleförberedande program krävs 12 godkända betyg. Ämnena skiljer sig också åt mellan olika nationella program. År 2013 var 88 procent av alla som gick ut årskurs nio behöriga att

söka till något av de nationella programmen. Elever som inte uppnår behörighet kan i stället börja på ett introduktionsprogram, vilket 9 procent av de nyblivna gymnasisterna gjorde år 2013. Tidigare var kraven lägre. Fram till hösten 2011 räckte godkända betyg i engelska, matematik och svenska, eller svenska som andra språk, för att vara behörig till alla gymnasieprogram [10].

En grupp ungdomar i analysen är de långvarigt placerade, det vill säga de som placerades första gången i förskoleålder och som varit placerade mer än fem år. Av dem som föddes 1982–89 uppnådde bara omkring 60 procent gymnasiebehörighet, och andelen var ännu lite lägre bland barn födda 1990–94 (figur 7). Andelen med gymnasiebehörighet är lite högre bland flickor än bland pojkar, och det är samma mönster som gäller bland övriga elever. Bland de långvarigt placerade pojkarna uppnådde bara 50 procent gymnasiebehörighet efter att kraven skärptes år 2011 (avser födda 1995–97). Många av de långvarigt placerade barnen har varit placerade i social heldygnsvård under merparten av grundskoletiden. Generellt hade en högre andel gymnasiebehörighet bland dem som placerades före skolåldern jämfört med dem som placerades efter att de börjat skolan. För dem som placerades i unga år är skälet till placering vanligtvis missförhållanden i hemmiljön. De som placeras först i tonåren, efter grundskoletiden, har oftast utvecklat ett eget riskbeteende. Som framgår av figuren är andelen som hade gymnasiebehörighet ungefär lika låg bland dem som placerades efter grundskolan som bland övriga placerade. Bland pojkar födda 1995–97 är andelen som har behörighet något lägre bland dem som placerades efter grundskolan, jämfört med de långvarigt placerade. Bland flickor födda 1995–97 är förhållandet det omvända, andelen behöriga är något högre bland de tonårsplacerade än bland de långvarigt placerade.

Figur 7. Gymnasiebehörighet bland placerade

Andel som var behöriga till gymnasiet efter årskurs 9 fördelat efter födelseår och placeringshistorik¹
Födda 1982–97 som bodde i Sverige vid sju års ålder.



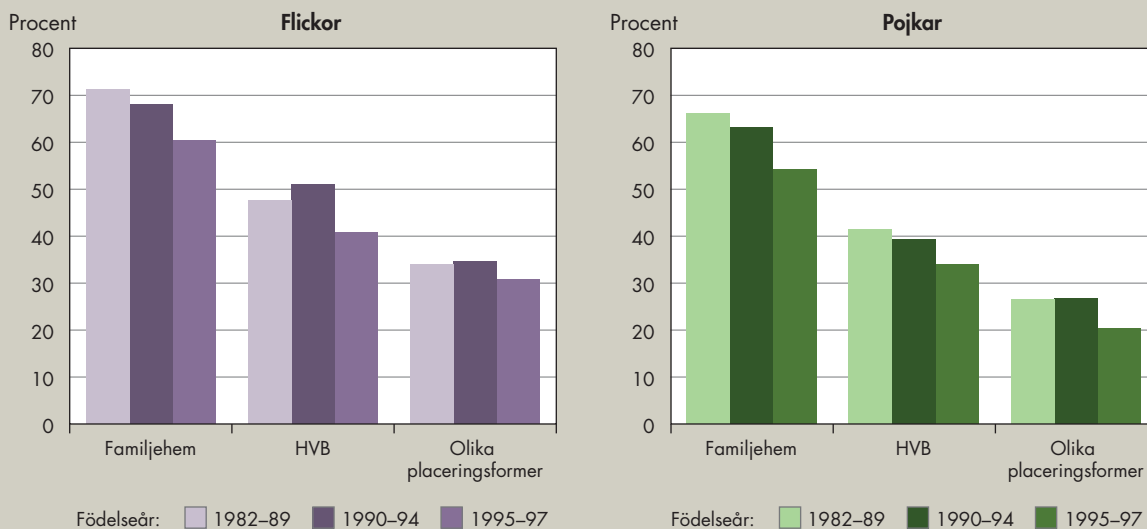
¹Ålder vid första placering samt sammanlagd tid i placering (<1 år, 1–5 år, >5 år).

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

Det är stora skillnader beroende på vilken sorts placering eleverna hade under årskurs nio. De som var placerade i familjehem lyckades betydligt bättre i grundskolan än de som var placerade på HVB eller hade olika placeringsformer (figur 8).

Figur 8. Gymnasiebehörighet efter placeringsform årskurs 9

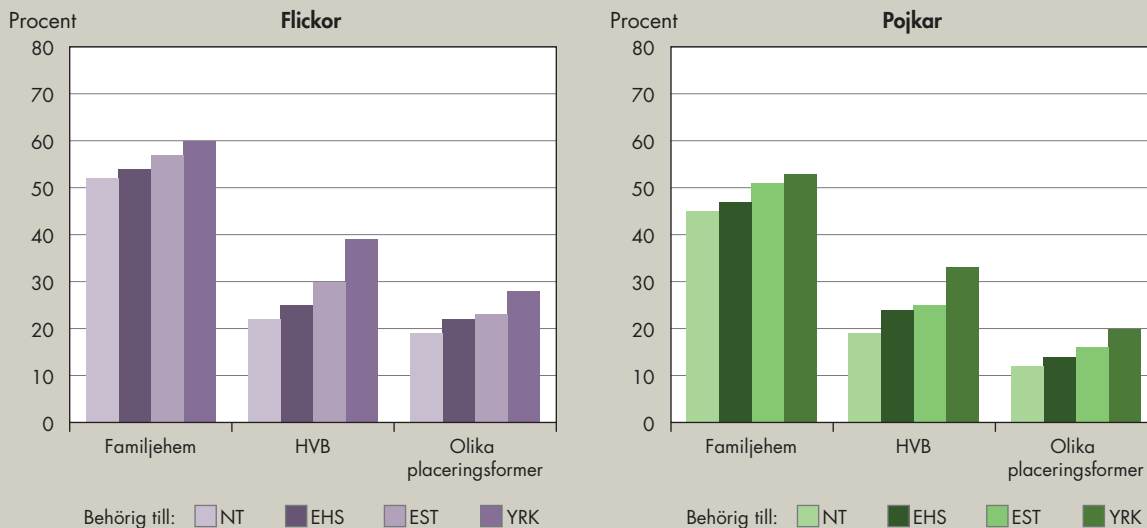
Andel som var behöriga till gymnasiet efter år 9 fördelat efter placeringsform. Födda 1982–1997 som placerade under hela år 9 och som bodde i Sverige vid sju års ålder.



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

Figur 9. Gymnasiebehörighet till olika program

Andel som uppfyller behörighetskraven till gymnasieskolans olika program¹ fördelade efter placeringsform i år 9. Födda 1995–1997 som var placerade under hela år 9 och som bodde i Sverige vid sju års ålder.



¹Program: NT=naturvetenskap och teknik, EHS=ekonomi, humanistiska och samhällsvetenskap, EST=estetiska, YRK=yrkes.B

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

Det är alltså yngre födelsekohorter som omfattas av de skärpta behörighetskraven, och bland dem är det särskilt behörigheterna till de naturvetenskapliga programmen som inte uppnås. Av alla som gick ut årskurs nio dessa år (2011–2013) var ungefär 83 procent behöriga till de naturvetenskapliga programmen, jämfört med ungefär 10–50 procent av de placerade (figur 9). Ungefär 88 procent uppnådde kraven för yrkesförberedande program, jämfört med 20–60 procent av de olika placerade grupperna. Lägst andel finns bland pojkar som hade olika placeringsformer under tiden i nian, och högst bland flickor som var familjehemsplacerade under hela årskurs nio.

Socialstyrelsen har tidigare visat att låga eller ofullständiga betyg från årskurs nio var den starkaste undersökta riskfaktorn för framtida psykosociala problem bland placerade barn. Låg utbildningsnivå var bland annat en viktig förklaringsfaktor för etableringssvårigheter på arbetsmarknaden [30]. En fungerande skolgång är en viktig påverkbar faktor för barn som är utsatta på olika sätt och den har stor betydelse för deras framtidsmöjligheter.

Insatser för papperslösa barn och barn till EU-migranter utan uppehållsrätt som lever i utsatthet

Personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd, exempelvis de som fått avslag på ansökan om uppehållstillstånd eller stannar kvar i landet när tillståndet har löpt ut, benämns papperslösa. Gruppen uppmärksammades av Socialstyrelsen i Social rapport 2010 [30]. Därefter kom en utredning och ett betänkande som lyfte fram gruppens rätt till bästa möjliga hälsa [30, 31].

1 juli 2013 infördes lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Lagen ger barn som omfattas av lagen (upp till 18 år) samma rätt till vård som de barn som är bosatta inom landstinget (6 §). Socialstyrelsen har gjort bedömningen att lagen även omfattar barn till EU-migranter utan uppehållsrätt. Samtidigt som den nya lagen om rätten till hälso- och sjukvård infördes ändrades även skollagen (2010:800) så att papperslösa barn som vistas i landet fick samma rätt till utbildning som skolpliktiga barn (29 kap. 2 § och 7 kap. 2 § tredje stycket skollagen).

Personer utan uppehållsrätt eller uppehållstillstånd i Sverige har bara rätt till bistånd i en akut nödsituation som inte går att lösa på annat sätt. I praktiken innebär det oftast enstaka bidrag till mat och logi eller en resa till hemlandet. Om det finns barn med i bilden ska dock barnets eventuella behov av skydd eller stöd bedömas, och socialtjänsten ska göra samma bedömning som för andra barn när det gäller om man ska inleda en utredning eller inte.

Aktuell kunskap om situationen

Fortfarande finns mycket lite forskning och systematisk kunskap om personer som lever som papperslösa, vilket är naturligt eftersom de vanliga verktygen i form av registerdata helt saknas. Det finns dock en artikel från

september 2015 som – utifrån en mycket begränsad undersökning med 127 respondenter – ger en bild av socialtjänstens möte med och förhållningssätt till papperslösa barn och vuxna [32]. En stor del (41 procent) av de intervjuade socialarbetarna och socialsekreterarna uppgav att de aldrig mött en person som sa sig leva som papperslös. Resten hade endast mött denna grupp vid enstaka tillfällen i sitt arbete och en handfull hade erfarenhet av flera möten. Resultaten av undersökningen pekar på att handläggare inom socialtjänsten inte alltid är klara över de sökandes legala status. Totalt 19 procent av de intervjuade rapporterade att de har mött ensamkommande barn som levde som papperslösa.

När papperslösa personer vänder sig till socialtjänsten vill de oftast ha ekonomiskt bistånd och därefter hjälp med boende och ärenden som gäller barn och unga.

Undersökningen visar också att utredningarna ger mycket olika resultat. Det förekommer att man konsekvent endast ger ett nödbistånd (reducerat) men också att man ger försörjningsstöd enligt riksnormen (fullt). Ärenden som avser barn leder i långt större utsträckning till beslut som beviljar bistånd, medan vuxna i högre utsträckning får avslag på sin ansökan. Ingen av respondenterna hade gett avslag på en ansökan om stöd för barn som gällde något annat än ekonomiskt bistånd [32].

Ett annat resultat är att socialtjänstens personal inte vet vilken rätt till insatser som personer utan uppehållsrätt har enligt lagstiftningen, vilket gör att socialtjänstens personal inte agerar enhetligt när man möter denna grupp [33].

Tillgänglig omsorg

Barn och unga om socialtjänsten

Barn och unga har ofta liten eller ingen kunskap om socialtjänstens uppdrag, roll och mandat och de vet inte hur de kan komma i kontakt med socialtjänsten. Många unga tror att socialtjänsten är till för vuxna [34]. Tidigare årsrapporter och publikationer från Barnombudsmannen (BO) ger samma bild av bristen på tillgänglighet [35-37]. Problemet är extra svårt för placerade barn eftersom de har begränsad tillgång till internet och telefon [35]. Det är också svårt för barn att söka stöd och skydd hos socialtjänsten om de inte känner till socialtjänstens uppdrag. Vidare kan en del barn ha en negativ syn på socialtjänsten eller påverkas av föräldrarnas negativa uppfattning. Barnet kan också tro att socialtjänsten mest är till för barn med problem som man inte själv identifierar sig med, såsom kriminalitet eller missbruk. Barn som varit aktiva i gäng beskriver vidare att det varit farligt för dem att ha kontakt med socialtjänsten [34].

Stöd och hjälp utan utredning

Socialstyrelsen öppna jämförelser visar att drygt hälften av landets kommuner och stadsdelar erbjuder stöd till föräldrar, barn och unga som service, det vill säga utan utredning, bedömning och beslut. Kommuner med upp till

15 000 invånare erbjuder mer sällan socialtjänstinsatser som service jämfört med större kommuner.

