

Utvecklingen inom den kommunala sektorn



2006

IDROTTSKLUBB
PASO DOBLE
RÖRELSEGLÄDJE



Regeringens skrivelse
2006/07:102

Regeringens skrivelse

2006/07:102

Utvecklingen inom den kommunala sektorn

Skr.
2006/07:102

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 3 april 2007

Fredrik Reinfeldt

Mats Odell
(Finansdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen lämnar regeringen en översiktlig redovisning av hur ekonomin och verksamheten i kommuner och landsting har utvecklats de senaste åren.

Redovisningen av den ekonomiska utvecklingen innefattar i huvudsak utvecklingen av kommunsektorns andel i samhällsekonomin, resultatutvecklingen för kommuner och landsting, sysselsättningsutvecklingen samt utvecklingen av statliga bidrag till kommunsektorn.

Redovisningen av utvecklingen i den kommunala verksamheten omfattar i första hand de obligatoriska verksamheterna skola, vård och omsorg. Redovisningen syftar till att beskriva hur dessa verksamheter utvecklats i förhållande till de nationella mål som riksdagen och regeringen har formulerat.

Redovisningen av de kommunala verksamheterna avser i huvudsak förhållandena t.o.m. verksamhetsåret 2005. De årtal som redovisas kan variera mellan olika verksamhetsområden, bl.a. beroende på när den offentliga statistiken finns tillgänglig. Förutsättningarna för de olika verksamhetsområdena att redovisa graden av måluppfyllelse är också olika.

1	Sammanfattning.....	4
1.1	Kommunal ekonomi.....	4
1.2	De kommunala verksamheterna.....	5
1.3	Valet 2006.....	8
2	Kommunal ekonomi.....	9
2.1	Mål för den kommunala ekonomin.....	9
2.2	Resultatförbättring i kommunsektorn även 2006.....	9
2.3	Positiva resultat för en majoritet av landets kommuner och landsting även 2006.....	11
2.4	God ekonomisk hushållning.....	17
2.5	Anslaget för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting.....	21
2.6	Nettokostnader i olika verksamheter.....	22
2.7	Köp av verksamhet.....	24
2.8	Kommunal personal.....	26
2.9	Statsbidrag till kommunsektorn.....	29
2.10	Kommunala skattesatser.....	34
2.11	Kommunalekonomisk utjämning.....	35
2.12	Kostnadsutjämning för funktionshindrade (LSS).....	37
3	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	39
3.1	Verksamhetsområde hälso- och sjukvård.....	39
3.2	Verksamhetsområde tandvård.....	59
4	Socialtjänst.....	64
4.1	Äldreomsorg.....	64
4.2	Insatser för personer med funktionshinder.....	73
4.3	Individ och familjeomsorg.....	78
5	Förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning.....	91
5.1	Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg.....	91
5.2	Förskoleklass.....	97
5.3	Grundskolan.....	98
5.4	Gymnasieskola.....	103
5.5	Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola.....	109
5.6	Vuxenutbildning.....	110
6	Demokrati och organisation.....	116
6.1	Valet 2006.....	116
6.2	Folkomröstningar.....	117
6.3	Förtroendevalda.....	117
6.4	Demokratiarbetet på lokal nivå.....	118
6.5	Förändringar av kommunernas politiska organisation....	119
7	EU:s påverkan på kommuner och landsting.....	120
7.1	EU:s upphandlings- och statsstödsregler.....	120
7.2	Miljö, livsmedel och djurskydd.....	121
7.3	Hälso- och sjukvård.....	122
7.4	Regional utvecklingspolitik.....	122

8	Introduktion av nyanlända invandrare.....	124	Skr. 2006/07:102
8.1	Kostnader och prestationer	127	
	Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 3 april 2007.....	130	

1.1 Kommunal ekonomi

För kommunsektorn som helhet förbättrades resultatet ytterligare under 2006. Det sammantagna överskottet uppgick enligt preliminära uppgifter till 15,3 miljarder kronor före extraordinära poster. Kommunerna redovisade sammantaget ett överskott på 13,4 miljarder kronor och landstingen 1,9 miljarder kronor.

Enligt preliminära resultat för 2006 hade över 280 av 290 kommuner positiva resultat före extraordinära poster. Av landstingen hade 18 av 20 positiva resultat.

Kommunernas nettokostnader ökade med nära 18 procent (51 miljarder kronor) mellan 2001 och 2005. Löneökningar förklarar en stor del av kostnadsutvecklingen för alla verksamheter. Den sammantagna kostnaden för löner ökade med nästan 43 miljarder kronor.

En fastprisberäkning av kostnadsutvecklingen visar att de reala kostnaderna 2005 ökade inom handikappomsorgen, barnomsorgen, gymnasiet och hälso- och sjukvården. Däremot minskade de reala kostnaderna något inom individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen och grundskolan.

Den del av kommunernas verksamhet som utförs av företag och föreningar ökade något 2005. Sedan 2000 har ökningen varit störst inom utbildningsverksamheten där andelen mer än fördubblats. Störst andel finns inom individ- och familjeomsorg.

Totalt var 1 096 000 personer anställda i kommuner och landsting 2005, vilket innebar en ökning med 27 000 mellan 2001 och 2005. Fördelningen kvinnor och män inom kommuner och landsting har inte förändrats nämnvärt mellan 2001 och 2005. Av de anställda 2005 var 79,4 procent kvinnor.

Sjukfrånvaron i den kommunala sektorn varierade stort mellan olika yrken. Högst sjukfrånvaro i de 15 vanligaste yrkena fanns bland vårdbiträden och städare och lägst bland grundskolelärare och gymnasielärare.

Löneskillnaderna mellan kvinnor och män var små i kommunerna i likhet med tidigare år. Löneskillnaderna minskade betydligt och utjämnades nästan helt för kommunerna, när hänsyn togs till skillnader i yrke, ålder, utbildning, arbetstid och yrke i en s.k. standardvägning. Efter standardvägning var kvinnors lön som andel av männens drygt 99 procent 2005 i kommunerna. Löneskillnaderna var något större i landstingen.

Det fanns 2006 totalt 104 anslag på statsbudgeten som omfattade bidrag till kommunsektorn. De specialdestinerade statsbidragen ökade sin andel av de totala statsbidragen från 33 till 41 procent mellan 2002 och 2006. Sammantaget ökade de specialdestinerade bidragen under perioden 2002–2006 från 40,8 till 45,1 miljarder kronor, varav läkemedelsförmånen stod för en betydande del.

Mellan 2006 och 2007 sjönk den genomsnittliga skattesatsen för första gången sedan 2002. Av 24 kommuner som sänkte skatten var

1.2 De kommunala verksamheterna

Hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen redovisar att Sveriges hälso- och sjukvård har fått ett flertal positiva omdömen i internationella granskningar. De positiva omdömena rörde den svenska befolkningens hälsotillstånd, hälso- och sjukvårdens kvalitet och valfriheten inom vården.

Trots dessa goda omdömen finns det områden där den svenska hälso- och sjukvården kan bli bättre såsom exempelvis inom tillgängligheten till primärvården, olikheterna i vård mellan landstingen samt rehabilitering inom psykiatri och missbrukarvård. Att åstadkomma kortare väntetider och kortare vårdköer är det som befolkningen anser vara viktigast i sitt eget landsting. Ingenting tyder på att befolkningen anser att det har skett några förbättringar när det gäller väntetid till besök hos allmänläkare mellan 2002 och 2005. Effekterna av den vårdgaranti som infördes i november 2005 än så länge oklara. Enligt mätningar i november 2006 får var fjärde patient ofrivilligt vänta längre än 90 dagar på behandling.

Socialstyrelsens och den nationella psykiatrisamordnarens rapporter visar att det finns fortsatt stora behov av förbättringar av vård och stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder.

Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick under 2005 till 160,9 miljarder kronor, inklusive läkemedelsförmånerna.

Tandvård

Andelen barn som bedömdes kariesfria i det primära bettet (mjölkttandsbettet) ökade mellan 1985 och 2005, men under den senaste femårsperioden har det inte skett någon större förändring. Vårderna har dock försämrats något för den tredjedel av barnen som har den sämsta tandhälsan.

Enligt preliminära uppgifter för 2005 minskade tandvårdens totala kostnader med drygt 1 procent jämfört med 2004.

Socialtjänst

Äldreomsorg

Det totala antalet äldre som fick hjälp av något slag minskade svagt mellan 2001 och 2005. Antalet personer med hemtjänst ökade och antalet personer i särskilt boende minskade.

Det pågår en utveckling i kommunerna i riktning mot en ökad systematisk verksamhetsuppföljning, vilket är en god grund för utvecklingen av ett enhetligt nationellt system för öppna jämförelser.

Icke verkställda beslut är fortfarande ett problem, liksom avslag trots bedömt behov, främst när det gäller särskilt boende. I vissa ärenden tar

det lång tid innan ett beslut verkställs. Omfattningen av problemet förändrades inte mellan 2004 och 2005. Skr. 2006/07:102

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2005 till 80,3 miljarder kronor.

Insatser för personer med funktionshinder

Kvaliteten har förbättrats inom handikappomsorgen men det finns områden där brister kvarstår enligt länsstyrelserna. Tillämpningen av LSS börjar bli mer likvärdig mellan kommunerna och kraven på dokumentation har medfört ett tydligare individperspektiv. Bemanningen har dock blivit lägre i bostäder med särskild stöd och service.

År 2005 hade ca 54 300 personer, varav 30 800 män och 23 500 kvinnor, en eller flera insatser enligt LSS, exklusive insatsen rådgivning och annat personligt stöd.

Kommunernas kostnader för LSS uppgick 2005 till ca 27,7 miljarder kronor. I fasta priser var kostnadsökningen 15 procent mellan 2001 och 2005. Huvuddelen av kostnaderna för handikappomsorgen avsåg kostnader för insatser enligt LSS och kommunernas andel av kostnaden för LASS. Mest ökade kostnaderna för personlig assistans, 41 procent.

Individ och familjeomsorg

År 2005 fick drygt 225 000 hushåll, bestående av 407 000 personer, ekonomiskt bistånd någon gång under året. Antalet biståndsmottagare har sjunkit med 44 procent sedan 1998, då antalet var som högst.

Under 2006 uppgick kostnaderna för ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra invandrare) till 8,7 miljarder kronor, vilket är i det närmaste oförändrat jämfört med 2005.

Det sker en förstärkning av förebyggande och öppna insatser inom barn- och ungdomsvården. Antalet barn och ungdomar med öppenvårdsinsats var ganska konstant under 2001–2005 medan antalet barn och unga som fick heldygnsvård ökade. År 2005 uppgick kostnaderna för barn- och ungdomsvården till 11,2 miljarder kronor.

Inom missbruksområdet rapporterar länsstyrelserna att många kommuner arbetar för att skapa en sammanhållen och heltäckande vårdkedja och satsar på drogförebyggande och uppsökande insatser. Antalet personer inom missbrukarvården låg totalt sett på ungefär samma nivå 2001–2005. Fler får dock öppna insatser och färre dygnsvård. År 2005 uppgick kommunernas kostnader för missbrukarvården till 4,7 miljarder kronor.

Förskoleverksamhet, skola och vuxenutbildning

Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg

Internationella undersökningar framhåller den svenska förskolan som ledande bland världens länder i kvalitetshänseende. Skolverket har

kunnat konstatera att förskolornas arbete med barnens utveckling och lärande överlag är av god kvalitet i förhållande till läroplanens mål.

Skolverket följer regelbundet upp hur kommunerna uppfyller kravet på plats utan oskäligt dröjsmål. Den senaste uppföljningen för 2005 visar att nästan alla kommuner kunde erbjuda plats inom den utsatta tiden.

Enligt Skolverkets avslutande utvärdering av maxtaxereformen har samtliga kommuner infört maxtaxa i förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. En allt högre andel barn var inskrivna i förskolan vilket tyder på att efterfrågan har ökat. Utvecklingen var den motsatta inom familjedaghem, där andelen inskrivna barn minskade.

Den totala kostnaden för förskolan uppgick 2005 till 37,6 miljarder kronor. Den totala kostnaden för fritidshem 2005 var 10,4 miljarder kronor.

Grundskola

Av dem som lämnade grundskolan våren 2006 var 89,5 procent behöriga till gymnasieskolan, vilket är en liten ökning jämfört med året innan.

Enligt Skolverket når flickor bättre skolresultat än pojkar inom 15 av totalt 16 ämnen i grundskolan. Skillnaderna mellan pojkarnas och flickornas resultat är lika stora oavsett social eller utländsk bakgrund.

Kostnaden för grundskolan uppgick 2005 till 71,4 miljarder kronor. Kostnaden per elev i grundskolan var 70 700 kronor. Under större delen av 1990-talet minskade kostnaden per elev, men under de senaste åren har kostnaderna per elev ökat.

Gymnasieskola

Den genomsnittliga betygspoängen läsåret 2005/06 var oförändrad jämfört med föregående läsår. Av nybörjarelever i årskurs 1 i gymnasieskolan hösten 2003 fick 68,3 procent slutbetyg inom tre år (inkl. individuella program).

Lsåret 2005/06 uppnådde 89,2 procent av de elever som fick slutbetyg grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, vilket är en svag ökning jämfört med föregående år.

Den totala kostnaden för gymnasieskolan var 29,9 miljarder kronor 2005. Jämfört med 2004 har kostnaden för gymnasieskolan ökat med drygt fem procent.

Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola

Kostnaderna för särskolan var 5,5 miljarder kronor 2005, en ökning med ca fem procent sedan 2004. Kommunernas ersättningar till fristående särskolor uppgick till 231 miljoner kronor. Andelen elever i särskolan varierar kraftigt mellan olika kommuner.

Vuxenutbildning

Tillgången till kommunal vuxenutbildning har varit tillfredställande och de studerande har nått goda studieresultat, enligt Skolverket. Den totala

kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen uppgick 2005 till ca 4,4 miljarder kronor, en minskning jämfört med 2004 med 2,8 procent i fasta priser. Skr. 2006/07:102

Introduktion av nyanlända invandrare

I Integrationsverkets årsredovisning för 2005 understryks behovet av strukturella förändringar när det gäller introduktionen av nyanlända invandrare. Ett annat område med behov av insatser är arbetsmarknaden.

Flera rapporter har visat på brister i introduktionen för barn och ungdomar. Bland annat understryks behovet av individanpassad introduktion för nyanlända elever. Generellt gäller att det brister i samverkan inom kommunen och med föräldrarna kring barns och ungdomars introduktion, att målen är alltför snävt inriktade på vuxna samt att det saknas helhetssyn kring introduktionen. Integrationsverket påpekar att det finns klara behov av ökad samverkan mellan kommunernas introduktionsansvariga och skolan samt med arbetsförmedlingen när det gäller äldre ungdomar.

Under perioden 2002–2006 tog Sverige emot drygt 70 000 flyktingar eller skyddsbehövande. Integrationsverket hade 2006 slutit överenskommelser med 233 kommuner om introduktionsplatser, vilket har bidragit till att nyanlända flyktingar har kunnat bosätta sig över hela Sverige.

1.3 Valet 2006

Den 17 september 2006 genomfördes val till riksdagen, landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige. Valdeltagandet ökade i samtliga val.

Valdeltagandet skiljer sig avsevärt mellan landets kommuner. Sammantaget ökade valdeltagandet i riksdagsvalet i 277 kommuner och sjönk i 13 kommuner. Personrösterna minskade i både kommun- och landstingsvalen jämfört med valet 2002.

2 Kommunal ekonomi

2.1 Mål för den kommunala ekonomin

Målet för politikområdet allmänna bidrag till kommuner är att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för kommuner och landsting att uppnå de nationella målen inom olika verksamheter. Det övergripande målet för den kommunala ekonomin anges i kommunallagen (1991:900). Kommuner och landsting skall ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs av andra juridiska personer. Det innebär att även kommunala bolag omfattas av bestämmelsen.

2.2 Resultatförbättring i kommunsektorn även 2006

För kommunsektorn som helhet förbättrades resultatet ytterligare under 2006. Det sammantagna överskottet uppgick enligt preliminära uppgifter till 15,3 miljarder kronor före extraordinära poster (se tabell 2.1). Kommunerna redovisade sammantaget ett överskott på 13,4 miljarder kronor och landstingen ett överskott på 1,9 miljarder kronor. Medan resultatet förbättrades ytterligare för kommunerna så försämrades landstingens resultat jämfört med 2005. En förklarande faktor till landstingens försämrade resultat 2006 är jämförelsestörande poster av engångskaraktär på sammanlagt 3,9 miljarder kronor som redovisats som kostnader och därmed påverkat resultatet negativt.

Tabell 2.1 Kommunernas och landstingens samlade resultaträkningar

Miljarder kronor, löpande priser

	Kommuner			Landsting		
	2004	2005	2006*	2004	2005	2006
Verksamhetens nettokostnader	-316,3	-328,2	-343,4	-170,6	-177,1	-189,9
Skatteintäkter	277,0	285,3	302,4	141,8	147,1	155,9
Generella statsbidrag	38,6	48,3	50,5	29,0	34,1	35,8
Finansiella poster	3,1	3,6	3,9	-0,4	0,1	0,1
Resultatet före extraordinära poster	2,4	9,0	13,4	-0,2	4,2	1,9
Extraordinära poster	2,8	2,4	6,3	0,0	0,1	-0,1
Årets resultat	5,2	11,4	19,7	-0,2	4,3	1,8

* Kommunernas samlade resultaträkning 2006 är preliminär.

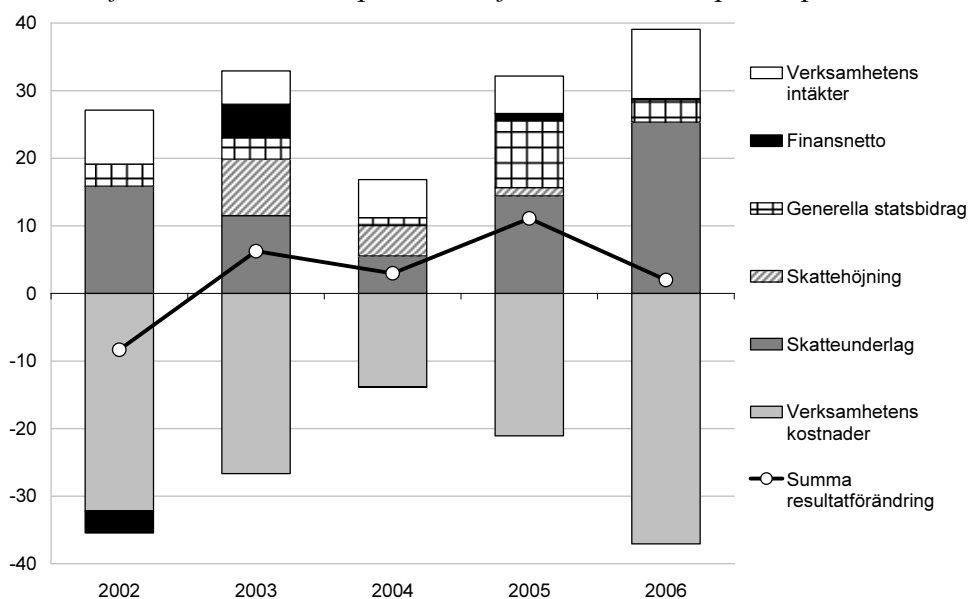
Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Diagram 2.1 visar de årliga förändringarna av kommunsektorns resultat uppdelat på olika komponenter enligt kommunala redovisningsprinciper. Till skillnad från tabell 2.1, som visar de samlade resultatnivåerna, kan inte resultaten utläsas av diagrammet, utan endast de underliggande delkomponenternas förändringar.

Diagram 2.1 Resultatförändring i kommunsektorn

Skr. 2006/07:102

Resultat före extraordinära poster. Miljarder kronor, löpande priser.



Anm. För att tydliggöra den underliggande utvecklingen av generella statsbidrag och skatteintäkter har effekten av olika tekniska justeringar exkluderats.

Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Resultatet i kommunsektorn som helhet förbättrades för fjärde året i rad. Den fortsatta resultatförbättringen 2006 förklaras av flera faktorer. Skatteintäkterna ökade med drygt 25 miljarder kronor 2006 jämfört med året innan till följd av en ökning i skatteunderlaget. Cirka 3 miljarder kronor av förändringen i skatteintäkterna mellan 2005 och 2006 kan förklaras av skillnaden mellan prognos och utfall av slutavräkningen avseende 2005 års skatteintäkter. Ökningen av generella statsbidrag var knappt 3,3 miljarder kronor under. Riktade statsbidrag utbetalda till kommunsektorn ökade med nära 4 miljarder kronor 2006. Dessutom ökade tillskotten på statens inkomstsida med 2,5 miljarder kronor (se vidare avsnitt 2.9).

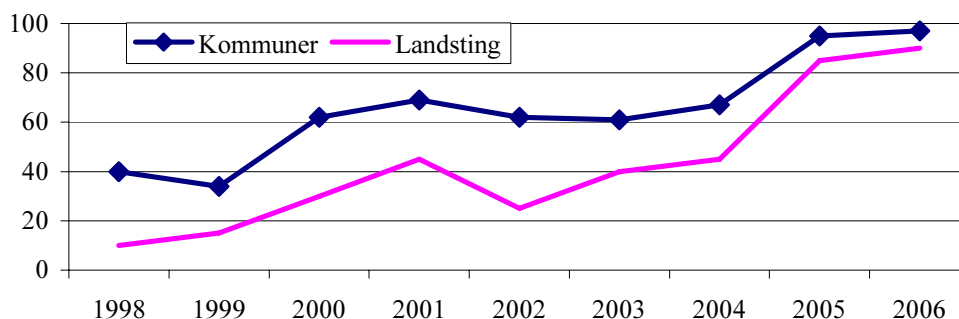
År 2006 ökade verksamhetens kostnader mer än under något av de föregående åren under perioden 2002–2005. En orsak till ökningen var jämförelsestörande poster av engångskaraktär som påverkat landstingens samlade resultat negativt. Resultatet påverkades dock i andra riktningen av att verksamhetens intäkter, som bl.a. består av kommunala avgifter och riktade statsbidrag, samtidigt ökade med 10,2 miljarder kronor, vilket även det är mer än något annat år under perioden. Detta trots att utvecklingen av kommunala avgifter dämpades av olika avgiftstak, såsom maxtaxor och högkostnadsskydd.

2.3 Positiva resultat för en majoritet av landets kommuner och landsting även 2006

Resultaten i kommuner och landsting

Andelen kommuner och landsting med positiva resultat före extraordinära poster har under perioden 1998 till 2006 mer än fördubblats. Enligt preliminära resultat för 2006 hade över 280 kommuner positiva resultat före extraordinära poster. År 2006 uppnådde 18 landsting positiva resultat före extraordinära poster.

Diagram 2.2 Andel kommuner och landsting med positivt resultat före extraordinära poster 1998–2006



Källor: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting samt Finansdepartementet.

Kommunernas ekonomi

Kommunernas resultat före extraordinära poster uppgick till 13,4 miljarder kronor 2006 vilket är 4,4 miljarder kronor bättre än året innan. För att god ekonomisk hushållning skall anses vara uppnått brukar tumregeln att resultatet före extraordinära poster skall uppgå till 2 procent av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning användas. För kommunerna sammantaget uppgick nyckeltalet till 3,8 procent (se tabell 2.2) 2006. Spridningen mellan kommunerna visar att nyckeltalet som högst uppgick till nära 15 procent och som lägst till minus en procent.

Mellan 2005 och 2006 höjde 7 kommuner kommunalskatten och 21 kommuner sänkte skatten. Av de kommuner som höjde skatten uppvisade en kommun sämre resultat före extraordinära poster jämfört med 2005, men dock ett positivt resultat. För de kommuner som sänkte skatten uppvisade tio kommuner sämre resultat än 2005. De kommuner som hade störst skattesänkning hade inte sämre resultat 2006 jämfört med 2005. 2 av de totalt 21 kommunerna som sänkte skatten uppvisade negativa resultat före extraordinära poster.

I tabell 2.2 visas ovägda genomsnittresultat för kommunerna uppdelat på län. Kommunerna i Hallands län redovisade det bästa genomsnittliga resultatet före extraordinära poster medan kommunerna i Södermanlands län hade det sämsta resultatet. Det genomsnittliga resultatet för riket uppgick till 1 472 kronor per invånare. Största överskottet för en enskild kommun uppgick till nära 5 000 kronor per invånare och det största underskottet till ca 500 kronor per invånare. Spridningen av resultaten före extraordinära poster har minskat jämfört med året innan. Andelen kommuner som hade ett överskott som var större än 1 000 kronor per invånare ökade jämfört med föregående året.

Tabell 2.2 Invånare, resultat före extraordinära poster, resultat i förhållande till skatteintäkter och generella statsbidrag och nettokostnadernas andel av skatteintäkter och generella statsbidrag per län 2006.

Län	Invånare 2006	Resultat före extraordinära poster, kr per inv.	Resultat i förhållande till skatteintäkter och generella statsbidrag	Nettokostnadernas andel av skattintäkter och generella statsbidrag
Stockholm	1 918 104	1 678	4,6%	96,5%
Uppsala	319 925	1 371	3,5%	96,0%
Södermanland	263 099	730	1,9%	98,9%
Östergötland	417 966	1 311	3,3%	96,6%
Jönköping	331 539	1 041	2,6%	97,3%
Kronoberg	179 635	1 416	3,5%	97,6%
Kalmar	233 776	1 637	4,0%	97,6%
Gotland	57 297	928	2,3%	97,1%
Blekinge	151 436	747	2,0%	98,4%
Skåne	1 184 500	1 727	4,8%	96,4%
Halland	288 859	2 062	5,5%	95,4%
Västra Götaland	1 538 284	1 337	3,4%	96,9%
Värmland	273 489	1 417	3,4%	96,5%
Örebro	275 030	1 190	2,9%	97,1%
Västmanland	248 489	1 159	2,9%	97,4%
Dalarna	275 711	985	2,3%	97,7%
Gävleborg	275 653	1 652	4,0%	96,5%
Västernorrland	243 978	1 006	2,3%	98,5%
Jämtland	127 020	1 521	3,1%	97,1%
Västerbotten	257 581	1 357	2,8%	97,0%
Norrbottnen	251 886	1 375	2,9%	97,0%
Riket	9 113 257	1 472	3,8%	97,3%

Källa: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Det finns inget entydigt samband mellan en kommuns storlek och dess resultat. Generellt sett fanns dock de bästa resultaten per invånare, i likhet med året innan, bland landets större kommuner. De sämsta genomsnittliga resultaten fanns i gruppen med färre än 10 000 invånare. De senaste åren har annars gruppen med färre än 5 000 invånare varit den med sämst resultat.

Mellan 2003 och 2005 minskade nettokostnadsökningen för att 2006 återigen öka. Nettokostnadsökningen låg på drygt 4 procent 2006. Spridningen av nettokostnadsökningen varierade mellan en minskning med drygt 5 procent, till en ökning med drygt 12 procent.

Nyckeltalet nettokostnadernas andel av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning, visar om skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning täcker kostnaderna för den löpande verksamheten. År 2006 uppgick andelen i genomsnitt till 97,3 procent (se tabell 2.2). Vid en jämförelse av förändringen mellan 2005 och 2006 framkommer att andelen kommuner där nyckeltalet var högre än 100 procent, dvs. skatteintäkterna, de generella statsbidragen och utjämningen inte täckte nettokostnaderna, minskade.

Kommunernas avsättningar och ansvarsförbindelser

Kommuner och landsting skall enligt lagen (1997:614) om kommunal redovisning redovisa sina pensioner enligt den s.k. blandade modellen. Det innebär att en redovisningsmässig avsättning sker av nyintjänade pensionsförpliktelser fr.o.m. 1998. Den blandade modellen utgår från att pensionsåtaganden som upparbetats före 1998 uppkommit i ett s.k. fördelningssystem. I den blandade modellen redovisas utbetalningar för gamla pensionsförmåner, som upparbetats i det gamla fördelningssystemet, som kostnader. Pensionsförmåner intjänade fr.o.m. 1998 kostnadsförs redan när de uppstår. I balansräkningen beaktas således endast pensionsåtaganden för de fr.o.m. 1998 intjänade pensionerna medan de äldre pensionsåtagandena redovisas som ansvarsförbindelser.

Det nya pensionsavtalet (KAP-KL) började gälla 2006 vilket innebar att både rätten till den förmånsbestämda pensionen och gränsen för avgiftsnivå över respektive under tak för den avgiftsbestämda premien knyts till inkomstbasbeloppet i stället för som tidigare till det förhöjda prisbasbeloppet. För att undvika att pensionsskulden skulle bli för lågt värderad vid årsskiftet 2006/07 rekommenderade Sveriges Kommuner och Landsting en sänkning av diskonteringsräntan från 3 procent till 2,5 procent. Sänkningen av räntan ledde till en engångsökning av såväl pensionsskulden bokförd i balansräkningen som pensionsåtagandet i ansvarsförbindelsen.

Avsättningen till pensioner uppgick till nära 12 miljarder kronor inklusive löneskatt, vilket var en ökning med drygt 6 procent jämfört med 2005. Den genomsnittliga avsättningen uppgick till nära 1 300 kronor per invånare. Ansvarsförbindelser, dvs. pensionsförpliktelser som inte redovisats som skuld eller avsättning i balansräkningen, uppgick till drygt 170 miljarder kronor, en ökning med drygt 9 procent jämfört med året innan, vilket mest troligt berodde på sänkningen av diskonteringsräntan. Enligt preliminära uppgifter uppgick den genomsnittliga avsättningen till ca 19 000 kronor per invånare.

Den totala skuldsättningen i kommunerna ökade under 2006 liksom föregående år. De kortfristiga skulderna ökade med nära en procent och de långfristiga skulderna ökade med drygt 4 procent. I genomsnitt uppgick de kortfristiga skulderna till drygt 11 400 kronor per invånare och de långfristiga skulderna till nära 13 000 kronor per invånare. År 2006 redovisade 21 kommuner inga långfristiga skulder, vilket var 2 kommuner fler än året innan.

För att ge en bild av kommunens ekonomiska styrka används ofta ett mått som beaktar både tillgångs- och skuldsidan, soliditetsmättet. Soliditeten anger hur stor andel av tillgångarna som är finansierade med eget kapital och är ett uttryck för kommunernas betalningsförmåga på lång sikt. År 2006 uppgick soliditeten i genomsnitt till drygt 53 procent, vilket var i nivå med soliditeten året innan.

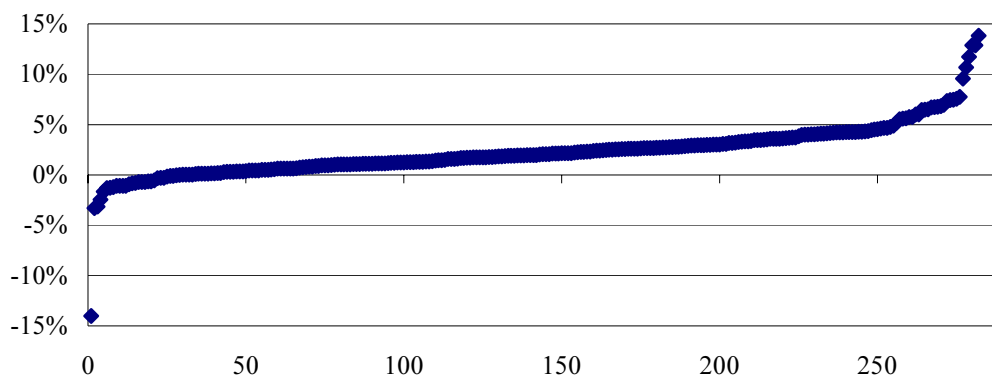
Sättet att organisera verksamheten påverkar såväl skulderna som tillgångarna och försvårar därmed jämförelser mellan kommunerna. De flesta kommuner bedriver sin verksamhet främst i förvaltningsform. Andra kommuner har valt att lägga större delar av verksamheten i företagsform.

Stora budgetavvikelser i kommunerna

För att nå en god ekonomi är det viktigt att lägga realistiska budgetar och att dessa följs under året. Uppstår avvikelse under året måste åtgärder vidtas. Bland kommunerna finns stora skillnader när det gäller avvikelser mellan budgeterat resultat och utfall. Eftersom kommunernas storlek varierar är det intressant att studera budgetavvikelsen i förhållande till nettokostnaden. År 2006 hade 49 procent av kommunerna en budgetavvikelse som uppgick till +/-2 procent vilket visas i diagram 2.3. Den genomsnittliga avvikelsen var drygt 2 procent.