Tillgången till tolk har betydelse för tillgängligheten. Utan tolkar som gör ett bra arbete är det svårt att vara delaktig. Tolk behövs för att garantera rättssäkerheten i kommunikationen mellan socialtjänsten och en individ som inte kan svenska. Dessutom är det viktigt att tolken är kompetent, lämplig, neutral och opartisk. Många myndigheter och verksamheter har dock svårt att finna lämpliga tolkar och menar att bristen på tolkar hör till de mest akuta frågorna när det gäller mottagandet av ensamkommande barn och unga [38].

Ekonomiskt bistånd

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- År 2014 fick 226 684 hushåll i landet ekonomiskt bistånd någon gång under året. De utgör uppskattningsvis 5,6 procent av alla hushåll i Sverige, vilket är i stort sett samma andel som år 2013.
- Tidigare ökade det långvariga biståndsbehovet, men den ökningen verkar ha avstannat. Av de personer som fick ekonomiskt bistånd 2014 var det 36,4 procent som fick långvarigt bistånd.
- Socialstyrelsens öppna jämförelser visar förbättrade resultat på ett antal områden. Verksamheterna arbetar bland annat allt mer kunskapsbaserat. År 2014 uppgav 55 procent av kommunerna att de använder standardiserade metoder för att bedöma den enskildes situation, funktion eller behov, vilket är en ökning med 13 procentenheter jämfört med föregående år.
- Fler kommuner än tidigare har överenskommelser för extern samverkan med andra myndigheter för att öka biståndsmottagarnas möjlighet att bli självförsörjande. Den största ökningen gäller överenskommelser med Försäkringskassan: 31 procent 2015 jämfört med 24 procent 2014.
- Socialstyrelsen har följt upp reformen med jobbstimulans inom ekonomiskt bistånd. Uppföljningen visar att majoriteten av kommunerna i undersökningen bedömer att jobbstimulansen inte har bidragit till att fler biståndsmottagare har börjat arbeta eller har utökat sin arbetstid.

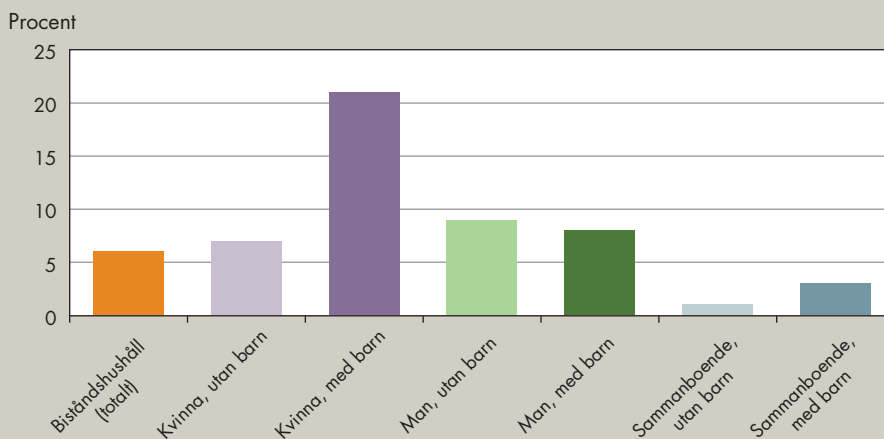
Hushåll med ekonomiskt bistånd

Statistik över ekonomiskt bistånd redovisas dels på hushållsnivå och dels på individnivå. Under 2014 fick cirka 5,6 procent av alla hushåll i landet ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det motsvarade 226 684 hushåll och andelen var ungefär densamma som året innan. Störst antal hushåll som behöver ekonomiskt bistånd är liksom tidigare år av hushållstypen ensamstående män utan barn.

Den hushållstyp där högst andel har behov av ekonomiskt bistånd är hushåll som består av ensamstående kvinnor med barn. Under 2014 fick 21 procent av dessa hushåll bistånd (figur 10). Motsvarande andel för ensamstående män med barn var 8 procent, och 3 procent för sammanboende par med barn. Detta är i stort sett oförändrat mot föregående år [39].

Figur 10. Hushåll med ekonomiskt bistånd

Andel biståndshushåll i procent av befolkningen i motsvarande hushållstyp 2014.



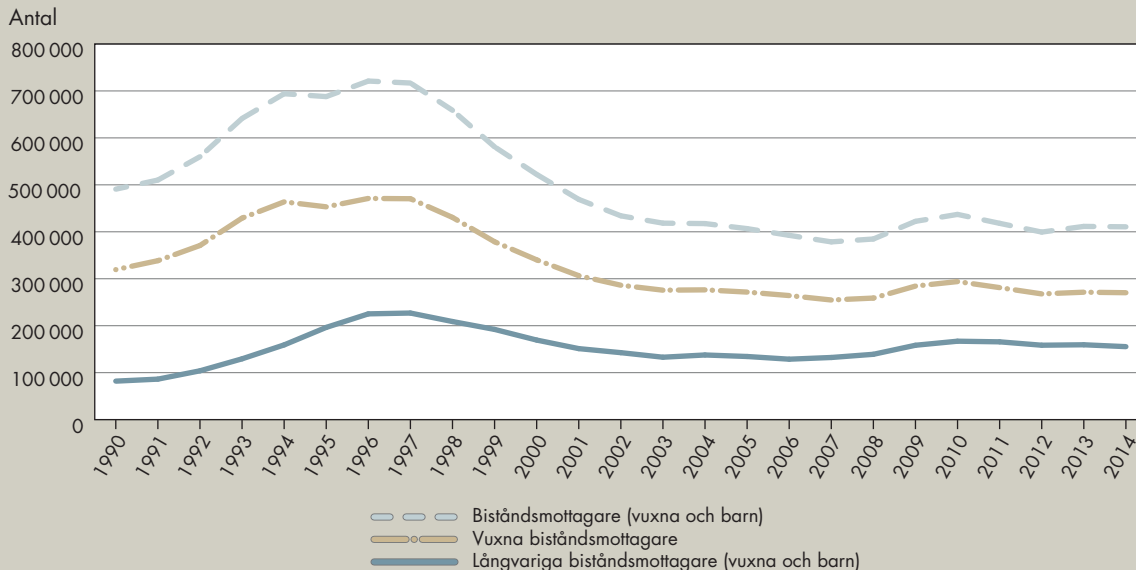
Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

Den genomsnittliga biståndstiden per hushåll var 6,5 månader under år 2014, vilket också i stort sett är oförändrat jämfört med år 2013.

Personer med ekonomiskt bistånd

År 2014 fick 4,2 procent av befolkningen ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det innebär ingen förändring jämfört med 2013, då andelen var 4,3 procent [39]. Det innebar totalt 410 621 biståndsmottagare. Av dessa var 129 660 kvinnor, 140 614 män och 26 vuxna personer med okänt kön, och 140 321 barn. Antalet biståndsmottagare var högst under mitten av 1990-talet, vilket framgår av figur 11.

Figur 11. Antal biståndsmottagare under åren 1990–2014¹



¹1993–2011 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.

Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

Totalt varierar andelen biståndsmottagare mellan 0,6 och 10,3 procent av befolkningen i respektive kommun. Av tabell 3 framgår också att yngre personer är den största gruppen biståndsmottagare i befolkningen. Oavsett kön utgör andelen unga biståndsmottagare i åldern 18–29 år mellan 6 och 8 procent av befolkningen.

Tabell 3. Vuxna personer som får ekonomiskt bistånd

Antal samt andel i procent av det totala antalet biståndsmottagare respektive av befolkningen fördelat på kön och ålder, 2014.

Kön och ålder	Antal biståndsmottagare	Andel biståndsmottagare av alla biståndsmottagare	Andel biståndsmottagare av befolkningen	Förändring av antal biståndsmottagare 2013–2014
Kvinnor				
18–19 år	8 665	7	8	-5
20–24 år	21 530	17	7	-9
25–29 år	17 398	14	6	-2
30–39 år	28 969	23	5	0
40–49 år	25 425	20	4	-2
50–59 år	17 445	14	3	1
60–64 år	5 397	4	2	4
65– w år	3 918	3	0	-1
Summa 18– w år	128 747	100	3	-2
Män				
18–19 år	10 174	7	8	-1
20–24 år	25 048	18	7	-3
25–29 år	18 854	14	6	2
30–39 år	28 701	21	5	4
40–49 år	23 941	17	4	0
50–59 år	20 547	15	3	2
60–64 år	6 733	5	2	3
65– w år	5 474	4	1	3
Summa 18– w år	139 472	100	4	1

Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd. Uppgifter saknas för Botkyrka, Högsby samt Lycksele år 2014. Enbart vuxna med svenska personnummer ingår i tabellen.

Ökningen av långvarigt ekonomiskt bistånd har avstannat

Andelen vuxna biståndsmottagare med långvarigt bistånd (10–12 månader av året) ökade 2010–2013, från 31,7 procent till 36,7 procent av alla som behövde ekonomiskt bistånd. Under 2014 ökade dock inte andelen med långvarigt bistånd. Skillnaderna mellan kommunerna var stora, mellan 2 och 57 procent av dem som behöver bistånd. Andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd är högst i stora kommuner, och allra högst i vissa stadsdelar i storstäderna. År 2014 var andelen vuxna biståndsmottagare med mycket långvarigt bistånd (i tre år eller mer) 23, 8 procent av dem som behövde ekonomiskt bistånd. Långvarigt biståndsmottagande var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män [40].

Barn i familjer med ekonomiskt bistånd

Drygt 7 procent av alla barn i Sverige levde i hushåll som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2014, och 2,7 procent av barnen levde i familjer som fick långvarigt bistånd. Skillnaderna i landet är stora. I Halland och Stockholms län rörde det sig om 4 procent av barnen, jämfört med 13 procent i Södermanland. Siffrorna är i stort sett oförändrade mot föregående år [40].

Barnperspektiv i familjer med försörjningsproblem

I socialtjänstens uppdrag ingår att synliggöra och ta hänsyn till barns situation (1 kap. 2 § SoL). Utredningar om ekonomiskt bistånd har dock traditionellt ett vuxenperspektiv; det är föräldrarnas ekonomiska eller övriga situation som utreds. Utgångspunkten är att föräldrarna har huvudansvaret för att säkerställa goda levnadsvillkor för barnet, utifrån sin förmåga och sina ekonomiska resurser. Hänsynen till barns bästa, det så kallade barnperspektivet, innebär att även barnens situation ska uppmärksammas när föräldrar vänder sig till socialtjänsten med en ansökan om ekonomiskt bistånd. Barnet ska göras synligt i utredningen. Det kan handla om att ta reda på hur barnet bor, om det går i förskola eller skola eller om barnet har några särskilda behov. Det kan även handla om att uppmärksamma och agera om man misstänker att barn får illa.

Många kommuner i landet använder systematiskt en strukturerad utredningsmall som omfattar området ”Barns situation och sysselsättning” inom ekonomiskt bistånd. Andelen var 73 procent, vilket är samma resultat som föregående år. Cirka 56 procent har en aktuell rutin för hanteringen när enskilda barn misstänks fara illa, vilket är en ökning med cirka 2 procent från föregående år [40].

Fler kommuner har kunskapsbaserad verksamhet

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar bättre resultat på ett antal områden. Verksamheterna arbetar bland annat allt mer kunskapsbaserat. År 2014 svarade 55 procent av kommunerna att de använder standardiserade metoder för att bedöma enskilda personers situation, funktion eller behov, vilket är en ökning med 13 procentenheter jämfört med föregående år. Vidare är det 82 procent av kommunerna som följer upp resultaten av de biståndsbeslutade insatserna på individnivå. Detta är en ökning från 2014 med 9 procentenheter. När det gäller systematisk uppföljning har andelen i stället minskat med 4 procentenheter från 2014. Systematisk uppföljning handlar om att följa upp insatserna på gruppnivå, vilket är en förutsättning för att kunna utveckla verksamheten.

Formaliserad samverkan har ökat

Socialtjänsten har ökat sin formaliserade samverkan med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården under de senaste åren. Syftet är att en helhetssyn på samverkan ska bidra till att öka biståndsmottagarnas möjlighet att få all den hjälp som krävs för att uppnå självförsörjning. Nära hälften av biståndsmottagarna har försörjningsstöd på grund av arbetslöshet och omkring 15 procent på grund av ohälsa.

Fler kommuner har upprättat överenskommelser för extern samverkan med andra myndigheter för att öka biståndsmottagarnas möjlighet att bli självförsörjande. Den största ökningen gäller överenskommelser med Försäkringskassan, och andelen som hade en överenskommelse med Försäkringskassan var 31 procent 2015 jämfört med 24 procent 2014 [40].

Jobbstimulansen

En jobbstimulans inom det ekonomiska biståndet infördes den 1 juli 2013 genom en ny bestämmelse, 4 kap 1b § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Socialstyrelsen har undersökt ett antal frågeställningar för att kunna ge en beskrivning av vilken betydelse jobbstimulansen har fått för biståndsmottagarna och för socialtjänstens arbete med ekonomiskt bistånd [41]. Syftet med jobbstimulansen var att minska marginaleffekten och göra det mer lönsamt att ta ett arbete eller att utöka sin arbetstid när man har ekonomiskt bistånd.