Diagram 2.3 Budgetavvikelser i kommunerna 2006

Procentuell avvikelse i förhållande till nettokostnaderna



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Till skillnad från kommunerna förbättrade landstingen inte sina resultat jämfört med 2005. Det samlade resultatet före extraordinära poster uppgick till 1,9 miljarder kronor för landstingen, vilket kan jämföras med 4,2 miljarder kronor 2005. Resultatet 2006 påverkades dock av ett antal tillfälliga faktorer som försvårar jämförbarheten med tidigare år, såsom det nya kommunala pensionsavtalet och sänkningen av diskonteringsräntan som används vid beräkning av pensionskulden. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting påverkade dessa tillfälliga poster resultatet negativt med ca 3 miljarder kronor. Inkluderas andra jämförelsestörande poster uppgick beloppet till 3,9 miljarder kronor. Rensat för jämförelsestörande poster skulle resultatet före extraordinära poster således uppgått till 5,8 miljarder kronor.

För att god ekonomisk hushållning skall anses vara uppnått brukar i likhet med vad som gäller för kommunerna tumregeln om ett resultat motsvarande 2 procent av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning användas. För landstingen uppgick detta nyckeltal i genomsnitt till en procent. Spridningen mellan landstingen visade att nyckeltalet som högst uppgick till drygt 4 procent och som lägst till nära minus 3 procent. Ett landsting höjde landstingskatten 2006.

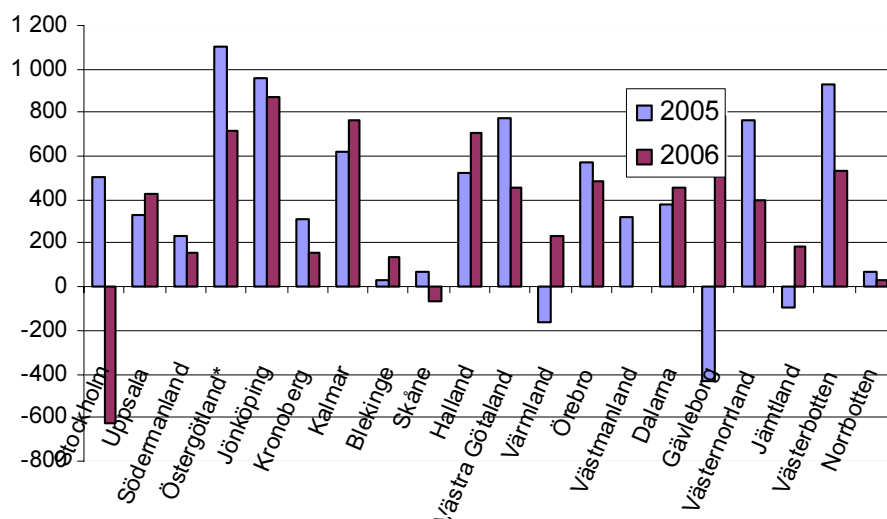
Resultatets spridning mellan landstingen har minskat

Landstingens resultat före extraordinära poster varierade mellan drygt minus 600 kronor per invånare till nära 900 kronor per invånare vilket, jämfört med 2005, innebär en minskning i spridning av resultatet. Åtta landsting hade bättre resultat före extraordinära poster 2006 jämfört med 2005 och två landsting hade negativa resultat före extraordinära poster. Större landsting hade inte bättre resultat före extraordinära poster än mindre landsting.

Diagram 2.4 Resultat före extraordinära poster 2005 och 2006 i enskilda landsting

Skr. 2006/07:102

Kronor per invånare



* Resultatet är beräknat med fullfondering av pensioner

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Finansdepartementet.

Största överskottet i kronor per invånare redovisade Jönköpings läns landsting. Störst underskott i kronor per invånare redovisade Stockholms läns landsting.

Nettokostnadernas utveckling

Nettokostnaderna ökade i genomsnitt med ca sju procent jämfört med året innan. Spridningen mellan 2005 och 2006 av nettokostnadsförändringen låg på en ökning mellan 2 procent till drygt 10 procent. Flertalet av landstingen hade en nettokostnadsförändring mellan 5 och 7 procent.

Nyckeltalet nettokostnadernas andel av skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning visar, som tidigare nämnts, om skatteintäkterna, generella statsbidrag och utjämning täcker kostnaderna för den löpande verksamheten. Antalet landsting som redovisade en andel högre än 100 procent uppgick till 30 procent 2006.

Landstingens avsättningar och ansvarsförbindelser

Den sänkta diskonteringsräntan vid pensionsskulsberäkningen medförde en kraftig engångsökning av såväl den i balansräkningen för landstingen bokförda pensionsskulden, avsättningen, som av pensionsåtagandet i ansvarsförbindelsen. Totalt uppgick avsättningarna till 26 miljarder kronor, en ökning med 37 procent jämfört med 2005. Genomsnittskostnaden per invånare uppgick till nära 2 900 kronor. Den del av pensionerna som redovisades som ansvarsförbindelse uppgick totalt för landstingen till 124 miljarder kronor, en ökning med 16 procent jämfört med 2005. Genomsnittskostnaden per invånare uppgick till drygt 13 600 kronor per invånare.

Den långfristiga skuldsättningen för landstingen minskade med drygt en miljard kronor jämfört med 2005. Landstingens långfristiga skulder uppgick i genomsnitt till drygt 1 000 kronor per invånare. Det var sju landsting som 2006 liksom 2005 inte hade någon långfristig skuld.

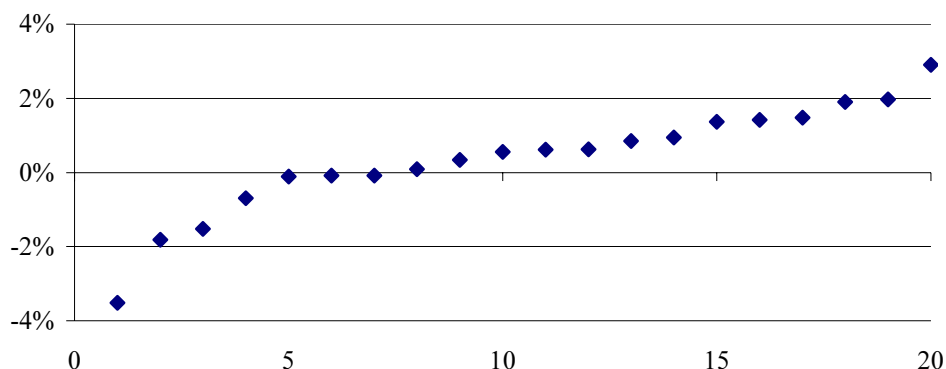
Den genomsnittliga soliditeten uppgick till 26 procent vilket är en svag minskning jämfört med 2005. Soliditeten i enskilda landsting varierade mellan -14 procent och +63 procent.

Stora budgetavvikelser i landstingen

Resultatet före extraordinära poster var för landstingen 1,9 miljarder kronor, vilket var drygt 700 miljoner kronor sämre än budgeterat resultat och motsvarade en avvikelse på -28 procent. Eftersom landstingens storlek varierar är det intressant att studera budgetavvikelsen i förhållande till nettokostnaden, vilket redovisas i diagram 2.5.

Diagram 2.5 Budgetavvikelser i landstingen 2006

Procentuell avvikelse i förhållande till nettokostnaderna



Källor: Sveriges Kommuner och Landsting och Finansdepartementet.

Avvikelserna varierar mellan knappt -4 procent och +3 procent. Drygt hälften av landstingen hade en positiv avvikelse. För sju landsting var budgetavvikelsen negativ, dvs. budgeterat resultat var mer optimistiska än utfallen. De stora avvikelserna beror främst på effekterna av det nya kommunala pensionsavtalet, den sänkta diskonteringsräntan, förändring av livslängdsantagande vid beräkning av pensionsskulden samt extra pensionsavsättningar.

2.4 God ekonomisk hushållning

Fr.o.m. 2005 gäller nya regler i kommunallagen (1991:900) kring god ekonomisk hushållning. Kommuner och landsting skall i budgeten ange mål och riktlinjer för att uppnå god ekonomisk hushållning. Det skall finnas såväl finansiella mål som mål och riktlinjer för verksamheten. För

att målen skall få betydelse i beslutsprocessen krävs att de stäms av, följs upp och utvärderas kontinuerligt. I förvaltningsberättelsen skall därför en utvärdering genomföras i samband med delårs- och årsbokslut.

Vilka finansiella mål, verksamhetsmål och riktlinjer som skall anges i budgeten regleras inte i lagen utan det är upp till varje enskild kommun respektive varje enskilt landsting att precisera detta utifrån sina egna förutsättningar. De kommunala revisorerna har fått uppgiften att bedöma om resultaten i delårsrapporten och årsbokslutet är förenliga med de mål fullmäktige beslutat om i budgeten och planen för ekonomin under treårsperioden. Avsikten är att en praxis för hur lagen tillämpas skall utvecklas i kommunsektorn.

Enligt det balanskrav som infördes 2000 skulle negativa ekonomiska resultat återställas inom två år, såvida fullmäktige inte kan anföra synnerliga skäl för att inte göra så. Från och med 2005 har tiden för återställande förlängts till tre år. En annan förändring, som infördes fr.o.m. 2005, är att kommuner och landsting kan besluta om att underbalansera en budget om det finns synnerliga skäl för detta.

Studie av budgetdokument

Kommunforskning i Västsverige (KFi) har genomfört en studie (God ekonomisk hushållning – en praxisstudie av riktlinjer och mål av betydelse för god ekonomisk hushållning, mars 2006) åt Föreningen Sveriges Kommunalekonomer för att kartlägga hur kommuner och landsting i budgetdokumentet för 2006 beskriver mål och riktlinjer av betydelse för god ekonomisk hushållning. Ett urval av 65 kommuner och 5 landsting i hela landet utgjorde underlaget för kartläggningen.

Finansiella mål

I sina budgetdokument för 2006 redovisade, enligt studien, alla utom två av de undersökta kommunerna och landstingen finansiella mål. Av dessa definierade drygt hälften i sina budgetdokument på något sätt vad som anses vara god ekonomisk hushållning ur ett finansiellt perspektiv. Jämfört med en liknande studie som gjordes 2003 har antalet kommuner och landsting som fastställer finansiella mål i budgeten under de tre senaste åren ökat betydligt.

De finansiella målen utformades dock på många olika sätt. De vanligaste målen var *resultatrelaterade finansiella mål*. Vanligen anges att resultatet skall uppgå till en viss andel av skatteintäkterna eller nettokostnaderna. En del kommuner anger även att resultatet skall uppgå till en viss nominell nivå.

En annan grupp var *investeringsrelaterade mål* som reglerar storleken och/eller finansieringen av investeringarna. Vanligast förekommande var mål som anger att investeringar skall finansieras med antingen skatteintäkter eller egna medel. Skillnaden mellan dessa är oftast inte tydlig men med begreppet egna medel innefattas troligen, enligt KFi, även intäkter från realisationsvinster vid försäljningar av tillgångar.

En tredje grupp av finansiella mål som förekommer relativt ofta är de som mäter *långsiktigt finansiellt handlingsutrymme* eller *betalnings-*

beredskap. Det vanligaste målet i denna grupp var att soliditeten ska hållas oförändrad eller öka. Andra förkommande mål var relaterade till låneskuld eller pensionsskuld i kommunen eller landstinget.

Bland *övriga finansiella mål* som förekommer mer sällan fanns t.ex. de som beskriver och mäter kortsiktig betalningsberedskap, dvs. likviditetsnyckeltal samt mål för skattesatsen.

Verksamhetsmässiga mål och riktlinjer

Verksamhetsperspektivet tar sikte på kommunens eller landstingets förmåga att bedriva sin verksamhet på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt.

Det fanns två dominerande inriktningar vid tolkningen och beskrivningen av god ekonomisk hushållning ur ett verksamhetsperspektiv. Den första var de kommuner och landsting som lade tyngdpunkten på att lyfta fram att kommunens eller landstingets resurser skall användas kostnadseffektivt och ändamålsenligt i verksamheten. Den andra var de kommuner och landsting som ansåg att god ekonomisk hushållning ur ett verksamhetsperspektiv är att verksamhetsmålen uppnås.

Den stora utmaningen på detta område är enligt KFi att formulera mål för verksamheterna som på något sätt anknyter till kravet på god ekonomisk hushållning. Endast drygt 15 procent av de studerade kommunerna och landstingen gjorde detta. Däremot fanns mål för verksamheterna redovisade på nämndnivå i 85 procent av fallen och på kommunövergripande nivå i 70 procent av fallen.

Sammanfattande iakttagelser

Det finansiella perspektivet är enligt KFi dominerande i de studerade kommunernas och landstingens budgetar, vilket inte är förvånande eftersom god ekonomisk hushållning tidigare betraktats och definierats enbart ur ett finansiellt perspektiv. Ibland används dock finansiella mål som hänger samman med varandra och som inte har någon motivering till att exempelvis en viss resultatnivå skall nås. Det var mycket få kommuner och landsting som gjorde en samlad bedömning av god ekonomisk hushållning såväl ur ett finansiellt som ett verksamhetsperspektiv. Ett viktigt utvecklingsområde vad gäller de finansiella målen är att kunna arbeta både med kortsiktiga och långsiktiga mål.

Enligt studien finns en betydande utvecklingspotential vad gäller god ekonomisk hushållning ur ett verksamhetsperspektiv, både beträffande tolkning och beskrivning av själva begreppet och beträffande de mål som väljs under denna kategori.

En intressant iakttagelse i studien är att större kommuner och landsting inte är mer framträdande än mindre när det gäller utvecklingen av mål i enlighet med lagens krav.

Enligt kommunallagen skall kommuner och landsting även ha en god ekonomisk hushållning i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer. I förarbetena framhålls att ”god ekonomisk hushållning ur ett koncernperspektiv bör omfatta en kontinuerlig analys av hur den ekonomiska utvecklingen i företagsdelen påverkar den kommunala ekonomin” och att riskanalyser bör göras i de kommunala företagen avseende finansiella och organisatoriska risker och borgensåtaganden (prop. 1999/2000:115).

En genomgång av årsredovisningarna för 2005 för de kommuner vars bolag redovisade ett samlat underskott i den sammanställda redovisningen (ca 45 kommuner) har gjorts av Finansdepartementet. Genomgången visar att de finansiella mål som satts upp i syfte att uppnå en god ekonomisk hushållning i princip uteslutande rör kommunen och dess verksamhet och inte den samlade verksamheten som helhet eller de kommunala bolagen separat.

I två av de studerade kommunerna fanns konkreta finansiella mål för kommunen och dess bolag. Den ena kommunen anger en miniminivå för den samlade verksamhetens soliditet och den andra kommunen anger en miniminivå för den samlade verksamhetens avkastning. I övrigt finns i några fall resonemang och allmänt formulerade riktlinjer, snarare än konkreta målsättningar, för den samlade verksamheten, t.ex. vad avser soliditet och likviditet. I majoriteten av de genomgångna redovisningarna analyseras vilken risk borgensåtaganden gentemot de kommunala bolagen innebär för kommunerna. I några fall görs bedömningen att en inte obetydlig risk föreligger och det handlar då ofta om borgensåtaganden gentemot kommunens fastighetsbolag. Endast i undantagsfall kommenteras eller analyseras situationen att bolagen visar ett samlat underskott. I stället lyfts fram att såväl kommunen som den samlade verksamheten sammantaget visade ett positivt resultat för det aktuella året i de kommuner där så är fallet, vilket är det stora flertalet.

Balanskravet och återställandet av underskott

Tabell 2.3 visar hur många kommuner och landsting som redovisade underskott åren 2000 t.o.m. 2003 samt hur många av dessa som återställde det egna kapitalet inom den angivna tidsfristen på två år. Sammanställningen är baserad på kommunernas och landstingens resultat före extraordinära poster. Någon hänsyn har således inte tagits till den enskilda kommunens eller det enskilda landstingets egna balanskravsutredningar.

Tabell 2.3 Antal kommuner och landsting som återställt underskott inom två år

År	Kommuner		Landsting	
	Underskott	Återställt inom 2 år	Underskott	Återställt inom 2 år
2000	109	36	14	1
2001	93	30	10	2
2002	112	47	15	2
2003	113	64	12	5

Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Den positiva ekonomiska utvecklingen i Sverige under de senaste åren har sannolikt bidragit till att fler kommuner och landsting än tidigare lyckats återställa negativa resultat under perioden 2003–2005.

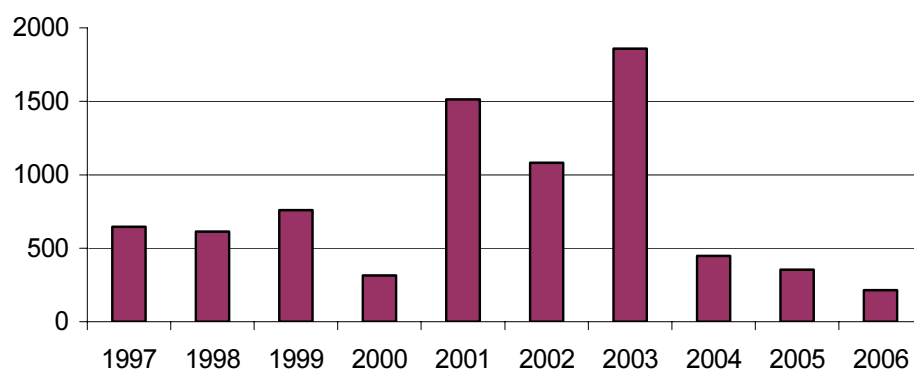
2.5 Anslaget för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting

Från och med 1995 ställdes särskilda medel till regeringens förfogande i syfte att tillfälligt bistå vissa kommuner och landsting. För att erhålla bidrag har det krävts en ansökan. När ansökan kommit in har en bedömning gjorts av den ekonomiska situationen och kommunens eller landstingets egen förmåga att kunna komma till rätta med den uppkomna ekonomiska situationen.

I diagram 2.6 redovisas utbetalningar från anslaget under perioden 1997–2006. De stora utbetalningarna under 2001–2003 förklaras av särskilda stöd till 36 kommuner och 4 landsting efter beredning av de för ändamålet tillsatta Kommun- och Bostadsdelegationerna.

Diagram 2.6 Utbetalningar särskilda insatser i vissa kommuner och landsting 1997–2006

Miljoner kronor



Källa: Finansdepartementet.

Stockholms läns landsting beviljades 2004 ett bidrag med 400 miljoner kronor för omstruktureringskostnader och för att nå en ekonomi i balans

senast 2005. En första utbetalning skedde under början av 2005. Under 2006 har landstinget, efter att ha uppnått villkoren för överenskommelsen med regeringen, erhållit resterande del.

Dalarnas läns landsting beviljades 2000, efter beredning av Kommun-delegationen, ett villkorat bidrag för att komma ur en svår ekonomisk situation. Den tidigare regeringen medgav förlängning av avtalstiden t.o.m. bokslut 2006 men med reducerat bidrag och med villkor att uppnå positiva resultat både 2005 och 2006. År 2006 utbetalades 15 miljoner kronor. Uppnåddes villkoren för 2006 kommer ytterligare 15 miljoner kronor att utbetalas 2007.

I budgetpropositionen för 2006 aviserades att 10 miljoner kronor av anslaget skulle disponeras för att stimulera utredningar om sammanläggning av kommuner. Länsstyrelsen i Västerbottens län inkom i januari 2006 för Åsele, Vilhelmina och Dorotea kommuners räkning med en ansökan om bidrag till en förstudie om sammanläggning samt till fördjupad samverkan som en del i processen för en eventuell sammanläggning. I mars 2006 beviljade regeringen ett bidrag på totalt 1,6 miljoner kronor. Av bidraget har 0,5 miljoner kronor utbetalats 2006.

Mariestads, Töreboda och Gullspångs kommuner inkom i juni 2006 med en ansökan om bidrag för att utreda effekterna av en eventuell sammanläggning. I september 2006 beviljades kommunerna totalt 1,5 miljoner kronor. Av bidraget har 0,5 miljoner kronor utbetalats 2006.

Medel från anslaget har även under årens lopp använts för andra insatser. Anslaget för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting har upphört från och med 2007.

2.6 Nettokostnader i olika verksamheter

Nettokostnaderna utgör den del av kostnaderna som finansieras med skattemedel och generella statsbidrag. För de större verksamheterna redovisas kostnadsutvecklingen mer utförligt i respektive verksamhetsavsnitt. I dessa används i allmänhet kostnader för egen konsumtion (externa bruttokostnader) för respektive verksamhet. Beloppen i detta avsnitt är därför inte jämförbara med verksamhetsavsnittens. De totala nettokostnaderna för kommunerna som redovisas i tabell 2.4 avviker något från de kostnader som redovisas i tabell 2.1 Kommunernas och landstingens samlade resultaträkningar. Det beror på justeringar av bl.a. interna poster i den samlade resultaträkningen.

Tabell 2.4 Nettokostnader i olika verksamheter*Miljarder kronor*

	2001	2002	2003	2004	2005	Förändring 01-05, %	Förändring 04-05, %
Kommuner:							
Barnomsorg	34	35	38	39	42	24	6
Utbildning	98	103	107	109	114	16	5
-varav grundskola	70	73	75	76	79	14	5
-varav gymnasiet	24	26	28	29	31	27	7
Äldre- och handikappomsorg	87	94	99	101	103	20	3
-varav handikappomsorg	23	26	29	31	33	41	6
Individ- och familjeomsorg	22	23	24	25	26	14	2
Övrigt	43	45	47	47	49	12	5
Totalt kommuner	284	300	315	323	334	18	4
Landsting:							
Hälso- och sjukvård*	116	126	133	136	142	23	5
Övrigt landsting	16	15	15	16	16	3	2
Totalt landsting	132	141	149	151	158	20	4
Totalt kommunsektorn	416	441	464	474	492	18	4

* Exklusive kostnader för läkemedelsförmånen

Källor: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och Finansdepartementet.

Kommunernas nettokostnader har ökat med nästan 18 procent (76 miljarder kronor) mellan 2001 och 2005. Ökade kostnader för löner står för 43 miljarder kronor av kostnadsutvecklingen.

En fastprisberäkning av kostnadsutvecklingen visar att de reala kostnaderna har ökat inom handikappomsorgen, barnomsorgen, gymnasieskolan och inom hälso- och sjukvården. Däremot har de reala kostnaderna sjunkit något inom individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen och grundskolan.

Förklaringen till kostnadsutvecklingen varierar mellan de olika verksamheterna. Demografin har en stark inverkan på utvecklingen inom barnomsorgen, grundskolan och gymnasiet. Antalet barn 1–5 år och antalet unga i gymnasieåldern har den senaste femårsperioden ökat med 6 respektive 16 procent, medan antalet barn i grundskoleåldern har minskat med 6 procent. Inom barnomsorgen har vidare ett antal reformer genomförts under den aktuella perioden. Exempelvis påbörjades 2002 ett arbete med kvalitetsförstärkningar. Den relativt stora nettokostnadsökningen mellan 2004 och 2005 inom utbildningsområdet beror till stor del på en ändrad redovisning av statsbidraget för personalförstärkningar i skolan. Det var tidigare ett specialdestinerat statsbidrag men fr.o.m. 2005 är det till viss del, 3 miljarder kronor, överfört till det generella statsbidraget, vilket leder till en nettokostnadsökning i redovisningen.

Demografin påverkar även kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen, men där har också andra faktorer såsom biståndsbedömning och utveckling av behov en stor effekt på antalet personer som ges insatser. Antalet personer 80 år och äldre ökade med 5 procent 2001–2005, men antalet personer med insatser minskade med 2 procent. Inom äldreomsorgen har också strukturförändringar påverkat kostnadsutvecklingen. En mindre andel av de äldre med kommunal omsorg bor i särskilt boende, vilket är den mest kostsamma insatsen. Demografin har också en effekt på kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Historiskt sett har kostnaderna dock ökat betydligt snabbare än vad som följer av den demografiska utvecklingen.

Insatser till personer med funktionshinder visar den största nettokostnadsökningen under perioden. Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) står för ca 80 procent av kostnaderna. Framför allt har kommunernas kostnader för personlig assistans ökat. Kostnadsökningarna beror bl.a. på att fler personer har insatser och att insatsernas omfattning per person har ökat.

Inom individ- och familjeomsorgen har kostnadsutvecklingen under senare år starkt påverkats av konjunkturen. Fler personer har fått arbete och färre personer har därmed varit beroende av ekonomiskt bistånd. Samtidigt som kostnaderna för ekonomiskt bistånd har minskat har det skett en relativt kraftig ökning av kostnaderna för övrig verksamhet inom individ- och familjeomsorgen.

2.7 Köp av verksamhet

Högre andel köp av verksamhet bland kommunerna

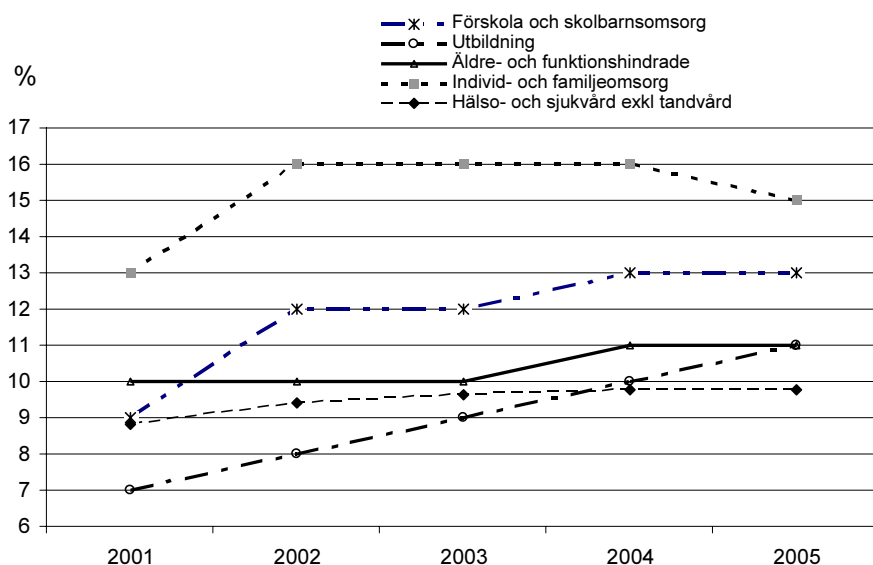
Den del av kommunernas verksamhet som utfördes av företag och föreningar ökade något 2005. Störst andel köpt verksamhet fanns inom individ- och familjeomsorg. Den största ökningen har skett inom utbildningsverksamheten där andelen mer än fördubblats sedan 2000. Totalt köpte kommunerna verksamhet från företag, föreningar, stiftelser och enskilda för drygt 40 miljarder kronor, en ökning med nära 5 procent jämfört med året innan.

Utbildningssektorn stod för den största delen av köpt verksamhet med drygt 20 miljarder kronor. Företag och föreningar utförde verksamhet för knappt 13 miljarder kronor inom området för äldre och funktionshindrade samt 7 miljarder kronor vardera inom individ- och familjeomsorg samt förskola och skolbarnsomsorg.

Privata företag utförde verksamhet inom landstingskommunal hälso- och sjukvård för drygt 14 miljarder kronor 2005, vilket motsvarar ca 10 procent av nettokostnaden. Andelen har ökat i en svag takt sedan 2001.

Diagram 2.7 Andel köpt verksamhet från företag och föreningar, kommuner och landsting

Skr. 2006/07:102



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Dessutom köpte kommunerna 2005 verksamhet från andra kommuner, landsting, kommunalförbund och kommunägda företag för 15,8 miljarder kronor samt från statliga myndigheter för nästan 1,1 miljarder kronor.

Spridningen mellan kommunerna var inte särskilt stor när det gäller köp av verksamhet. I 75 procent av kommunerna utförde företag och föreningar omkring 10 procent av verksamheten inom förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg (se tabell 2.5). Spridningen var ännu mindre när det gäller utbildning samt äldre och funktionshindrade, men något större inom individ- och familjeomsorgen.

Det finns dock ett fåtal kommuner i Stockholms län där företag och föreningar utförde majoriteten av verksamheten inom t.ex. förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg. Några kommuner utförde all verksamhet i egen regi och köpte således inte in någon verksamhet alls från företag och föreningar.

Tabell 2.5 Spridning mellan kommuner avseende andel köpt verksamhet från företag och föreningar 2005

Procent

	Förskole- verksamhet och skolbarns- omsorg	Utbildning	Äldre och funktions- hindrade	Individ- och familjeomsorg
Max	76	28	59	49
75%*	11	10	6	22
Median	5	7	3	14
25%**	2	5	1	5
Min	0	0	0	0

* 75 procent av kommunerna har högst detta värde

** 25 procent av kommunerna har högst detta värde

Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Spridningen när det gäller hur stor andel av verksamheten som utfördes av privata företag i landstingen liknar mönstret i kommunerna, dvs. de flesta låg relativt samlat medan några landsting uppvisade extremvärden. Andelen varierade bland landstingen mellan 2 och 22 procent. Medianvärdet var drygt 5 procent och hälften av landstingen låg mellan 3 och knappt 8 procent köpt verksamhet.

2.8 Kommunal personal

Antal anställda

Totalt var 1 096 000 personer anställda i kommuner och landsting 2005, vilket innebar en ökning med 27 000 mellan 2001 och 2005. Samtidigt blev antalet privat sysselsatta inom vård- och utbildningssektorn 23 000 fler. Det är dock inte alla privatanställda inom denna sektor som arbetar inom skattefinansierad verksamhet.

Fördelningen kvinnor och män inom kommuner och landsting har inte förändrats nämnvärt mellan 2001 och 2005. Av de anställda 2005 var 79,4 procent kvinnor.

Tabell 2.6 Antal anställda i kommunsektorn och i näringslivet inom vård och utbildning

Tusental

	2001	2002	2003	2004	2005
Kommuner	814	829	833	834	833
Landsting	255	252	255	263	263
Näringsliv: Vård och utbildning	136	151	154	154	159
Totalt	1 205	1 231	1 242	1 251	1 255

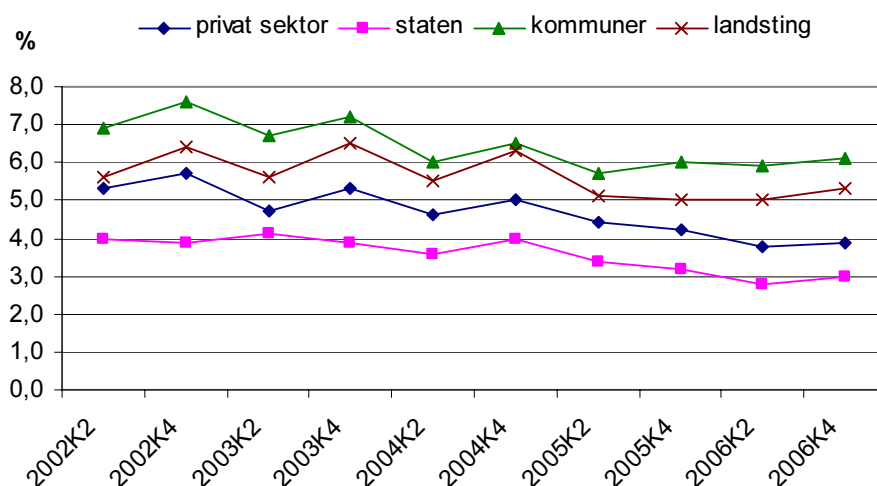
Källa: Statistiska centralbyrån.

Sjukfrånvaron minskar

Sjukfrånvaron för kvinnor minskade i alla sektorer mellan 2002 och 2005. Under hela perioden var sjukfrånvaron högst inom kommunerna. Mellan 2005 (kvartal 4) och 2006 (kvartal 4) ökade dock sjukfrånvaron för kvinnor med 0,1 procentenhet inom kommunerna och 0,3 procentenheter inom landstingen.

Diagram 2.8 Andel sjukfrånvarande kvinnor per sektor, kvartal 2 och 4, 2002–2006

Skr. 2006/07:102

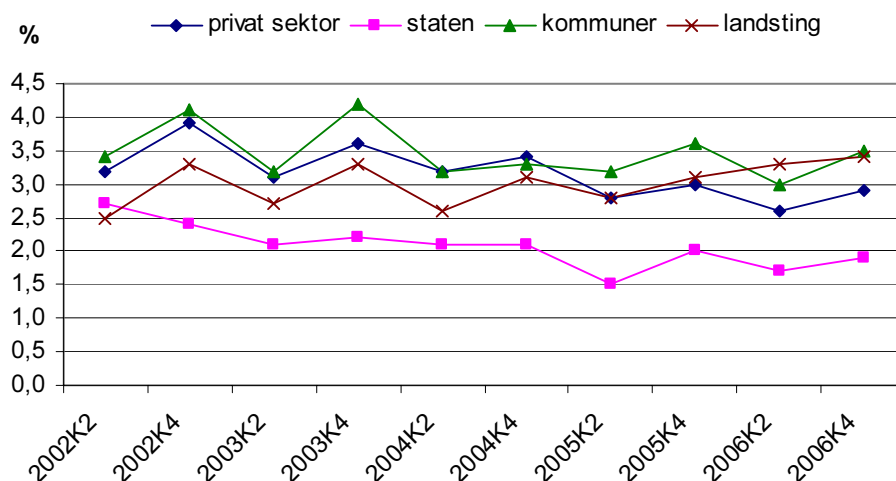


Källa: Statistiska centralbyrån.

Sjukfrånvaron för män minskade mellan 2002 och 2006 i alla sektorer förutom i landstingen. Mellan 2005 (kvartal 4) och 2006 (kvartal 4) minskade mäns sjukfrånvaro svagt inom kommunerna, medan den ökade med något inom landstingen.

Sjukfrånvaron var lägst inom den statliga sektorn under hela den redovisade femårsperioden, både när det gäller män och kvinnor. Säsongsvariationen är betydande, då fler är frånvarande på vintern än på sommaren.

Diagram 2.9 Andel sjukfrånvarande män per sektor, kvartal 2 och 4, 2002–2006



Källa: Statistiska centralbyrån.

Sjukfrånvaro i kommuner och landsting efter ålder och kön

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samlar varje år in uppgifter om sjukfrånvaro från kommuner och landsting. I SKL:s undersökning

definieras sjukfrånvaro som frånvaro minst en kalendermånad (oavsett omfattning) under mätperioden oktober-november för vilken avdrag gjorts i novemberlönen.

SKL:s uppgifter visar att knappt 7 procent av kvinnorna och drygt 3 procent av männen i kommunerna samt 6 procent av kvinnorna och 3 procent av männen i landstingen var sjukfrånvarande minst 30 dagar i följd under 2005.

I undersökningen redovisas att sjukfrånvaron bland kvinnor var betydligt högre än bland män i alla åldersgrupper i både kommuner och landsting. Störst skillnad mellan könen var det i åldersgruppen 20–29 år där kvinnor hade mer än tre gånger så hög sjukfrånvaro som män i både kommuner och landsting.

Lägst andel sjukfrånvaro hade de yngsta åldersgrupperna, såväl bland män som kvinnor i både kommuner och landsting. Den högsta andelen fanns i åldersgruppen 60 år och äldre, ca 11 procent av kvinnorna och ca 7 procent av männen i kommunerna samt 10 procent av kvinnorna och drygt 5 procent av männen i landstingen.

Frånvaron minskade i alla åldersgrupper för såväl kvinnor som män mellan 2004 och 2005 i kommunerna. I landstingen minskade frånvaron i alla åldersgrupper, med undantag av män mellan 20 och 29 år som uppvisade en marginell ökning.

Sjukfrånvaro i kommuner och landsting efter yrke

Sjukfrånvaron varierade stort mellan olika yrken enligt undersökningen. Högst sjukfrånvaro i de 15 största yrkena fanns bland vårdbiträden och städare och lägst bland grundskolelärare och gymnasielärare. Sjukfrånvaron har minskat i alla dessa yrken. Trots att kvinnliga vårdbiträden uppvisade den högsta sjukfrånvaron, 8,8 procent, var det i detta yrke som minskningen för kvinnor varit högst, 1,8 procentenheter.

När det gäller landstingen fanns den lägsta andelen frånvarande bland manliga läkare, 2 procent, och den högsta bland kvinnlig lokalvårdspersonal, drygt 9 procent. Bland kvinnorna har sjukfrånvaron minskat i alla undersökta yrken. Bland männen steg sjukfrånvaron i två av de sex presenterade yrkena, lokalvårdspersonal och skötare.

Små löneskillnader mellan kvinnor och män i kommunerna

Löneskillnaderna mellan kvinnor och män har inte förändrats nämnvärt i någon arbetsmarknadssektor mellan 2001 och 2005. Kvinnors lön som andel av männens var ca 84 procent 2005 för hela arbetsmarknaden (tabell 2.7). De största löneskillnaderna mellan könen fanns i landstingen.

Löneskillnaderna minskade betydligt och utjämnades nästan helt för kommunerna, om hänsyn tas till skillnader i ålder, utbildning, arbetstid och yrke i en s.k. standardvägning. Löneskillnaderna var något större i landstingen.

För att bättre kunna förklara löneskillnaderna mellan kvinnor och män har Medlingsinstitutet utvecklat standardvägningen vidare. Genom att även ta hänsyn till vilket företag eller organisation som de anställda

arbetar för minskade de oförklarade löneskillnaderna ytterligare inom alla sektorer. Skr. 2006/07:102

Tabell 2.7 Kvinnors lön i procent av mäns efter arbetsmarknadssektor

	2001		2002		2003		2004		2005		
	Ej std.v	Std .v*	Ej std.v	Std .v*	Ej std.v	Std .v*	Ej std.v	Std .v*	Ej std.v	Std .v*	Std. v**
Kommuner	90	99	90	98	91	98	91	98	92	99	99
Landsting	71	93	71	92	71	93	71	93	71	93	95
Statlig	84	92	84	92	85	92	85	92	86	92	94
Privat	84	90	85	90	85	90	85	91	85	91	93
Samtliga	82	92	83	92	84	92	83	92	84	92	***

Källor: Statistiska centralbyrån och Medlingsinstitutet.

* I beräkningen tas hänsyn till yrke, ålder, utbildning och arbetstidens omfattning.

** I beräkningen tas hänsyn till företag, yrke, ålder, utbildning och arbetstidens omfattning.

*** Finns ingen uppgift.

En invändning som kan riktas mot att använda standardvägda löneskillnader som ett mått på eventuella osakliga löneskillnader är att vissa faktorer inte beaktas vid standardvägningen. Utgångspunkten för denna typ av invändning är att det är rimligt att anta att flera andra faktorer har betydelse för vilken lön den enskilde individen får. Lönepåverkande faktorer kan vara individuella egenskaper som t.ex. erfarenhet och sociala färdigheter. Andra lönepåverkande faktorer är knutna till arbetet och arbetsuppgiften, t.ex. arbetets svårighetsgrad, ansvar för planering eller arbetsledning. Det är också rimligt att anta att företagsspecifika faktorer som bransch- och marknadsförutsättningar kan påverka lönen för den enskilde individen anser Medlingsinstitutet.

Den officiella lönestatistiken kan inte ge svar på frågan om i vilken utsträckning det förekommer lönediskriminering i jämställdhetslagens mening. Lagen tar sikte på förhållandena hos den enskilde arbetsgivaren, medan statistiken avspeglar andra nivåer.

2.9 Statsbidrag till kommunsektorn

Vid riksdagsbehandlingen av förra årets skrivelse om utvecklingen inom den kommunala sektorn förutsatte finansutskottet att redovisningen av statsbidragen kommer att utvecklas vidare (bet. 2005/06:FiU26). Det gäller särskilt en samlad utvärdering av måluppfyllelsen för samtliga statsbidrag till kommuner och landsting eller för utvalda statsbidrag på anslagsnivå. Med anledning av detta har regeringen gett Statskontoret i uppdrag att utvärdera effekterna av ett urval specialdestinerade statsbidrag till kommuner och landsting i förhållande till de mål som riksdag och regering har fastställt för dessa bidrag.

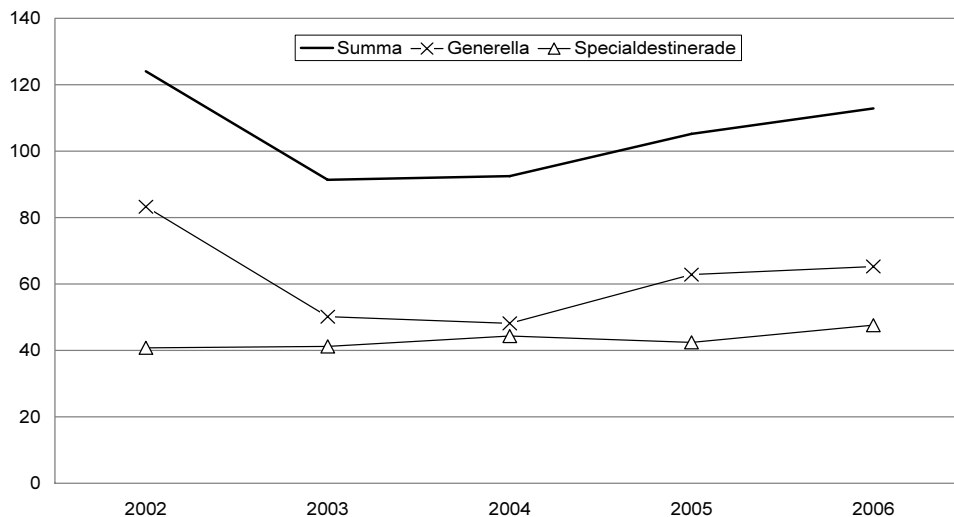
Under respektive verksamhetsavsnitt längre fram i skrivelsen redogörs för ett antal reformer där den ekonomiska regleringen gentemot kommunsektorn har gjorts i form av specialdestinerade statsbidrag.

Det fanns 2006 totalt 104 anslag på statsbudgeten som omfattade bidrag till kommunsektorn. Diagram 2.10 visar utvecklingen av specialdestinerade och generella statsbidrag. Även tillskott och ersättningar till kommunsektorn som belastar statsbudgetens inkomstsida

ingår. Statsbidragen uppgick totalt till knappt 115 miljarder kronor 2006, vilket motsvarade ca 19 procent av kommunsektorns totala intäkter. Skr. 2006/07:102

Diagram 2.10 Statliga bidrag till kommunsektorn

Miljarder kronor, löpande priser



Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

Statsbidragen har sammantaget minskat med ca 11 miljarder kronor mellan 2002 och 2006. Det är framförallt de generella statsbidragen som har minskat som en följd av olika regleringar mellan staten och kommunsektorn. När det s.k. kommunkontosystemet infördes 1996 höjdes det generella statsbidraget i två steg med ett belopp som motsvarade den avgift kommuner och landsting skulle betala till systemet. När avgiften avskaffades 2003 sänktes bidraget på motsvarande sätt med ca 31,5 miljarder kronor. De specialdestinerade statsbidragen har bl.a. till följd av detta ökat sin andel av de totala statsbidragen från 33 till 42 procent. Summan av de specialdestinerade statsbidrag har varit relativt jämn under perioden.

Generella statsbidrag

Med generella statsbidrag avses här bidrag som inte är verksamhetsanknutna och som är samlade under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, samt ej verksamhetsanknutna tillskott som belastar statsbudgetens inkomstsida. Under utgiftsområde 25 har emellertid funnits ett anslag åren 2002–2004 som varit verksamhetsanknutet, anslaget för ökad tillgänglighet inom sjukvården, och som därför redovisas som ett specialdestinerat statsbidrag.

Utvecklingen av de generella statsbidragen framgår av tabell 2.8. Anslaget för kommunalekonomisk utjämning omfattar det beloppsmässigt största statsbidraget till kommunerna och landstingen. Anslaget infördes 2005 och motsvarar anslaget för generellt statsbidrag till kommuner och landsting, som fanns 1996–2004.

Tabell 2.8 Generella statsbidrag och andra tillskott

Skr. 2006/07:102

Miljarder kronor, löpande priser

	2002	2003	2004	2005	2006
Generella statsbidrag					
Generellt statsbidrag till kommuner och landsting*	76,2	43,0	41,4	55,2	58,1
Särskilda insatser	1,1	1,9	0,4	0,3	0,2
Summa generella statsbidrag	77,3	44,9	41,9	55,5	58,3
Tillskott på statsbudgetens inkomstsida					
Sysselsättningsstöd (periodiserat)	4,6	4,0	4,9	7,3	6,9
"200-kronan"	1,3	1,3	1,3		
Summa tillskott på statsbudgetens inkomstsida	5,9	5,3	6,3	7,3	6,9
Summa generella bidrag och tillskott	83,3	50,2	48,2	62,8	65,3

Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

* Fr.o.m. 2005 Anslaget för kommunalekonomisk utjämning.

Anslaget för kommunalekonomisk utjämning syftar till att uppnå målet för politikområdet 25 Allmänna bidrag till kommuner. Som en följd av den kommunala självstyrelsen ligger det direkta ansvaret för att uppnå såväl verksamhetsmål som ekonomiska mål på kommunerna och landstingen själva. Staten kan dock indirekt bidra till detta. Tabell 2.9 visar förändringen i de generella statsbidragen och vad dessa förändringar beror på.

Tabell 2.9 Förändring av generella bidrag och andra tillskott*Miljarder kronor, löpande priser*

	2002	2003	2004	2005	2006
Generella bidrag och tillskott	83,3	50,2	48,2	62,8	65,3
Förändring från föregående år	2,2	-33,1	-2,0	14,7	2,4
varav tillskott	4,6	2,6	1,0	7,3	2,1
skatteregleringar	-3,5	-5,8	-2,6	2,1	-0,6
överföringar från specialdestinerade statsbidrag	1,4	0,2		4,2	1,0
regleringar enligt finansieringsprincipen	-0,1	-30,1	-0,5	1,0	0,1
övrigt	-0,2	-0,1	0,0	0,1	-0,2

Källa: Finansdepartementet.

Tillskotten till kommunsektorn har uppgått till sammanlagt 17,8 miljarder kronor under den i tabellen redovisade perioden. Tillskotten består främst av ökning av generella bidrag och av det tillfälliga sysselsättningsstödet.

I tabell 2.10 redovisas förändringar i de generella bidragen till följd av regleringar enligt den kommunala finansieringsprincipen. Sammanlagt har justeringar av statsbidragen gjorts för netto nära -30 miljarder kronor åren 2002 t.o.m. 2006.

Tabell 2.10 Regleringar enligt den kommunala finansieringsprincipen*Miljarder kronor, löpande priser*

	2002	2003	2004	2005	2006
Lärarpensioner	0,2	0,2	0,2	0,1	
Rätt till barnomsorg för barn till föräldralediga/arbetslösa	0,3				
Förstatligande av vårdhögskolorna	-1,4				
Maxtaxa+förbehållsbelopp äldreomsorg	0,8	0,1	0,2		
Allmän förskola 4-5-åringar		1,2			
Kommunkontosystemet		-31,4	-1,4	1,2	
Viss tandvård för vuxna			0,5	-0,2	
Vuxenutbildning				-0,1	-0,2
Gymnasieskolan					0,2
Övriga regleringar		-0,2			
Summa	-0,1	-30,1	-0,5	1,0	0,1

Källa: Finansdepartementet.

Specialdestinerade statsbidrag

Den beloppsmässigt övervägande delen av de specialdestinerade statsbidragen finns 2006 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning. Ökningarna var sammanlagt knappt 2 miljarder kronor mellan 2005 och 2006. Totalt ökade de specialdestinerade statsbidragen med 3,8 miljarder kronor 2006 jämfört med året innan. Förutom ökningarna inom de nämnda utgiftsområdena har statsbidragen inom utgiftsområde 6 Invandrare och flyktingar ökat med 1,2 miljarder kronor. Antalet anslag som omfattar specialdestinerade statsbidrag var 6 färre 2006 jämfört med 2005.

Tabell 2.11 Specialdestinerade bidrag per utgiftsområde 2006

Utgiftsområde	Antal anslag	Summa miljoner kronor	Andel procent
1. Rikets styrelse	2	118	0,3
2. Samhällsekonomi och finansförvaltning	1	150	0,3
4. Rättsväsendet	2	10	0,0
5. Internationell samverkan	2	2	0,0
6. Försvar samt beredskap mot sårbarhet	4	528	1,2
7. Internationellt bistånd	1	75	0,2
8. Invandrare och flyktingar	8	4 420	9,9
9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*	18	19 889	44,7
10. Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp	1	186	0,4
13. Arbetsmarknad	3	2 459	5,5
16. Utbildning och universitetsforskning	17	11 850	26,6
17. Kultur, medier, trossamfund och fritid	13	966	2,2
18. Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande	6	111	0,3
19. Regional utveckling	4	1 026	2,3
20. Allmän miljö- och naturvård	5	1 851	4,2
21. Energi	5	99	0,2
22. Kommunikationer	5	606	1,4
23. Jordbruk- och skogsbruk, fiske med anslutande näringar	5	107	0,2
24. Näringsliv	2	19	0,0
Totalt	104	44 472	100

* Redovisas netto inklusive ersättningen från kommunerna till Försäkringskassan för personlig assistans som 2006 uppgick till -3 200 miljoner kronor.

Källa: Ekonomistyrningsverket.

Tabell 2.12 nedan visar utvecklingen av de specialdestinerade statsbidragen sedan 2002. I tabellen särredovisas ett urval statsbidrag som helt eller delvis går till kommuner och/eller landsting. Dessa bidrag utgjorde drygt 90 procent av de totala beloppen för samtliga specialdestinerade statsbidrag 2006. Övriga specialdestinerade statsbidrag är fördelade på ca 90 anslag 2006 inom flertalet utgiftsområden i statsbudgeten.

Sammantaget har de specialdestinerade bidragen under perioden 2002–2006 ökat från 40,8 till 47,6 miljarder kronor varav läkemedelsförmånen står för en betydande del. Frånsett bidraget för läkemedelsförmåner har de specialdestinerade statsbidragen främst ökat i samband med reformer inom vård- och utbildningsområdena, införandet av maxtaxa i barnomsorgen 2002 samt personalförstärkningar i skolan från 2001. År 2005 har ett antal specialdestinerade bidrag avseende hälso- och sjukvård överförts till anslaget för kommunalekonomisk utjämning.

Tabell 2.12 Specialdestinerade statsbidrag och riktade satsningar på statsbudgetens inkomstsida*Miljarder kronor, löpande priser*

	2002	2003	2004	2005	2006
Specialdestinerade statsbidrag					
Hälso- och sjukvård, generell del	0,1	0,1			
Program för IT i skolan	0,3				
Kommunersättningar vid flyktingmottagande	2,4	2,4	1,9	1,7	3,2
Klinisk forskning och utbildning	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0
Regional musikverksamhet mm	0,6	0,7	0,7	0,7	0,4
Vuxenutbildning	2,4	1,3	1,8	2,3	1,8
Läkemedelsförmånerna	17,8	18,6	19,4	19,8	20,6
Personalförstärkning i skolan	1,5	2,5	3,4	1,4	1,0
Ökad tillgänglighet i vården	1,3	1,3	1,1		
Maxtaxa barnomsorg mm	3,9	3,9	3,7	3,7	3,7
Personalförstärkning i förskolan				0,7	2,3
Åtgärder för biologisk mångfald	0,3	0,4	0,5	0,9	0,8
Sanering och återställning av förorenade områden	0,4	0,2	0,4	0,4	0,6
Stöd till klimatinvesteringar			0,1	0,1	0,4
Övriga	7,8	7,5	8,0	7,1	7,8
Summa specialdestinerade statsbidrag	40,5	40,4	42,8	40,6	44,5
Riktade satsningar på statens inkomstsida					
Anställningsstöd	0,3	0,3	0,4	0,6	2,1
Bredband	0,0	0,2	0,4	0,5	
OSA (offentligt skyddat arbete)		0,3	0,8	0,8	0,7
Utbildning av personal i vård och utbildning				0,5	0,3
Stöd till utbildningsvikariat					0,1
Summa riktade satsningar på statens inkomstsida	0,3	0,8	1,6	1,8	3,1
Summa	40,8	41,2	44,3	42,4	47,6

Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

2.10 Kommunala skattesatser

I tabell 2.13 redovisas de kommunala skattesatserna 1995 och 2001–2007 samt spridningen. År 1996 infördes ett nytt utjämningsystem som omfattade samtliga kommuner och landsting. Utjämningsystemet syftar till att ge kommuner och landsting likvärdiga ekonomiska förutsättningar. Detta borde kunna leda till minskade skillnader i skattesatser, men skillnaderna beror även på olikheter vad avser servicenivå, effektivitet och avgiftsfinansiering.

Tabell 2.13 Kommunala skattesatser*Procent*

	1995	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Vägt medelvärde	30,52	30,53	30,52	31,17	31,51	31,60	31,60	31,55
Högsta skattesats	33,20	33,17	33,30	33,72	34,04	34,24	34,24	34,24
Lägsta skattesats	25,70	27,15	27,50	28,90	28,90	28,90	28,89	28,89
Variationsvidd	7,50	6,02	5,80	4,82	5,14	5,34	5,35	5,35

Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Skillnaden mellan högsta och lägsta skattesats (variationsvidden) är ett grovt spridningsmått. Variationsvidden minskade mellan 1995 och 2003 men har därefter ökat något. Att spridningen minskade 1995–2003 beror främst på att skatten höjdes i kommuner med låg skattesats.

Som framgår av tabell 2.13 höjdes skattesatserna mest under 2002–2004, vilket i stor utsträckning berodde på höjningar av landstingsskatten under denna period. Mellan 2006 och 2007 sjönk den genomsnittliga skattesatsen för första gången sedan 2002. Av 24 kommuner som sänkte skatten var 12 förortskommuner, varav sju i Stockholms län. I sex kommuner höjdes skattesatsen. Ett landsting (Västmanland) höjde skatten mellan 2006 och 2007.

Tabellen nedan visar de fem kommuner med högst respektive lägst skatt 1995 och 2007. Sedan 2004 har samtliga kommuner med lägst skatt varit kommuner i Skåne län. Fyra av de fem kommuner med högst skatt ligger i Norrlandslänen, vilket har varit situationen sedan 2005.

Tabell 2.14 Kommuner med lägst respektive högst total skattesats 2007

<i>Lägst skattesats</i>				<i>Högst skattesats</i>			
<i>1995</i>		<i>2007</i>		<i>1995</i>		<i>2007</i>	
Täby	26,51	Vellinge	28,89	Strömstad	34,75	Dals-Ed	34,24
Danderyd	26,78	Kävlinge	28,90	Gullspång	34,41	Ragunda	33,72
Lomma	28,50	Örkelljunga	29,15	Munkedal	34,04	Sollefteå	33,69
Vellinge	28,52	Staffanstorps	29,28	Kristinehamn	33,97	Malå, Norsjö	33,65
Lidingö	28,73	Ängelholm	29,43	Torsby	33,96	Härnösand	33,64

Källa: Statistiska centralbyrån.

2.11 Kommunalekonomisk utjämning

Från den 1 januari 2005 infördes ett nytt system för kommunal-ekonomisk utjämning genom att det tidigare utjämningsystemet sammanfördes med det generella statsbidraget och vissa riktade bidrag.

Utjämningsystemet, som hanteras inom anslaget 48:1 Kommunalekonomisk utjämning, kan delas upp i fem olika delar: inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag/avgift. I tabell 2.15 redovisas de bidrag och avgifter som finns inom ramen för anslaget uppdelat på anslagsposterna kommuner respektive landsting. Anslaget uppgick 2006 till 58,2 miljarder kronor. Inkomstutjämningsbidrag ges till kommuner och landsting med en

skattekraft under 115 respektive 110 procent av medelskattekraften i landet. Kommuner och landsting med en skattekraft över dessa nivåer betalar en inkomstutjämningsavgift. Skr. 2006/07:102

Tabell 2.15 Kommunalekonomisk utjämning 2005–2006

Miljarder kronor

	Kommuner		Landsting	
	2005	2006	2005	2006
Inkomstutjämningsbidrag	45,0	46,2	14,9	15,2
-avgift	-3,4	-3,2	-2,2	-2,0
Kostnadsutjämningsbidrag	4,6	4,7	1,2	1,1
-avgift	-4,7	-4,7	-1,2	-1,1
Strukturbidrag	1,5	1,5	0,7	0,7
Införandebidrag	1,5	0,8	0,6	0,3
Summa utjämning m.m.	44,6	45,3	14,1	14,2
Regleringsbidrag/avgift	-2,0	-0,2	-1,5	-1,3
Summa	42,6	45,2	12,6	13,0

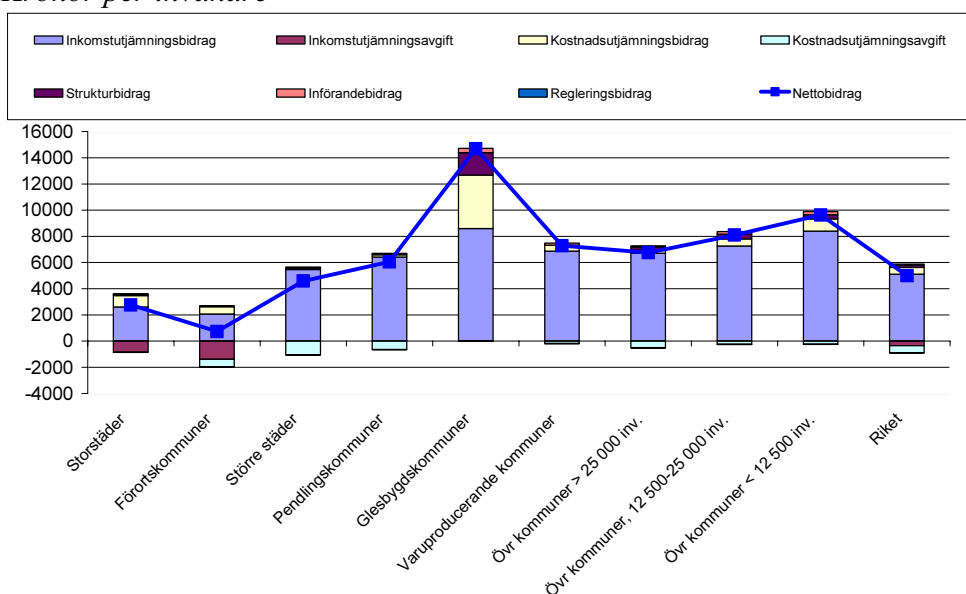
Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Kostnadsutjämningen sker genom bidrag och avgifter enligt samma principer som t.o.m. 2004, dock med vissa modifieringar. Ett strukturbidrag utgår till kommuner och landsting som uppfyller särskilda kriterier och ett införandebidrag utgår under en övergångsperiod till kommuner och landsting med negativa intäktsförändringar till följd av det nya systemet. Slutligen har regleringsavgifter och regleringsbidrag införts för att summan av alla bidrag och avgifter i systemet skall överensstämma med ramanslaget Kommunalekonomisk utjämning. Regleringsavgiften/bidraget blir således en restpost och fastställs som skillnaden mellan summan av alla bidrag och avgifter och ramanslaget för kommunalekonomisk utjämning och fördelas med lika många kronor per invånare på alla kommuner respektive landsting.

Fördelningen av den kommunalekonomiska utjämningen på enskilda kommuner och landsting varierar med hänsyn till skillnader i främst skattekraft och strukturella förhållanden som påverkar behovet av kommunala tjänster och kostnaderna för att tillgodose dessa behov.

Av diagram 2.11 framgår hur utjämningens olika delar genomsnittligt faller ut på olika kommungrupper. Utfallet skiljer sig emellertid mellan kommuner i en och samma grupp. Inkomstutjämningsavgift betalas enbart av en storstad och 12 förortskommuner. År 2006 var 12 kommuner nettobetalare i systemet som helhet. Glesbygdskommuner och övriga kommuner under 12 500 invånare får högst inkomstutjämningsbidrag. Förorter, storstäder och större städer får lägst.

Diagram 2.11 Utfall av kommunalekonomisk utjämning fördelat på kommungrupper 2006 Skr. 2006/07:102
Kronor per invånare



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Glesbygdskommuner får högst kostnadsutjämningsbidrag. Högst avgift i kostnadsutjämnningen betalas av större städer och pendlingskommuner. Nettobidraget är genomsnittligt lägst för förortskommuner, drygt 700 kronor per invånare, och högst för glesbygdskommuner, ca 14 700 kronor per invånare. Utjämnningen har således störst betydelse för glesbygdskommuner.

Stockholms läns landsting är den enda nettobetalaren i landstingsutjämnningen. Övriga landsting får inkomstutjämningsbidrag. Utfallet i kostnadsutjämnningen varierar från en avgift på över 1 000 kronor per invånare för Uppsala läns landsting och ett bidrag på ca 1 200 kronor per invånare för Norrbottens läns landsting.

Den kommunalekonomiska utjämnningen följs upp av en särskild utredare och under hösten 2006 redovisades delbetänkandet Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämnningen (SOU 2006:84). Delbetänkandet har varit föremål för en bred remissbehandling.

2.12 Kostnadsutjämning för funktionshindrade (LSS)

År 2004 infördes ett nationellt kostnadsutjämningsystem för kommunernas verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Sorsele och Ydre kommuner redovisade nettokostnader på drygt 400 respektive drygt 500 kronor per invånare 2005, vilket kan jämföras med Hedemora kommuns drygt 6 800 kronor per invånare.

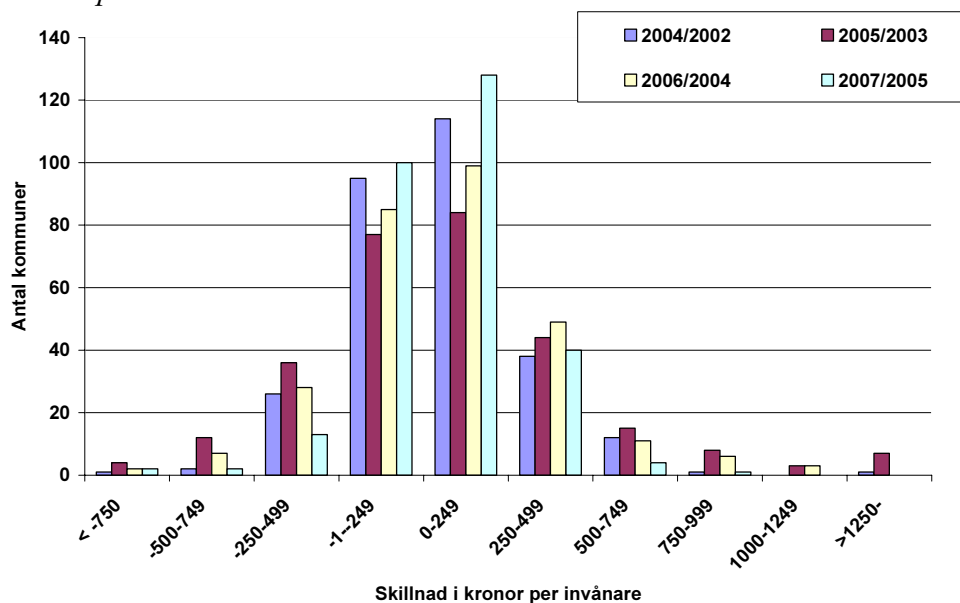
I LSS-utjämnningen beräknas för varje kommun en standardkostnad genom att antalet personer med insatser enligt LSS multipliceras med en nationell genomsnittskostnad för respektive insats. För att i utjämnningen även kunna ta hänsyn till skillnader i vårdtyngd och till stordriftsfördelar i verksamheten beräknas för varje kommun ett personalkostnadsindex

och ett koncentrationsindex. Kostnadsutjämningsen sker genom att kommuner med en beräknad standardkostnad under riksgenomsnittet betalar en avgift till staten som motsvarar skillnaden mellan detta och kommunens standardkostnad. Kommuner med en beräknad standardkostnad över riksgenomsnittet får på motsvarande sätt ett bidrag av staten. Summan av bidragen i landet motsvarar i stort summan av avgifterna.

År 2006 fick 132 kommuner knappt 1,9 miljarder kronor i bidrag och 158 kommuner betalade utjämningsavgifter på knappt 1,8 miljarder kronor.

Diagram 2.12 Kommunerna fördelade efter skillnad mellan standardkostnad 2004–2006 och nettokostnad två år tidigare

Kronor per invånare



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Kostnadsutjämningsen för LSS-verksamhet följs sedan våren 2006 upp av en särskild utredare och under sommaren 2006 redovisades delbetänkandet Uppföljning av kostnadsutjämningsen för kommunernas LSS-verksamhet (SOU 2006:69). De förslag som redovisades har legat till grund för regeringens beslut om kostnadsutjämningsen 2007.