Jobbstimulansen är utformad som en särskild beräkningsregel som innebär att 25 procent av nettolönen under vissa förhållanden inte ska räknas med vid beräkningen av rätten till ekonomiskt bistånd.

Av uppföljningen framgår följande:

- Det är en låg andel biståndsmottagare, 1,8 procent, som fått del av jobbstimulansen.
- Av de hushåll som fått jobbstimulans fanns det barn i nära 60 procent. Av det totala antalet biståndshushåll med barn är det dock knappt 4 procent som fått jobbstimulans och därmed en högre disponibel inkomst.
- Jobbstimulansen fördelar sig relativt jämnt mellan kvinnor och män men kommer kvinnor tillgodo i något högre grad.
- Syftet med reformen är att stimulera till arbete. Konstruktionen av jobbstimulansen medför dock att en del hushåll fortsätter att ta emot försörjningsstöd trots att de har egna inkomster över försörjningsstödsnivån. Detta innebär en viss så kallad inlåsnings effekt i biståndssystemet, vilket krockar med det övergripande självförsörjningsmålet.
- Majoriteten av kommunerna i undersökningen bedömer att jobbstimulansen inte har bidragit till att fler biståndsmottagare har börjat arbeta eller har utökat sin arbetstid. Denna bedömning får stöd av den jämförande registerbearbetning för 2012 respektive 2014 som Socialstyrelsens genomfört.

- Många kommuner anser att reglerna som styr jobbstimulansen gör tillämpningen komplicerad. Reformen har inneburit en ökad administration och fler kontroller, vilket uppges konkurrera om socialsekreterarnas tid. En vanlig uppfattning är att resurser i första hand behöver användas till att ge stöd till personer med försörjningsproblem för att de ska kunna bli självförsörjande.

Socialstyrelsens slutsats är att reformen har haft liten betydelse när det gäller att biståndsmottagare börjar arbeta respektive utökar sin arbetstid. Jobbstimulansen är komplicerad att handlägga och har kommit få hushåll tillgodo. För de biståndsmottagare som kvalificerat sig för jobbstimulans medför reformen dock en bättre ekonomisk situation än tidigare.

Missbruks- och beroendevård

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Missbruksvården har förändrats mycket under den senaste tioårsperioden. Bland annat finns i dag en ökad betoning på samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och en större tonvikt på öppenvårdsinsatser. Dessutom har den frivilliga institutionsvården minskat medan vård enligt lagen (1988:870) med särskilda bestämmelser om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, har ökat.
- Antalet som vårdades på grund av psykiatriska störningar orsakade av narkotika nästan tredubblades under perioden 1989–2014: från omkring 3 000 patienter till cirka 10 200 per år.
- Kvinnor i samkönade äktenskap har i större utsträckning sökt vård för ett riskbruk av alkohol än kvinnor i olikkönade äktenskap
- Endast en tiondel av Sveriges kommuner har rutiner för hur äldreomsorgens handläggare ska agera vid indikationer på att äldre personer missbrukar alkohol eller läkemedel. Mindre än en tredjedel (28 procent) har aktuella rutiner för intern samordning mellan socialtjänstens missbruksverksamhet och äldreomsorgen.

Aktuell utveckling

Politiken för alkohol, narkotika, dopning och tobak för åren 2011–2015 byggde på det övergripande målet ”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk”. Målet innebär att Sverige har en nolltolerans mot narkotika och dopning, att tobaksbruket ska minska i befolkningen och att minderåriga ska hindras från att börja använda tobak samt att skadlig alkoholkonsumtion ska förhindras, bland annat genom att minska konsumtionen och skadliga dryckesvanor. Under 2015 samlade Socialdepartementet in den kunskap som har genererats under strategiperioden och såg över inriktningen för den kommande nationella ANDT-strategin för 2016–2020 [42].

I november 2015 redovisade Folkhälsomyndigheten en samlad uppföljning av ANDT-strategin för åren 2012–2014. Rapporten baseras på data från uppföljningssystemet för ANDT som bland annat omfattar indikatorer för tillgång, konsumtion, skadlig användning, dödlighet och tillgänglighet till vård. I rapporten konstateras bland annat att tillgången till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak har minskat och att allt färre personer utvecklar ett skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak. Bakgrunden är att tillgången till tobak har minskat, med höjda

priser och färre försäljningsställen, och att tillgången till alkohol har varit relativt oförändrad under de senaste sex–sju åren. Vidare ses en minskad risk-, intensiv- och högkonsumtion av alkohol och ett minskat sammantaget tobaksbruk såväl bland skolelever som i den vuxna befolkningen. Folkhälsomyndigheten konstaterar dock i rapporten att det inte går att göra en samlad bedömning av hela ANDT-området på grund av brister i framför allt tillgången till data [43].

Alkoholkonsumtionens utveckling

Alkoholkonsumtionen i Sverige studeras genom att mäta både den registrerade och den oregistrerade delen av konsumtionen. Under 1990-talet var den totala årliga alkoholkonsumtionen cirka 8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre. I början av 2000-talet ökade siffran till 10 liter per person och år, men 2014 hade den sjunkit till 9,4 liter per år. Konsumtionen är dock sammantaget högre än före inträdet i EU för 20 år sedan [44].

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 är betydligt högre i gymnasiets årskurs 2 jämfört med i årskurs 9. År 2015 drack pojkar i årskurs 9 i genomsnitt 1,6 liter ren alkohol per år och bland flickor var konsumtionen 1,2 liter. I gymnasiets årskurs 2 var pojkarnas konsumtion 3,6 liter ren alkohol och flickornas 2,6 liter [45].

Dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar

Dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar har minskat under senare år, främst bland män, och färre har ett riskbruk, men riskkonsumtionen ökar bland äldre kvinnor. Det finns 1,9 miljoner personer som är över 65 år och den nya generationens pensionärer har en högre alkoholkonsumtion än tidigare [46].

Narkotikabrukets utveckling

Narkotikabruk är vanligare bland män än bland kvinnor och det är också vanligare i de yngre åldersgrupperna än i de äldre. Enligt Folkhälsodata från 2014 har drygt 11 procent av den vuxna befolkningen 16–64 år använt cannabis någon gång i livet (män 15 procent, kvinnor 8 procent). Andelen är högst i den yngsta åldersgruppen 16–29 år där 22 procent av männen och 18 procent av kvinnorna uppger att de har använt cannabis någon gång. Siffrorna är lägre för bruk under det senaste året, och totalt har drygt 3 procent av männen och cirka 1 procent av kvinnorna 16–64 år använt cannabis under det senaste året. Även här är andelarna störst i åldersgruppen 16–29 år. [47] Även i resten av Europa är cannabis den olagliga drog som används mest, och omkring 19,3 miljoner vuxna (15–64 år) uppger att de har använt cannabis under det senaste året. Av dessa är majoriteten 34 år eller yngre. Ungefär 1 procent av alla vuxna i Europa beräknas använda cannabis dagligen eller nästan dagligen. I Sverige är cannabistrenden relativt stabil i ett längre tidsperspektiv och användningen är mest utbredd bland unga vuxna och i storstäder.

Beträffande användningen av amfetamin, kokain, ecstasy och opioider finns data från 2013 som visar att 0,6 av den vuxna befolkningen i Sverige (17-84 år) har använt amfetamin det senaste året, 0,5 procent har använt kokain, 0,4 procent ecstasy och 0,4 procent opiater [48]. Av befolkningen i Europa 15-64 år är det 4,6 procent som uppskattas ha använt kokain någon gång i livet, och användningen under det senaste året är 1 procent. För amfetamin är motsvarande siffror 3,5 procent respektive 0,5 procent och för ecstasy 3,6 procent respektive 0,6 procent. Vad gäller opioider uppskattas att det fanns 1,3 miljoner problematiska användare i Europa 2013 och årsprevalensen för problematisk användning av opioider bland vuxna uppskattas till ungefär 0,4 procent [49].

Tillgången till nya psykoaktiva substanser på narkotikamarknaden i Europa har ökat snabbt under de senaste åren. De nya drogerna framställs för att ge liknande effekter som redan kända droger. Många narkotikabeslag gäller också syntetiska cannabinoider och syntetiska katinoner, som är psykoaktiva substanser. År 2014 anmälde EU:s medlemsstater 101 nya psykoaktiva substanser till EU:s system för tidig varning, vilket var en ökning med 25 procent jämfört med året innan [49]. Substanserna marknadsförs och säljs ofta genom internetbaserad postorderhandel, och därför brukar de kallas för nätdroger.

Användandet av nätdroger har ett samband med användning av annan narkotika. Analyserna visade också stora skillnader mellan de elever som använt nätdroger jämfört med genomsnittet för landets gymnasieelever. Av de ungdomar som använt nätdroger uppgav 79 procent att de även använt cannabis, 15 procent hade använt amfetamin och lika många hade använt kokain. Omkring 44 procent av de elever som provat nätdroger visade sig också vara högkonsumenter av alkohol, och runt 55 procent av eleverna med erfarenhet av nätdroger uppgav att de rökte cigaretter varje eller nästan varje dag.

Narkotikarelaterad dödlighet

Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat i Sverige under de senaste tio åren, och dödligheten ökade ytterligare under 2014. Dödlighetstalen i Sverige är bland de högsta i Europa.

Tobaksutvecklingen

Tobaksbruk är fortfarande en stor folkhälsoutmaning; det är den viktigaste undvikbara riskfaktorn för flera former av cancer och den huvudsakliga orsaken till lungcancer och KOL. Jämfört med de flesta andra länder är dock tobaksrökningen låg i Sverige. Den har dessutom minskat under de senaste åren och andelen tobaksanvändare i befolkningen har minskat tydligt sedan 1990.

Totalt 13 procent av kvinnorna och 11 procent av männen i Sverige uppger att de röker dagligen. För kvinnorna är det en minskning med 5 procentenheter mellan åren 2004 och 2014, och för männen är minskningen 3 procentenheter. Främst är det åldersgruppen 55–64 år som röker, bland båda könen.

Det är mindre vanligt att personer med eftergymnasial utbildning röker dagligen, jämfört med personer med kortare utbildning. Sverige avviker från det internationella mönstret av dagligrökningens fördelning mellan könen eftersom det är fler kvinnor än män i Sverige som röker dagligen. Detta kan till stor del förklaras av att framför allt män i Sverige använder snus. Bland männen snusar 21 procent dagligen och bland kvinnor är andelen 4 procent.

Bland skolelever i årskurs 9 har andelen elever som uppger att de använder tobak (snus eller cigaretter) minskat med drygt 30 procent sedan början på 2000-talet. År 2014 uppgav 15 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna att de använder tobak. Minskningen är dock inte lika stor bland eleverna i årskurs 2 på gymnasiet, där andelen tobaksbrukare har legat relativt stabilt sedan början på 2000-talet. År 2014 uppgav 37 procent av pojkarna och 30 procent av flickorna att de röker och/eller snusar [50]. Tobaksrökning har även minskat bland gravida kvinnor och nyblivna föräldrar under de senaste decennierna. 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 [51]. 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 [51].

Dödlighet i tobaksrelaterade sjukdomar

Lungcancer är den enskilda cancerform som orsakar flest dödsfall bland kvinnor (alla åldrar). Mellan år 1987 och 2014 ökade dödstalen kraftigt från 19 till 35 per 100 000 kvinnor. Den uppåtgående trenden ser dock ut att ha avstannat och för åldersgruppen 15 – 74 år ses en tendens till minskning. Bland män har dödligheten i lungcancer däremot stadigt sjunkit sedan slutet av 1980-talet; för samtliga män har den minskat från 56 till 41 döda per 100 000 män, och i åldersgruppen 15 – 74 från 45 till 27 per 100 000 män [52].

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk inflammation i luftvägar och lungor som medför att lungvävnaden och lungblåsorna förstörs. KOL drabbar främst personer som röker eller som har rökt och är vanligare hos äldre vuxna. I dag uppskattas att 400 000–700 000 svenskar har KOL, men förekomsten i befolkningen ökar. Cirka 2 700 personer dör i sjukdomen varje år. I Sverige är medelåldern 70 år vid insjuknandet och majoriteten av dem som insjuknar är kvinnor [53].

Dopning

Det saknas säkra data rörande antalet användare av dopningsmedel (anabola androgena steroider och tillväxthormon) i Sverige och det finns ingen nationell uppskattning av det sammantagna vårdbehovet för dopningsmissbruk i

Sverige. Den senaste nationella studien genomfördes våren 2013, och enligt den hade knappt 0,5 procent av alla svarande i åldersgruppen 17–84 år någon gång använt dopningspreparat. Nästan alla var män. Endast 0,04 procent uppgav att de använt dopningspreparat under det senaste året [48, 54].

De senaste publicerade studierna från Sverige är från 2011 och de visar att erfarenhet av dopningsmedel var fyra gånger så vanligt bland personer som tränar på gym jämfört med dem som inte gör det. Studierna visar också att 4 procent av männen som tränar på gym någon gång använt dopningsmedel samt att det finns en koppling mellan dopningsmissbruk och bruk av narkotika och läkemedel [54-56].

Kunskapen om de långsiktiga hälsoeffekterna av dopningsmedel är begränsad och det finns ingen nationell uppskattning av det sammantagna vårdbehovet i Sverige.

Slutenvård med alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser

Under 2010–2014 minskade antalet som fick slutenvård på grund av alkoholrelaterade diagnoser, både bland män och bland kvinnor 15–64 år. Antalet gick från totalt 14 993 till 13 135 patienter per år (figur 12). Störst är minskningen i åldersgruppen 15–24 år, för båda könen. Dock ökade andelen kvinnor och män 25–34 år som vårdades i alkoholrelaterade diagnoser (män 4 procents ökning, kvinnor 17 procents ökning).

Figur 12. Vårdade i slutenvård för alkoholrelaterad diagnos

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Många personer som får vård för alkoholrelaterade diagnoser återkommer för vård av samma anledning. År 2013 var det i genomsnitt 39,5 procent som återinskrivs inom ett år efter vårdtillfället (figur 13), enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser. Andelen män är något högre än andelen kvinnor, i alla län utom ett. Detta bör undersökas ytterligare för att belysa de bakomliggande faktorerna för återinskrivning.

Bland dem som fått slutenvård för psykiska störningar eller beteendestörningar ses en kraftig ökning av andelen som vårdats på grund av psykiska störningar orsakade av narkotika. Andelen nästan tredubblades under perioden 1989–2014, från cirka 3 000 patienter till cirka 10 200 per år. [57].

Tabell 4. Vårdade i slutenvård med psykisk störning eller beteendestörning orsakad av flera droger i kombination

Antal vårdade samt ökning i procent mellan 2010 och 2014 fördelat på kön och ålder.

	2010		2014		Ökning 2010-2014	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20-29 år	491	1 030	786	1 724	60	67
30-39 år	251	661	398	1 218	59	84
40-49 år	203	509	329	707	62	39
50-59 år	117	326	179	518	53	59
20-59 år	1 062	2 526	1 692	4 167	59	65

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 13. Återinskrivna i slutenvård inom ett år efter vård med narkotikarelaterad diagnos

Andel fördelat på kön och län (landsting) under perioden 2013-14.

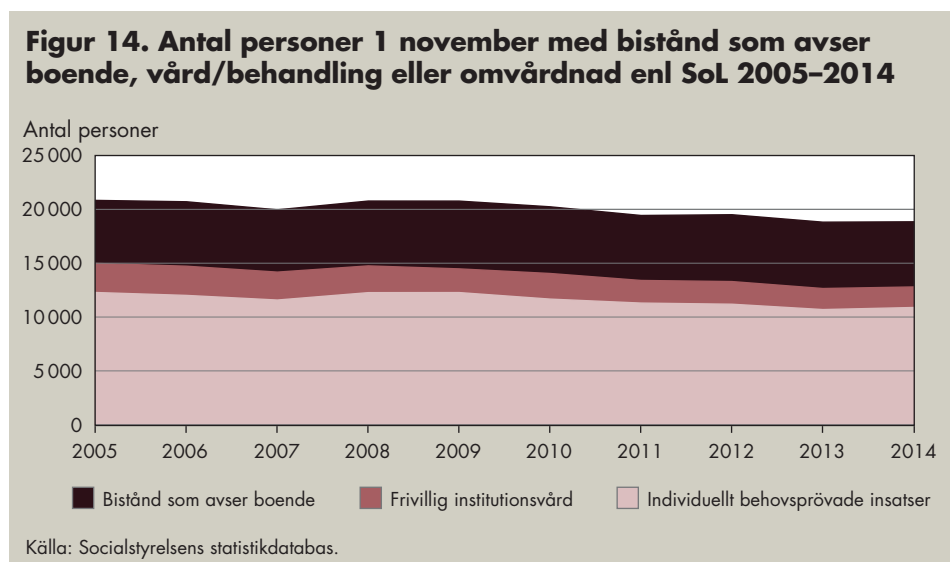


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Även bland dem som vårdats i sluten vård för narkotikarelaterade diagnoser är det många som återkommer till vården. Av patienterna som fick sluten vård för en narkotikarelaterad diagnos under år 2013 återinskrivs 44 procent inom ett år. Andelen återinskrivna varierar i olika landsting, från 30 till 52 procent. Andelen bland män är något högre än andelen bland kvinnor (46 respektive 40 procent), och även dessa andelar varierar i olika landsting.

Socialtjänstens insatser till vuxna med missbruksproblem

Antalet insatser till vuxna med missbruksproblem minskade under perioden 2005–2014, främst när det gäller frivillig institutionsvård och individuellt behovsprövade insatser. Figur 14 visar översiktligt hur de tre vanligaste insatserna för socialtjänstens biståndsbeslut inom missbruks- och beroendevård har utvecklats under de senaste tio åren.



Jämförelser mellan år 2010 och 2014 visar förändringar i antalet insatser från socialtjänsten för den aktuella målgruppen. Enligt tabell 5 har samtliga frivilliga insatser enligt SoL minskat sedan 2010 medan tvångsvård på institution enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, har ökat med 21 procent. Hela ökningen gäller män medan situationen för kvinnor är oförändrad.

Den 1 november 2014 hade 19 124 vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem någon pågående insats. Av dem var det drygt 320 personer som tvångsvårdades på institution (en ökning med 14 procent), 6 000 personer som fick bistånd för boende (en minskning med 3 procent) och 10 900 personer som hade individuellt behovsprövade öppna insatser (en minskning med knappt 7 procent).

Tabell 5. Behovsprövade insatser, frivillig institutionsvård, bistånd som avser boende eller tvångsvård på institution

Antal personer 1 november respektive år samt ändring i procent mellan 2010 och 2014.

Insats, vård, boende	2010		2014		Förändring 2010–2014	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Individuellt behovsprövade insatser	3 600	8 100	3 400	7 500	-6	-7
Frivillig institutionsvård	560	1 800	500	1 400	-11	-22
Bistånd som avser boende	1 500	4 700	1 400	4 600	-7	-2
Tvångsvård på institution	102	183	102	222	0	21

Källa: Socialstyrelsen: Vuxna personer med missbruk och beroende 2010 och 2014.

Samsjuklighet hos personer som vårdats enligt LVM

De individer som vårdades enligt LVM 2007–2011 följdes upp i patientregistret under tidsperioden 2010–2013. Totalt var det 3 960 personer som vårdades enligt LVM 2007–2011, varav 2 635 män och 1 325 kvinnor. Av dessa vårdades 75 procent för någon form av psykiatrisk diagnos under uppföljningsperioden. Utöver dessa diagnoser hade många skadediagnoser och virushepatit. Under uppföljningsperioden vårdades 40 procent för skador och 28 procent var inlagda för virushepatit (B18) [58].

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

År 2015 publicerade Socialstyrelsen en reviderad version av riktlinjerna som bland annat innehåller tre nya områden – ungdomar, psykosociala stödinsatser och läkemedelsberoende. I de nya riktlinjerna har insatserna också prioriterats, vilket innebär att förhållandevis mer resurser bör läggas på högt rangordnade insatser jämfört med de med låg rangordning [59].

Systematisk uppföljning av insatser i vården

I Socialstyrelsens öppna jämförelser uppger nästan 90 procent av kommunerna att de använder standardiserade bedömningsmetoder när de bedömer behovet av insatser till vuxna klienter med missbruks- och beroendeproblem [60]. Insatserna följs däremot inte upp i motsvarande utsträckning; endast 20 procent av kommunerna har sammanställt sina klienters behov och resultaten av insatserna på gruppnivå. Flera kommuner använder dock resultaten från uppföljningarna i sin verksamhetsutveckling, och andelen har ökat från 59 procent år 2014 till 87 procent år 2015. Drygt två tredjedelar av kommunerna uppger att de kan erbjuda strukturerade öppenvårdsprogram som omfattar flera dagar i veckan.

Säker vård och omsorg

Samverkan viktigt för enskilda

Samverkan inom socialtjänsten och med hälso- och sjukvårdens beroendevård är viktig för att enskilda personer ska kunna få insatser utifrån sina individuella behov. År 2015 uppgav 36 procent av kommunerna att de har en överenskommelse med landstingen som innehåller gemensamma mål, resurs- och ansvarsfördelning och rutiner för samarbete mellan socialtjänsten och landstingens personal [60]. Andelen kommuner som har rutiner för samordning i enskilda socialtjänstären har successivt ökat sedan 2011, främst inom verksamheterna som arbetar med ekonomiskt bistånd och med barn och ungdomar. Totalt 67 procent av kommunerna uppger att de har som rutin att erbjuda stödinsatser till barn i familjen, och 20 av 21 landsting har rutiner för att uppmärksamma barns behov. Fler landsting än tidigare har även rutiner för sitt arbete som rör personer med samsjuklighet.

Ett område att utveckla är rutiner för intern samordning mellan socialtjänstens missbruksverksamhet och äldreomsorgen. Mindre än en tredjedel (28 procent) av kommunerna har aktuella sådana rutiner. Det är samma andel som 2014. Antalet äldre personer över 65 år ökar i landet, och mycket tyder på att även andelen med riskbruk och missbruk av alkohol ökar i denna åldersgrupp. Trots det har endast en tiondel av kommunerna rutiner för hur äldreomsorgens handläggare ska agera om det finns indikationer på att äldre personer missbrukar alkohol eller läkemedel [61].

Sprututbytesprogram bidrar till att förhindra spridning av blodsmitta

Sprututbytesprogram har två huvudmål: Det första är att förebygga spridningen av blodburna infektioner bland personer med ett etablerat injektionsmissbruk, och det andra är att hälso- och sjukvården ska få kontakt med personer med injektionsmissbruk och även hjälpa dem in i rehabilitering mot ett narkotikafritt liv. Verksamheterna ska bedrivas med en bred kompetens och med möjlighet att motivera personer som lever med ett injektionsmissbruk till vård och behandling. I dag erbjuder 3 av 21 landsting sprututbytesprogram till personer med ett injektionsmissbruk och programmet finns i sex städer i Sverige: Malmö, Lund, Helsingborg, Kristianstad, Kalmar och Stockholm. Dock har flera andra landsting visat intresse för att införa sprututbytesprogram.

Socialstyrelsen har besökt verksamheterna och bedömer att de bidrar till att förhindra spridning av blodsmitta i dessa regioner. Läget för hiv, hepatit A och hepatit B kan anses vara under kontroll. Det förekommer dock fortfarande en viss smittspridning av hepatit C bland personer med injektionsmissbruk, vilket gör det extra angeläget att fortsatt fokusera på preventiva insatser. År 2014 deltog ungefär 2 600 personer i sprututbytesprogrammet, och återlämningsandelen av sprutor och kanyler var 90–95 procent på utdelade verktyg [62].

Individanpassad vård

Brukarinflytande och brukarstyrd brukarrevision

Brukarnas erfarenheter och synpunkter är en viktig del i en evidensbaserad praktik. I Socialstyrelsens öppna jämförelser redovisas flera indikatorer som belyser brukarininflytande på olika nivåer, och det är generellt ett område för kommunerna att utveckla. År 2015 gjorde 8 procent av kommunerna en brukarstyrd revision, och 38 procent av kommunerna inhämtade brukarorganisationers synpunkter på innehållet i överenskommelsen mellan kommun och landsting. Detta är en ökning jämfört med år 2014 [60].

Stöd till anhöriga

Socialstyrelsen visar att 73 procent av kommunerna rutinmässigt erbjuder stöd till vuxna närstående till de personer som har missbruks- och beroendeproblem. Vidare är det 67 procent av kommunerna som erbjuder stödinsatser till barn i familjer, och 20 av 21 landsting har skriftliga rutiner för att uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd när en förälder har missbruks- och beroendeproblem. Det är fler kommuner i riket som ger stödinsatser i form av service eller bistånd till de anhöriga, och andelen ökade med 13 procentenheter mellan år 2013 och år 2014, från 44 till 57 procent [60].

Fortsatt behov av stöd till barn som anhöriga

Omkring 8 procent av svenska barn har en förälder som fått vård på grund av missbruk eller psykisk sjukdom, och 3 procent av barnen skolkar minst en dag i veckan för att ta hand om någon i familjen. Barn och anhöriga och deras behov uppmärksammas mer sedan 2010. Då infördes 2 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med krav på att hälso- och sjukvården i vissa fall särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd. Det gäller till exempel om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Fortfarande är det dock långt ifrån alla som får information, råd och stöd i den utsträckning de behöver. Variationen är också stor mellan olika verksamheter, målgrupper och delar av landet. Socialstyrelsen konstaterar [62] att det behövs en långsiktighet och kontinuitet när hälso- och sjukvården och socialtjänsten inför ett familjeperspektiv och stöd till barn som anhöriga. Vidare konstaterar myndigheten att det behövs ett nationellt kompetenscentrum som en motor i ett fortsatt långsiktigt stöd.