3 Hälsa- och sjukvårdspolitik

3.1 Verksamhetsområde hälso- och sjukvård

Nationella mål

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det övergripande målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vidare anges att hälso- och sjukvården skall:

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och
- arbeta för att förebygga ohälsa.

Dessutom skall vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Enligt riksdagens beslut finns sedan 1997 en allmän prioriteringsregel i hälso- och sjukvårdslagen som fastlägger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvården skall ha företräde till vården. Enligt detta beslut har, med etiska principer som grund, riktlinjer lagts fast för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

God vård

Med hälso- och sjukvårdslagen som grund har Socialstyrelsen arbetat fram en handbok som heter God vård – ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. I denna definieras begreppet God vård utifrån ett antal kvalitetsområden, vilka är utgångspunkten i ett pågående kvalitetsarbete. Satsningar och arbete för att nå målet om god hälsa genomförs såväl på landstingsnivå som på nationell nivå.

Vårdgaranti

Under 2005 slöts en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en (utökad) nationell vårdgaranti i hälso- och sjukvården. Vårdgarantin som tillämpas fr.o.m. 1997 innebär att kontakt med vården bör kunna ske samma dag som patienten söker kontakt och om läkarbesök är nödvändigt bör väntetiden vara högst 7 dagar. Den som fått remiss till den specialiserade vården bör erbjudas vård inom 90 dagar. Den (utökade) nationella vårdgarantin som tillämpas från och med den 1 november 2005 innebär att landstingen bör erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Garantin omfattar alla behandlingar inom den planerade vården. I det fall landstinget inte kan erbjuda behandling inom 90 dagar åligger det

landstinget att hjälpa patienten att få vård i annat landsting inom garanterad tid. Om patienten får behandling i annat landsting skall det ske utan extra kostnader för patienten. Skr. 2006/07:102

IT inom hälso- och sjukvården

En effektiv och ändamålsenlig informationsförsörjning inom hälso- och sjukvården är en förutsättning för att kunna garantera patientsäkerhet, tillgänglighet och vårdkvalitet. Det övergripande målet som finns angivet i den Nationella IT-strategin för vård och omsorg (skr. 2005/06:139) är att informationen om en patient skall finnas tillgänglig för behörig vårdpersonal oavsett var och när informationen har registrerats.

Överenskommelse för primärvård och äldreomsorg samt för psykiatri

Vid årsskiftet 2004/05 löpte den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården ut (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). För att fortsätta arbetet som hade påbörjats i och med handlingsplanen tecknades två nya överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet respektive Svenska kommunförbundet. En överenskommelse avser primärvård och äldreomsorg, en avser psykiatri. Barn och unga är en av de särskilt utpekade målgrupperna. Målsättningen är att stärka primärvård, vård och omsorg om äldre, motverka psykisk ohälsa samt förbättra tillgängligheten till vården. Socialstyrelsen genomförde 2006 en uppföljning av respektive överenskommelse.

Psykiatrisk hälso- och sjukvård

De allmänna bestämmelserna om den psykiatriska vårdens innehåll och utförande finns i hälso- och sjukvårdslagen samt i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Vården skall bl.a. vara av god kvalitet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Den särskilda lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården – lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) – ger därutöver bestämmelser om tvångsvårdens bedrivande och förutsättningar. Avsikten med regleringen är bl.a. att inom ramen för tvångsvården tillgodose patientens rättssäkerhet, att begränsa användningen av tvångsvård samt att minska användningen av tvångsåtgärder inom vården. Ett ytterligare ändamål med lagstiftningen är att upprätthålla samhällsskyddet.

Läkemedel

Behandling med läkemedel är en viktig del av hälso- och sjukvården och den målsättning som anges i hälso- och sjukvårdslagen gäller även på läkemedelsområdet. När det gäller läkemedelsförsörjningen så finns det i lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. krav på att den skall bedrivas rationellt och på ett sådant sätt att behovet av säkra och

effektiva läkemedel tryggas. I fråga om receptbelagda läkemedel skall de enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. omfattas av läkemedelsförmånerna om kostnaderna för användning av läkemedel framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhälls-ekonomiska synpunkter.

Måluppfyllelse

I ett internationellt perspektiv presterar den svenska hälso- och sjukvården väl på ett flertal områden. Enligt Socialstyrelsen (SoS Hälso- och sjukvårdsrapport 2005) fick Sveriges hälso- och sjukvård ett flertal positiva omdömen i en granskning som OECD nyligen har genomfört, "Towards High-Performing Health Systems". De positiva omdömena rörde den svenska befolkningens hälsotillstånd, hälso- och sjukvårdens kvalitet och valfriheten inom vården. De svenska kvalitetsregistren får starkt beröm av OECD och registrens bidrag till att sprida kunskap om evidensbaserad vård och till att förbättra medicinsk praxis lovordas. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet beskrivs som flexibelt och innovativt.

Trots dessa goda omdömen finns det områden där den svenska hälso- och sjukvården kan bli bättre, exempelvis tillgängligheten till primärvården, olikheterna i vård mellan landstingen samt rehabilitering inom psykiatri och missbrukarvård.

I Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2005 görs bedömningen att förutsättningarna för att kunna redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet blivit allt bättre. Ett intensivt utvecklingsarbete har under senare år pågått för att kunna följa verksamhetsutvecklingen på nationell nivå. Detta har genomförts bl.a. genom att Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting inlett ett samarbete för att ta fram indikationer som skall bidra till att beskriva och följa upp hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen genomför också ett riktlinjearbete som syftar till att främja enhetlig praxis för några av de stora folksjukdomarna. Dessutom har arbetet med de nationella kvalitetsregistren som förs inom ett antal diagnosområden fortsatt. Det finns emellertid fortfarande problem med att beskriva och följa upp hur hälso- och sjukvården fungerar totalt sett och särskilt gäller dessa problem, enligt Socialstyrelsen, "mjuka" verksamheter där det är svårt att använda kvantitativa resultatmått. Exempel på sådana verksamheter är vård vid psykiatriska sjukdomar och missbruk samt vård och rehabilitering vid olika smärttillstånd.

Tillgänglighet och kvalitet

Tillgänglighetsproblem finns fortfarande i landstingen i form av vårdköer och i vissa fall långa väntetider till planerad vård. Att åstadkomma kortare väntetider och kortare vårdköer är det som befolkningen anser vara viktigast i sitt eget landsting. Jämförelser mellan åren 2002 och 2003 visar att andelen som tyckte att kortare vårdköer var viktigt ökade från 18 till 23 procent. Enligt Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport fick 85 procent av samtliga patienter träffa en läkare inom sju

dagar 2005, vilket är en förbättring jämfört med 2004. Av patienter med ett akut vårdbehov fick 92 procent tid för läkarbesök redan samma dag. Ingenting tyder på att befolkningen anser att det har skett några förbättringar när det gäller väntetid till besök hos allmänläkare mellan 2002 och 2005. Jämfört med 2002 uppfattas det dock ha blivit lättare att komma fram till vårdcentralerna på telefon. År 2005 ansåg 69 procent av patienterna att det var mycket eller ganska lätt att komma fram till vårdcentralerna på telefon och det är en ökning med 10 procentenheter jämfört med 2002. Under 2006 genomfördes en uppföljning av den nationella vårdgarantin, Den nationella vårdgarantin, Socialstyrelsens uppföljning, delrapport 2006. Denna redogörs för i nästa avsnitt.

Svenskt Kvalitetsindex¹ mätning som redovisades i januari 2005 visade att nöjdheten för sjukvården hade förbättrats. Uppgången var något starkare i den offentliga vården än i den privata. Alla aspekter som mätts i sjukvården uppvisar en ökning förutom befolkningens förväntningar på sjukvården som har sänkts en aning. Svenskt Kvalitetsindex genomförde en ny mätning under hösten 2006. Nöjdheten för den öppna sjukvården fortsatte att öka även i denna mätning, men var dock fortfarande lägre än 1998. Patienterna är mer nöjda med den privat drivna öppenvården men ökningen i nöjdhet skedde enbart inom den offentligt drivna öppenvården. Detta innebär att skillnaden i nöjdhet mellan privat och offentligt driven vård minskade 2006. Det föreligger stora skillnader mellan de olika landstingen och mellan könen. Män är mer nöjda än kvinnor, vilket skiljer sig från den övriga tendensen i samhället.

Analysen av data från de nationella kvalitets- och hälsodataregistren, som hanteras av Socialstyrelsen samt huvudmännen, visar en fortsatt positiv trend när det gäller tillgången till evidensbaserad vård och behandling vid de stora folksjukdomarna som hjärtinfarkt, stroke, diabetes, m.fl. Också de medicinska resultaten av vården visar successiva förbättringar. Inom vissa diagnoser finns emellertid fortfarande omfattande regionala variationer vad gäller behandlingsmetoder. Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta evidensbaserade riktlinjer, med rekommendationer om prioriteringar, för vård och behandling av ett antal kroniska sjukdomar.

Vårdgaranti

Det är ännu för tidigt att se vilka effekter vårdgarantin får på längre sikt. Vårdgarantin har dock inneburit en mobilisering för bättre tillgänglighet, både nationellt och inom landstingen. Arbetet har bland annat inneburit att ta fram underlag för gemensamma medicinska indikationer för behandling, bättre rutiner för remisshantering, administration av väntelistor, information och kommunikation samt metoder för systematiskt förbättringsarbete.

De uppgifter som följs upp i databasen Väntetider i Vården visade under våren 2006 på en minskning både av det totala antalet patienter

¹ Svenskt Kvalitetsindex drivs inom ramen för ett konsortium som består av bl.a. Statistiska centralbyrån, Handelshögskolan i Stockholm och Centrum för tjänsteforskning vid Karlstads universitet.

som väntade på en behandling och på antalet som hade väntat längre än 90 dagar. Enligt mätningen i november 2006 får dock var fjärde patient ofrivilligt vänta längre än 90 dagar. Variationerna är stora, såväl mellan landstingen som mellan de olika specialiteterna. Omfattande problem finns inom ortopedin och ögonsjukvården.

Det behövs fortsatta insatser inom flera områden för att uppfylla intentionerna för vårdgarantin. Områden som är särskilt angelägna att fokusera på är bland annat arbetet med medicinska indikatorer och förbättrade remissrutiner. Ett problem är att inrapporteringsfrekvensen fortfarande är låg i flera landsting. Särskilt låg är inrapporteringen när det gäller barn och unga. Ett annat problem är att det endast är ett begränsat antal behandlingar som följs upp i databasen även om antalet utökades under hösten 2006. Det är angeläget att inrapporteringen omfattar områden inom exempelvis habilitering och rehabilitering samt psykiatri.

IT inom hälso- och sjukvården

Den förra regeringen tillsatte i mars 2005 en nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg med representanter från Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB och Carelink. Dessa aktörer utarbetade och enades gemensamt om en nationell IT-strategi för vård och omsorg (skr. 2005/06:139), som för första gången har etablerat ett gemensamt förhållningssätt till hur IT skall användas för att stödja medborgarnas delaktighet i vården och utveckla vårdverksamheten.

Strategin hade som främsta syfte att skapa en bred nationell enighet inom vård- och omsorgssektorn om hur IT bör användas för att skapa förbättringar för medborgare, vårdpersonal och beslutsfattare. Genom att lyfta fram och tydliggöra nyttoeffekterna för dessa tre målgrupper var ambitionen också att skapa en djupare förståelse inom sektorn att IT behövs som en integrerad del i alla delar av vård- och omsorgsverksamheten för att de politiska verksamhetsmålen skall kunna uppfyllas.

Bakgrunden till initiativet var att parterna identifierat att IT hittills inte har utnyttjats till sin fulla potential inom vården och omsorgen, eftersom det varit svårt att enas om gemensamma krav och standarder för elektroniskt informationsutbyte. Stora regionala skillnader i hur IT-stöd används i verksamheten har lett till en stor mångfald av olika system som inte är anpassade för att kunna kommunicera med varandra. Detta har, tillsammans med ett regelverk som inte är anpassat för elektronisk informationssamverkan, lett till att IT-utvecklingen hittills inte levt upp till förväntningarna.

I strategin enades parterna därför om en gemensam vision om hur den framtida informationsförsörjningen inom vård- och omsorgssektorn bör se ut för att kunna erbjuda alla de nyttoeffekter som vore möjliga.

Med hjälp av ändamålsenliga IT-stöd får alla patienter god och säker vård och bra service. Vårdpersonalen kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov. IT används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården och de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt:

- Medborgare, patienter och anhöriga har enkel tillgång till allsidig information om vård och hälsa samt om sin egen hälsosituation. De erbjuds en bra service och är delaktiga i vården utifrån individuella förutsättningar.
- Personal inom vård och omsorg har tillgång till välfungerande och samverkande IT-stöd som garanterar patientsäkerheten och underlättar deras dagliga arbete.
- Ansvariga för vård och omsorg har ändamålsenliga IT-stöd för att följa upp patientsäkerheten och vårdens kvalitet samt för verksamhetsstyrning och resursfördelning.

Betydande framsteg har under 2006 gjorts för att förverkliga den gemensamma visionen. Satsningar på nya IT-stöd betraktas i dag allt oftare som en investering för att utveckla och förbättra verksamheten, inte enbart som en teknikinvestering. Under det år som gått sedan strategin presenterades har en betydande kraftsamling skett från många av sektorns aktörer för att förverkliga den gemensamma visionen om en ändamålsenlig och effektiv informationsförsörjning inom vård och omsorg med hjälp av IT. Uppslutningen kring strategin har varit mycket stark, och det råder en bred politisk enighet om områdets betydelse. Arbetet har i stora delar därför kunnat bedrivas snabbare och med större kraft än förväntat.

För regeringens del handlar det främst om att skapa goda grundförutsättningar för den fortsatta IT-utvecklingen inom vård- och omsorgssektorn. Arbetet med en ny patientdatalag pågår under 2007 för att möjliggöra ett elektroniskt informationsutbyte mellan vårdgivare. En stor satsning genomförs för att skapa ett enhetligt bruk av termer och begrepp inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, med syfte att höja kvaliteten i vårddokumentationen och skapa förutsättningar för uppföljning och jämförelser av vårdens resultat och kvalitet.

Uppföljning av statens och Landstingsförbundets respektive Svenska kommunförbundets överenskommelser för primärvård och äldreomsorg

De allra flesta landsting fortsatte att arbeta med att förbättra tillgängligheten i primärvården under 2005. Bland annat har man genomfört förbättring av sjukvårdsrådgivning samt infört nya telefonsystem. Andelen av befolkningen som anser att det blivit lättare eller mycket lättare att nå fram till sjukvårdsrådgivningen har under de senaste åren blivit allt större.

Inom hälso- och sjukvården är man överens om att en fast läkarkontakt är viktig för kontinuitet och trygghet i vården och att en kraftsamling behövs för att kunna uppfylla hälso- och sjukvårdslagens krav om en fast läkarkontakt. Som en del i detta arbete behöver antalet specialister i allmänmedicin öka och ett mål har satts upp, nämligen att det 2008 skall finnas 6 000 specialister i allmänmedicin i primärvården. Det ser inte ut som att detta mål kommer att uppnås och fortfarande finns mycket arbete kvar att göra innan kravet om fast läkarkontakt uppnås.

För att förbättra vården och omsorgen om äldre har landstingen under 2005 fortsatt att utveckla samarbetet med kommunerna. Till exempel har

många landsting infört nya IT-lösningar, bland annat i form av journal-system, för att underlätta samarbetet. Skr. 2006/07:102

Uppföljning av överenskommelsen för psykiatri mellan staten och Landstingsförbundet respektive Svenska kommunförbundet

Av landstingens redovisningar för 2005 framgår att många landsting har förstärkt insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa. Bristfälliga data inom psykiatrins verksamhetsområde försvårar dock tillförlitliga bedömningar av insatsernas effekter. Landstingen redovisar stor variation när det gäller typ av insatser och verksamhet för personer med psykiska funktionshinder. Det kan delvis förklaras av att det inte finns en enhetlig definition av begreppet. Flertalet av landstingen har inte gjort någon särskild satsning för målgruppen äldre under 2005 trots att Socialstyrelsen konstaterade att detta är det mest eftersatta området när det gäller landstingens insatser för människor med psykisk ohälsa.

Psykiatrisk hälso- och sjukvård

Andelen personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom är relativt konstant över tid och någon påtaglig ökning de senaste åren kan inte fastställas. Däremot ökar antalet personer som upplever psykiska besvär. Flera rapporter har visat att det under de senaste 10–20 åren blivit vanligare att ungdomar är nedstämda, är oroliga, har svårt att sova och har värkbesvär.

Primärvården har ett basansvar för all hälso- och sjukvård. Det innebär bl.a. att ansvaret för att behandla personer med lätta och medelsvåra psykiska störningar ofta åligger primärvården. Upp till 30 procent av de vuxna besökande på primärvårdsmottagningarna uppskattas lida av någon form av psykisk ohälsa. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa söker däremot bara undantagsvis hjälp i primärvården. Istället har tillströmningen av nya patienter inom barn- och ungdomspsykiatri ökat kraftigt under det senaste decenniet.

Ett av de utmärkande dragen för den psykiatriska vården är att den slutna vården under en lång period minskat i omfattning till förmån för vård och behandling i öppna vårdformer. Under 1999 vårdades drygt 49 000 patienter i specialiserad psykiatrisk slutenvård. År 2004 hade patientantalet minskat till ca 44 000, en minskning med drygt 10 procent. Den genomgående minskningen av antalet patienter mellan 1999 och 2003 verkar dock ha brutits från och med 2004 då antalet patienter i psykiatrisk vård visade på en viss uppgång. Detsamma gäller för antalet vårdtillfällen. Uppgifter från patientregistret visar att ökningen av antalet patienter i slutna psykiatrisk vård höll i sig under 2005, enligt preliminära uppgifter uppgick antalet patienter till drygt 46 000. Medelvårdtiden inom den psykiatriska vården minskade från 27,7 dagar till 19 dagar åren 1998 till 2003, vilket till viss del förklaras av att antalet patienter som skrevs in och ut samma dag ökade under denna period. Fördelningen mellan frivilligt vårdade och patienter inom tvångsvården (LPT och LRV) har förskjutits mot en allt större andel tvångsvårdade. År 2005 upptogs 44 procent av platserna inom den psykiatriska slutenvården

av patienter som vårdas enligt LPT och LRV, vilket är en kraftig ökning jämfört med tidigare inventeringar. Detta kan ses som en naturlig följd av psykiatrireformen, vars mål är att fler patienter skall kunna klara sig ute i samhället med stöd från såväl öppenvård som socialtjänst. Det kan även konstateras att de pågående vårdtiderna för LRV-patienter har ökat under de senaste åren. Fler platser tas därigenom i anspråk av denna patientkategori vilket innebär att platserna i mindre utsträckning än tidigare kan användas för frivilligt vårdade.

Socialstyrelsen har vid sin inventering av den psykiatriska slutenvården 2005 rapporterat en beläggningsgrad inom den psykiatriska slutenvården på 95 procent, vilket i ett internationellt perspektiv är höga siffror. För att undvika överbeläggningar och för att ha en kapacitet att ta emot akuta patienter bör erfarenhetsmässigt en beläggningsprocent på 80–85 vara mer rimlig. Socialstyrelsens bedömning är därför att antalet platser inom den psykiatriska slutenvården bör utökas.

Regeringen tillkallade i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare. Psykiatrisamordnaren lämnade i november 2006 delbetänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) och slutbetänkandet *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100). Av betänkandena framgår bland annat att belastningen på öppenvårdspsykiatrin tycks ha ökat de senaste åren. När det gäller innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården gör psykiatrisamordnaren bedömningen att det finns stora brister både när det gäller tillgången till kompetent personal, metoder och när det gäller arbetssätt och organisation. Evidensbaserade metoder används inte i den utsträckning som är möjligt och önskvärt eftersom strukturer för implementering av befintlig kunskap ofta saknas. Även företrädare för primärvården upplever att allt fler personer söker vård på grund av psykisk ohälsa och att de inte har möjlighet att möta den stora efterfrågan på utredning och behandling. Många rapporterar också om svårigheter i samarbetet med psykiatrin och andra samhällsinstanser. Primärvården saknar ofta tillräckliga resurser, både på grund av läkarbrist och att det saknas tillgång till andra personalkategorier. Kompetensen hos den personal som finns skiljer sig åt, men generellt saknas tillräcklig kompetens för att upptäcka och behandla psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar i primärvården.

Psykiatrisamordnaren pekar också på stora svårigheter för huvudmännen att finna gemensamma lösningar kring de personer som behöver det. Det handlar om personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar, barn och ungdomar med en omfattande psykosocial problematik, och personer som vårdas enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna och har permission. Samordnaren anser bland annat att tillgängligheten till den psykiatriska slutenvården behöver öka samt att det behövs en nationell plan för psykisk hälsa och föreslår att riksdagen antar ett antal mål och anger tydlig inriktning för utvecklingsarbetet.

Socialstyrelsens rapport och den Nationella psykiatrisamordnarens betänkande visar att det finns fortsatt stora behov av förbättringar av vård och stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Förra regeringen beslutade, med utgångspunkt i

psykiatrisamordnarens förslag, om en satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Under 2005 och 2006 satsade staten totalt 700 miljoner kronor i form av riktade bidrag till landstingens och kommunernas arbete med att förbättra vård, sysselsättning och boende samt verksamhetsutveckling för dessa grupper.

Socialstyrelsens första uppföljning av satsningen, augusti 2005, visade att samtliga landsting och kommuner, med något undantag, har ansökt om medel för satsningar på projekt inom en rad områden, t.ex. metodutveckling och utbildning. Nästan alla projekt genomfördes i samverkan mellan landsting och kommun. Särskilda målgrupper som har uppmärksammats av huvudmännen är bl.a. personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder och samtidigt missbruk, barn, ungdomar och unga vuxna samt personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Den andra uppföljningen, april 2006, redogjorde för hur medlen har förbrukats under 2005 och hur verksamheterna fortskrider. Slutredovisning av uppdraget sker i augusti 2007.

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att organisera och driva ett nationellt centrum för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa. Utvecklingscentrumets uppgifter skall vara att samla, koordinera och föra ut kunskap och vetenskap då det gäller att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga som riskerar att utveckla svårare psykisk ohälsa.

Läkemedel

De senaste decennierna har det skett en omfattande utveckling av nya läkemedel. Sjukdomar som tidigare inte var möjliga att behandla kan i dag botas. Vidare har livskvaliteten för stora grupper förbättrats genom symtomlindring av läkemedel. Läkemedel har under senare år ersatt annan terapi och medverkat till att antalet vårdplatser såväl inom den psykiatriska som inom den somatiska hälso- och sjukvården kunnat minska. Ur både patient- och kostnadsperspektiv är det även fortsättningsvis avgörande att läkemedel ses som en integrerad del av den övriga hälso- och sjukvården samt att de resurser som läkemedel tar i anspråk ingår i de samlade resurserna för hälso- och sjukvården.

Enligt Socialstyrelsens rapport "Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos" från september 2006 följs myndighetens riktlinjer för läkemedelsbehandling efter hjärtinfarkt i varierande grad inom landet. När det gäller de högst prioriterade läkemedlen finns skillnader i användningen av statiner och ACE-hämmare. I Malmö får 73 procent av hjärtinfarktpatienterna statiner mot 61 procent i Göteborg. Skillnaderna är ännu större för ACE-hämmare, 68 procent i Malmö och 49 procent i Göteborg. Vad gäller val av cancerbehandling finns det också stora variationer bland sjukvårdshuvudmännen. Läkemedlet trastuzumab (Herceptin) har blivit uppmärksammat för att det anses som effektivt, men är också mycket dyrt. Förskrivningen per sjukvårdsregion är ungefär dubbelt så hög i de tre norra regionerna i jämförelse med de tre södra.

Patienter med störst behov skall ha företräde till vården oberoende av betalningsförmåga, social ställning i samhället, bostadsort, ålder eller andra faktorer som inte är relevanta ur ett medicinskt perspektiv. Innehållet i vården är inte närmare specificerat i hälso- och sjukvårdslagen annat än att den skall uppfylla kraven på en god vård vilket bland annat innebär att vården skall vara av god kvalitet, lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande.

Det är komplicerat att utvärdera måluppfyllelse inom sjukvården eftersom såväl registerdata som data insamlad med enkäter varierar mycket i kvalitet. Jämförelser, geografiska och över tid, är därför svåra att genomföra. Verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården begränsas fortfarande till att huvudsakligen bestå av redovisningar av tillgängliga resurser respektive utförda prestationer. Att mäta resultat av insatta resurser samt genomförda prestationer är däremot knappast möjligt i dagsläget. För att kunna utvärdera om befolkningen får god vård när de behöver den krävs indikatorer som speglar flera dimensioner av hälso- och sjukvården. Det som kännetecknar god vård är att den är:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig,
- säker,
- patientfokuserad,
- effektiv,
- jämlik och
- ges i rimlig tid.

Kvalitetsindikatorer behövs inom vart och ett av dessa områden för att kunna ge en helhetsbild av hälso- och sjukvårdens resultat. Dessa områden används ofta som utgångspunkt för uppföljning, utvärdering och ersättning inom vården.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans tagit fram en nationell strategi för ”öppna jämförelser” av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. Olika indikatorer som anses ha god kvalitet, om än inte fullständig, och som är relevanta har tagits fram och med hjälp av dessa går det att skapa en grov bild av skillnader mellan olika landsting. En sådan analys kan bara ge en indikation om de förhållanden som råder. Skillnaderna kan vara betydande inom landsting för olika sjukhus och vårdcentraler samtidigt som uppgifterna inte visar om befolkningen på individnivå har tillgång till likvärdig vård.

I Socialstyrelsens lägesrapport för hälso- och sjukvård 2006 fokuseras uppföljningen på primärvård. Inom primärvården är möjligheterna till uppföljning och analys på nationell nivå begränsade inom flera av dimensionerna av god vård. I rapporten diskuteras valda delar av primärvårdens verksamhet utifrån samtliga dimensioner även om det finns stora brister när det gäller kvalitetsindikatorer och beskrivningssystem för primärvården. Förslag ges också på områden där utvecklingsinsatser är särskilt angelägna.

Rapporten med öppna jämförelser som presenterades under 2006 innehåller indikatorer inom fyra olika perspektiv på hälso- och sjukvård:

medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet samt kostnader och produktivitet. Områden som inte är möjliga att täcka in på grund av bristande information är bland andra psykiatri och primärvård. Eftersom det inte är möjligt att värdera de olika indikatorerna gentemot varandra på ett enkelt sätt går det inte att presentera ett sammanfattande mått som är jämförbart. Även kvalitet och underlag i de olika register som används kan variera avsevärt och det finns risk för slumputfall särskilt i mindre landsting där antalet patienter kan vara få.

Skillnaderna mellan landstingen analyseras på en övergripande nivå. Variationerna mellan landstingen beräknas som standardavvikelsen satt i relation till medelvärdet, vilket visar den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet i riket uttryckt i procent. En första slutsats är dock att olika landsting faller olika väl ut beroende på vilken indikator som analyseras – inga landsting är genomgående ”bäst” eller ”sämst”.

Det finns många olika typer av indikatorer som avser medicinska resultat. Några avser ”hårda” indikatorer som visar på skillnader i dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt och 5-årsöverlevnad efter tjocktarmscancer, ändtarmscancer och bröstcancer. Den genomsnittliga spridningen från snittet bland landstingen är generellt +/-6-10 procent. Spridningen i överlevnad efter bröstcancer är dock ännu mindre, ca 2 procent. Skillnaderna mellan landstingen är i genomsnitt relativt måttliga för denna typ av indikatorer. Andra indikatorer varierar avsevärt mer, exempelvis inom hjärtsjukvården för väntetid till hjärtkirurgi och hur stor andel som får PCI (ballongvidgning) och kranskärlsröntgen.

Vad gäller måtten på befolkningens och patienternas erfarenheter av vården föreligger det små skillnader mellan landstingen. Frågorna som ställs behandlar exempelvis hur stor andel av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård man behöver (73 procent) och patienternas sammanfattande betyg på besök till vårdcentraler (79 procent ger ett positivt betyg). Variationerna ligger på mellan +/-5 procent från genomsnittet. Störst skillnader mellan landstingen föreligger det när det gäller hur svårt/lätt det är att komma fram till vårdcentral per telefon. I riket anser 60 procent av patienterna att det är lätt att komma fram per telefon och variationen från genomsnittet är ca +/-13 procent, dvs. mer än dubbelt så stor variation jämfört med andra indikatorer som gäller patienternas erfarenheter.

De största skillnaderna mellan landstingen gäller väntetider och främst antal patienter som väntat längre än 90 dagar till besök på mottagning eller till behandling inom specialiserad vård. Variationen från genomsnittet är ca 40 till 80 procent. Osäkerheten i data om väntetider är dock stor, vilket gör dessa jämförelser extra vanskliga. Men skillnaderna verkar vara betydande. Rapporten redovisar läget under våren 2006.

Landstingens nettokostnader varierade 2004 mellan ca 13 000 och 17 000 kronor per invånare medan genomsnittskostnaden uppgick till ca 14 800 kronor. Tas även hänsyn till faktorer som är opåverkbara för landstingen minskar kostnadsskillnaderna till ca +/-10 procent från snittet. Baserat på underlaget i öppna jämförelser finns det emellertid inget som tyder på att höga kostnader samtidigt leder till goda resultat. Olika landsting, oavsett kostnader, hamnar väl till på vissa indikatorer och sämre till på andra indikatorer.

Av de skillnader som föreligger i rapporten om öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård framgår det att alla landsting har mycket att lära av varandra. Om sjukvården inom de olika landstingen i ännu större utsträckning kan lära sig av de bästa på olika områden borde skillnader i resultat och kvalitet kunna reduceras, i bästa fall utan att kostnaderna behöver öka.

Det är emellertid inte möjligt att utvärdera om vården sker på lika villkor och är kostnadseffektiv samt uppfyller kriterierna för god vård baserat på det underlag som finns tillgängligt – dataunderlaget, analyserna och jämförelserna behöver utvecklas ytterligare. Därför är det centralt att arbetet med öppna jämförelser fortsätter och att resultaten av jämförelserna också hanteras aktivt i landstingen.

Trots bristfälliga nationella data och enhetliga definitioner när det gäller primärvårdens verksamhet valde Socialstyrelsen att i lägesrapporten för hälso- och sjukvård 2006 fokusera på utvecklingen inom primärvården. I rapporten har några områden varit föremål för djupare analys och diskussion – det sjukdomsförebyggande arbetet, vård vid psykisk ohälsa, behandling av infektioner och kronisk sjukdom, med särskilt fokus på diabetes, samt vård av äldre.

Det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården har troligen ökat, och allt fler landsting rapporterar att detta är ett prioriterat område. Förstärkta insatser avseende evidensbaserade sjukdomsförebyggande metoder såsom rökavvänjning och ordination av fysisk aktivitet på recept är angelägna.

Primärvårdens möjligheter att erbjuda en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård vid psykisk ohälsa är otillräckliga. Det gäller framför allt tillgången till samtalsbehandling med kognitiv inriktning.

Kvaliteten på antibiotikabehandling av infektioner vid diagnoser som luftvägsinfektion och öroninflammation hos barn har förbättrats under senare år. Antibiotikaförskrivningen vid luftvägsinfektioner, vilka ofta beror på virus, har också minskat under senare år. Förskrivningen av vissa typer av antibiotika är generellt dock fortfarande för hög och har heller inte minskat.

Översiktliga analyser av läkemedelsanvändningen tyder på att tillstånd såsom astma, hjärt-kärlsjukdom och diabetes behandlas enligt befintliga läkemedelsrekommendationer, men att det finns variationer mellan landstingen. Särskilda studier på hjärtsvikt tyder på att sjukdomen sannolikt underdiagnosticeras och underbehandlas. Positivt är att data ur patientregistret visar att allt färre personer läggs in på sjukhus på grund av astma, diabetes och hjärt-kärlsjukdom, även om variationerna mellan landstingen är stora. Primärvården rapporterar i ökad utsträckning till det Nationella diabetesregistret. Skillnaderna i landet är dock stora både när det gäller att överhuvudtaget rapportera patienter till registret, men också i vilken grad kvalitetsmålen för en rad behandlingsparametrar uppnås.