Jämlik vård och omsorg

Hög förekomst av riskbruk bland kvinnor i samkönade äktenskap

Kvinnor i samkönade äktenskap har oftare riskbruk av alkohol, men även av lugnande läkemedel och sömnmedel jämfört med kvinnor i olikkönade

äktenskap. Det framgår av en delstudie inom ramen för ett större projekt om psykisk ohälsa, psykofarmaka och förtida död bland personer i samkönade äktenskap [63]. I tabell 6 redovisas den relativa risken för att ha behandlats inom specialiserad öppen- eller slutenvård för riskbruk eller beroende. Individen kan då exempelvis ha utvecklat ett beroendesyndrom eller ha ett skadligt bruk av alkohol. Särskilt kvinnor i åldrarna 29–32 år hade ett ökat riskbruk, och den relativa risken för dem var 7,0 jämfört med kvinnor i olikkönade äktenskap. I den åldersgruppen hade omkring 3,5 procent av kvinnor i samkönade äktenskap ett riskbruk, jämfört med 0,5 procent av dem i olikkönade äktenskap.

Män i samkönade äktenskap hade också en ökad risk för vård för skadligt bruk, men risken var betydligt mer uttalad bland kvinnorna.

Tabell 6. Relativ risk för att ha vårdats för diagnoser relaterade till riskbruk eller beroende bland kvinnor i samkönade äktenskap

Diagnos registrerad i specialiserad öppenvård eller slutenvård 3 år före eller 3 år efter giftermålet, bland kvinnor som för första gången gifte sig i ett samkönat äktenskap 2006–2010.

Ålder	Relativ risk (referens; kvinnor i olikkönade äktenskap)
28 eller yngre	3,4
29–32	7,0
33–38	3,4
39 och över	1,3

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Själv mord och självmordsförsök bland personer med alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser

Inom öppna jämförelser publicerades 2015 resultat för nya indikatorer på landstingsnivå om dödligheten respektive förekomsten av självmord och självmordsförsök hos personer med alkohol- och narkotikadiagnoser. En visade att 2,9 procent av dem som 2013 vårdades för alkoholrelaterade diagnoser i slutenvård eller specialiserad öppen vård hade begått självmord eller vårdats för självmordsförsök inom 365 dagar från utskrivningen. Andelen varierar dock, från 1,4 procent i Örebro till 7,1 procent i Värmland. I gruppen som vårdats för en narkotikarelaterad diagnos var det i genomsnitt 7,6 procent som vårdats för självmordsförsök eller begått självmord inom 365 dagar efter vårdtillfället. Även den andelen varierar mellan olika län, från 6,1 procent i Stockholm till 12,8 procent i Halland. Av de som vårdades för en alkoholrelaterad diagnos 2013 avled totalt 4,1 procent inom 365 dagar. Bland personer med narkotikadiagnoser var andelen 2,5 procent [60].

Tillgänglig vård och omsorg

Förändringar i missbruksvården

Det har skett stora förändringar i missbruksvården under den senaste tioårsperioden. Placeringar i HVB utgör numera endast en liten del av det totala antalet vårdinsatser inom socialtjänsten eftersom en institutionsvistelse i regel behöver samordnas med andra insatser i en längre vårdprocess. Representanter för brukar- och branschorganisationer anser också att tröskeln är hög för att beviljas vissa insatser, framför allt institutionsvård. Dessutom finns brister i eftervården.

Socialstyrelsen samlar varje år in statistik om socialtjänstens insatser till vuxna från 21 år med missbruk och beroende, och resultaten visar att färre personer placeras i frivillig institutionsvård. Samtidigt ökar antalet personer som vårdas enligt LVM [3]. Det är oklart vilken roll den frivilliga institutionsvården har i dag när det gäller utbudet av vård och behandlingsinsatser för den enskilde, exempelvis relaterat till vilka målgrupper som erbjuds sådana insatser. Den framtida utvecklingen av HVB är beroende av vilka insatser som efterfrågas, av brukarna själva och av de kommuner och andra aktörer som köper platser i boendena.

Eftersom institutionsvård är en kostsam vårdform är det troligen främst personer med mycket komplex problematik som får sådana insatser framöver, i ännu högre grad än i dag. Detta kan innebära ett större behov av kvalificerade verksamheter som kombinerar psykosociala stöd- och behandlingsinsatser med hälso- och sjukvård och som har tillgång till integrerade team med olika yrkeskompetens. Samtidigt ökar etableringen av stödboenden som inte uppfyller kraven för att vara ett HVB, och det tyder på att det finns behov av sådana verksamheter för personer med missbruksproblem som inte efterfrågar eller beviljas kvalificerade vård- och behandlingsinsatser.

För att stärka kvaliteten inom HVB måste personalen ha rätt utbildning och kompetens samt vara lämplig för sina arbetsuppgifter. Dessutom måste verksamheten använda metoder och arbetssätt som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har publicerat en rapport om att stärka kvaliteten i HVB som bedriver vård och behandling för personer med missbruk och beroende, och där konstaterar vi att personalen i regel bör ha en utbildning som lägst motsvarar en tvåårig eftergymnasial utbildning med inriktning mot socialt vård- och behandlingsarbete [64].

Tillgängligheten till behandling varierar i landet

Socialstyrelsen har kartlagt tillgängligheten till och omfattningen av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO), och resultaten visar att vägen in i behandlingen är komplicerad och att det finns en risk att ofrivilligt skrivas ut från behandlingen. Organisationen och resurserna för behandling skiljer sig också åt mellan landstingen beroende på hälso- och sjukvårdens organisation, det geografiska upptagningsområdet och verksamhetens omfattning. Tillgängligheten påverkas bland annat av samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens olika vårdenheter, exempelvis psykiatri

och primärvård. Vidare finns skillnader mellan verksamheterna och de ansvariga läkarna när det gäller bedömningarna för inkludering, utredningsförfarandet och innehållet i behandlingen. Detta gäller såväl den farmakologiska behandlingen som den psykosociala behandlingen som bör ingå. I september 2013 fanns det 110 verksamheter som bedrev behandlingen och drygt 3 700 patienter var inskrivna, varav 30 procent var kvinnor [65].

Socialstyrelsen har tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende som ersätter den tidigare föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Våld

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- De flesta skyddade boenden har en hög säkerhetsmedvetenhet. Bland annat har en stor andel skriftliga rutiner som beskriver hur personalen ska arbeta med skyddet för de boende och hur personalen ska hantera sekretess och tystnadsplikt.
- Tillgängligheten till skyddat boende varierar för olika målgrupper. Cirka hälften av de skyddade boendena har lokaler som är anpassade för personer som sitter i rullstol. Det är 66 procent av boendena som kan ta emot pojkar i tonåren. Detta innebär att kvinnor och deras tonårssöner inte kan erbjudas samma skydd som andra.
- Det är 69 procent av kommunerna som använder standardiserade bedömningsmetoder för att kartlägga våldsutsattheten och bedöma risker när de utreder behov hos våldsutsatta vuxna. Det är fler än tidigare.
- Arbetet med att identifiera våldsutsatta i socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver bli bättre. Det är inte klarlagt varför metoderna för kartläggning och bedömning inte används mer.
- Det är fortfarande få kommuner, 28 procent, som på sin webbplats har aktuell och översatt information om vilka insatser de kan erbjuda våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare.
- Endast 19 procent av kommunerna gör brukarundersökningar och använder våldsutsatta vuxnas synpunkter för att utveckla sin verksamhet.
- Utvecklingsmedel och kompetensstöd som Socialstyrelsen fördelat till kommunerna har bidragit till bättre kvalitet i verksamheterna. Ett viktigt mål med kvalitetsarbetet är att skapa en likvärdig god tillgänglighet till stöd för våldsutsatta i hela landet.

Våld i nära relationer berör flera områden

Sedan tidigare är det känt att både kvinnor och män utsätts för våld i nära relationer, såväl i heterosexuella som i samkönade relationer, men kvinnor drabbas oftare. Kvinnor utsätts också för andra former av våld än män. Våldet är oftast grövre och mer systematiskt; det sker främst i hemmet och våldsutövarna är vanligtvis män [66, 67].

Kommuners arbete med våldsutsatta

Socialstyrelsen konstaterar att fler kommuner än tidigare, 69 procent, använder standardiserade bedömningsmetoder för att kartlägga utsattheten för våld

och för att bedöma risker när de utreder behov hos våldsutsatta vuxna. Det är en ökning med 20 procentenheter jämfört med 2014 [68].

Kommunerna behöver dock utveckla sitt arbete på flera områden för att kunna erbjuda alla våldsutsatta det skydd de behöver. Det är exempelvis fortfarande få kommuner som har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att säkra skolgången för barn som bor med en förälder i skyddat boende; andelen var 17 procent 2015 jämfört med 14 procent 2014.

För att säkerställa att de biståndsbeslutade insatserna till våldsutsatta vuxna leder till önskat resultat på individnivå är det viktigt att följa upp insatserna. År 2015 var det 36 procent av kommunerna som följde upp beslutade insatser jämfört med 31 procent 2014. Samma år följde 55 procent upp biståndsbeslutade insatser till våldsutsatta barn och barn som bevittnat våld, vilket var en ökning med 4 procentenheter från föregående år.

Ett fåtal kommuner följer systematiskt upp resultaten av de biståndsbeslutade insatserna på gruppnivå. Både 2015 och 2014 var det 6 procent som följde upp insatser till våldsutsatta vuxna, våldsutsatta barn och barn som bevittnat våld.

Få kommuner, 28 procent, har aktuell information om vilka insatser de kan erbjuda våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare på sin webbplats, översatt till de mest förekommande språken i kommunen.

Endast 19 procent av kommunerna gör brukarundersökningar och använder våldsutsatta vuxnas synpunkter för att utveckla sin verksamhet. Omkring 30 procent av kommunerna har aktuella rutiner om stöd till våldsutsatta äldre eller personer med funktionsnedsättning. I 68 procent av kommunerna erbjuds insatser till personer som utövat våld [68].

Ökad kännedom om kvinnofridslinjen

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) fick 2011 i uppdrag av regeringen att under en fyraårsperiod utveckla den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen. Uppdraget löpte till 2014 och resultatet visar bland annat att stödtelefonen har blivit mer känd och att antalet besvarade samtal till Kvinnofridslinjen har ökat med 17 procent. Syftet med uppdraget var att kvalitetssäkra det stöd som Kvinnofridslinjen ger till våldsutsatta kvinnor och att nå ut till fler av dem som utsätts för hot, våld och/eller sexuella övergrepp. Personalen på Kvinnofridslinjen besvarade 29 000 samtal år 2014 [69].

Skyddade boenden är säkerhetsmedvetna

Socialstyrelsen har mätt kvaliteten i landets skyddade boenden för personer som utsatts för våld eller hot i en nära relation, och vi fann att de flesta har en hög säkerhetsmedvetenhet. Detta återspeglas i att en stor andel av att de skyddade boendena:

- har skriftliga rutiner som beskriver hur personalen ska arbeta med skyddet för de boende

- gör särskilda säkerhetsplaneringar med de boende och deras medföljande barn
- har skriftliga rutiner för hur personalen ska hantera sekretess och tystnadsplikt
- har skriftliga rutiner för hur personal och volontärer ska hantera skyddade personuppgifter
- upprättar genomförandeplaner för de boende i enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser.

Cirka 78 procent av de skyddade boendena drivs av ideella föreningar, 15 procent av kommuner och 7 procent av privata aktörer. Cirka 50 procent är små och kan ta emot 1–4 skyddssökande personer. De flesta skyddade boenden (cirka 90 procent) har anställd personal på plats under dagtid på vardagar. Under kvällar på vardagar och helger är det cirka hälften, och under nätter på vardagar och helger är det cirka en tredjedel som har anställd personal på plats [70].

Socialstyrelsen visar att tillgängligheten varierar för olika målgrupper. En majoritet av de skyddade boendena kan ta emot skyddssökande under dagar och kvällar på både vardagar och helger, men färre än hälften under nattetid. De flesta kan ta emot medföljande barn, både pojkar och flickor. Det är något färre som kan ta emot pojkar i tonåren (66 procent). Detta innebär att kvinnor och deras tonårssöner inte kan erbjudas samma skydd som andra. Cirka hälften av de skyddade boendena har lokaler som är anpassade för personer som sitter i rullstol. Cirka 60 procent av de skyddade boendena har rutiner för att använda tolk vid samtal med boende som inte behärskar svenska [70].

Enhetligt stöd för att hämta personliga tillhörigheter saknas

Våren 2015 utvärderade Socialstyrelsen de dokument som ger vägledning inom socialtjänsten när det gäller stöd till våldsutsatta personer som behöver hämta personliga tillhörigheter i hemmet.