Äldres användning av läkemedel har ökat och blivit alltmer komplex och visar på kvalitetsbrister. Bristerna är särskilt påtagliga hos de mest sköra äldre – de med demenssjukdom eller multisjuklighet.

Patientsäkerheten i primärvården har möjligen varit något mindre i fokus jämfört med den slutna vården. Undersökning av patienter, läkemedelshantering och telefonrådgivning är de mest riskfyllda situationerna inom primärvården. Läkemedelsrelaterade problem beräknas

utgöra mellan 15 till 22 procent av alla inläggningar på medicinkliniker och uppstår ofta när patienter förs över från en vårdform till en annan.

Befolkningens förtroende för primärvården har förbättrats något, liksom tillgängligheten. Mycket av det utvecklingsarbete som pågår inom primärvården syftar till att skapa en mer patientfokuserad vård. Förtroendet för primärvården är lägre bland personer som inte är födda i Sverige. Utlandsfödda är också mindre nöjda med information och bemötande. Att bemötandet har relevans för tillfrisknande och läkandeprocess är något som det finns allt mer vetenskapligt stöd för. Studier visar att personer, som fått behandling för psykisk ohälsa och som själva anser att de fått ett gott omhändertagande, i större utsträckning uppfattar att den medicinska behandlingen hjälper jämfört med dem som inte upplever att de fått ett gott bemötande och omhändertagande.

På vissa ställen i landet prövas en ny vårdform för äldre – så kallade äldrevårdscentraler. Vårdformen bygger på att verksamheter inom landsting och kommun sammanförs, såväl organisatoriskt som lokalmässigt, för att samla kompetensen runt den äldre patienten.

Jämlikheten i vården uppvisar vissa brister med exempelvis fler läkarbesök bland högutbildade än lågutbildade – trots högre ohälsa bland lågutbildade. Vidare är dödsfall och intag på sjukhus vid diabetes vanligare i glesbygd än i tätort, och vanligare bland män än bland kvinnor.

Det finns också betydande regionala skillnader inom flera av de studerade dimensionerna. Regionala skillnader kan vara medicinskt motiverade, men kan även bero på skillnader i kunskap och attityder hos vårdgivarna.

Forskning visar att ökad tillgänglighet leder till färre kontakter på sikt eftersom man upplever att vården finns tillgänglig när man behöver den. Utifrån befolkningsenkäter framträder tillgängligheten som det absolut dominerande problemområdet. Enligt databasen Väntetider i vården har tillgängligheten förbättrats vad gäller andelen patienter som får komma till primärvårdsläkare inom sju dagar. Enligt mätningen i oktober 2006 låg genomsnittet för riket på 87 procent jämfört med mätningen i oktober 2004 då riksgenomsnittet låg på 81 procent. Andelen varierar mellan landstingen med 78 procent som lägsta och 97 procent som högsta nivå.

De analyser som gjorts inom utvalda områden i lägesrapporten ger upphov till en del frågor kring vårdens effektivitet. Inom några områden pekar data på tillfredsställande effektivitet när det gäller behandling, till exempel när det gäller behandling av flera kroniska sjukdomar där nya effektiva läkemedelsterapier introducerats under senare år.

Inom andra områden finns frågetecken och ett rimligt antagande är att ökad användning av kunskapsbaserade metoder i det förebyggande arbetet skulle kunna minska insjuknandet i kroniska sjukdomar. Samma sak gäller omhändertagandet vid psykisk ohälsa. Om fler personer fick snabbare tillgång till effektiva samtalsbehandlingar, exempelvis kognitiv beteendeterapi, skulle sannolikt sjukskrivningar, återbesök och långa läkemedelsbehandlingar kunna minska.

Både när det gäller omhändertagandet vid psykisk ohälsa och multibehandling av äldre kan orsakerna till problemen ofta härledas till brister i samverkan mellan olika huvudmän eller organisatoriska enheter.

Primärvårdens struktur och organisation varierar stort mellan landstingen liksom huvudmännens principer för verksamheternas ersättning och förväntningar på måluppfyllelse för god vård. En viktig fråga för framtiden är hur primärvårdens uppdrag preciseras. Strategiska förbättringsområden inkluderar förbättrad samverkan med andra delar av vården och utveckling av ersättningssystem kopplade till uppnådda kvalitetsmål. Skillnader i praxis kan utjämnas med en konsekvent användning av riktlinjer och rekommendationer vilka utgår från kunskapsbaserade underlag i kombination med att primärvården blir mer transparent och uppföljningsbar.

Kostnader och prestationer

Flera delar av den svenska hälso- och sjukvården visar på positiv utveckling. Det är dock inte helt lätt att genomföra prestations- eller produktivitetmätningar inom hälso- och sjukvården. Traditionellt har mätningarna baserats på antalet besök och vårdtillfällen men allt eftersom arbetssättet inom vården har förändrats ger sådana mätningar missvisande resultat. Allt mer vård utförs i öppenvården, vilket innebär att färre men mer resurskrävande vårdtillfällen når slutenvården. Exempel på behandlingar som förskjutits från den slutna till den öppna vården är gråstarrsoperationer och ljumskbråcksoperationer. För gråstarrsoperationer ökade andelen operationer som görs i öppen vård under 1990-talet från 75 till 95 procent. För ljumskbråcksoperationer ökade andelen inom öppenvården från 37 till 70 procent.

För att ta hänsyn till denna förändring i arbetssätt måste antalet besök och vårdtillfällen justeras för vårdtyngd, dvs. hur resurskrävande ett visst vårdtillfälle är. Detta görs med hjälp av DRG-poäng (diagnosrelaterade grupper). Vissa diagnoser kräver mer vård än andra. En sådan justering ger stor effekt på resultatet av prestations- och produktivitetmätningar.

Förbättrade mättekniker gör att det finns allt större möjlighet att mäta t.ex. vårdens prestationer och produktivitet än vad som varit möjligt tidigare. Genom att justera sjukvårdbesök för vårdtyngd kan man ta fram mer rättvisande prestationsmått. Enligt en rapport som tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting, "Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården", visar beräkningar att prestationerna inom den somatiska specialistsjukvården, som utgör ca 45 procent av den totala sjukvården, ökade med drygt 4,5 procent under åren 2003 och 2004. Kostnaden steg med 1,5 procent. Detta innebär en produktivitetsökning med ca 3 procent. Inom den slutna vården har prestationerna ökat med drygt 2 procent.

Vårdtiderna i den slutna vården minskade från i genomsnitt 11 dagar 1970 till 7,9 dagar 1992. Trots att det skett en förskjutning från den slutna vården till den öppna, vilket medför mer krävande vård inom slutenvården har vårdtiderna i slutenvården fortsatt att minska. Den genomsnittliga vårdtiden i slutenvården skiljer sig mellan män och kvinnor och 2005 var den 6,4 dagar för män och 5,8 dagar för kvinnor, vilket ger 6,1 dagar för hela befolkningen.

Antalet vårdplatser är i Sverige förhållandevis lågt. Sverige och Finland hade 2001 det lägsta antalet vårdplatser per invånare inom EU. Antalet vårdplatser har sjunkit sedan 1998. Mellan 1998 och 2005

minskade antalet vårdplatser med knappt 4 700 platser och 2005 uppgick antalet till knappt 26 500 platser

Antalet sjukhus har minskat successivt under 1900-talet. I mitten av 1960-talet fanns 115 akutsjukhus i Sverige. 1990 fanns det 87. Enligt Landstingsförbundets definition återstod 76 akutsjukhus 2003. Vid nio av dessa bedrivs inte akut kirurgi och vid ytterligare sju sjukhus utförs inte akuta operationer på kvällar, helger eller nätter. Förändringarna i vårdens struktur handlar både om en anpassning till förändringar i samhällets infrastruktur och om den medicinska och tekniska utvecklingen. Både vid mitten av 1990-talet och i början av 2000-talet tillkom dessutom att sjukvården ställts inför krav på effektiviseringar och ökad kontroll över kostnadsutvecklingen.

Även om utvecklingen har gått från sluten vård till öppen vård har inventeringar vid sjukhus, genomförda av Socialstyrelsen, visat att många av de patienter som vårdas i slutenvården vid medicinkliniker (10–20 procent) vårdas för tillstånd som medicinskt och ansvarsmässigt sett borde tas om hand i primärvården eller i hemmet. För att göra detta möjligt satsar huvudmännen på en ökad läkartäthet i primärvården.

Vissa områden inom hälso- och sjukvården har gjort stora framsteg, t.ex. hjärt- och cancervården. Tydliga förbättringar i sjukvårdens prestation kan urskiljas hos patienter som vårdats på hjärtintensivvårdsavdelning. Mellan 1995 och 2003 minskade dödligheten hos patienter som vårdats på hjärtintensiven från 13 till 8 procent. 30-dagarsdödligheten för samma patientkategori minskade från 16 till 11 procent och 1-årsdödligheten minskade från 25 till 23 procent. Ett annat område där förbättringar skett är i vård vid cancersjukdomar. Den förväntade återstående livslängden för personer med cancer har ökat med sju år sedan mitten av 1960-talet. Den relativa femårsöverlevnaden (överlevnaden för cancerpatienter jämfört med en normalbefolkning i samma ålder) bland patienter som fått diagnosen cancer har från 1960 till mitten av 1990-talet ökat från 33 till 56 procent bland män och från 47 till 64 procent bland kvinnor. Registren inom sjukvården visar att dödligheten i bröstcancer långsamt minskar och att dödligheten i prostatacancer inte ökat i samma takt som antalet nya fall. Ytterligare ett område där stora framsteg gjorts på senare år är behandling av för tidigt födda barn där sjukvården lyckas få allt fler att överleva. Andelen extremt tidigt födda barn (födda efter 23–26 graviditetsveckor) uppgick 2001 till 0,23 procent av alla födda barn som överlever vilket är en fördubbling jämfört med 1985 då dessa utgjorde 0,12 procent av alla överlevande barn.

Mätt som andel av BNP ökade hälso- och sjukvårdens totala kostnader under perioden 2000 och 2003. Mellan 2003 och 2004 minskade däremot hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP från 8,5 procent till 8,3 procent för att sedan åter öka något till 8,4 procent 2005 (inklusive kommunernas äldresjukvård uppgick siffran till 9,1 procent 2005). De totala hälso- och sjukvårdskostnaderna uppgick enligt Nationalräkenskaperna 2005 till 223,1 miljarder kronor. Det var en ökning med 4,2 procent jämfört med 2004. I dessa kostnader ingår, utöver huvudmännens kostnader, också hushållens utgifter för tandvård, läkemedel, sjukgymnastik, patientavgifter m.m. Hushållens konsumtionsandel av de totala kostnaderna var 15,5 procent under 2005, vilket var i stort sett

samma andel som 2004. De senaste fem åren har hushållens konsumtionsandel legat relativt stabilt kring 15 procent. Skr. 2006/07:102

Tabell 3.1 Totala hälso- och sjukvårdskostnader, kostnadernas andel av BNP samt hushållens respektive det offentligas konsumtion

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hälso- och sjukvårdskostnader	170,2	183,4	199,1	210,0	214,1	223,1
Årlig förändring	5,7%	7,8%	8,6%	5,5%	2,0%	4,2%
Andel av BNP, (exklusive kommunernas äldresjukvård)	7,7%	8,0%	8,4%	8,5%	8,3%	8,4%
Beräknad andel av BNP, inklusive kommunernas äldresjukvård	8,4%	8,7%	9,1%	9,2%	9,0%	9,1%
Hushållens konsumtion hälso- och sjukvård	25,5	27,9	29,6	31,1	33,3	34,5
Hushållens andel av totala kostnader	15,0%	15,2%	14,8%	14,8%	15,6%	15,5%
Offentligas konsumtion hälso- och sjukvård	135,9	146,8	159,7	167,7	170,6	176,7
Offentligas andel av totala kostnader	79,8%	80,0%	80,2%	79,9%	79,7%	79,2%
Investeringar	8,8	8,8	9,9	9,7	9,4	10,8

Källa: Statistiska centralbyrån.

Sjukvårdshuvudmännens totala nettokostnader för hälso- och sjukvård 2005 är, till följd av en förändring i landstingens verksamhetsindelning, inte jämförbar med de tidigare åren. I tabell 3.2 redovisas kostnaderna (exklusive tandvård) för 2002–2005 samt hur kostnaderna för respektive verksamhetsområde förändrades i jämförelse med föregående år.

Nettokostnaderna uppgick under 2005 till 160,9 miljarder kronor, inklusive läkemedelsförmånerna. En jämförelse mellan 2004 års och 2005 års nettokostnader, öppenvårdsläkemedel och läkemedelsförmånerna exkluderade, visar en uppgång på 4 procent. Denna ökning var större än den som var mellan 2003 och 2004 (öppenvårdsläkemedlen exkluderade) då ökningen låg på 2 procent. Mellan 2002 och 2003 var motsvarande ökning 6 procent.

Den genomsnittliga nettokostnaden per invånare (exklusive tandvård) varierade i landstingen under 2004, från 13 050 kronor (Östergötlands läns landsting) till 16 690 kronor (Norrbottens läns landsting). Eftersom vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder kan en förklaring till kostnadsskillnaderna mellan landstingen bl.a. vara skillnader i ålderssammansättningen. Landstingens förutsättningar att bedriva sjukvård påverkas även av förekomsten av särskilt vårdtunga grupper i befolkningen samt av socioekonomiska och geografiska förhållanden (glesbygd).

Tabell 3.2 Nettokostnader för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård*Miljoner kronor, löpande priser*

Verksamhetsområde	2002	2003	2004	2005	2005/04	Andel 2005
Primärvård	24 049	25 029	26 163	27 022	3,3%	16,8%
Specialiserad somatisk vård	75 846	81 530	82 176	85 394	3,9%	53,1%
Specialiserad psykiatrisk vård	13 473	14 102	14 651	15 532	6,0%	9,7%
Övrig hälso- och sjukvård	10 370	11 597	12 160	12 745	4,8%	7,9%
Politisk verksamhet	1 779	1 054	1 008	1 013	0,5%	0,6%
Läkemedel inom öppenvård	-	-	-632	-	-	-
Läkemedel inom läkemedelsförmånen	-	-	-	19 167	-	11,9%
Summa	125 517	133 312	135 526	160 874	18,7%	100%

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Anm. Intäkter och kostnader för läkemedel i öppenvård bröts 2004 ut från delverksamhetsområdena och verksamhetsområden. Fr.o.m. 2005 redovisas läkemedelsförmånen som en egen post i tabellen.

Läkemedel

Läkemedel finansieras från tre källor: offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånen), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (slutenvård) samt privat genom patienternas egenavgifter.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen har de senaste åren varit i stort sett oförändrade. År 2006 ökade förmånskostnaderna, inklusive mervärdesskatt, med en procent. Kostnadsutvecklingen påverkas fortfarande av ökningarna på grund av volymökning efter introduktion av nya läkemedel samt prispress genom generikakonkurrens. Inom vissa läkemedelsgrupper pågår också ett skifte från originalpreparat till billigare läkemedel med annan aktiv substans men likvärdig effekt, vilket sänker kostnaderna. Förmånskostnaderna ändras därför ganska kraftigt för vissa läkemedelsgrupper och enskilda läkemedelssubstanser, men resultatet blir en mycket lugn utveckling av de totala förmånskostnaderna.

De för läkemedelsförmånen mest kostsamma läkemedelsgrupperna är, enligt Socialstyrelsens rapport "Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos" från september 2006, immunsuppressiva medel, antidepressiva medel och insulin. Kostnaden för immunsuppressiva medel ökar kraftigt medan kostnaden för antidepressiva medel, magsårsmiddel och blodfettsänkande medel fortsätter att minska. Teststickor för blodglukos är den enskilda vara som kostar mest för läkemedelsförmånen.

Läkemedelskostnaderna i slutenvården ökar allt snabbare. En bidragande orsak till detta är att landstingen för över läkemedelskostnader från förmånen till slutenvården, där priserna på grund av upphandlingsavtal är lägre. En orsak är dock att nyintroduktioner på läkemedelsmarknaden allt mer riktar sig mot specialistvården.

Egenavgifter har varit relativt oförändrade de senaste tre åren och uppgår till drygt 21 procent av den totala läkemedelsförmånskostnaderna.

Det finns tydliga skillnader i läkemedelskostnader mellan landstingen. Kostnaderna per invånare var högst i Västerbotten, 28 procent högre än i Blekinge där kostnaderna var lägst. Det finns en tendens till att läkemedelsförmånernas andel är högre i landsting med högre kostnad per invånare. Ju högre kostnaden är för en individ desto snabbare avancerar individen i "förmånstrappan" och läkemedelsförmånerna får stå för en större andel av kostnaden.

Fem landsting har begränsat upphandlingen av teststickor för blodglukos till ett mindre sortiment än tidigare. Detta har minskat förmånskostnaden för förbrukningsartiklar påtagligt.

Tabell 3.3 Förmånskostnader åren 2000 till 2006

Miljoner kronor

År	Kostnad inkl. mervärdesskatt	Förändring i procent
2000	14 918	6,44
2001	15 879	7,33
2002	17 043	8,92
2003	18 563	2,27
2004	18 985	0,16
2005	19 015	-0,18
2006	18 981	1,00

Källa: Socialdepartementet.

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har sedan 1997 reglerats genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Nuvarande överenskommelse reglerar statens ersättning till landstingen för åren 2005 t.o.m. 2007. Enligt överenskommelsen ersätter staten landstingen för läkemedelsförmånskostnaderna med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007. Från och med den 1 januari 2005 finansieras inte längre kostnaderna för dosdispensering av läkemedel genom Apoteket AB:s handelsmarginal. I de överenskomna beloppen för perioden 2005 t.o.m. 2007 ingår en ersättning till landstingen motsvarande en kostnad för 155 000 dospatienter, varför landstingen numera betalar för det faktiska utnyttjandet av dosdispensering. En behovsmodell för fördelning av statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna infördes successivt under föregående avtalsperiod. Parterna är eniga om att ersättningen till landstingen från och med 2005 fullt ut skall fördelas enligt denna modell. Genom avtalet har landstingen fått goda förutsättningar att under den kommande perioden hantera läkemedel på ett rationellt sätt. Parterna enades också om att mycket kostsam läkemedelsbehandling för vissa sjukdomar, som är ojämnt fördelade mellan landstingen och som innebär en hög belastning på det enskilda landstingets budget, fr.o.m. 2005 skall finansieras solidariskt genom en ny modell. Modellen innebär att endast landsting med betydande merkostnader skall omfattas. Landstingen får

fr.o.m. 2005 dessutom stå för kostnaderna för sin egen förskrivning i större utsträckning än tidigare, vilket skapar incitament för en rationell förskrivning. Vidare ställer den nya modellen högre krav på de landsting som drabbas av sådana kostnader att påtala detta.

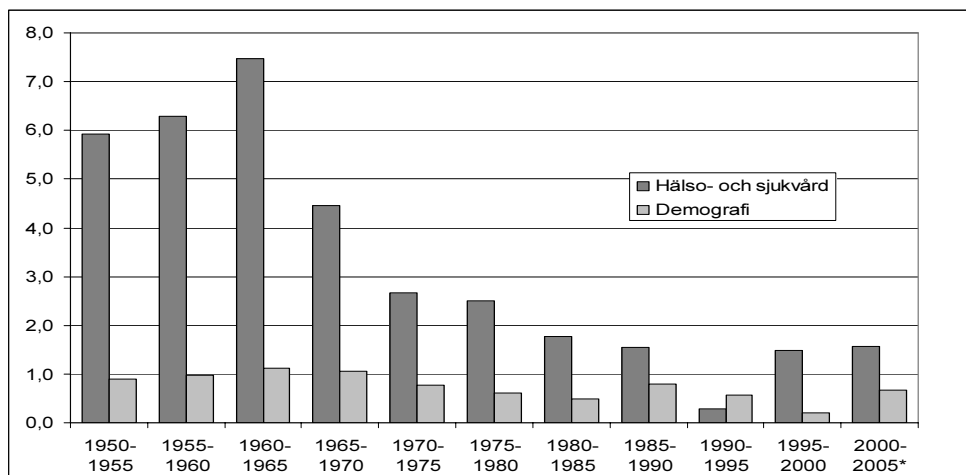
Vad driver kostnaderna inom hälso- och sjukvården?

Enligt nationalräkenskaperna utgör utgifterna för hälso- och sjukvård ca 8,3 procent av BNP2005. Inkluderar man schablonmässigt kommunernas sjukvårdskostnader beräknas andelen uppgå till ca 9 procent.

Det är många faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvård. En av faktorerna som kan komma att påverka kostnadsutvecklingen är förändringar i demografi eftersom behovet av hälso- och sjukvård ökar i takt med åldern och med växande befolkning. Vårdbehoven ökar relativt snabbt från 60-årsåldern, framför allt är behovet av sjukvård särskilt stort under de sista levnadsåren.

Historiskt sett har sjukvårdskostnaderna ökat betydligt snabbare än vad som följer av den demografiska utvecklingen. Av nedanstående figur framgår hur kostnaderna för hälso- och sjukvård i fasta priser utvecklats enligt nationalräkenskaperna från 1950 samt den utveckling som följer av demografiska förändringar.

Diagram 3.1 Utgifter för hälso- och sjukvård enligt nationalräkenskaperna i fasta priser samt den ökning som följer av ändrad demografi²



Källor: Statistiska centralbyrån och Socialdepartementet.

Uppenbarligen är det fler faktorer än enbart demografi som påverkar utvecklingen. Några av de mest centrala drivkrafterna bakom ökade kostnader för hälso- och sjukvården är:

- demografi och befolkningens hälsostatus,
- ekonomisk utveckling,

² Hälso- och sjukvårdskostnaderna har fastprisberäknats med hjälp av implicitprisindex för kommunal konsumtion enligt NR och den demografiska utvecklingen har beräknats med utgångspunkt från kostnadsprofilen per ålder och kön i Skåne läns landsting år 2004.

- innovationer, medicinsk-teknologisk utveckling,
- sjukvårdssystemets organisering, produktivitet/effektivitet och
- Hälso- och sjukvårdens insatsfaktorer.

Det är inte möjligt att på ett enkelt sätt särskilja de enskilda faktorernas inverkan. Ofta brukar man utgå från den demografiska effekten och låta återstoden vara uttryck för alla övriga faktorerers inverkan.

I grunden är det demografi och hälsostatus i befolkningen som påverkar sjukvårdsbehoven och därmed sjukvårdskostnaderna. Trenden det senaste århundradet har varit att medellivslängden i befolkningen successivt ökat och därmed även antalet personer som uppnår en hög ålder. Mellan 1900 och 2000 har den förväntade livslängden vid födelsen ökat med ca 25 år enligt statistik från Statistiska centralbyrån (SCB). Åldrandet i sig självt påverkar däremot inte direkt behoven utan det är snarare hälsostatus som är den viktigaste faktorn. Med stigande ålder tenderar dock hälsostatus att försämrans med ökande vårdbehov som följd.

Det finns några olika hypoteser om hur den ökande medellivslängden påverkar sjukvårdsbehoven. Enligt hypotesen om *uppskjuten sjuklighet* skjuts vårdbehoven upp i takt med att medellivslängden ökar. Enligt denna hypotes är det framförallt i livets slutskede de stora vårdbehoven uppstår. Fler äldre leder enligt denna hypotes inte direkt till ökade vårdbehov. Hypotesen om *komprimerad sjuklighet* går ännu längre och säger att tiden med dålig hälsa successivt kommer att reduceras, vilket innebär att antalet år med god hälsa ökar mer än medellivslängden. En tredje mer pessimistisk hypotes om *tilltagande sjuklighet* utgår från att sjukligheten ökar nästan i takt med medellivslängden på grund av att allt fler gamla personer, som historiskt sett överlevt sjukdomar, blir kroniskt sjuka eller mer utsatta för nya sjukdomar. Det finns inget underlag som entydigt visar hur utvecklingen har sett ut historiskt och inte heller någon konsensus kring vad som kommer att gälla framöver.

Utöver demografi och hälsoläge är det enligt litteraturen inkomstutvecklingen i samhället tillsammans med den teknologiska utvecklingen som driver på kostnaderna³. Internationellt finns ett starkt samband mellan BNP och kostnader för sjukvården. Ju rikare ett land är mätt som BNP per invånare desto högre är sjukvårdskostnaderna per invånare. Tendensen enligt litteraturen är att hälso- och sjukvårdens inkomstelasticitet är större än ett, dvs. efterfrågan på hälso- och sjukvård tenderar att öka i en snabbare takt än inkomsterna. Den teknologiska utvecklingen kan vara kostnadsbesparande genom att styckkostnaderna för behandlingar reduceras. Denna effekt motverkas dock ofta av att behandlingarna används mer intensivt och till fler patienter, vilket t.o.m. kan leda till ökade totalkostnader. Nya behandlingsmöjligheter som tillkommer driver också på kostnaderna.

Även hur sjukvården organiseras och finansieras kan påverka kostnadsutvecklingen. Sker finansieringen av sjukvården via försäkringar eller via offentliga budgetar kan utformningen av dessa påverka kostnaderna. I Sverige var kostnadsökningen för hälso- och sjukvård långsam i början på 1990-talet vilket sannolikt hängde samman med de

³ OECD, Projecting OECD health and long-term care expenditures, Working papers No. 477, 2006.

strama ekonomiska restriktioner som gällde under den tiden. Kostnaderna för sjukvården påverkas även av hur priset för viktiga insatsfaktorer utvecklas, exempelvis lönekostnader för personal och läkemedel.

Det är många komplexa samband som både påverkar utbud och efterfrågan och som driver på kostnaderna för hälso- och sjukvård. En central fråga är hur efterfrågan på och kostnaderna för hälso- och sjukvård kommer att utvecklas framöver när de äldre blir allt fler i befolkningen samtidigt som hälso- och sjukvården kan göra allt mer i takt med den teknologiska utvecklingen.

3.2 Verksamhetsområde tandvård

Mål

Det övergripande målet för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Dessutom ställs motsvarande krav på tandvården som på hälso- och sjukvården: Tandvården skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Måluppfyllelse och kvalitet

Barn- och ungdomstandvården

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen för att barn och ungdomar erbjuds fullständig och avgiftsfri tandvård t.o.m. det år de fyller 19 år. De flesta barn och ungdomar i Sverige, ca 90 procent, behandlas hos folktandvården, men landstinget kan också sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget och folktandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen. Landstingens nettokostnader för barn- och ungdomstandvården 2005 uppskattas till omkring 2,5 miljarder kronor.

Tandhälsan hos barn och ungdomar följs upp genom att förekomsten av karies registreras. Statistik från landstingen sammanställs sedan av Socialstyrelsen. I rapporten ”Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2005” redovisas att andelen barn som bedömdes kariesfria i det primära bittet (mjölk-tandsbettet) ökade mellan 1985 och 2005, men att det inte har skett någon större förändring under den senaste femårsperioden. Bland 3-åringarna var 95 procent kariesfria 2005 och bland 6-åringarna var motsvarande siffra 73 procent. Även bland 12-åringarna ökade andelen kariesfria under perioden 1985–2005, men en viss minskning noterades 2005. Medelvärdet för DFT, dvs. antalet kariesade och fyllda tänder, minskade under 20-årsperioden från drygt 3 till ca 1 år 2005. Av rapporten framgår dock att värdena försämrats något för den tredjedel av barnen som har den sämsta tandhälsan. Även när det gäller 19-åringarna

har förändringarna varit små de senaste fem åren, efter att kraftiga förbättringar skett under 1980- och 1990-talet. Statistiken visar ingen större skillnad i tandhälsa mellan pojkar och flickor i de inrapporterade åldersgrupperna.

På riksnivå finns det således inte belägg för att tandhälsan försämrats. Andelen kariesfria är dock ett relativt trubbigt mått som egentligen anger tandläkarens bedömning om fyllningsterapi behöver utföras eller inte. Socialstyrelsen anser att statistiken behöver utvecklas för att ge en mera fullständig bild av tandhälsan hos barn och ungdomar. Bland annat behövs relevanta bakgrundsdata, exempelvis socioekonomiska faktorer, för att en mer ingående bedömning av tandhälsan och analys av tandhälsans utveckling över tiden skall kunna göras. Även uppgifter om s.k. initiala kariesskador bör ingå i statistiken. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2007 se över metoderna för att samla in statistik avseende tandhälsan hos barn och ungdomar och utarbeta förslag till förbättringar.

Nästan alla landsting uppger att resursfördelningen till de enskilda klinikerna bl.a. baseras på tandhälsoläget. Där det finns behov av förstärkningar av de förebyggande insatserna, sker detta både genom individbaserade förebyggande åtgärder och genom generella åtgärder, t.ex. fluorsköljningar.

Vuxnas tandhälsa och tandvårdskonsumtion

Folktandvården svarar för omkring en tredjedel av vuxentandvården, medan en majoritet av alla vuxna får sin tandvård hos privata vårdgivare. Det saknas i stor utsträckning aktuell nationell statistik över tandhälsan hos vuxna. Enligt en enkät som Socialstyrelsen och Försäkringskassan lät genomföra under 2005 uppgav 3 procent att de endast hade löständer. Det innebär en kraftig minskning sedan 1965, då drygt 23 procent hade enbart löständer. I det lägsta inkomstkiktet var det en betydligt lägre andel som hade besökt tandvården det senaste året jämfört med de personer som hade de högsta inkomsterna. Var fjärde person av de som tillfrågats uppger att de tvingats avstå från tandvård av ekonomiska skäl. Andelen regelbundna tandvårdsbesökare är lägst bland de yngsta.

I Försäkringskassans rapport "Analys av tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa" från 2006 konstateras att de som besöker tandvården minst vartannat år och de som uppger att de har ekonomiska möjligheter att klara en oväntad tandvårdsutgift har större sannolikhet än andra grupper att ha god tandhälsa. Av rapporten framgår också att det finns tendenser till försämringar av de ungas tandhälsa och en förbättring av de äldres.

Tandvård för särskilda patientgrupper

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa patientgrupper. Det är huvudsakligen fråga om äldre och personer med funktionshinder i särskilda boendeformer samt personer som bor i egen bostad men har stort behov av vård och omsorg. I landstingens ansvar ingår också tandvård som är ett led i

en sjukdomsbehandling. Landstingens totala kostnader för verksamheten uppgick under 2005 till 654 miljoner kronor, vilket var 15 miljoner kronor mer än 2004. Förändringarna under de senaste åren har varit små och kostnaderna har legat på ungefär samma nivå sedan 2002. Antalet personer som blev uppsökta ökade något jämfört med de två föregående åren.

De som blev uppsökta utgjorde ca 58 procent av dem som av landstingen bedömts komma i fråga för erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Den uppgivna totala personkretsen var mindre under 2005 än föregående år, vilket antas bero på att landstingen aktualiserat sina bedömningar. För nödvändig tandvård redovisade landstingen ungefär samma omfattning och kostnader som året innan. Den totala kostnaden var 67 miljoner kronor för uppsökande verksamhet och 365 miljoner kronor för nödvändig tandvård.

När det gäller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling sjönk både antalet personer som fick del av stödet och den genomsnittliga kostnaden något under 2005. Den genomsnittliga kostnaden varierade mellan drygt 3 000 kronor och omkring 9 500 kronor i de olika landstingen. Den totala kostnaden uppgick till 188 miljoner kronor.

Socialstyrelsen har följt upp den del av det särskilda tandvårdsstödet som avser tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljningen visar att det finns stora variationer mellan landstingen avseende hur stor andel av befolkningen som får del av förmånen. Antalet behandlade patienter har dock varit relativt konstant under de senaste åren. Rapporten visar bl.a. att det finns en brist på kunskap om reformen, framför allt bland patienterna. Enligt Socialstyrelsen följer landstingen oftast Socialstyrelsens meddelandeblad vid tillämpningen av tandvårdsstödet. Det finns dock både landsting som tillämpar en generösare praxis och de som tillämpar reglerna mera restriktivt. Majoriteten av landstingen uppvisar ett ekonomiskt överskott i relation till den samlade kompensationen från staten. Bland de landsting som har en restriktiv praxis finns flera som har ett överskott totalt sett. De könsskillnader som finns när det gäller utnyttjandet av reformen överensstämmer med de skillnader som redovisas i epidemiologiska studier eller register när det gäller olika sjukdomstillstånd o.dyl.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen skall årligen, inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS), bedöma tillgången och efterfrågan på vissa yrkeskategorier, bl.a. tandläkare. I den senaste rapporten från januari 2007 gör Socialstyrelsen bedömningen att arbetsmarknaden för tandläkare är i fortsatt obalans, eftersom efterfrågan överstiger tillgången. Detta gäller trots att antalet tandläkare visat sig bli något större än det förväntade under 2003 och 2004. Som förklaringar till detta nämns en positiv nettoimmigration, utökningen av antalet utbildningsplatser och en högre andel än beräknat som är sysselsatt inom tandvården ett år efter examen. Till grund för bedömningen ligger bl.a. enkäter till landstingen och de lokala privattandläkarorganisationerna. Flera landsting har angett att tillgången varierar inom landstingen och att det är svårare att rekrytera till glesbygd. De utökningar av antalet utbildningsplatser på tandläkar-

utbildningen som skett under 2005–2007 är enligt Socialstyrelsen inte tillräckliga för att säkra en långsiktig tillgång på tandläkare. Arbetsmarknaden för tandhygienister bedöms i nuläget vara i balans. Tillväxten av antalet tandhygienister kommer att fortsätta.