Utvärderingen visar att endast ett fåtal kommuner har skriftliga rutiner som beskriver hur stödet ska hanteras. Dessutom finns en viss osäkerhet om olika juridiska frågor och om polisens roll. En slutsats är att dagens rutiner inte bidrar till enhetliga bedömningar av vilket stöd som ska ges, eftersom få kommuner har skriftliga rutiner. De som inte har skriftliga rutiner beskriver sitt arbetssätt på ett icke enhetligt sätt och många efterfrågar ytterligare vägledning. Vidare är det stor variation i det stöd som polisen ger, vilket påverkar kommunernas möjlighet att bistå när våldsutsatta personer behöver hämta sina tillhörigheter [71].

Våren 2015 tydliggjorde Socialstyrelsen också, på ett övergripande plan, socialnämndens ansvar för att ge detta stöd i *Våld – handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer* [72]. Polismyndigheten planerar också att förtydliga sina riktlinjer och handböcker

när det gäller polisens förutsättningar att medverka när brottsoffer behöver hämta tillhörigheter i hemmet [73].

Identifiera våldsutsatta – ett utvecklingsområde

Många våldsutsatta söker sig till hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan att berätta om sin våldsutsatthet, men ett stort antal uppger att det hade underlättat för dem ifall personal frågat om deras erfarenheter av våld.

Socialstyrelsen har utvärderat bedömningsinstrumentet FREDA som är avsett att användas för att identifiera våld och bedöma behovet av stöd. I uppdraget ingick även att utveckla kompletterande instrument och stödinsatser till barn som utsatts för eller bevittnat våld, bland annat genom olika former av fördjupat samarbete mellan de berörda verksamheterna.

Socialstyrelsen har utvärderat kortfrågorna och kartlagt våldsutsattheten, och resultatet visar att personalen har använt metoderna i väsentligt mindre utsträckning än vad de instruerades att göra. En del professionella har invändningar mot att ställa frågor rutinmässigt, men det är inte klarlagt varför metoderna för kartläggning och bedömning inte används mer.

I utvärderingen av FREDA undersöktes användningen av kortfrågor i fyra verksamheter för ekonomiskt bistånd, och FREDA:s beskrivning och farlighetsbedömning undersöktes i sju verksamheter för våldsutsatta [74]. Resultaten visar att kortfrågorna ställdes till knappt 3 procent av klienterna, i stället för till alla så som tanken är. Det går därför inte att avgöra om kortfrågorna leder till att fler våldsutsatta identifieras. Däremot ger FREDA:s beskrivning och farlighetsbedömning information som förbättrar utbudet av insatser och bidrar till att bättre anpassa insatserna till individernas behov.

Socialstyrelsen tog 2014 fram en vägledning för att öka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens förutsättningar att upptäcka våldsutsatthet [75]. I den rekommenderar myndigheten hälso- och sjukvården att ställa rutinfrågor till kvinnor inom mödrahälsovården och klienter inom psykiatri samt att frågan tas upp i alla ärenden i barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vi vet ännu inte något om effekten av dessa rekommendationer.

Partnerkontakt – en metod för säkerhetsarbete

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram en metod för att värna om den våldsutsatta personens och dennes eventuella barns säkerhet medan våldsutövaren går i behandling för det våld han eller hon har utövat i relationen men inte är föremål för insatser inom kriminalvården. Metoden kallas partnerkontakt. Syftet var att skapa en fungerande verksamhet för frivillig partnerkontakt. I arbetet ingick att ta fram en manual för partnerkontakt tillsammans med ett antal verksamheter för våldsutövare [76]. Vår rapport visar att medarbetarna vid verksamheterna där metoden utprovades var positivt inställda till de olika moment som ingick och ansåg att den är genomförbar. Fem av sju verksamheter prövade metoden i kontakten med åtminstone en våldsutsatt person.

Innan metoden hade införts var det 37 procent av våldsutövarna som tillfrågades om partnerkontakt, och det ökade sedan till 68 procent. Trots ökningen användes inte metoden i den utsträckning som manualen förespråkar, det vill säga för alla våldsutövare som kontaktar verksamheten. Andelen våldsutsatta som fick pröva partnerkontakt ökade från 15 till 28 procent när metoden hade införts. Kvinnorna som deltog var generellt positiva; ungefär hälften kände sig säkrare efter att ha fått en partnerkontaktperson och majoriteten var aldrig oroliga över att våldsutövarna skulle vara mer benägna att använda kontrollerande beteende, hot eller våld som följd av att de testade metoden.

Alla verksamheter tyckte att metoden och manualen var användbar, men att införa partnerkontaktmetoden krävde en stor omställning och en ökad arbetsbörda för de berörda. Faktorer som försvårade införandet var bland annat hög personalomsättning, få anställda och små resurser. Efter att metoden hade införts minskade skillnaderna i information och stöd till våldsutsatta personer. Dessutom gjordes riskbedömningar i majoriteten av fallen, vilket man inte gjorde innan.

Utveckling av internetbehandling för våldsutsatta

Forskare från Linköpings universitet har utvecklat och utvärderat två internetbaserade metoder för våldsutsatta vuxna [74], som en del i ett regeringsuppdrag. Den första metoden riktas till personer som utsätts för våld i sin nuvarande relation och syftet är att motivera till förändring. Den andra metoden riktas till personer som tidigare har utsatts för våld och lider av psykisk ohälsa, framför allt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression. Den nätbaserade metoden användes av ungefär 250 personer. Tre av fyra tyckte att informationstexterna var givande och att de gav dem stöd att fatta beslut om hur de skulle gå vidare.

Behandling av våldsutövare

Socialstyrelsen har utvecklat metoder och vägledningar för arbetet med personer som utövar våld mot närstående. Myndigheten har bland annat prövat motivationsmetoden Möta pappor med våldsproblematik (MPV). Metoden används i barnavårdsutredningar eller som en insats och den riktar sig till föräldrar, oftast pappor, som utövar våld mot familjen. En huvudhandläggare ger pappan och en särskild pappahandläggare i uppdrag att besvara vissa frågor under fyra–åtta samtal. Uppgifter från socialsekreterare som har utbildats i metoden visar att färre än hälften (61 av 158) har använt den i minst ett ärende, men att alla kärnkomponenter har genomförts i de flesta ärenden där den har använts. Drygt hälften av papporna (13 av 23), för vilka det finns uppgifter, har fortsatt att bearbeta våldet i behandling eller andra samtal. En effektutvärdering kan klarlägga i vilken utsträckning det resultatet beror på MPV eller på andra faktorer.

Verktyg för systematisk uppföljning – SUV

Socialstyrelsen har utvecklat ett digitalt verktyg för systematisk uppföljning i verksamheter som behandlar våldsutövare (SUV – systematisk uppföljning våldsutövare). Personal ska löpande registrera uppgifter om klienter och den behandling eller andra insatser de får, och på så sätt är det lättare att följa förändringar och styra verksamheten på klient- och enhetsnivå. Utvecklingsarbetet har bedrivits i samarbete med sju behandlingsverksamheter. De flesta verksamheter som deltog planerar att använda SUV i sitt fortsatta arbete [74].

Behandling för personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

Det finns ingen säker information om hur många vuxna som begår sexuella övergrepp mot barn. Under 2013 misstänktes 509 personer för våldtäkt mot barn under 18 år och 266 för sexuellt tvång, utnyttjande eller övergrepp, men man uppskattar att bara cirka en tiondel av fallen anmäls [74].

År 2014 analyserade och utvecklade Socialstyrelsen åtgärder inom tre områden:

- utvärdering och utveckling av behandlingsmetoder för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn
- tillgång till behandling för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn
- vägledning till föräldrar och professionella som möter personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

Bland annat föreslår Socialstyrelsen att datoriserade system utvecklas för att följa upp behandling inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt internet-baserade program för att motivera till och ge behandling till ungdomar och vuxna som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn. Vidare föreslår myndigheten att en specialiserad behandling för barn och ungdomar med sexuellt problembeteende inrättas även i norra Sverige, för att säkra tillgången till sådan behandling i hela landet.

Hur många är könsstympade?

Socialstyrelsen har arbetat för att höja kompetensen kring kvinnlig könsstympling i hälso- och sjukvården. Närmare 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan ha varit utsatta för någon typ av könsstympling, varav cirka 7 000 är flickor under 18 år. De största grupperna är flickor och kvinnor födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia som genomgått könsstympling innan de kom till Sverige [77].

Riskpopulationen har uppskattats genom att beräkna antalet flickor med en mamma som är född i ett land där könsstympning är vanligt förekommande. Alla flickor i riskpopulationen befinner sig dock inte i riskzonen för att bli utsatta. Flickor som är i riskzonen definieras som de som löper en faktisk risk, i och med att familjen har en positiv inställning till könsstympning och vill fortsätta med traditionen även efter migration till Sverige.¹⁰ Ett antal faktorer har betydelse för om en flicka befinner sig i riskzonen eller inte, bland annat hur länge familjen bott i Sverige, vilken attityd till könsstympning familjen har och hur integrerad den är. Flera av dessa faktorer går att påverka med informationsinsatser och förebyggande arbete. Där spelar hälso- och sjukvården en viktig roll, men också socialtjänst, förskola, skola och frivilliga organisationer. De flickor och kvinnor som ingår i det här materialet är ingen homogen grupp. Det gäller både de som själva varit utsatta för könsstympning och de som ingår i riskgruppen.

Socialstyrelsen har även tagit fram ett kompetenshöjande material till personal i hälso- och sjukvården som möter flickor och kvinnor som blivit eller riskerar att bli könsstympade [77]. Samtidigt lanserar vi ett handledningsmaterial för samhällskommunikatörer som är tänkt att användas i deras möte med nyanlända till Sverige [10]. Materialet består bland annat av en webbutbildning som främst vänder sig till hälso- och sjukvårdspersonal. Den ger en översiktlig bild av vad könsstympning är, hur vanligt det är och hur sjukvården kan arbeta för att förhindra att flickor i Sverige blir utsatta. Syftet med utbildningen är att ge generell kunskap om kvinnlig könsstympning och att ge tillräckligt med kunskap för ett gott bemötande.

Nytt kunskapsstöd inom området sex mot ersättning

Inom många verksamheter som möter barn och unga behövs mer kunskap om sex mot ersättning, det vill säga att en person får eller utlovas ersättning, till exempel pengar, kläder, presenter, alkohol, droger eller sovplats, i utbyte mot sexuella handlingar. År 2015 lanserade Socialstyrelsen ett utbildningsmaterial som handlar om att ge stöd till barn, unga och vuxna som har erfarenhet av sex mot ersättning. Myndigheten har även tagit fram ett utbildningsmaterial för yrkesverksamma, för att de ska bli mer medvetna om sexuella risksituationer som barn, unga och vuxna kan befinna sig i. Syftet är också att presentera den senaste kunskapen inom området på ett lättillgängligt sätt.

I november 2015 publicerade RFSU Ungdom en rapport om sex mot ersättning bland hbtq-ungdomar, baserad på en enkät som besvarades av 2 079 respondenter i åldern 14–25 år. Cirka 18 procent uppgav att de haft sex mot ersättning. Dessa ungdomar bor i såväl storstad som i mindre städer eller på

¹⁰ Andelen flickor ur riskpopulationen som befinner sig i riskzonen har inte uppskattats i den här studien

landsbygd, de är av alla kön och har olika sexuella läggningar. Ciskillar¹¹ är den grupp som i högst utsträckning har erfarenhet av sex mot ersättning (21 procent), och därefter följer personer med transerfarenhet (cirka 17 procent). Minst vanligt är det bland cistjejer, även om 13 procent har sådana erfarenheter. Kontakter för sex mot ersättning tas främst via internet [78].

Utvecklingsmedel och kompetensstöd bidrar till förbättringar

Sedan 2012 har Socialstyrelsen fördelat cirka 212 miljoner kronor i utvecklingsmedel till kommuner och ideella föreningar. Målet har varit att höja kvaliteten i socialtjänstens stöd till våldsutsatta och barn som utsatts för eller bevittnat våld samt till våldsutövare, och att stödet ska bli mer likvärdigt över landet [79]. Kommunerna har bland annat använt pengarna till att kartlägga omfattningen av våldet, öka samverkan och utveckla personalens kompetens.

Utvecklingsmedlen har kopplats till ett nationellt och regionalt kunskaps- och metodstöd. Genom det har Socialstyrelsen och länsstyrelserna kunnat nå ut till professionen med normering och kunskapsstöd på området våld i nära relationer. Socialstyrelsen har också förmedlat kunskap till särskilda utvecklingsledare på länsstyrelserna, och de har i sin tur ansvarat för det regionala kunskapsstödet till kommuner och ideella föreningar.

Socialstyrelsens bedömning är att kommunernas arbete med våld i nära relationer går framåt, men att det kan bli bättre. Det finns fortfarande betydande skillnader över landet när det gäller stödet till våldsutsatta barn och vuxna, barn som bevittnat våld samt våldsutövare.

Inom ramen för kompetensstödet samarbetar länsstyrelserna med NCK, och man har gemensamt tagit fram en webbsida för kommuner på NCK:s kunskapsbank. NCK utvecklar även en webbaserad introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, i samverkan med länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Den beräknas vara färdig under våren 2016.

¹¹ Cis är latin för ”på samma sida” och sammansättningar såsom cisperson, cisman eller ciskvinna avser att en persons juridiska kön, biologiska kön, könsidentitet och könsuttryck är linjärt, hänger samman och alltid har hängt samman enligt normen.

Hemlöshet

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Socialtjänsten har länge fått ta ett allt större ansvar för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Cirka 90 procent av kommunerna har en så kallad sekundär bostadsmarknad.
- Av landets 290 kommuner bedömer 183 att det råder ett underskott på bostäder på marknaden. Det är 27 kommuner fler än i 2014 års bostadsmarknadsenkät.
- Cirka 40 procent av kommunerna anger att de har riktlinjer för bostadsförsörjning som antogs under förra mandatperioden och gällde fram till januari 2015. Det är en tydlig ökning jämfört med tidigare år, då andelen var runt 25 procent av kommunerna.
- Antalet vräkningar fortsätter att sjunka. Eftersom det är mycket svårt att komma tillbaka på bostadsmarknaden efter en vräkning är det viktigt att göra det möjligt för människor behålla sin bostad. År 2015 inkom 6 684 ansökningar om vräkning till Kronofogden, varav 2 224 verkställdes. Färre barn berörs av vräkning än tidigare, samtidigt som det fortfarande finns barn som lever under osäkra förhållanden – trots satsningar på området.

Flera orsaker bakom hemlöshet

Orsaken till hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden kan finnas på flera nivåer; den kan vara strukturell, institutionell och individuell. Hemlöshet omfattar såväl det bostadspolitiska som det socialpolitiska området, och det är alltså en komplex fråga. Det finns också en nära koppling mellan arbetslöshet och bostadslöshet [80]. Den som saknar inkomst från arbete har i många fall svårt att få ett förstahandskontrakt på den ordinarie bostadsmarknaden. Dessutom råder bostadsbrist på ett antal orter, och framför allt behövs hyresrätter för ekonomiskt svagare grupper [81].

Hemlöshet bland EU-medborgare

Hemlösheten och fattigdomen har blivit märkbart synlig i Sverige under de senaste åren, och över hela Sverige finns nu personer som tigger, främst från östra Europa. Socialstyrelsen gjorde 2012 en kartläggning av de personer som lever i hemlöshet och som vistas i Sverige med stöd av EU:s fria rörlighet, och den visade att många har sökt sig hit för att få arbete och försörjning [82]. De utrikesfödda hemlösa är dock inte en homogen grupp, och de har olika förutsättningar och behov. Här fanns både arbetsföra unga män med utbildning och familjer som flyr fattigdom och diskriminering.

Många i kartläggningen hade tagit emot stöd och hjälp i form av mat, kläder och rådgivning, främst genom kyrkors och ideella organisationers försorg. Kommunernas socialtjänst möter inte denna grupp i någon större utsträckning och ger vanligtvis endast akuta insatser. I de större städerna finns dock uppsökande verksamhet som riktar sig direkt till gruppen, och några har också byggt upp en verksamhet som tar hänsyn till deras speciella behov. Ett sådant exempel är Crossroads som finns i Stockholm, Göteborg och Linköping och är ett samarbete mellan Stadsmissionen och viktiga lokala aktörer.

SKL gjorde 2014 en kartläggning av kommunernas kännedom om målgruppen [83]. Totalt 70 kommuner svarade att de har haft kontakt med målgruppen och 18 av dessa har haft kontakt med fler än 11 personer. För att ge stöd till kommunerna har Socialstyrelsen reviderat den vägledning som finns om rätten till socialt bistånd för medborgare inom EU/EES-området [84]. Vi ser att detta är en aktuell och angelägen fråga för kommunerna, och att EU-medborgares hemlöshet ställer nya krav på dem, men Socialstyrelsen har inte gjort någon ny undersökning sedan dess.

Situationen för nyanlända på bostadsmarknaden är ansträngd

Antalet personer som söker asyl i Sverige har ökat under de senaste åren, främst till följd av kriget i Syrien. Många av dem som kommer får uppehållstillstånd och tas emot i kommunerna. År 2015 sökte cirka 150 000 personer asyl i Sverige, jämfört med cirka 80 000 året innan [85]. De regionala bostadsmarknadsanalyserna visar att situationen för nyanlända på bostadsmarknaden är ansträngd, och fler kommuner än tidigare har svårt att tillgoda behovet av bostäder. Att få tillgång till en egen bostad är dock en viktig del för att integreras i samhället [81].

Stockholms stadsmission utvärderade 2015 kommunernas ägardirektiv till 43 allmännyttiga bostadsbolag i 26 kommuner¹². Utvärderingen visar att få av strategidokumenterna berör nyanlända och EU-migranter; bara 2 av 43 ägardirektiv nämner specifikt flyktingar och EU-migranter och deras behov och förutsättningar på bostadsmarknaden [86].

Socialtjänsten tar allt större ansvar för personer utanför bostadsmarknaden

Socialtjänsten tar ett allt större ansvar för personer som inte kommer in på den ordinarie bostadsmarknaden. Cirka 90 procent av kommunerna har en så kallad sekundär bostadsmarknad.¹³ År 2015 publicerade Socialstyrelsen i samverkan med Boverket en kvalitativ intervjuundersökning om utvecklingen på den sekundära bostadsmarknaden [87]. Den visar tydligt att behovet

¹² Det handlar om den befolkningsmässigt största kommunen i respektive län samt de sex största kommunerna i landet.

¹³ 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 gäller boendelösningar med någon form av hyresavtal, vanligtvis andrahandskontrakt, där boendet är förenat med tillsyn och/eller särskilda villkor eller regler.

av en sådan marknad inte avtar, och att det är breda grupper i samhället som inte blir godkända på den ordinarie bostadsmarknaden och därmed behöver socialtjänstens hjälp. Boverket publicerade under året också en analys av kommunernas kostnader för den sekundära bostadsmarknaden och kommunernas kostnader i övrigt för personer som inte har en egen bostad. Den sekundära bostadsmarknaden beräknas kosta kommunerna 1,8 miljarder kronor årligen, vilket motsvarar 140 000 kronor per person utan egen bostad [88].

Bostadsmarknadens tendenser

Boverket sammanställer varje år länsstyrelsernas regionala analyser av bostadsmarknaden [89]. Med hjälp av underlag från alla landets 290 kommuner kan Boverket presentera en sammanhållen bild av bostadsmarknaden i Sverige 2015–2016:

- Totalt 183 kommuner anser att det råder ett underskott på bostäder på marknaden. Det är 27 kommuner fler än i 2014 års bostadsmarknadsenkät. Behovet gäller framför allt billiga och små bostäder.
- Drygt 80 procent av Sveriges befolkning bor i kommuner som bedömer att de har ett underskott på bostäder.
- Cirka 4 000 allmännyttiga bostäder såldes under år 2014, vilket är drygt 60 procent färre än 2013. Totalt ökade det allmännyttiga bostadsbeståndet med cirka 2 500 bostäder under 2014.
- Antalet kommuner som uppger att de har ett underskott på bostäder för nyanlända har ökat kraftigt. Totalt 244 kommuner uppger att de har ett underskott, vilket är 48 kommuner fler än i 2014 års bostadsmarknadsenkät.
- Cirka 40 procent av kommunerna anger att de har aktuella riktlinjer för bostadsförsörjningen (riktlinjer som var giltiga fram till januari 2015). Det är en tydlig ökning jämfört med tidigare år, då andelen var runt 25 procent av kommunerna.

Av 1 § lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (2000:1383) följer att varje kommun ska ta fram riktlinjer för bostadsförsörjningen och att planeringen ska skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder [81]. I storstadsregionerna är det dock svårt att ordna bostäder för alla grupper och bostadsmarknadens utveckling påverkar socialtjänstens arbete mot hemlöshet [89].

Vräkningarna minskar något

Antalet vräkningar fortsätter att sjunka. Eftersom det är mycket svårt att komma tillbaka in på bostadsmarknaden efter en vräkning är det viktigt att göra det möjligt för människor att behålla sin bostad. År 2015 inkom 6 684 ansökningar om vräkning till Kronofogden, varav 2 224 verkställdes. År 2014 var det 7 071 ansökningar om vräkning varav 2 225 verkställdes. Detta är en fortsättning på en nedgång som syns under de senaste 25 åren [90].

Antal barn berörda av verkställd avhysning uppgick under 2015 till 472 stycken. Det är en ökning med cirka 3 procent jämfört med 2014 då antalet uppgick till 459. Trots ökningen är antalet det näst lägsta antalet sedan Kronofogden började föra statistiken 2008. Sammanlagt rör det sig om 249 avhysningar vilket är en ökning med cirka 6 procent jämfört med 2014 då antalet uppgick till 234. Därutöver har 1 109 barn riskerat att bli berörda men avhysningen har inte verkställts. I detta sammanhang är det troligt att det finns ett mörkertal framför allt beträffande barn och unga som vistas hos föräldrar för umgänge då information inte alltid har kunnat inhämtas, till exempel i ärenden som återkallas tidigt. Sammanlagt har därmed 1 581 barn riskerat eller blivit berörda av en avhysning under 2015. Jämfört med 2014 är det en minskning från 1 978 barn [91].

Kommunernas insatser för hemlösa

Varje år publiceras officiell statistik över kommunernas insatser för personer med missbruk och andra vuxna personer utan eget substansmissbruk.¹⁴ En av kommunernas insatser för hemlösa personer är bistånd för boende med stöd av 4 kap. 1 § SoL. Den 1 november 2014 fick drygt 10 200 vuxna personer utan eget substansmissbruk bistånd för boende, vilket var ungefär lika många som 1 november 2013. Personer med sådant bistånd hade i genomsnitt 223 boendedygn, vilket var en ökning från året innan (209 dygn) [92].

Samma datum fick drygt 6 000 personer med missbruks- och beroendeproblem bistånd för boende, vilket innebär en minskning med drygt 2 procent jämfört med året innan. I genomsnitt omfattade insatsen 189 boendedygn per person. Det innebär att färre personer fick fler dagar år 2014 jämfört med år 2013 [93].

¹⁴ Fram till och med 2014 års statistikrapport publicerades denna statistik under rubriken ”Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna”.

Kostnadsutvecklingen inom individ- och familjeomsorgen

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Nästan alla kostnadsposter inom individ- och familjeomsorgen minskade under perioden 2010–2014, utom kostnaderna för barn och unga. Kostnaderna för institutionsvård, HVB och öppna insatser ökade mest.

Detta kapitel bygger till största delen på presentation i form av tabeller, och här beskriver Socialstyrelsen kostnaderna och kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen åren 2010–2014. Vi använder främst kostnadsmåttet *kostnad för det egna åtagandet*.

Fokus ligger på den offentligt finansierade vården och omsorgen. Alla kostnader är fastprisberäknade till 2014 års prisnivå, vilket innebär att kostnaderna för olika år räknas om till en gemensam prisnivå med hjälp av ett index. Som underlag för uppräkningsen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2014 för respektive verksamhetsområde. Genom att fastprisberäkna kostnaderna går det att jämföra kostnaderna för olika år.

Kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen

Individ- och familjeomsorgen omsatte totalt 41,4 miljarder kronor 2014. Det motsvarar 19,9 procent av socialtjänstens omsättning. Kostnaderna för individ- och familjeomsorgen har minskat med 2,6 miljarder kronor sedan 2010 och dess andel av socialtjänsten har minskat med 0,8 procentenheter i förhållande till 2010. I förhållande till BNP var dock kostnadsandelen densamma 2014 som 2010.

Inom individ- och familjeomsorgen köptes verksamhet från andra utförare för 9,3 miljarder kronor. Det motsvarar 23 procent av individ- och familjeomsorgens kostnader. De flesta köpen gjordes inom barn- och ungdomsvården, till ett värde av 6,2 miljarder kronor.

Ökade kostnader för barn och unga

Det är främst insatser till barn och unga som kräver mer resurser, kostnaderna ökar och sådana insatser stod 2014 för 42 procent av individ- och familjeomsorgen. Kostnaderna för barn och unga uppgick 2014 till 17,4 miljarder kronor och summan fördelas ungefär jämt mellan insatserna HVB, familjehem och öppna insatser. Sammantaget under perioden 2010–2014 var

det övriga öppna insatser inom barn- och ungdomsvården som hade ökat mest, med 23 procent sedan 2010. Med övriga öppna insatser avses insatser som ges utan ett individuellt beslut och utan krav på inskrivning, till exempel ungdomsmottagningar och öppna träfflokaler (tabell 7).

Missbruks- och beroendevården

Resurserna för insatser till vuxna med missbruks- och beroendeproblem minskade under perioden 2010–2014. Kostnaderna för missbruks- och beroendevården uppgick 2014 till 6,6 miljarder kronor, vilket är en minskning med nästan 4 procent jämfört med 2010. Minskningen avser främst individuellt behovsprövade insatser och övriga öppna insatser som inte är individuellt behovsprövade. Den enda kostnadsposten som ökade var bistånd för boende som ökade med 9 procent i jämförelse med 2010 (tabell 7).