Priser

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följer upp utvecklingen av folktandvårdens priser för allmäntandvård. Prisökningarna på olika åtgärder har i SKL:s undersökningar vägts samman med hur vanligt förekommande de olika åtgärderna är. I den senaste rapporten, som avser utvecklingen mellan januari 2006 och januari 2007, redovisades en prisökning på 2 procent. Det var drygt en procentenhet lägre än prisökningen föregående år och den lägsta ökningstakten sedan tandvårdspriserna avreglerades 1999. Prisökningen under hela perioden 1998–2007 var drygt 74 procent. Prisjämförelserna försvåras av att en tandvårdsåtgärd kan ha priser i olika nivåer beroende på hur svår åtgärden är att utföra. Prisökningarna mellan 1998 och 2007 har varit störst på oralkirurgiska behandlingar och konserverande behandlingar (tandfyllningar) och lägst på undersökningar, diagnostik och rådgivning samt på pulpakirurgisk behandling.

Försäkringskassan presenterade i december 2006 en rapport om prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden från maj 2005 t.o.m. juni 2006. Svarsfrekvensen från folktandvården i landstingen var låg och Försäkringskassan har därför utgått från landstingens prislistor vid analysen av prisutvecklingen. De sammanvägda resultaten visar att priserna under den aktuella perioden ökade med ca 3 procent för bastandvård och ca 2 procent för protetik. Patientpriserna för protetik inom högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre ökade dock med drygt 7 procent. Ökningen var större än den allmänna prisutvecklingen men i paritet med den generella löneutvecklingen. Försäkringskassan anser att det inte går att jämföra prisutvecklingen inom den offentliga och den privata sektorn, eftersom de metoder som använts är olika. Därför redovisar Försäkringskassan den sammanvägda prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden som helhet.

Sammantaget ger både SKL:s och Försäkringskassans undersökningar en bild av att prisutvecklingen dämpats påtagligt jämfört med de stora prisökningar som förekom den första perioden efter införande av fri prissättning på tandvård 1999.

Väntetider

Under 2004 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning om väntetiderna inom folktandvårdens allmäntandvård. Den visade att drygt hälften av de redovisade klinikerna hade möjlighet att direkt ta emot nya vuxenpatienter. Ytterligare tio procent av klinikerna kunde ta emot nya vuxenpatienter inom högst sex månader. Omkring tio procent av klinikerna uppgav att väntetiderna för nya patienter översteg 24 månader. Någon motsvarande undersökning för senare år har inte redovisats.

Enligt preliminära uppgifter för 2005 minskade tandvårdens totala kostnader med drygt 1 procent jämfört med 2004. Det är landstingens investeringsutgifter och tandvårdsförsäkringen som stod för minskningen medan de andra posterna i tabellen nedan ökade 2005 jämfört med 2004. Utgifterna för tandvårdsförsäkringen minskade med ca 700 miljoner kronor. Minskningen förklaras till viss del, drygt 300 miljoner kronor, av att försäkringskassan under 2005 övergick till en ny bokföringsprincip.

Tabell 3.4 Tandvårdens kostnader 2000–2005

Miljoner kronor, löpande priser

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Patientavgifter	9 056	9 862	10 614	11 451	13 177	13 561
därav						
Offentlig tandvård	2 198	2 036	2 156	2 366	2 566	2 638
Privat tandvård	6 858	7 826	8 458	9 085	10 611	10 923
<i>Patientavgifter som andel av totala kostnader</i>	<i>61,8%</i>	<i>63,3%</i>	<i>63,2%</i>	<i>61,1%</i>	<i>62,4%</i>	<i>65,1%</i>
Landstingens nettokostnader	3 411	3 471	4 257	4 354	4 464	4 535
Landstingens investeringsutgifter	151	147	153	136	172	126
Tandvårdsförsäkringen	1 462	1 515	1 604	2 607	3 129	2 426
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	0	0	0	0
Administrationskostnader för försäkringen	163	168	169	204	175	186
Summa	14 648	15 568	16 797	18 752	21 117	20 834
Årlig förändring av totala kostnader	+7,9%	+6,3%	+7,9%	+11,6%	+12,6%	-1,3%

Källa: Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och Riksförsäkringsverket.

* Preliminära uppgifter

4 Socialtjänst

Socialtjänsten består av vård och omsorg om äldre, stöd och service till personer med funktionshinder samt individ- och familjeomsorg. Kommunernas kostnader för socialtjänsten var 143 miljarder kronor 2005, vilket är en ökning med 4 miljarder kronor i löpande priser (ca 3 procent) jämfört med 2004. Sedan 2001 har kostnaderna ökat med 18 procent i löpande priser. Kostnaderna som redovisas i detta avsnitt avser bruttokostnader, dvs. de totala kostnaderna som finansieras med skattemedel, avgifter och statsbidrag. De skiljer sig därmed från kostnaderna som redovisas i avsnitt 2 Kommunal ekonomi.

4.1 Äldreomsorg

Nationella mål

Kommunernas ansvar för service och omsorg för äldre regleras i socialtjänstlagen (2001:453) medan ansvaret för hälso- och sjukvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Enligt socialtjänstlagen skall kommunerna verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialtjänsten skall vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt med andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunen bör genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller har funktionshinder.

Kommunen skall verka för att äldre människor får goda bostäder och ge stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service åt dem som behöver sådana insatser. Kommunen skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) fastställde riksdagen nationella mål. Äldre skall:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Möjligheterna att ge en allsidig och nationell beskrivning av vården och omsorgen om äldre är fortfarande begränsad, enligt Socialstyrelsens bedömning (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2006, Socialstyrelsen). Det pågår en utveckling i kommunerna i riktning mot en ökad systematisk verksamhetsuppföljning, vilket är en god grund för utvecklingen av ett enhetligt nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet inom vården och omsorgen. Utvecklingen av effektiviteten inom vården och omsorgen om äldre är också svår att uppskatta. Socialstyrelsen menar att mycket talar för att det går att öka effektiviteten i verksamheten, bl.a. med hänvisning till att det finns sådana stora, oförklarade skillnaderna mellan kommunernas kostnader för vård och omsorg (Kostnadsskillnader i äldreomsorgen - Vad beror de på? Socialstyrelsen 2007).

Goda bostäder och stöd i hemmet

Under 2000-talet har äldrepolitiken fortsatt att präglas av en strävan mot att äldre personer skall ges möjlighet att bo kvar i det ordinära boendet så länge som möjligt. Antalet platser i särskilt boende har minskat samtidigt som antalet personer som beviljas hemtjänst har ökat. Satsningen på kvarboende har dock inte åtföljts av en motsvarande satsning på stödjande insatser, som korttidsboende, dagvård och anhörigstöd. Socialstyrelsen menar att nedläggningen av platser i särskilt boende har genomförts utan tillräckliga konsekvensanalyser. I dag kan äldre personer få mycket omfattande hjälpinsatser i det egna hemmet. Många vill bo kvar hemma. Det minskade antalet platser i särskilt boende har dock inneburit att många äldre upplever det som ett tvång att bo kvar hemma, enligt Socialstyrelsen. Allt fler äldre med sammansatta behov vårdas hemma, vilket ibland kan innebära en känsla av otrygghet för den äldre och ett orimligt ansvar för anhöriga.

Män och kvinnor förefaller beviljas hemtjänstinsatser i ungefär samma utsträckning. Skillnaderna mellan könen har minskat kraftigt under senare år, sannolikt genom att männen bättre klarar olika hushållssysslor, vilket framgick i Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Ensamboende blir i större utsträckning beviljade hemtjänstinsatser, vilket enligt Socialstyrelsen hänger samman med att kommunerna beaktar att sammanboende har bättre möjligheter att få informell hjälp, dvs. hjälp av någon anhörig.

Bostadsstandarden i särskilt boende har förbättrats på många håll, enligt länsstyrelsernas tillsyn 2005. Antalet boende i rum utan kokmöjligheter, wc och dusch/bad har minskat liksom antalet boende som delar bostad med annan eller andra än maka/make/sammanboende eller annan nära anhörig. Den 1 juni 2006 infördes en ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) som innebär att makar, sambor och registrerade partner som båda har behov av särskilt boende skall erbjudas plats i samma särskilda boende om de önskar detta.

Ungefär hälften av länsstyrelserna rapporterar i tillsynsrapporten avseende 2005 att handläggningen och innehållet i kommunernas utredningar har blivit bättre jämfört med föregående år. Ett exempel på förbättring är att behovet av sociala aktiviteter och utevistelse i högre utsträckning än tidigare uppmärksammas i utredningarna, även om det fortfarande finns många utredningar som inte berör sociala aspekter. Andra exempel är att utredningar i högre grad utgår från ett helhetsperspektiv och att beslutsformuleringar blivit tydligare. Många kommuner arbetar med att utveckla dokumentationen. Detta sker bl.a. inom ramen för den s.k. Kompetensstegen. Det finns dock fortfarande brister när det gäller handläggning och innehållet i utredningarna. De brister som rapporteras är bl.a. att formuleringar är otydliga, att ansökningar om bistånd inte utreds, att beslut inte fattas samt att upptagna ansökningar begränsas till de insatser som finns enligt kommunens riktlinjer.

Icke verkställda beslut är fortfarande ett problem, liksom avslag trots bedömt behov, främst när det gäller särskilt boende. I vissa ärenden tar det lång tid innan ett beslut verkställs. Omfattningen på problemet förändrades inte mellan 2004 och 2005. Under 2005 har flera kommuner börjat avslå biståndsansökningar endast med hänvisning till att nämnden bedömer att ett gynnande beslut inte kan verkställas inom rimlig tid. Detta är inte förenligt med gällande lagstiftning, konstaterar länsstyrelserna. Enligt en ändring i socialtjänstlagen som gäller från och med den 1 juli 2006 skall en kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller beviljat bistånd enligt socialtjänstlagen åläggas att betala en särskild avgift. Socialstyrelsen skall redovisa utfallet av lagändringen i en rapport till regeringen senast den 31 augusti 2007.

Åtta länsstyrelser rapporterar att många äldre är trygga och nöjda med de insatser de får. Länsstyrelserna lyfter fram fem grupper bland de äldre som har svårt att få sina behov tillgodosedda inom äldreomsorgen trots att de har behov av insatser. Det är äldre som saknar anhöriga eller socialt nätverk, äldre med psykiska funktionshinder, äldre med alkoholproblem samt äldre med invandrarbakgrund. För den sistnämnda gruppen är det främst döttrarna som tar ansvar för omsorgen. Enligt Socialstyrelsen finns det en risk att många äldre tillhörande etniska minoriteter får insatser av låg kvalitet, exempelvis i bemärkelsen att man har svårt att kommunicera med den som ger insatserna och att den som ger insatserna inte har specifik kulturkompetens.

Andra grupper som har svårt att få sina behov tillgodosedda är äldre med demenssjukdom, äldre med stora omvårdnadsbehov som väntar på en beviljad plats i särskilt boende och äldre som inte har behov av medicinska eller praktiska insatser utan vars problem främst är otrygghet och ensamhet.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunen, och därmed primärvården, får ta ett allt större ansvar för äldre i behov av sjukvård. De patienter som räknas som utskrivningsklara från sjukhusen har allt större hälso- och sjukvårdsbehov och behöver allt mer kvalificerade insatser. Samverkan mellan huvudmännen brister, bl.a. när det gäller in- och utskrivning i slutenvården, vilket får svåra konsekvenser för patienterna.

Med korttidsboende avses tillfälligt boende i särskilda boendeformer förenat med behandling, rehabilitering och omvårdnad för bl.a. avlösning, växelvård och eftervård. Korttidsboendena är en riskfylld verksamhet i kommunerna, eftersom det där finns patienter med många olika diagnoser. Där finns dessutom risker i samband med läkemedels- hantering och i form av bristande tillgänglighet till läkarinsatser.

Socialstyrelsen har under 2006 på regeringens uppdrag fördelat ca 600 miljoner kronor till kommunernas och landstingens arbete att utveckla och förstärka vården och omsorgen om de mest sjuka äldre avseende rehabilitering, kost och nutrition, läkemedelsgenomgångar samt förstärkt läkarmedverkan inom kommunernas vård och omsorg. Samtliga 21 landsting och 286 av landets 290 kommuner har sökt och beviljats medel. Drygt 80 procent av kommunerna har beviljats statliga stimulansmedel för 2006 inom området rehabilitering. Det pågår mycket utvecklingsarbete runt om i landet när det gäller äldres rehabilitering. Socialstyrelsen har påbörjat en uppföljning av projekten och deras resultat.

Stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående

Socialstyrelsen konstaterar att den omstrukturering som kännetecknat äldreomsorgen de senaste åren har påverkat de anhörigas situation. Färre platser i särskilt boende har inneburit sämre möjligheter att t.ex. få korttidsvård för den man vårdar, eftersom en allt större andel av platserna i korttidsboenden upptas av personer som väntar på en plats i särskilt boende. I stort sett alla kommuner prövar numera om make och maka kan utföra hjälpinsatser till varandra, åtminstone när det gäller husliga sysslor. En ny trend är att kommunerna också frågar om det finns vuxna barn i närheten som kan hjälpa de gamla föräldrarna. En fjärdedel av kommunerna inkluderar tillgång till vuxna barn i biståndsbedömningen, trots att detta saknar stöd i lagstiftningen (Social rapport, Socialstyrelsen 2006).

År 2005 beslutade regeringen att tillskjuta 25 miljoner kronor per år under tre år (2005–2007) för utveckling av kommunernas stöd till anhöriga. Vid årsskiftet 2005/06 togs ytterligare ett initiativ på anhörig- området genom regeringens beslut att fördela ytterligare 100 miljoner kronor årligen till förstärkningar inom området. Detta nya stöd innefattar också medel till anhörig- och pensionärsorganisationer samt till ett nationellt kompetenscentrum för anhörigfrågor.

I Socialstyrelsens rapportering av utvecklingen under 2004 framkom att den bredd av stödformer som fanns när den statliga satsningen Anhörig 300 avslutades visade tecken på att minska. Siffrorna för 2005 går i motsatt riktning, både andelen kommuner som bedriver utvecklings- arbete och bredden av stödformer ökar. En av fyra kommuner sökte dock inte medel, med motiveringen att de inte hade resurser att göra en ansökan.

De vanligaste anhöriga omsorgsgivarna är hustrur och döttrar. Många äldre män står också för omfattande insatser för sina makor.

Arbetsledarna är en av de yrkesgrupper som ökat mest sedan 2001. Det kan vara början på en ny trend till följd av de senaste årens debatt om arbetsledarnas stora arbetsbörda.

Frånvaron bland personalen inom äldreomsorgen fortsatte att minska under 2005, för fjärde året i rad. Frånvaron är dock högre inom äldreomsorgen än inom exempelvis skolan och barnomsorgen. Det var framför allt antalet nya sjukskrivningar som minskade under 2004 och 2005. Andelen riktigt långa sjukskrivningar har fortsatt att öka, liksom andelen sysselsatta som är sjukskrivna på deltid.

Antalet personer med otrygga anställningar, visstidsanställningar samt tim- och behovsanställningar är stort inom äldreomsorgen. Denna grupp saknar ofta grundläggande vård- och omsorgsutbildning, samtidigt som de har mycket svårt att få ta del av fortbildningssatsningar. Detta påverkar kvaliteten i äldreomsorgen, både genom att omsorgstagarna möter personal som saknar relevant utbildning och genom att det medför låg personalkontinuitet. Andelen heltidsanställda i omsorgen om äldre och funktionshindrade har ökat till ca 45 procent 2005, vilket innebär en ökning med knappt en procentenhet jämfört med året innan.

Det är relativt lätt att rekrytera yrkesutbildad omvårdnadspersonal, enligt en studie som Socialstyrelsen genomfört under vintern 2006/07. Trots detta har endast drygt hälften av de nyrekryterade en relevant yrkesutbildning, vilket tenderar att sänka den totala andelen av personal som har yrkesutbildning. År 2005 hade 56 procent av alla månadsavlönade vårdbiträden och undersköterskor som rekryterades en omvårdnadsutbildning, medan motsvarande andel 2004 var 45 procent.

Prestationer

Omfattning av kommunernas vård och omsorg

Omfattningen av den kommunala äldreomsorgen har minskat under de senaste decennierna medan antalet äldre personer i befolkningen har ökat. Minskningen beror till viss del på att äldres behov av hjälp i hushållet eller med personlig omvårdnad har minskat. När ett flertal behovsrelaterade faktorer vägs samman framgår dock att det minskade utbudet av äldreomsorg inte uppvägs av minskade behov i den äldre befolkningen. Tillgången till äldreomsorg har minskat och koncentreras numera framför allt till personer med mer omfattande hjälpbehov. De som enbart behöver hjälp med hushållssysslor som städning eller matinköp får oftare lita till hjälp från anhöriga, eller köpa privata tjänster (Social rapport 2006, Socialstyrelsen).

Tabell 4.1 Antal och andel av befolkningen, 65 år och äldre som den 1 oktober fick insatser från hemtjänst eller i särskilt boende

År	Hemtjänst				Särskilt boende			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
2001	85 700	9,7	36 100	5,5	83 200	9,5	35 500	5,4
2002	87 700	10,0	37 400	5,7	81 100	9,2	34 400	5,2
2003	89 700	10,2	38 300	5,8	78 000	8,9	32 900	5,0
2004	92 400	10,5	39 900	6,0	73 800	8,4	31 000	4,6
2005	93 900	10,6	41 100	6,1	70 600	8,0	29 800	4,4

Källa: Socialstyrelsen.

De stora könsskillnaderna när det gäller antalet och andelen personer med insatser förklaras till stor del av äldre män och kvinnors livssituation. Medan männen i större utsträckning delar hushåll med en kvinna som vid behov kan ge informella insatser är de äldre kvinnorna ofta ensamboende och får därmed vända sig till sina barn eller till den offentliga vården och omsorgen för att få hjälp.

Totalt fick 235 400 personer hjälp av något slag 2005. Det motsvarar 15 procent av antalet personer 65 år eller äldre, vilket är en minskning med en procentenhet jämfört med 2001. Mellan 2001 och 2005 ökade antalet personer med hemtjänst med nästan 11 procent och antalet personer i särskilt boende minskade med drygt 15 procent.

Med stigande ålder ökar behoven av insatser från äldreomsorgen. Det innebär att huvuddelen av äldreomsorgens hjälpmottagare återfinns bland personer som är 80 år eller äldre. Drygt 178 000 personer, 80 år och äldre, fick 2005 hemtjänst eller bistånd i form av särskilt boende. Det motsvarar ca 37 procent av denna åldersgrupp, vilket innebär en minskning med 1,5 procentenheter jämfört med 2001.

Vid ett visst datum i oktober 2005 hade 8 700 äldre korttidsboende, vilket innebar en minskning med drygt 4 procent jämfört med 2004. Antalet boendedygn vid korttidsboende ökade med ca 12 procent mellan 2003 och 2005. Detta tyder på att färre personer vistas längre tid i korttidsboende.

Antalet äldre personer med beslut om dagverksamhet fortsatte att minska mellan 2004 och 2005. Med dagverksamhet avses individuellt beslutat stöd i form av sysselsättning, gemenskap, rehabilitering, m.m. Ca 12 200 personer 65 år och äldre hade ett beslut om dagverksamhet den 1 oktober 2005, vilket var ca 15 procent färre än 2001.

Mat för äldre är en mycket omfattande verksamhet. Totalt uppgår antalet äldre som dagligen på något sätt är beroende av kommunen när det gäller maten till nästan 200 000 personer, enligt Socialstyrelsens beräkningar. Det kan handla om allt från att få hjälp med att handla eller få matlåda, till att ha en medicinsk diagnos som innebär speciella behov när det gäller kost och näring. Kommunerna eftersträvar att i allt större utsträckning arbeta systematiskt både avseende riktlinjer och uppföljning.

Hälften av landets kommuner ansvarar helt eller delvis för hem-sjukvården i ordinärt boende (exkl. läkarinsatser). Drygt 48 000 äldre var

registrerade som mottagare av hemsjukvård i ordinärt boende den 1 oktober 2005. Det innebär en ökning med ca 5 procent jämfört med motsvarande uppgift 2001 (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2006, Socialstyrelsen).

Strukturen inom vården och omsorgen om äldre

Som tidigare redovisats har det totala antalet platser i särskilt boende minskat de senaste åren, medan det totala antalet personer som får hemtjänst har ökat. Utvecklingen i ett lokalt perspektiv är dock mer sammansatt och mångsidig.

Tabell 4.2 Antalet kommuner som ökat respektive minskat utbudet av särskilt boende och hemtjänst i relation till befolkningen 80 år och äldre 2000–2005

		Särskilt boende			Totalt
		Ökat*	Oförändrat	Minskat**	
Hemtjänst	Ökat*	3	24	109	136
	Oförändrat	4	24	74	102
	Minskat**	5	10	36	51
Totalt		12	58	219	289

*Ökat = Ökad täckningsgrad 10 procent eller mer 2000-2005

**Minskat = Minskad täckningsgrad 10 procent eller mer 2000-2005.

Källa: Socialstyrelsen.

Av tabell 4.2 framgår att 219 kommuner (75 procent) har minskat platsantalet i särskilt boende i relation till befolkningen 80 år och äldre mellan 2000 och 2005. Det var 26 kommuner fler än 2004. Knappt hälften av de kommuner som har minskat platsantalet i särskilt boende har samtidigt ökat antalet personer som får hemtjänst. I 24 kommuner är täckningsgraden oförändrad och i 36 kommuner har täckningsgraden minskat både i särskilt boende och i hemtjänsten.

Tabell 4.3 visar hur insatser i hemmet fördelar sig mellan olika timintervall (insatsnivåer). Fördelningen av personer med olika nivåer av antalet beviljade timmar har varit tämligen stabil under de senaste fem åren. Närmare 80 procent av hemtjänstmottagarna finns i nivån upp till 50 timmar i månaden.

Tabell 4.3 Andel personer, 65 år och äldre i ordinärt boende som får hjälp i olika timintervall (insatsnivåer) 2001–2005 (procent)

Antal timmar per månad	2001	2002	2003	2004	2005
1-9 timmar	37,3	37,2	38,2	37,5	38,7
10-49 timmar	42,7	42,2	41,6	41,4	41,2
50-119 timmar	15,6	15,4	15,8	17,2	17,1
120-199 timmar	2,4	2,5	2,8	2,4	2,6
200 tim -	0,5	0,7	0,8	0,5	0,5

Källa: Socialstyrelsen.

Redovisningen bygger på antalet beviljade timmar, vilket kan skilja sig från utförd tid. I en studie som Socialstyrelsen genomfört under 2005 framkom att betydande delar av den tid som bedömts inte utfördes. Socialstyrelsen har i januari 2007 fått i uppdrag av regeringen att utveckla öppna jämförelser inom äldreomsorgen. I uppdraget ingår bl.a. att genomföra en försöksverksamhet där kommuner registrerar utförda insatser.

Personal

I november 2005 var ca 230 200 anställda inom vården och omsorgen om äldre i kommuner och privata företag, vilket är en minskning med ca 9 000 personer sedan 2004. Av dessa var 71 procent månadsanställda av kommunen, 18 procent timanställda av kommunen och återstående 11 procent anställda hos privata entreprenörer. Om man därtill lägger uppskattningsvis 100 000 anställda inom landstingen som arbetar med äldre får man en uppfattning om hur många som i sitt arbete ger vård och omsorg om äldre.

Nästan 90 procent av dem som arbetar inom kommunernas vård och omsorg är kvinnor. Medelåldern är relativt hög bland de anställda. Flertalet av de timanställda och de med längre vikariat är dock under 35 år. Här finns en viktig grupp som kan ersätta många av dem som går i pension under det kommande decenniet.

Vård och omsorg i enskild regi

Av äldreomsorgen bedrevs ca 90 procent i kommunal regi 2005. Av de särskilda boendena drevs 13 procent i enskild regi och tio procent av de äldre fick hemtjänst i enskild regi. Motsvarande siffror för 2004 var 11 procent av särskilt boende och sju procent av hemtjänsten.

En del kommuner har ett system med kundval som tar sikte på att öka brukarnas val av vårdgivare. Enligt en enkätundersökning som Sveriges Kommuner och Landsting har genomfört 2006 har 24 kommuner infört kundval för hemtjänsten och åtta kommuner för särskilda boenden. Hälften av de kommuner som har infört kundval finns i Stockholms län. Vidare framkom att 29 kommuner planerar att införa kundval i hemtjänsten och åtta kommuner planerar att införa kundval i särskilda boenden.

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre uppgick 2005 till ca 80 miljarder kronor. Detta motsvarar drygt en femtedel av kommunernas totala kostnader. Personalkostnaderna utgjorde ca 60 procent av kostnaderna för äldreomsorgen. Kostnaderna för vård och omsorg i särskilt boende utgjorde 64 procent av äldreomsorgens kostnader medan vård och omsorg i ordinärt boende utgjorde 34 procent. Resterande 2 procent går till öppna verksamheter som inte förutsätter ett biståndsbeslut, t.ex. kaféverksamhet och andra former av träffpunkter.

Kostnadsförändringarna inom äldreomsorgen visas i tabell 4.4. Den speglar den omstrukturering som pågår i kommunerna. I fasta priser har kostnaderna för insatser i ordinärt boende ökat med ca 13 procent mellan 2001 och 2005 och för insatser i särskilt boende har de minskat med ca 11 procent. Mätt i fasta priser har kommunernas totala kostnader⁴ för vård och omsorg om äldre minskat med ca 5 procent under perioden.

Tabell 4.4 Kostnadsutveckling för kommunernas vård och omsorg till äldre

Miljarder kronor, löpande priser

	2001	2002	2003	2004	2005
Vård och omsorg i ordinärt boende	20,3	22,8	24,0	25,6	27,1
Vård och omsorg i särskilt boende	49,2	51,6	52,8	52,6	51,8
Öppen verksamhet	1,9*	1,3	1,5	1,4	1,4
Totala kostnader	71,4	75,7	78,3	79,6	80,3

Källa: Statistiska centralbyrån.

* För år 2001 redovisas kostnaderna för öppna verksamheter för äldre och för personer med funktionshinder tillsammans.

De totala kostnaderna för vård och omsorg om äldre uppskattas till 161,5 miljarder kronor 2005. Kostnaderna var ungefär lika stora för kommunernas äldreomsorg och för landstingens hälso- och sjukvård för äldre. Landstingens kostnader har ökat kontinuerligt sedan 2000 medan kostnaderna för insatserna inom den kommunala äldreomsorgen ökade fram till 2002 för att därefter minska. Totalt sett har de resurser som kommuner och landsting tillsammans satsar på vård och omsorg om äldre ökat med knappt en procent mellan 2001 och 2005, mätt i fasta priser. Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård för äldre har ökat stadigt under perioden och är nu större än kommunens kostnader för äldreomsorgen. Uppgifterna är dock endast ungefärliga och bygger på beräkningar av Socialstyrelsen, eftersom den nationella statistiken inte innehåller någon åldersuppdelning av kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård.

Ett sätt att analysera är att relatera kostnadsutvecklingen till befolkningsförändringar under motsvarande period. Gruppen 80 år och äldre ökade med nära åtta procent. Resurser har inte tillförts i samma takt som gruppen 80 år och äldre har ökat, enligt Socialstyrelsen.

⁴ Det är kommunernas bruttokostnader som avses, dvs. de totala kostnaderna, som finansieras med skatt, avgifter och statsbidrag.

Det finns stora skillnader mellan kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre. Kostnaden 2003 varierade mellan ca 32 000 och 71 000 kronor per invånare över 65 år. Det innebär att kostnaden var ungefär dubbelt så stor i kommunen med de högsta kostnaderna jämfört med kommunen med de lägsta kostnaderna.

Socialstyrelsen har analyserat orsakerna bakom kostnadsskillnaderna och bedömt att de till största delen inte kan förklaras av strukturella och geografiska förhållanden. Enligt Socialstyrelsen kan kostnaderna påverkas på flera olika sätt och kommunerna har ett stort handlingsutrymme för att kunna organisera och leda sin verksamhet så effektivt som möjligt. Det behövs bättre kunskapsunderlag för att kunna förklara vad kostnadsskillnaderna inom äldreomsorgen beror på och hur kostnaderna kan påverkas, enligt Socialstyrelsen.

4.2 Insatser för personer med funktionshinder

Nationella mål

Det övergripande målet i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) är att verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. För att nå detta mål gäller bestämmelserna i SoL för såväl strukturinriktade och allmänt inriktade som individuellt inriktade insatser. Personer med stora och varaktiga funktionshinder kan dessutom ha rätt till särskilda insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Målsättningen med all verksamhet enligt LSS är att underlätta det dagliga livet för personer med omfattande funktionshinder och främja full delaktighet i samhällslivet. Enskilda skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatserna som ges.

Måluppfyllelse och kvalitet i handikappomsorgen

I Socialstyrelsens lägesrapport 2006 konstateras att insatserna inom handikappområdet på olika sätt bidragit till att utveckla socialtjänstens verksamheter och att medvetenheten om problem samt kunskaperna för att vidareutveckla stöd och service har ökat.

Av lägesrapporten framgår att antalet insatser från socialtjänsten fortsätter att öka – både insatser enligt LSS och enligt SoL vilket Socialstyrelsen menar visar på att kommunernas ambitionsnivå har höjts. Även kostnaderna fortsätter att öka och handikappomsorgen utgör nu 28 procent av socialtjänstens kostnader. Sedan 2001 har kostnaderna för handikappomsorgen (i fasta priser) ökat med 13 procent och för LSS med 15 procent. Mest har kostnaden ökat för personlig assistans och stöd och service i det egna boendet enligt SoL och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I syfte att få del av kommunernas erfarenheter av utvecklingen i handikappomsorgen har Socialstyrelsen knutit till sig ett utvecklingsråd med deltagare från ett antal kommunala verksamheter.

Rådets mening är att kvalitén har förbättrats men att det finns områden där brister kvarstår vilket också framgår av länsstyrelsernas tillsynsrapport för 2005. Till det positiva hör enligt rådet att tillämpningen av LSS börjar bli mer likvärdig mellan kommunerna och att kraven på dokumentation har medfört ett tydligare individperspektiv. Samtidigt tar administrationen mycket tid i anspråk vilket kan innebära att personalen förlorar fokus på brukaren. Till det negativa hör lägre bemanning på bostäder med särskild stöd och service och sammanslagning av grupper inom daglig verksamhet. En ambition i Socialstyrelsen lägesrapport har varit att testa sambandet mellan tänkbara orsaker till skillnader av insatser och kostnader mellan kommunerna. Analyserna visar bland annat att tidigare förekomst av vårdhem för personer med utvecklingsstörning statistiskt sett kan kopplas ihop med vilka kommuner som beviljar många insatser enligt LSS. I kommuner där antalet insatser enligt socialtjänsten till äldre ökar, ökar också antalet LSS-insatser för yngre. Analyser har även gjorts av de kommuner som har de lägsta respektive högsta kostnaderna för vissa insatser enligt LSS. Resultaten visar att det vanligtvis inte är samma kommuner som har höga respektive låga kostnader år efter år. I synnerhet varierar de höga kostnaderna, vilket möjligtvis kan bero på placeringar utanför kommunen. Det kan också bero på högre ambitionsnivå, omfattande behov hos brukarna eller ineffektiva organisationer.

Riktlinjer – till hjälp eller stjälp?

Länsstyrelserna fick för 2006 i uppdrag av regeringen att följa upp kommunernas riktlinjer för bedömning av insatser enligt LSS. I länsstyrelsernas undersökning visar det sig att 128 kommuner har riktlinjer och 63 kommuner planerar att ta fram riktlinjer. Innehållet i riktlinjerna ser olika ut från kommun till kommun men i nästan alla riktlinjer finns det bestämmelser eller rekommendationer som är begränsade för de personer som har rätt till insatserna. Vissa kommuner har bara någon enstaka begränsning för någon insats medan andra kommuner har flera begränsningar i alla insatser. Endast 13 kommuners riktlinjer är helt fria från begränsningar. Exempel på begränsningar kan vara att personlig assistans får ges för viss tid eller att ledsagarservice får utnyttjas inom ett visst begränsat geografiskt område, eller att en person som beviljats en insats inte har rätt till andra insatser. Ett antal kommuner begränsar rätten till insatser med hänvisning till ålder, t.ex. att man skall ha fyllt 12 eller 15 år för att få ledsagarservice eller att man inte får vara över 65 år för att få daglig verksamhet. En av de viktigaste grundtankarna med LSS är att personer med funktionshinder, med insatsernas hjälp, skall få möjlighet att leva som andra. Länsstyrelserna anser att det på ett allvarligt sätt urholkar lagen om riktlinjerna utformas på ett sådant sätt att det försvårar funktionshindrades möjligheter och rättigheter att leva ett gott och självständigt liv. Om kommunerna ändå väljer att utarbeta riktlinjer måste de utformas så att de är förenliga med lag, förarbeten och rättspraxis. De får inte innehålla beskrivningar som försvårar tolkningen av lagens innebörd eller innehålla rekommendationer eller bestämmelser som försvårar en individuell bedömning. Enligt länsstyrelsen bör riktlinjer istället ge vägledning i hur bedömningar

utifrån var och ens behov skall gå till och hur insatserna skall kunna bidra till goda levnadsvillkor. Skr. 2006/07:102

Viktiga iakttagelser i handikappomsorgen

I länsstyrelsernas tillsynsrapporter har samverkan både inom socialtjänstens verksamheter och mellan olika huvudmän uppmärksammas som ett återkommande problem. I rapporten för 2005 lyfts särskilt fram brister i ansvarstagande för och samordning av stödet till barn och ungdomar som tillhör personkrets 3 och som samtidigt har sociala problem och behöver stöd enligt socialtjänstlagen. Ett annat exempel är övergången från skola till arbete där det är stor risk att ungdomar beviljas aktivitetsersättning utan någon sysselsättning därför att samverkan mellan skola och arbetsliv inte fungerat. Bristande samverkan och samordning har bidragit till att föräldrar tvingas till att agera samordnare för insatserna till deras barn och ungdomar därför att det saknas en funktion som tar det samordnande ansvaret. En lösning kan vara att i högre grad upprätta individuella planer. Kommunerna är skyldiga att informera personer med insatser enligt LSS om möjligheten att begära en individuell plan men enligt tillsynsrapporten upprättas alldeles för få planer. Det finns dock flera län där de individuella planerna ökar medan andra län rapporterar att antalet fortfarande är för lågt. Socialstyrelsen har för närvarande ett uppdrag att analysera förutsättningarna för en samordning av individuella planer och gemensamma planeringsprocesser kring personer med funktionshinder.

Ej verkställda beslut och domar

För 2005 har någon nationell kartläggning över antalet ej verkställda beslut enligt LSS inte sammanställts eftersom en sådan sammanställning genomförs vartannat år. Ett antal länsstyrelser har dock gjort kartläggningar för 2005. Resultaten visar på att fler beslut och domar verkställs i tid, även om det fortfarande finns problem. De fall där beslut och domar inte verkställs i tid gäller framförallt insatserna bostad med särskild service för vuxna, kontaktperson och ledsagarservice. Det beror delvis på brister i kommunens planering, men kommunerna hänvisar också till bristande resurser. Situationen har dock blivit bättre än tidigare år inte minst tack vare att kommunerna bygger fler bostäder för personer med funktionshinder. Andra beslut som inte verkställs i tid gäller ledsagarservice och kontaktperson. Det senare beror ofta på att det kan vara svårt att hitta en person som vill ta på sig uppdraget att vara kontaktperson.

Planering och styrning av stöd till personer med psykiska funktionshinder

Under åren 2005–2006 avsatte riksdagen särskilda medel, sammanlagt 700 miljoner kronor, till framför allt kommuner och landsting, för att förbättra villkoren för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Detta tillskott tillsammans med en särskild satsning på tillsyn har lett till förbättringar. I bl.a. Socialstyrelsens och läns-

styrelsernas rapport ”Social tillsyn 2005 – resultat av länsstyrelsernas tillsyn”, anges att det pågår en utbyggnad av bostäder som i första hand riktar sig till dessa personer. En uppföljning av den tillsynssatsning som länsstyrelserna tillsammans med Socialstyrelsen har genomfört under tre år har enligt tillsynsrapporten haft tydliga effekter på kommunernas verksamhet för personer med psykiska funktionshinder. En verksamhetsutveckling har inletts och förändringar har gjorts som ligger i linje med lagstiftningens bestämmelser och psykiatrireformens intentioner. Exempel på positiva tendenser är enligt rapporten att kommunerna öppnar boenden, startar särskilda boendestödsgrupper och sysselsättningsverksamheter, också med individuellt anpassade lösningar för yngre personer. Enligt tillsynsrapporten har förutom tillsynssatsningen även statsbidrag och utvecklingen av verksamheten med personliga ombud haft betydelse för att målgruppen har uppmärksammats i kommunerna och dess ledning.

Trots den positiva utvecklingen tillhör personer med omfattande psykiska funktionshinder och barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder alltför många i samhället som har det mest svårt att få den vård och det stöd de behöver för att vara delaktiga i samhället. Enligt tillsynsrapporten är det till exempel brist både på individanpassade sysselsättningsformer och boendeformer med behovsanpassat stöd och en del länsstyrelser rapporterar att det finns svårigheter att tillgodose barn och ungas behov av lämpliga skolformer. Ett annat problem som uppmärksammas i rapporten är att det ofta brister i samverkan mellan olika enheter inom kommunen. Även samverkansproblem mellan kommun och landstingets psykiatriska verksamheter medför att barn och unga med neuropsykiatriska funktionshinder inte alltid får lämpliga insatser.

Personliga ombud ger positiva effekter

Personliga ombud skall se till att kvinnor och män som lever med omfattande psykiska funktionshinder får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Verksamheten med ombud är framgångsrik och personer som har ett ombud har fått bättre levnadsvillkor och blivit mer delaktiga i samhället. En studie visar att insatsen också lett till lägre kostnader för samhället genom minskade insatser inom sjukvården. År 2005 hade ca 3 600 personer ett ombud, vilket innebär en ökning sedan föregående år.

Kostnader och prestationer

År 2005 hade ca 54 300 personer insatser enligt LSS, exklusive insatsen rådgivning och annat personligt stöd. Av dessa var 30 800 män och 23 500 kvinnor. Den vanligaste insatsen var daglig verksamhet (ca 25 000 personer) och därefter följde bostad med särskild service (ca 20 400 personer). Ungefär 56 procent av de personer som beviljats insatser enligt LSS 2005 var män. Männen var fler än kvinnorna i nästan alla åldrar och andelen män var som störst i åldersintervallet 15–20 år. Könsskillnaderna vad gäller samtliga personer med insatser enligt LSS

har i princip varit oförändrade sedan 2001. Andelen män med insatser enligt LSS var större än andelen kvinnor när det gäller alla insatser utom ledsagarservice. Störst var andelen pojkar/män som hade insatserna boende för barn (66 procent), avlösarservice (63 procent) och korttidsvistelse (61 procent). Enligt Socialstyrelsen finns det i dag inte tillräcklig kunskap för att bedöma om skillnaderna mellan könen är ett uttryck för ojämställdhet eller om behoven faktiskt är olika.

Tabell 4.5 Antal personer med beslut om insats enligt LSS, med individuell plan eller med personligt ombud

Insats	2001	2002	2003	2004	2005	Förändring
						01-05, %
Daglig verksamhet	21 100	21 700	23 200	24 100	25 000	15
Boende, vuxna	17 500	18 000	19 000	19 800	20 300	13
Kontaktperson	14 000	14 500	15 200	16 100	16 700	15
Korttidsvistelse	9 600	9 900	10 400	10 500	10 500	6
Råd och stöd		11 900	11 700	10 400	10 500	-12
Ledsagarservice	8 100	8 500	9 200	9 400	9 600	13
Personlig assistans*	4 300	4 300	4 600	3 900	3 600	-16
Avlösarservice	3 600	3 500	3 600	3 700	3 600	3
Korttidstillsyn	3 100	3 400	4 000	4 400	4 700	38
Boende, barn	1 100	1 200	1 300	1 300	1 200	0
Individuell plan		---	3 200	---		
Personligt ombud		1 200	2 600	3 200	3 600	200

* Grundläggande behov mindre än 20 timmar per vecka

Källa: Socialstyrelsen.

Ungefär 18 000 barn beviljades insatser enligt LSS 2005 och flertalet tillhörde åldersgruppen 13–22 år. Antalet insatser till barn och unga har sedan 1999 ökat med 34 procent. Det innebär att ökningstakten för denna åldersgrupp är högre än för samtliga med insatser enligt LSS.

Insatsen råd och stöd tillhör som regel landstingens ansvarsområde och den redovisas därför separat i statistiken. År 2005 var 10 600 personer beviljade råd och stöd enligt LSS, vilket är ca 1 100 färre än 2002. I övrigt är det endast den personliga assistansen som minskar räknat i antal personer som får insatser enligt LSS. Det förklaras enligt Socialstyrelsen av att definitionen av insatsen förtydligades vid insamlingen 2004.

Utöver dessa personer var omkring 13 500 personer beviljade statlig ersättning enligt lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS), eftersom deras grundläggande behov omfattade 20 timmar eller mer per vecka.

År 2005 var också knappt 18 000 personer i åldrarna 0–64 år beviljade hemtjänst enligt SoL och ytterligare 5 700 personer i samma åldersintervall var beviljade särskilt boende enligt SoL. I drygt hälften av landets kommuner har insatser enligt SoL till personer under 65 år ökat sedan 1999.

Verksamhet enligt LSS finansieras av kommunerna, landstingen och staten. I de flesta län finansieras råd och stöd av landstinget. För detta utgår ett statsbidrag med 199 miljoner kronor per år. Staten finansierar

merparten av assistansersättningen. Övrig verksamhet finansieras helt av kommunerna. Kommunernas kostnader för LSS uppgick 2005 till ca 27,7 miljarder kronor. I fasta priser (2005 års prisnivå) var kostnadsökningen 15 procent mellan 2001 och 2005. Huvuddelen, 80 procent av kostnaderna för handikappomsorgen, avsåg kostnader för insatser enligt LSS och kommunernas andel av kostnaden för LASS. Mest ökade kostnaderna för personlig assistans, 41 procent. Orsakerna är enligt Socialstyrelsen troligtvis flera. Bland annat har antalet personer med insatser ökat, liksom antalet assistanstimmar per person. En annan orsak till ökningen är att kommunerna bland annat betalar sjukkostnader för personlig assistans enligt LASS.

Tabell 4.6 Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionshinder

Miljarder kronor

Verksamhet	2001	2002	2003	2004	2005
Insats enligt					
SoL/HSL	5,0	6,4	6,5	6,7	7,1
Särskilt boende	2,5	2,8	2,8	2,8	2,8
Ordinärt boende enligt SoL	2,5	2,9	3,0	3,2	3,6
Öppen verksamhet	-	0,7	0,7	0,7	0,7
Insatser enligt LSS och LASS	20,3	22,5	25,2	26,4	27,7
Bostad med särskild service	11,1	12,0	13,3	13,8	14,3
Daglig verksamhet	3,5	3,8	4,1	4,2	4,4
Personlig assistans*	3,2	4,0	4,6	5,1	5,3
Övriga insatser enligt LSS	2,5	2,7	3,2	3,3	3,7
SUMMA	25,3	28,9	31,7	33,1	34,8

*enligt LSS och kommunernas andel av LASS

Källa: Statistiska centralbyrån.

4.3 Individ och familjeomsorg

Nationella mål

Målet för socialtjänstpolitiken är

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Individ och familjeomsorgens (IFO) verksamhetsområde omfattar socialt arbete som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och föräldrabalken, i kommunens regi eller med kommunal finansiering. Inom individ- och familjeomsorgen vidtas insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. kvinnor och män med behov av ekonomiskt bistånd, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, kvinnor och män med missbruks- och beroende- problem, personer i prostitution och kvinnor som utsätts för hot och våld.

Under 2005 uppgick kostnaderna för IFO till knappt 28 miljarder kronor, en ökning med 3,1 procent sedan 2001. Detta motsvarar knappt en femtedel av socialtjänstens totala kostnader. Minskade kostnader för ekonomiskt bistånd har frigjort utrymme för satsningar på främst barn- och ungdomsvård.

Kostnaderna för IFO varierar avsevärt mellan olika kommuner, från 714 till 5 675 kronor per invånare. De tio kommuner som har de högsta kostnaderna är främst storstäderna och några relativt stora kommuner i syd- och mellansverige medan de tio med lägsta kostnaderna är små kommuner, företrädesvis i Norrland, och några förortskommuner i Stockholm.

Socialstyrelsen skriver i sin rapport "Lika olika socialtjänst?" att variationer i stöd och service inom socialtjänsten kan vara en fullt naturlig konsekvens av att lokala förhållanden varierar och av det kommunala självstyret. I rapporten framhålls samtidigt att politiska strategival och prioriteringar, organisation, styrning och ledning samt kompetens påverkar hur effektivt verksamheten bedrivs och mycket talar för att det går att förbättra resursanvändningen i socialtjänsten.

I Socialstyrelsens rapport "Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2006" konstateras att utvecklingen inom IFO gått mot ökad kunskap och kompetens, mer öppenvård, mer förebyggande insatser och målgruppsanpassade verksamheter, tydligare struktur och användning av fler metoder som vilar på vetenskaplig grund. Ett exempel på differentiering i målgruppspecifika insatser är att IFO även har verksamheter riktade till gruppen "unga vuxna" dvs. 18–24 år. Det kan t.ex. inom missbruksområdet handla om rådgivning, motivation och behandling utifrån unga vuxnas situation.

Samverkan och samgående i gemensamma verksamheter har blivit vanligare. Men den positiva utvecklingen rymmer enligt rapporten också oro. IFO möter ständigt ökande krav på fler insatser och nya verksamheter. Ökad specialisering och differentiering vad gäller metoder och målgrupper ger risk för minskad helhetssyn och kontinuitet.

Ekonomiskt bistånd

Måluppfyllelse och kvalitet

Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen (2001:453 SoL) och prövas i varje enskilt fall. Ekonomiskt bistånd är tänkt som ett yttersta skyddsnet för personer med tillfälliga försörjningsproblem. Målet är att den enskilde så snabbt som möjligt skall bryta biståndsmottagandet och försörja sig på egen hand. Fortfarande får dock en tredjedel av biståndsmottagarna bistånd under mycket långa perioder. Andelen minskade emellertid något under 2005.

Många av orsakerna till försörjningsproblemen är svåra för IFO att angripa aktivt, då de ligger utanför socialtjänstens ansvars- och kompetensområde. Det gäller t.ex. personer som är arbetslösa utan arbetslöshetsersättning, sjuka utan sjukpenning och rehabiliteringsinsatser och utrikes födda som har svårt att komma in på arbetsmarknaden.

Det finns goda erfarenheter av finansiell samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, länsarbetsnämnd och försäkringskassa, men fortfarande är det förhållandevis få kommuner som ingår i samordningsförbund (Finsam).

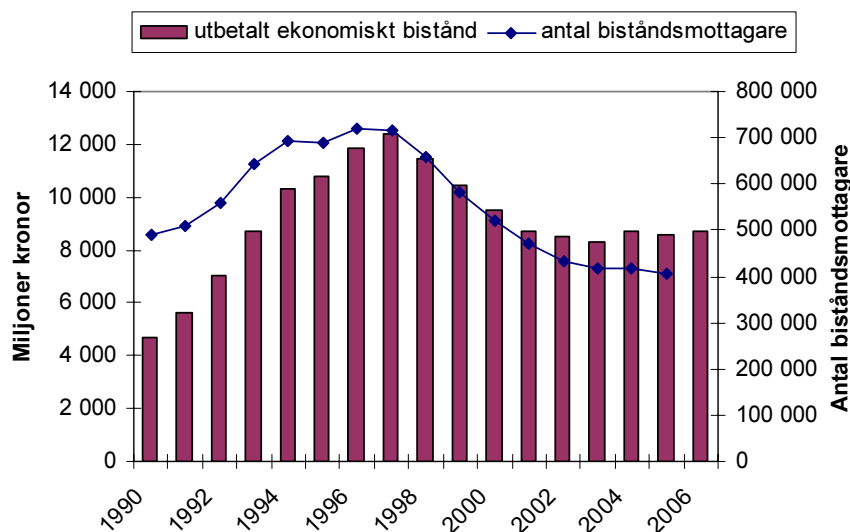
Det finns en nära koppling mellan behovet av ekonomiskt bistånd och sysselsättningsutvecklingen. Sedan krisåren på 1990-talet har kommunerna kommit att spela en allt viktigare roll när det gäller arbetsmarknadsfrågor och som ansvariga huvudmän för olika åtgärdsprogram. Det finns emellertid ingen samlad bedömning av om insatserna gett resultat.

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsrapport för 2005 framgår att fem länsstyrelser rapporterar förbättringar av barnperspektivet i handläggningen av ekonomiskt bistånd, t.ex. finns barnperspektivet uttalat i kommunernas riktlinjer och barnets bästa beaktas tydligare i familjeärenden med långvarigt beroende av ekonomiskt bistånd. Brister i barnperspektiv rapporteras dock av ett antal länsstyrelser, t.ex. görs sällan konsekvensanalyser utifrån barnens situation i utredningar. Handläggningen av ekonomiskt bistånd är fortfarande formaliserad och restriktiv, på bekostnad av individuella bedömningar.

Kostnader och prestationer

Under 2006 uppgick kostnaderna för ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra invandrare) till 8,7 miljarder kronor, vilket är i det närmaste oförändrat jämfört med 2005. Utbetalningar till flyktingar ökade dock med hela 44 procent under året medan utbetalningar till övriga minskade med fem procent. Under 2005 ökade antalet asylsökanden som fick uppehållstillstånd kraftigt (se vidare avsnitt 8 om Introduktionen av nyanlända invandrare).

Uppgifter om antalet hushåll med ekonomiskt bistånd finns ännu bara fram till 2005. Under 2005 fick drygt 225 000 hushåll, bestående av ca 407 000 personer, ekonomiskt bistånd någon gång under året. Dessa hushåll utgör knappt sex procent av hushållen respektive 4,5 procent av befolkningen. Antalet biståndsmottagare har sjunkit med 44 procent sedan 1998 då antalet var som högst.

Diagram 4.1 Utbetalt ekonomiskt bistånd samt antal biståndsmottagare

Källa: Socialstyrelsen.

Antalet biståndsmottagande hushåll av olika sammansättning varierar mycket. Det totala antalet kvinnor och män med bistånd är i det närmaste detsamma, däremot är det stor skillnad beroende på om de lever i hushåll med barn eller inte. Ensamstående män är den största gruppen. Ensamstående mammor, unga samt utrikes födda personer är över-representerade i sin hushållsgrupp. Exempelvis hade 21 procent av alla ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under 2005 jämfört med sju procent av alla ensamstående män med barn (se tabell 4.7).

Tabell 4.7 Biståndshushåll fördelade efter hushållets sammansättning 2005

Andel biståndshushåll av samtliga hushåll i respektive grupp i befolkningen 18–64 år, procent

Hushåll	Andel
Ensamstående kvinnor med barn	21
Ensamstående kvinnor utan barn	8
Ensamstående män med barn	7
Ensamstående män utan barn	9
Gifta/sammanboende med barn	3
Gifta/sammanboende utan barn	2
Samtliga hushåll	6

Källa: Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsen är det vanligare att mäns beroende av ekonomiskt bistånd beror på arbetslöshet eller sociala problem än för kvinnor. För kvinnor är det oftare än för män ohälsa som är orsaken. För ungdomar och personer med utländsk bakgrund kan det handla om att de aldrig kommit in på arbetsmarknaden och därför inte heller kvalificerat sig för andra former av ersättning. De är därmed hänvisade till ekonomiskt bistånd.

Det långvariga biståndsberoendet minskade något under 2005 och var i stort sett lika vanligt bland kvinnor som bland män. 31 procent av biståndsmottagarna hade fått ekonomiskt bistånd mer än tio månader under året. Andelen unga vuxna (18–29 år) med långvarigt ekonomiskt bistånd minskade under 2005, efter en period av ökning åren innan. Den genomsnittliga biståndstiden per hushåll var 5,9 månader och det genomsnittliga utbetalda beloppet var 38 100 kronor under året.

Under 2005 var 36 procent av biståndsmottagarna mellan 18 och 64 år arbetslösa utan arbetslöshetsersättning någon gång under året.

Andelen biståndsmottagare varierar kraftigt mellan kommunerna och var som störst i Malmö (11 procent) och lägst i Vellinge kommun (0,4 procent). Än större variation mellan kommunerna gäller för barnen. Drygt 20 procent av barnen i Malmö levde i ett hushåll med ekonomiskt bistånd 2005 och mindre än en procent av barnen i Danderyd. Nära en tredjedel av alla hushåll som fick bistånd under 2005 var barnfamiljer.

Barn och ungdom

Måluppfyllelse och kvalitet

Socialstyrelsens lägesrapport 2005 visar att det sker en förstärkning av förebyggande och öppna insatser för barn och unga och även mer strukturerade utredningar och uppföljningar. På många håll ges öppna insatser allt mer som service utan föregående utredning. Ambitionsnivån inom barn- och ungdomsvården är allt högre och intresset för ett kunskapsbaserat arbete är stort. Ändå framförs kritik från exempelvis tillsynsmyndigheter och i forskning bl.a. om att handläggningen inte är korrekt, att vissa grupper inte uppmärksammas tillräckligt, att barn och unga inte kommer till tals och att metoder inte är evidensbaserade. En del av kritiken är enligt Socialstyrelsen relevant, men ibland ställs orealistiska krav i förhållande till tillgänglig kunskap, resurser och de ramar som lagstiftningen ger.

Arbetsbelastning i kombination med känslomässigt krävande uppgifter och svåra bedömningar leder till ökad personalomsättning, bristande kontinuitet och svårigheter att upprätthålla tillräcklig kompetens bland socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning. Att öka stabiliteten och kompetensen i den del av barn- och ungdomsvården som ytterst skall säkerställa skyddet för barn och unga är ett strategiskt viktigt förbättringsområde på såväl nationell som lokal nivå.

Det finns ett stort intresse bland kommunerna att införa Barns behov i centrum (BBIC). Det är ett enhetligt system inom den sociala barn- och ungdomsvården som ger struktur för utredning, dokumentation och uppföljning och som också tydliggör kompetensbehov. Drygt 100 kommuner har gått Socialstyrelsens utbildning i BBIC och 130 har påbörjat eller står i kö.

Barn- och ungdomsvårdens främsta samverkanspartners är förskola, skola, mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri och polis. Knappt en tredjedel av länsstyrelserna anser i tillsynsrapporten 2005 att samverkan har förbättrats under senare år, medan ungefär lika många länsstyrelser pekar på brister. Bristerna gäller bl.a. samverkan kring barn med funktionshinder med insatser både enligt LSS och SoL.

Det finns en lång tradition av samarbete inom området våld och övergrepp mot barn mellan socialtjänst, polis, åklagare, rättsmedicin och hälso- och sjukvården, med samrådgrupper, gemensamma riktlinjer och gemensam kompetensutveckling. Ändå visar forskning att få barn får insatser genom socialtjänsten eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri och få polisutredningar leder till åtal och fällande dom.

Inom ramen för ett regeringsuppdrag har sex försöksverksamheter med samverkan under ett tak vid misstanke om brott mot barn (s.k. Barnahus) inletts. Tanken är att barnet skall slippa slussas runt i olika miljöer och att kvaliteten i utredningarna skall förbättras. Erfarenheter från första årets försöksverksamhet är att anmälningssbenägenheten till socialtjänst och polis har ökat och att berörda myndigheter samråder i fler ärenden.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp lagändringen som trädde i kraft 2003 om att socialnämnden skall överväga överflyttning av vårdnaden till familjehemsföräldrarna för barn som varit tre år i samma familjehem. Antalet vårdnadsöverflyttningar har ökat, men lagändringen har inte fått fullt genomslag i alla kommuner. Familjehemsföräldrar tvekar att ta över vårdnaden, bl.a. för att de mister stödet från placeringskommunen.

Socialstyrelsen gjorde hösten 2006 en studie av socialtjänstens arbete med romska barn och deras familjer. Den visar att socialnämnderna i granskade ärenden haft goda grunder för att ansöka om vård enligt LVU. IFO har dock brustit i att tillgodose barnets rätt att behålla och utveckla sin kulturella identitet och sitt språk.

Kostnader och prestationer

Mellan 2001 och 2005 har kostnaderna för insatser inom barn- och ungdomsvården ökat med ca 11 procent mätt i fasta priser. Mest ökade kostnaderna för öppna insatser, 32 procent. Kostnaderna för institutionsvård minskade med 5 procent. Utvecklingen i enskilda kommuner varierar dock stort.

Tabell 4.8 Kommunernas bruttokostnader för placering av barn och unga

Löpande priser, miljoner kronor

	2001	2002	2003	2004	2005
Institutionsvård	3 927	4 313	4 581	4 533	4 290
Familjehemsvård	2 514	2 710	3 038	3 179	3 360
<i>Summa</i>	<i>6 441</i>	<i>7 023</i>	<i>7 619</i>	<i>7 712</i>	<i>7 650</i>
Öppna insatser	2 359	2 753	2 975	3 199	3 590
Totalt	8 800	9 776	10 594	10 911	11 240

Källa: Socialstyrelsen.

Antalet barn som får öppenvårdsinsatser har inte ökat de senaste åren men antalet öppenvårdsinsatser har ökat markant. Utbudet av olika insatsformer och metoder ökar och har på senare år riktats alltmer direkt till barnet och den unge. Enskilt samtalsstöd är den vanligaste insatsen och erbjuds såväl till föräldrar som barn och unga. Utvecklingen går också mot en mer serviceinriktad öppenvård utan föregående utredning.

Antalet barn och ungdomar placerade i heldygnsvård ökade med knappt två procent mellan 2004 och 2005. Ökningen gällde såväl flickor som pojkar. Det är familjehemsvården som har ökat, i överensstämmelse med uttalade intentioner. Tre fjärdedelar av placeringarna i familjehem och 70 procent på institution var frivilliga.

Tabell 4.9 Antal barn med öppenvårds- och heldygnsinsatser den 1 november 2005

Ålder	Öppenvårdsinsatser			Heldygnsinsatser		
	Totalt	andel		Totalt	andel	
		pojkar	flickor		pojkar	flickor
0-12	13 414	56%	44%	5 303	54%	46%
13-17	11 147	55%	45%	7 035	52%	48%
18-20	3 934	54%	46%	2 835	54%	46%
Totalt	28 495	55%	45%	15 173	53%	47%

Källa: Socialstyrelsen.

Familjerätt och familjerådgivning

Familjerätt

Av Socialstyrelsens lägesrapport 2006 framgår att det inte skett några större förändringar under en femårsperiod i IFO:s arbete med samarbets-samtal, avtal och utredningar om vårdnad, boende och umgänge eller faderskapsutredningar. Totalt tecknades under 2005 drygt 4 100 avtal om barns vårdnad, boende och umgänge med IFO:s hjälp. Andelen avtal och utredningar har varit stabilt under 2000-talet. Länsstyrelserna konstaterar i sin tillsyn att det i en del kommuner råder oklarhet i hur man skall hantera familjer som samtidigt är aktuella både inom familjerätten och barn- och ungdomsvården. Faran är att barnens problem ses som familjerättsliga och att deras eventuella behov av stöd och hjälp inte uppmärksammas. Barn till föräldrar som inte kommer överens om vårdnad och umgänge nämns som en grupp som kan ha svårigheter att få sina behov tillgodosedda.

Medgivandeutredningar för adoption ökade något under 2005. Sverige har länge varit ett av de länder som har flest internationella adoptioner i förhållande till folkmängden, vilket inte längre är fallet. Idag görs 11,7 internationella adoptioner per 1 000 födda barn jämfört med 20 under 1977. Totalt anlände 1 083 utomnordiska adoptivbarn hit under 2005. Under 2005 lämnade kommunerna drygt 170 yttranden över nationella adoptioner, dvs. adoptioner av barn som är födda i Sverige. Flertalet gällde styvbarnsadoptioner, vilka har ökat på senare år.

Kommunen har enligt socialtjänstlagen skyldighet att tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas efter adoption. Det är få kommuner som har organiserat sådant stöd. Det finns dock exempel på kommuner som erbjuder alla adoptanter ett antal samtal – som förberedelse inför att de skall hämta barnet samt som stöd efter att barnet anlänt.

Efterfrågan på familjerådgivning fortsätter att öka. Antalet personer som gick i familjerådgivning ökade från 46 700 personer 2003 till 49 700 2005, dvs. med 6,4 procent. Kommunerna får tar ut självkostnadspris och priserna varierar från kostnadsfritt till ca 500 kronor per besök.

Utvecklingen går enligt familjerådgivarna mot att det blivit mer naturligt i de yngre paren att söka hjälp i ett tidigare skede i samband med svårigheter i relationen. Det är nu också fler män som tar initiativ till sådan kontakt.

Kostnader och prestationer

Kostnaderna för socialtjänstens arbete med familjerådgivning, fastställande av faderskap/moderskap, samarbetsavtal, utredning och avtal om vårdnad, boende och umgänge uppgick till 491 miljoner kronor under 2005. Kostnaderna har ökat med drygt 14 procent i fasta priser sedan 2000. Det varierar dock kraftigt mellan kommunerna, vissa kommuner har inga kostnader alls medan någon har en kostnad om 1 143 kronor per barn i befolkningen. Medianen uppgår till 200 kronor.

Vuxna missbrukare

Måluppfyllelse och kvalitet

Enligt Statens Folkhälsoinstitut har totalkonsumtionen av alkohol gått ner något det senaste året, även om minskningen är liten. Ungdomsdrickandet i stort har minskat och debutåldern verkar ha höjts. Däremot finns det vissa grupper som dricker mer.

Enligt den senaste nationella folkhälsoenkäten som genomfördes 2006 hade 10 procent av kvinnorna och 16 procent av männen riskabla alkoholvanor. Högkonsumtionen har ökat under en tioårsperiod i alla åldersgrupper, utom bland de unga kvinnorna. Alla åldrar har ökad s.k. intensivkonsumtion, dvs. mycket alkohol vid ett och samma tillfälle.

Narkotikaanvändningen minskar bland unga i nionde klass och mönstrande. Betydligt färre kvinnor än män som kom till myndigheternas kännedom missbrukade narkotika men en högre andel hade ett tungt/allvarligt missbruk. Det finns en mycket utsatt grupp kvinnor, ofta amfetamin- och heroinmissbrukare med blandmissbruk, som saknade arbete och bostad, endast umgicks med andra missbrukare och finansierade sitt missbruk genom kriminalitet.

För att stimulera kommunerna att utveckla och stärka missbrukarvården har 700 miljoner kronor anslagits under åren 2005–2007. Av dessa är 300 miljoner avsatta för att stärka vårdkedjan i anslutning till tvångsvården och 400 miljoner kronor utgår till kommunerna i ett särskilt statsbidrag för att ge bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk. Statsbidraget skall användas till att utveckla arbetssätt och organisation, bland annat införande av specialiserade missbruksenheter i samverkan med landstinget eller andra kommuner eller införa lokala

behandlingsgarantier. Den omfattande satsningen har enligt Socialstyrelsen redan visat positiva effekter. Skr. 2006/07:102

Länsstyrelserna menar i sin tillsynsrapport 2005 att de statliga utvecklingsmedlen har haft stor betydelse för utbyggnaden av missbrukarvården i både små och stora kommuner. I rapporten konstateras att kommunernas samverkan med andra aktörer inom missbrukarvården på många håll har utvecklats positivt. Många kommuner arbetar för att skapa en sammanhållen och heltäckande vårdkedja och satsar på drog-förebyggande och uppsökande insatser.