Ekonomiskt bistånd

Tidigare var ekonomiskt bistånd den största kostnadsposten, inom individ- och familjeomsorgen, men från och med 2012 är kostnaderna för insatser till barn och unga större. Kostnaderna för ekonomiskt bistånd uppgick 2014 till 14,8 miljarder kronor, vilket är en minskning med 18 procent sedan 2010. Den största minskningen avser kostnader för flyktinghushåll. Det är en effekt av att Arbetsförmedlingen 2010 övertog ansvaret för vissa delar av introduktionen av nyanlända och därmed även kostnaderna för olika etableringssättningar till flyktinghushåll.

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd exklusive flyktinghushåll har också minskat, med 8 procent i förhållande till 2010. I dessa kostnader ingår både bokförda kostnader för utbetalt bistånd och kostnader för socialtjänstens administration, det vill säga de löner, lokaler och material som krävs för att betala ut det ekonomiska biståndet (tabell 7).

Övriga insatser till vuxna

Posten övriga insatser till vuxna består av insatser till vuxna med spelmissbruk eller spelberoende, till vuxna med behov av stöd i föräldrarollen och till vuxna med behov av stöd på grund av en anhörigs missbruk samt stöd till våldsoffer. Även individuellt behovsprövade insatser för hemlösa ingår här. Kostnaderna för dessa verksamheter uppgick 2014 till 1,8 miljarder kronor, vilket är en minskning i förhållande till 2010 med 6 procent (tabell 7).

Färdtjänst är inte någon socialtjänstinsats, men redovisas ändå här för att den berör många personer som också har insatser inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. År 2014 kostade färdtjänsten 1,9 miljarder kronor, vilket är en minskning i förhållande till 2010 (tabell 7).

Tabell 7. Individ- och familjeomsorgens kostnadsutveckling

Kostnadsutvecklingen för individ- och familjeomsorgen 2010–2014, förändring mellan åren, andel av individ- och familjeomsorgens respektive socialtjänstens kostnader samt andel av BNP, miljoner kronor och procent, 2014 års pris.

	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
<i>Insatser till barn och unga</i>	16 399	17 427	17 659	17 311	17 437	1 038	6,3	42,1
Institutionsvård/HVB	5 579	6 141	6 136	5 881	6 136	558	10,0	14,8
Familjehemsvård	5 439	5 785	5 928	5 719	5 817	378	6,9	14,1
Öppna insatser	5 380	5 501	5 594	5 711	5 484	103	1,9	13,2
Individuell behovsprövad öppen vård	3 654	3 679	3 648	3 467	3 362	-292	-8,0	8,1
Övriga öppna insatser	1 727	1 822	1 946	2 244	2 122	395	22,9	5,1
<i>Insatser till vuxna med missbruk/ beroende</i>	6 848	6 818	6 794	6 546	6 579	-268	-3,9	15,9
Institutionsvård	2 930	2 957	2 967	2 816	2 903	-27	-0,9	7,0
Familjehemsvård	206	192	215	204	188	-18	-8,8	0,5
Öppna insatser	3 712	3 669	3 612	3 526	3 488	-223	-6,0	8,4
Bistånd som avser boende	1 738	1 761	1 885	1 869	1 894	155	8,9	4,6
Individuell behovsprövade insatser	1 111	1 057	1 017	1 009	963	-148	-13,3	2,3
Övriga öppna insatser	862	851	710	648	631	-231	-26,8	1,5
<i>Ekonomiskt bistånd</i>	18 052	17 667	16 579	15 712	14 809	-3 243	-18,0	35,8
Ekonomiskt bistånd exkl. flyktinghushåll	14 818	15 165	15 360	14 681	13 697	-1 121	-7,6	33,1
Ekonomiskt bistånd till flyktinghushåll	3 234	2 502	1 219	1 031	1 112	-2 122	-65,6	2,7
Övriga insatser till vuxna	1 951	1 717	1 761	1 822	1 829	-122	-6,3	4,4
Familjerätt och familjerådgivning	744	760	772	759	743	-1	-0,2	1,8
Individ- och familjeomsorg totalt	43 993	44 389	43 565	42 151	41 397	-2 596	-0,1	100
Individ- och familjeomsorgens andel av socialtjänsten	20,8	20,5	20,0	19,9	19,9		-0,8	
Individ och familjeomsorgens andel av BNP	1,06	1,04	1,04	1,05	1,06		0	
Färdtjänst/riksfärdtjänst	2 317	2 346	2 226	2 072	1 878	-438	-18,9	

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2010–2014, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2014 Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Socialstyrelsen. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. 2010.
2. Regeringens proposition 2005/06:46 Mottagande av ensamkommande barn.
3. Migrationsverket. Aktuellt om ensamkommande barn och ungdomar januari 2016.
4. Socialstyrelsen. Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn – läget januari 2016. Dnr 10.1-28907/2015; 2016.
5. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2016.
6. Regeringens proposition 2015/16:43 Stödobende – en ny placeringsform.
7. Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.
8. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2015.
9. www.statistikdatabasen.scb.se. Statistiska centralbyrån; 2015.
10. www.skolverket.se
11. Socialstyrelsen. Kartläggning av tillämpningen av förebyggande insatser enligt 22 § LVU; 2015.
12. Regeringens proposition 2012/13:175 Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
13. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av barn- och ungdomsvården. 2015.
14. Socialstyrelsen. Kompetenssatsning inom den sociala barn- och ungdomsvården. Redovisning av 2014 års satsning. 2015.
15. Socialstyrelsen. Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
16. Inspektionen för vård och omsorg. En trygg och säker vård – Har personalen lämplig utbildning?; 2013.
17. Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga (SOU 2014:3).
18. Vinnerljung, B, Andreassen, T. Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård; 2015.
19. Regeringens proposition 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd till barn och unga.
20. Socialstyrelsen. Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn – läget januari 2016. Dnr 10.5-29723/2015; 2016.
21. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har vi sett? – Resultat från inspektion 2010-2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § LSS; 2013.

22. Hjern, A, Manhica, H. Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Nka Barn som anhöriga; 2013.
23. Hjern, A, Arat, A, Vinnerljung, B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Nka Barn som anhöriga; 2014.
24. Grip, K. The Damage Done – Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers: Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children; Avhandling, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; 2012.
25. Hovstadius, B, Ericson, L, Magnusson, L. Barn som anhöriga. Ekonomisk studie av samhället långsiktiga kostnader.; 2015.
26. Socialstyrelsen. Tandhälsa och tandvårdskonsumtion bland unga vuxna som varit placerade i heldygnsvård; 2016.
27. Socialstyrelsens tandhälsoregister.
28. Socialstyrelsen. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar; 2014.
29. Berlin, M, Vinnerljung, B, Hjern, A. School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. Children and Youth Services Review 2011; (33):2489–97.
30. Socialstyrelsen. Social rapport; 2010.
31. Vård efter behov och lika villkor – en mänsklig rättighet (SOU 2011:48). 2011:
32. Björngren Cuadra, C. “Collateral Damage” and Reframing of Recognizability in Swedish Public Social Services. British Journal of Immigrant & Refugee Studies. 2015; 3:302-20.
33. Jönsson, J. Local reactions to global problems: Undocumented immigrants and social work. British Journal of Social Work. 2014; 44(4).
34. Socialstyrelsen. Så kan Socialtjänsten bli känd och tillgänglig för barn och unga. Förstudie inför arbete med att utforma och sprida information om socialtjänsten för barn och unga.
35. Barnombudsmannen. Årsrapport 2010. I.m sorry. Röster från särskilda ungdomshem 2010.
36. Barnombudsmannen. Bakom fasaden; 2011.
37. Barnombudsmannen. Oskyddad. 2012.
38. Socialstyrelsen. Ensamkommande barns och ungas behov – En kartläggning; 2013.
39. Socialstyrelsen. Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2014. Belopp samt antal biståndsmottagare och antal biståndshushåll.; 2015.
40. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser ekonomiskt bistånd 2015; 2015.
41. Socialstyrelsen. Jobbstimulans inom ekonomiskt bistånd – en uppföljning; 2016.

42. Regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2015.
43. Folkhälsomyndigheten. Samlad uppföljning av ANDT-strategin; 2015.
44. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Hur mycket dricker svensken? Registerad och oregistrerad konsumtion 2001-2014. CAN-rapport 152; 2014.
45. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Skolelevers drogvanor 2015.
46. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor; 2014.
47. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata 2014.
48. Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (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. Rapport 55.; 2014.
49. EMCDDA. Europeisk narkotikarapport. Trender och utveckling.; 2015.
50. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Drogutvecklingen i Sverige 2014. CAN rapport 144; 2014.
51. Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2014.; 2015.
52. Socialstyrelsen. Dödsorsaker; 2014.
53. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning.; 2014.
54. Leifman, H, Rehnman, C, Sjöblom, E, Holgersson, S. Anabolic androgenic steroids – use and correlates among gym users. An assessment study using questionnaires and observations at gyms in the Stockholm region. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2011; 8(7):2656-74.
55. Hoff, D, & Herngren, E. En kartläggning av träningsvanor och dopning i Kalmar 2007; 2008.
56. 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(2):83-90.
57. Socialstyrelsen. Sjukdomar i slutenvård 1989-2014; 2015.
58. Socialstyrelsen. Patientregistret; 2015.
59. Socialstyrelsen. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. ; 2015.
60. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014. Missbruks- och beroendevården. Guide för tolkning av resultaten.; 2015.
61. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014 – Vård och omsorg om äldre – Jämförelser mellan kommuner och län; 2014.

62. Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige (Ds 2015:56).
63. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap; 2016.
64. Socialstyrelsen. Att stärka kvaliteten i hem för vård eller boende (HVB) för personer med missbruks- och beroendeproblem.; 2015.
65. Socialstyrelsen. Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag; 2015.
66. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Våld och hälsa – en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa; 2014.
67. (BRÅ), Br. Brott i nära relationer – en nationell kartläggning. Stockholm; 2014.
68. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2015. Stöd till brottsoffer.
69. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Redovisning av regeringsuppdraget att utveckla den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen (U2011/3939/JÄM); 2015.
70. Socialstyrelsen. Kvalitet i skyddade boenden; 2015.
71. Socialstyrelsen. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta att hämta personliga tillhörigheter; 2015.
72. Socialstyrelsen. Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer; 2015.
73. Polisen. Redovisning av regeringsuppdrag. Polisens medverkan när den som utsatts för brott behöver hämta tillhörigheter i hemmet.; 2015.
74. Missiv. Slutredovisning av uppdrag att utveckla bedömningsinstrument och stödinsatser för personer utsatta för våld av närstående. 2012:
75. Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och våga fråga - vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutathet; 2015.
76. Socialstyrelsen. Partnerkontakt: Säkerhetsarbete med våldsutsatta personer när våldsutövaren går i behandling. En studie av en försöksverksamhet; 2015.
77. Socialstyrelsen. Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet.; 2015.
78. RFSL ungdom. Sex för X. Sex mot ersättning bland hbtq-personer; 2015.
79. Socialstyrelsen. Att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer. En slutredovisning om utvecklingsmedel och kompetensstöd 2012-2014; 2015.
80. Socialstyrelsen. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011, omfattning och karaktär; 2011.
81. Boverket. Sammanställning av länsstyrelsernas regionala analyser av bostadsmarknaden 2014; 2014.
82. Socialstyrelsen. Hemlöshet bland utrikesfödda personer utan permanent uppehållstillstånd i Sverige.; 2013.

83. Sveriges Kommuner och Landsting. Enkät svar från kommunerna om EU/EES medborgare i akut hemlöshet.
84. Socialstyrelsen. Rätten till socialt bistånd för medborgare inom EU/EES-området En vägledning. Socialstyrelsen.; 2014.
85. www.migrationsverket.se
86. Stockholms Stadsmission. Stockholms Stadsmissions hemlöshetsrapport– Hemlöshet 2015.
87. Socialstyrelsen. Uppföljning av den sekundära bostadsmarknaden – samverkan med Boverket.; 2015.
88. Boverket. Kommunernas kostnader för boendelösningar till personer utanför den ordinarie bostadsmarknaden; 2015.
89. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten 2015.
90. Kronofogden. Avhysningsstatistik 1982–2105; 2015.
91. Kronofogden. Fördjupad statistik av vräkningar som berört barn 2015.
92. Socialstyrelsen. Boende, institutionsvård och anhörigstöd – insatser år 2014; 2015.
93. Socialstyrelsen. Vuxna personer med missbruk och beroende - insatser år 2014; 2015.

Databaser

Kommunernas räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/

Landstingens räkenskapssammandrag, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Offentlig-ekonomi/Finanser-for-den-kommunala-sektorn/Rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/

De svenska hälsoräkenskaperna (SHA) 2001-2013, Statistiska centralbyrån,
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/

Statistik och hälso- och sjukvård och regional utveckling, Sveriges Kommuner och Landsting,
<http://webbutik.sk1.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/statistik-om-halso-och-sjukvard-och-regional-utveckling-2014.html>

Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2016
(artikelnr 2016-2-22) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se