Kostnader och prestationer

Kostnaderna för kommunernas missbrukarvård ökade med tre procent i fasta priser mellan 2001 och 2005. Öppna insatser ökade med 23 procent, varav boende som bistånd med 36 procent.

Tabell 4.10 Kommunernas kostnader för missbrukarvården, vuxna

Miljoner kronor i löpande priser

	2001	2002	2003	2004	2005
Institutionsvård	1 994	1 951	2 187	2 046	1 970
Familjehemsvård	130	119	132	129	135
Summa dygnetruntvård	2 124	2 070	2 070	2 175	2 105
Öppen vård	1 813	1 906	2 244	2 424	2 570
Totalt dygnet runt- och öppenvårdsinsatser	3 936	3 976	4 562	4 599	4 675

Källa: Statistiska centralbyrån.

Den 1 november 2005 hade knappt 12 300 personer med missbruksproblem (varav 30 procent kvinnor) någon individuellt behovsprövad öppen insats, och under hela året gavs ca 25 800 sådana insatser (flera insatser kan vara aktuella för samma person). Drygt 2 700 personer vårdades frivilligt på institution (25 procent kvinnor). Den genomsnittliga vårdtiden var 73 dygn per inskrivning. Mindre än 10 procent av dygnsvården sker med tvång. Antalet personer i tvångsvård har varit nästan konstant under en lång följd av år.

Tabell 4.11 Antal vuxna i missbrukarvård*Den 1 november respektive år*

	2001	2002	2003	2004	2005
Individuellt behovsprövad öppenvård	10 287	10 987	11 221	11 931	12 277
- kvinnor	3 064	3 323	3 435	3 606	3 676
- män	7 223	7 664	7 786	8 325	8 601
Bistånd för boende	5 628	5 928	6 276	6 154	5 852
- kvinnor	1 362	1 389	1 474	1 437	1 338
- män	4 266	4 539	4 802	4 717	4 514
Frivillig institutionsvård	2 388	3 084	3 120	2 781	2 702
- kvinnor	794	759	800	695	672
- män	2 388	2 325	2 320	2 086	2 030
Tvångsvård på institution*	302	289	226	206	255
- kvinnor	79	94	74	66	100
- män	223	195	152	140	155
Summa:	18 605	20 288	20 843	21 072	21 086

*Inkl. familjehemsvård LVM

Källa: Socialstyrelsen.

Boendeinsatser

En utvecklingstrend inom IFO under senare år är att det finns allt fler insatser som rör boende och boendestöd, för ungdomar, personer med missbruk och personer med samtidigt missbruk och psykiska funktionshinder.

Socialstyrelsen fick 2002 i uppdrag att leda ett utvecklingsarbete under tre år för att utveckla metoder som kan vara verksamma för att långsiktigt komma tillrätta med problem som är kopplade till hemlöshet. För 2002–2004 avsattes tio miljoner kronor årligen för detta ändamål. I september 2006 lämnade Socialstyrelsen en utvärdering av de 19 lokala hemlöshetsprojekt som genomförts inom ramen för uppdraget. Utvärderingen visar att vissa hemlösa har uppnått målet om ett eget kontrakt, samtidigt som majoriteten befinner sig i olika former av andrahandskontrakt. För många hemlösa har dock situationen på kort sikt förbättrats eller en försämrad situation kunnat undvikas. Det vräkningsförebyggande arbetet har visat sig vara mycket framgångsrikt. Projekten har lett till att nya vägar för samverkan har utvecklats lokalt. Eftersom hemlöshetsproblematiken är komplex och berör flera politikområden efterlyser Socialstyrelsen en helhetssyn och en samlad strategi på såväl lokal som nationell nivå.

I februari 2005 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utvecklingsarbetet samt att genomföra en nationell kartläggning av hemlöshetens omfattning 2005. Stimulansmedel på knappt 10 miljoner kronor årligen är avsatta under åren 2005–2007. Inom ramen för detta uppdrag har 13 hemlöshetsprojekt beviljats medel.

Stimulansmedel har bl.a. fördelats till vräkningsförebyggande projekt riktade till nya målgrupper, t.ex. äldre som riskerar att hamna i hemlöshet. Äldre är en riskgrupp för vräkning på grund av kommunernas ambitioner att de skall bo kvar hemma så länge som möjligt. Ibland saknar de förmåga att betala räkningar och kommer efter med hyran.

Ofta finns inga alternativa äldreboenden kvar och i några fall har de till slut fått bo på härbärgen. Andra projekt rör t.ex. sjukvård för hemlösa personer, boende för hemlösa kvinnor som behandlas med läkemedel för narkotikamissbruk samt kontaktpersoner för hemlösa personer. Satsningen utvärderas i sin helhet 2008.

Länsstyrelsen i Västra Götaland har 2005 särskilt granskat barnperspektivet i avhysningsärenden. Av den aktuella granskningen framgår att medvetenheten om barnens situation och behov har ökat samt att det är vanligt med aktiva insatser för att undvika vräkning av barnfamiljer.

Den senaste kartläggningen av hemlöshet genomfördes 2005. Den visar att antalet personer utan egen bostad har ökat i Sverige under de senaste åren. Minst 17 800 personer var hemlösa under vecka 17, 2005. Det finns hemlösa personer i 86 procent av landets kommuner, men problemen är större i Stockholm, Göteborg och Malmö. Tre fjärdedelar av personerna är män. Den stora merparten är födda i Sverige, men personer med utländsk bakgrund är överrepresenterade. 26 procent är födda utomlands, jämfört med 12 procent av befolkningen.

Av de 17 800 hemlösa personerna befinner sig 3 600 (20 procent) i en akut situation. De sover ute eller bor tillfälligt på till exempel härbärgen, kvinnojourer eller campingplatser. Cirka 4 700 (26 procent) personer bor ofrivilligt hos familj och vänner eller har mycket korta andrahandskontrakt. 8 400 (47 procent) bor på institutioner eller i olika typer av stödboenden och saknar egen bostad när de skrivs ut. För resterande 1 100 är situationen okänd. En stor del av de hemlösa har missbruksproblem, 62 procent, respektive psykiska problem, 40 procent. Insatser för att förbättra missbrukarvården och den psykiatriska vården har därför stor betydelse för att komma till rätta med hemlösheten.

Prostitution

Socialstyrelsen avser att under hösten 2007 presentera en kartläggning av prostitutionens omfattning och utveckling. Prostitutionsenheten i Stockholm har under ett års tid (våren 2005–2006) kartlagt prostitutionen på Internet. Under ett halvår identifierades 327 personer som annonserade att de sålde sex i Stockholmsområdet, vara 272 kvinnor (83 procent). Bland de 55 männen ingick sex personer som uppgav sig vara transsexuella. Prostitutionsenheten i Stockholm rapporterar att det verkar ha skett en ökning av antalet män som säljare, en tendens som också finns i andra länder. Av kvinnorna sålde 93 procent sex till män och 73 procent av männen sålde sex till kvinnor och en drygt fjärdedel till andra män eller gifta par. Endast en uppgav sig vara under 18 år. Uppgifterna om ålder är dock osäkra.

Brottsoffer

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas där får det stöd och den hjälp de behöver (enligt 2 kap. 2 § SoL). Socialnämnden har ett ansvar för att den som utsatts för brott och dennes anhöriga får stöd och hjälp (enligt 5 kap. 11 § SoL).

Enligt 5 kap. 11 § SoL har socialtjänsten ett särskilt ansvar för att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld i nära relationer får det stöd och den hjälp de behöver. Genom en lagändring som trädde i kraft 15 november 2006 är barn som bevittnar våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna brottsoffer.

Utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor har i sitt betänkande (SOU 2006:65) konstaterat att det kommunala arbetet att stödja och hjälpa våldsutsatta kvinnor och deras barn till stor del har utvecklats positivt. Det finns i dag handlingsplaner i sjuttio procent av alla kommuner, dock med skiftande kvalitet. Trots att socialtjänsten på flera håll har utvecklat sitt sociala arbete och sina insatser på detta område finns det alltså oacceptabla brister.

Specialiseringen inom individ- och familjeomsorgen kan göra att det brister i helhetssynen avseende kvinnans och barnens hjälpbehov beträffande bostad, ekonomi etc. Länsstyrelsernas tillsyn 2005 visar att våldsutsatta kvinnor har svårt att få ekonomiskt bistånd när behov uppstått som en konsekvens av deras utsatta situation. Alla kommuner har i dag inte möjlighet att erbjuda ett skyddat boende för alla de kvinnor som behöver det.

I syfte att kvalitetsutveckla och förbättra socialtjänstens arbete med stöd till våldsutsatta kvinnor och de barn som bevittnar våld eller andra övergrepp i nära relationer har regeringen till riksdagen överlämnat propositionen (2005/06:38) om socialtjänstens ansvar för våldsutsatta kvinnor.

Av Socialstyrelsens lägesrapport 2006 framgår att det tillkommit allt fler verksamheter för barn som bevittnar våld i nära relationer. Av rapporten "Mäns våldsutövande – barns upplevelser" av forskaren Maria Eriksson framgår att det i dag finns ca 87 verksamheter av detta slag i Sverige. Även verksamheter som riktar sig till män som utövar våld har ökat under senare år. Idag finns ett femtiotal verksamheter i landet.

Det finns inga säkra uppgifter om IFO:s kostnader för verksamheter och insatser för våldsutsatta kvinnor, deras barn och män som utövar våld. Socialtjänstens officiella statistik innehåller inga uppgifter som redovisar om en person utsatts för våld.

Hedersrelaterat våld

Hedersrelaterat våld har uppmärksammats allt mer de senaste åren. Under perioden 2003–2007 har 200 miljoner kronor avsatts för att bistå flickor och pojkar, unga kvinnor och unga män som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld. Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna gjort en uppföljning av hur medlen använts under 2004–2005. Inom socialtjänsten pågår ett aktivt arbete för att förstärka insatserna och skyddet för kvinnor och ungdomar som utsätts för hedersrelaterat hot och våld. Man kan se en positiv utveckling och en ökande medvetenhet om problematiken. Enligt den senaste uppföljningen finns nu 105 platser för skyddat boende i olika former.

Drygt sex procent av niondeklassarna uppger att de slagit någon så att personen blivit tvungen att uppsöka sjukhus och var fjärde att de utsatts för våld (Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2006, Socialstyrelsen). De flesta unga som drabbas av brott är pojkar och det handlar ofta om rån och misshandel. Under senare år har många kommuner s.k. stödcentra för unga brottsoffer. Denna utveckling fortsätter i positiv riktning och i dag finns det stödcentrum på 15 platser i landet, en ökning jämfört med tidigare år. Ungefär lika många pojkar som flickor har sökt sig till mottagningarna, vilket indikerar att det är en högre andel av de brottsutsatta flickorna som söker stöd.

5 Förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning

I avsnittet redovisas förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, förskoleklass, grundskola, obligatorisk särskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxenutbildning (komvux), vuxenutbildning för utvecklingsstörda (särvox) och svenskundervisning för invandrare (sfi). Sameskolans och specialskolans verksamhet är statlig och redovisas inte i denna skrivelse. Alla statistiska uppgifter för läsåret 2006/07 och vissa uppgifter för 2006 bygger på preliminär statistik som kan komma att ändras.

5.1 Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg

Förskoleverksamhet omfattar förskola, öppen förskola och familjedaghem och vänder sig till barn i åldrarna 1–5 år. Skolbarnsomsorgen bedrivs i form av fritidshem, familjedaghem och öppen fritidsverksamhet för barn i åldrarna 6–12 år.

Nationella mål

Fr.o.m. 1998 ingår förskolan och fritidshemmet i utbildningssystemet för barn och ungdom. Samma år infördes 1998 års läroplan för förskolan (Lpfö 98) som gäller för alla förskolor med kommunal huvudman. Den har samma status och i stort sett samma struktur som övriga läroplaner i utbildningssystemet. Tanken är att de olika läroplanerna skall länka i varandra utifrån en gemensam syn på kunskap, utveckling och lärande. I förskolans läroplan finns de nationella målen för förskolan redovisade. Verksamheten i fritidshem omfattas av samma läroplan som förskoleklassen och det obligatoriska skolväsendet, 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94). Dessutom finns allmänna råd utfärdade av Skolverket för fritidshemmet och för kvalitet i förskolan. För övriga verksamheter inom förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen finns också allmänna råd.

I skollagen (1985:1100) föreskrivs att kommunerna är skyldiga att tillhandahålla förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för barn i åldrarna 1 t.o.m. 12 år i den utsträckning som behövs för att föräldrarna skall kunna förvärvsarbeta eller studera eller om barnet har ett eget behov. Vidare skall kommunerna erbjuda plats ”utan oskäligt dröjsmål”, vilket anses vara inom tre till fyra månader efter det att föräldrarna anmält att de efterfrågar en plats. Barn i åldern 1–5 år, vars föräldrar är arbetslösa eller föräldralediga, omfattas också av kommunernas skyldighet att tillhandahålla plats. I deras fall avser skyldigheten minst 15 timmar per vecka. Barn i åldern 4–5 år har rätt till avgiftsfri allmän förskola under minst 525 timmar per år.

Enligt läroplanen för förskolan skall en bedömning göras hur verksamheten utvecklas i relation till strävansmålen. Mål att sträva mot anger inriktningen på förskolans arbete. De anger en önskad kvalitetsutveckling i förskolan. I många kommuner genomförs enkätundersökningar där föräldrar får svara på frågor om hur de uppfattar förskolans verksamhet. Internationella undersökningar framhåller den svenska förskolan som ledande bland världens länder i kvalitetshänseende (Starting strong, OECD, 2001). Skolverket har kunnat konstatera att förskolornas arbete med barnens utveckling och lärande överlag är av god kvalitet i förhållande till läroplanens mål.

Öppen förskola, familjedaghem och tillgång på plats

Ungefär hälften av landets kommuner har öppna förskolor. Antalet öppna förskolor har minskat under de senaste åren. Den öppna förskolan byggdes ut under 1980-talet, men mellan 1994 och 2004 minskade antalet öppna förskolor med nästan två tredjedelar. Mellan 2005 och 2006 har det emellertid tillkommit ett tjugotal nya avdelningar. Sammanlagt fanns det 470 förskoleavdelningar inom den öppna förskolan 2006.

Andelen barn 1–5 år i familjedaghem ligger kvar runt 6 procent. Jämfört med föregående år har andelen inte minskat, men den har minskat kraftigt sedan 2001.

Skolverket följer regelbundet upp hur kommunerna uppfyller kravet på plats utan oskäligt dröjsmål. Den senaste uppföljningen för 2005 visar att nästan alla kommuner kunde erbjuda plats inom den utsatta tiden. Skolverkets tillsyn visar att kommunernas ekonomiska situation kan påverka i vilken utsträckning kommunerna fullgör denna skyldighet.

Barngruppernas storlek och personaltäthet i förskola och fritidshem

Sedan 2001 har den genomsnittliga gruppstorleken i förskolan minskat från 17,5 barn per grupp till 16,7 barn per grupp 2006. I hälften av grupperna fanns mellan 16 och 20 barn. Den genomsnittliga gruppstorleken är minst i glesbygdskommuner. I småbarnsavdelningarna (barn i åldern 1–3 år) är gruppstorlekarna mindre och i 44 procent av grupperna fanns färre än 14 barn. I mer än 10 procent av småbarnsavdelningarna fanns det dock fler än 17 barn. Resultatet från en nationell utvärdering av förskolan som Skolverket genomfört (Förskola i brytningstid, 2004) visar att det främst är ekonomiska prioriteringar som avgör barngruppernas storlek. Faktorer som personalens kompetens, upptagningsområdets karaktär, pedagogiska mål och ambitioner uppges ha mindre betydelse. Personaltätheten i förskolan har legat på en jämn nivå under de senaste åren. Hösten 2006 var antalet barn per årsarbetare 5,1 vilket är en liten minskning jämfört med 2005. Andelen anställda med pedagogisk högskoleutbildning i förskolan var 51 procent 2006.

Gruppstorlekarna i fritidshemmen har ökat och personaltätheten har minskat under flera år. Antalet inskrivna barn per avdelning ökade från 30,6 till 31,7 mellan 2005 och 2006. Hösten 2006 var antalet barn per

årsarbetare 18,9 vilket är en ökning med 0,3 barn per årsarbetare jämfört med året innan. År 2006 hade andelen personal med pedagogisk högskoleutbildning minskat med en procentenhet till 58 procent.

Skr. 2006/07:102

Tabell 5.1 Antal årsarbetare och andelen årsarbetare med pedagogisk högskoleutbildning

År	Förskola		Fritidshem	
	Antal årsarbetare	Andel pedagoger	Antal årsarbetare	Andel pedagoger
2002	63 104	51 %	19 107	56 %
2003	65 498	51 %	18 778	56 %
2004	67 328	51 %	17 937	58 %
2005	72 257	51 %	17 409	59 %
2006	77 506	51 %	17 390	58 %

Källa: Skolverket.

Spridningen i gruppstorlekar, personaltäthet och personalens utbildningsnivå är dock stor mellan landets olika fritidshem. Skillnaderna mellan kommunerna när det gäller personaltäthet är exempelvis tre gånger större inom fritidshemmen än vad de är inom förskolan. Enligt Skolverkets lägesbedömning har inspektörerna sett många exempel på god verksamhet som är varierad och välplanerad, men det finns också många exempel där verksamheten måste betraktas som ensidig. Skolverket har också ifrågasatt om huvudmännen vid planeringen utgår ifrån skollagens formuleringar om att fritidshemmens uppgift är att erbjuda en meningsfull fritid, att komplettera skolan och ge stöd till barnens utveckling. Det fordras system för planering, styrning, uppföljning och utvärdering för att bedöma måluppfyllelsen mot de nationella målen. Samtidigt har myndighetens inspektioner visat att skolbarnsomsorgen sällan finns med i kommunernas måldokument och kvalitetsredovisningar. Personalen på fritidshemmen har en stor del av sin arbetstid förlagd till skolan, och på många håll har man svårt att hitta tid till planering och förberedelser.

Delegationen för jämställdhet i förskolan

I juli 2006 presenterade Delegationen för jämställdhet i förskolan sitt slutbetänkande för regeringen (SOU 2006:75). Delegationen hade fått i uppdrag att utveckla och förstärka jämställdhetsarbetet i förskolan. Enligt delegationen ligger inte förskolans problem i styrdokumentens utformning. Problemet är snarare bristen på kunskap. Behovet av mer kunskap är inte begränsad till förskolans personal. Bland delegationens förslag återfinns det inga krav på direkta förändringar i förskolans styrdokument. I dagens styrdokument framgår det tydligt att varje pojke och flicka i förskolan skall erbjudas möjlighet att utveckla alla sina färdigheter utan att begränsas av stereotypa könsroller. Under arbetets gång har delegationen bland annat delat ut pengar till lokala projekt som har arbetat med att utveckla jämställdhetsarbetet. Delegationen lyfter fram flera viktiga förutsättningar för ett framgångsrikt jämställdhetsarbete som man har hämtat från sina projekt: förmågan att granska den egna verksamheten, kunskap, tid att reflektera och förmågan att sätta in arbetet

i ett större sammanhang. Dessutom behövs engagemang på alla nivåer och ett kontinuerligt arbete med dokumentation och utvärdering. Målsättningen måste vara att åstadkomma varaktiga förändringar i barnens vardag.

Utvärdering av maxtaxan

Enligt Skolverkets avslutande utvärdering av maxtaxereformen har alla landets kommuner infört maxtaxa i förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. Maxtaxan är en del av ett reformpaket som infördes 2001–2003. Reformpaketet innehöll följande delar: maxtaxa (dvs. ett tak för avgifterna i förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg), ökad tillgänglighet för barn till arbetslösa och föräldralediga samt införandet av en allmän, avgiftsfri förskola för alla fyra- och femåringar. Under det första året valde ett par kommuner att ställa sig utanför maxtaxan, men fr.o.m. den 1 januari 2003 har alla kommuner i Sverige varit anslutna till reformen. En allt högre andel barn är inskrivna i förskolan vilket tyder på att efterfrågan har ökat. Utvecklingen är den motsatta inom familjedaghem, där andelen inskrivna barn har minskat. Kommunernas avgifter har sinsemellan harmoniserats under perioden mellan 1999 och 2005 samtidigt som avgiftsfinansieringsgraden har minskat. Personaliteten har ökat något under perioden och gruppstorlekarna har tenderat att minska. Variationerna i personalitet mellan olika kommuner har också minskat i förskolan. Det är svårt att analysera de kommunal-ekonomiska effekterna av maxtaxan eftersom det saknas någon naturlig kontrollgrupp att jämföra med, enligt utvärderingen. Analyser av arbetskraftsutbud och sysselsättning har dock inte kunnat påvisa några direkta effekter som kan kopplas till maxtaxans införande, enligt IFAU:s rapport *Maxtaxan inom barnomsorgen – påverkar den hur mycket föräldrarna arbetar?* (2007:2).

Kostnad och prestationer

Inskrivna barn

Andelen inskrivna barn i förskolan har successivt ökat under de senaste åren. En del av ökningen beror på att barn till föräldralediga och arbetslösa föräldrar har fått rätt till förskola. Dessutom har alla fyra- och femåringar fått rätt till allmän förskola (525 timmar om året). I nuläget går 79 procent av 1–5 åringarna i förskolan. Antalet inskrivna barn i förskolan har ökat med 17 000 jämfört med förra året. Det totala antalet barn i förskolan ligger på 396 000. En stor del av ökningen kan förklaras av att antalet barn i förskoleåldern har ökat med nästan 12 500 sedan 2005. I åtta av tio kommuner är mellan 67 och 83 procent av alla barn i förskoleåldern inskrivna i förskolan. Andelen inskrivna 1–5 åringar i familjedaghem har minskat under en följd av år, men 2006 har minskningen bromsats och andelen inskrivna barn ligger kvar på samma nivå som 2005, dvs. 6 procent. Andelen barn på fritidshem ökade med en procentenhet jämfört med 2005. År 2006 gick 78 procent av alla barn i åldern 6–9 år på fritidshem. Samtidigt minskade det totala antalet barn i åldern 6–12 år med mer än 21 000.

Tabell 5.2 Andel barn inskrivna i förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg i respektive åldersgrupp

Skr. 2006/07:102

Procent

År	Åldersgrupp 1-5 år	Åldersgrupp 6-9 år	Åldersgrupp 10-12 år
2002	80	75	9
2003	82	74	10
2004	83	74	10
2005	84	77	11
2006	85	78	11

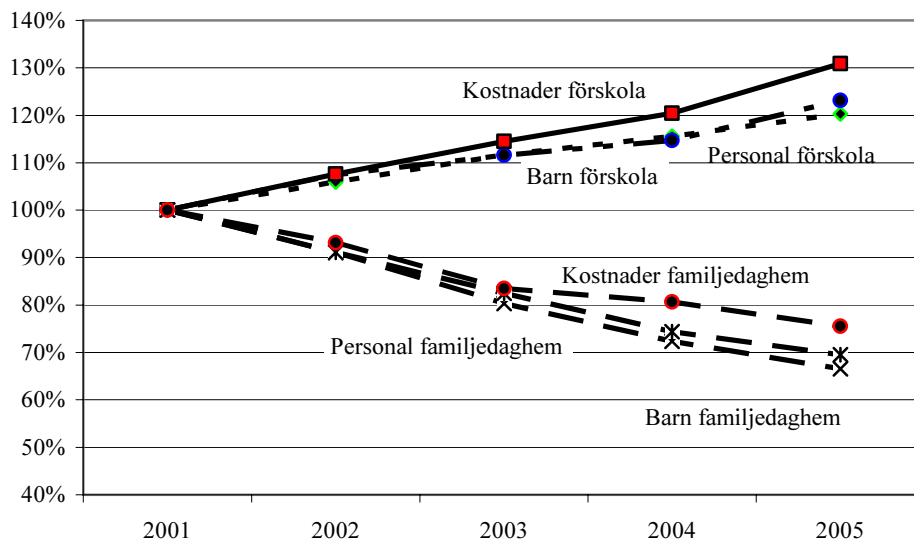
Källa: Skolverket.

Kostnader för verksamheten

Den totala kostnaden för förskolan uppgick 2005 till 37,6 miljarder kronor. Personalkostnadens andel av den totala kostnaden i den kommunala förskolan ligger på 74 procent. Avgiftsfinansieringen var i genomsnitt 8 procent. Den totala kostnaden för fritidshem 2005 var 10,4 miljarder kronor. För fritidshemmen ligger personalkostnaden på 72 procent av den totala kostnaden, alltså något lägre än motsvarande kostnader i förskolan. I fritidshemmen finansieras i genomsnitt 16 procent av kostnaderna med hjälp av avgifter.

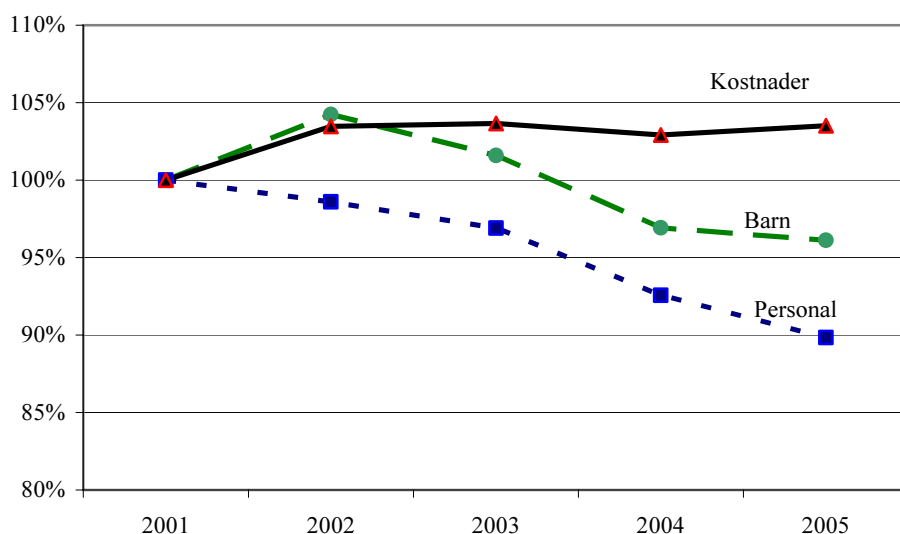
Kostnad per barn

Ett inskrivet barn i förskolan 2005 kostade i genomsnitt 99 100 kronor. Den genomsnittliga kostnaden för ett barn i förskolan ökade med nästan 5 procent mellan 2004 och 2005. I familjedaghemmen kostar en genomsnittlig plats 80 700, vilket är en ökning med 2 700 kronor eller 3,5 procent. Ett inskrivet barn i fritidshem 2005 kostade i genomsnitt 32 400 kronor vilket är en ökning med 1 000 kronor jämfört med 2004. Diagram 5.1 visar bland annat ökningen av antalet barn i förskolan och minskningen av antalet inskrivna barn i familjedaghem.

Diagram 5.1 Utveckling* av barn, personal och kostnader i förskolan

* Indexerad utveckling av antalet inskrivna barn och personal i årsarbetskrafter inom förskola och antal dagbarnvårdare i familjedaghem hösten 2001–hösten 2005 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2005 (fasta priser). Index 2001=100.
Källa: Skolverket.

Nästa diagram visar motsvarande utveckling i fritidshemmen. Fritidshemmen har tilldelats mindre resurser jämfört med förskolan. Antalet anställda i verksamheten har minskat i snabbare takt än antalet barn. Under samma period ökade kostnaderna. Vad detta beror på har inte analyserats.

Diagram 5.2 Utveckling* av antalet barn och personal i fritidshem

* Indexerad utveckling av antalet inskrivna barn och personal (i årsarbetskrafter) inom fritidshemmen hösten 2001–hösten 2005 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2005 (fasta priser). Index 2001=100.
Källa: Skolverket.

Förskoleklassen är en frivillig skolform inom det offentliga skolväsendet. Verksamheten skall betraktas som undervisning i samma mening som i övriga skolformer. Förskoleklassen ersatte 1998 den tidigare sexårsverksamheten. En avsikt med förskoleklassreformen och integrationen av förskola, skola och fritidshem var att implementera förskolans pedagogiska tradition i skolan så att lek, skapande och barnens eget utforskande ges större utrymme.

Nationella mål

Höstterminen det år ett barn fyller sex år skall kommunen erbjuda en plats i förskoleklass. Förskoleklassen skall omfatta minst 525 timmar per år och vara avgiftsfri för sexåringar. Enligt skollagen (1985:1100) skall utbildningen i förskoleklassen stimulera varje barns utveckling och lärande samt ligga till grund för fortsatt skolgång. Från 1998 gäller 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94) även förskoleklassen, vilket innebär att grundskolan och förskoleklassen har en gemensam läroplan. Där anges värdegrund tillsammans med mål att sträva mot. Mål att sträva mot anger inriktningen på skolans arbete. De anger en önskad kvalitetsutveckling i skolan. Läroplanen skall stödja integrationen av förskoleklassen, den obligatoriska skolan och fritidshemmet.

Måluppfyllelse och kvalitet

Många kommuner har valt att integrera förskoleklassen med grundskolan. Enligt en enkät från Skolverket som riktades till ett urval av skolor kommer 90 procent av alla skolor att integrera förskoleklasser med den obligatoriska skolan vid något tillfälle under terminen (*Gruppstorlekar i förskola, förskoleklass och fritidshem, 2003*). En dryg tredjedel av kommunerna svarade att förskoleklassen kommer att arbeta integrerat med grundskolan varje dag under terminen. Kvaliteten på undervisningen i förskoleklassen är delvis kopplad till personalens utbildning. Personal med pedagogisk högskoleutbildning är viktig för att aktiviteterna inom förskoleklassen skall bli mer planerade, målstyrda och differentierade. Andelen pedagogiskt högskoleutbildad personal i förskoleklassen ligger fortfarande på en relativt hög nivå. Läsåret 2006/07 är andelen personal med pedagogiskt högskoleutbildning i den kommunala förskoleklassen 83 procent.

Skolverkets inspektioner har visat att grundskolans metoder för att hitta elever i behov av särskilt stöd även brukar användas i förskoleklass. De skolor som jobbar med tester för att kartlägga barnens utveckling brukar testa barnen redan i förskoleklass. Ofta används även skolornas resurser i form av speciallärare och specialpedagoger. Dessutom är det vanligt att man upprättar åtgärdsprogram trots att det inte är ett uttryckligt krav i lagstiftningen.

Läsåret 2006/07 gick 91 315 barn i förskoleklass, vilket är en ökning med ungefär 3 000 elever. Av det totala antalet barn gick 92 procent i kommunal förskoleklass och 8 procent i förskoleklass med annan huvudman. Sedan läsåret 1999/2000 har andelen barn som går i förskoleklass med enskild anordnare ökat med fyra procentenheter. Antalet femåringar i förskoleklass är oförändrat sedan ett par läsår tillbaka och utgör ungefär en procent av det totala antalet barn. Den genomsnittliga personaltätheten i kommunal förskoleklass har minskat i jämförelse med föregående läsår. Personaltätheten uppgår läsåret 2006/07 till 6,7 årsarbetare per 100 barn. Kostnaden för förskoleklass uppgick 2005 till nästan fyra miljarder kronor. Kostnaderna för förskoleklass har ökat med ca fyra procent, 156 miljoner kronor, sedan föregående år. Varje barn i förskoleklass kostar i genomsnitt 44 800 kronor. Den genomsnittliga ersättningen till fristående förskoleklass var 40 200 kronor 2005. Skillnaden i kommunernas kostnad per elev är dock mycket stor. Åtta av tio kommuner har en kostnad per elev i intervallet 31 300–62 100 kronor.

5.3 Grundskolan

Enligt skollagen (1985:1100) är barn mellan 7 och 16 år som är bosatta i Sverige skolpliktiga. Som ett komplement till detta fick föräldrar 1991 rätt att begära att deras barn skulle få börja skolan vid sex års ålder. Denna rätt utvidgades från juli 1997 så att kommunerna blev skyldiga att ge sexåringar plats i grundskolan om vårdnadshavarna så önskar. Skolplikten kan även fullgöras i särskolan eller specialskolan. Elever med samisk bakgrund kan också delta i sameskolans undervisning i årskurserna 1 till 6.

Nationella mål

Utbildningen i grundskolan skall enligt skollagen syfta till att ge eleverna de kunskaper och färdigheter som de behöver för att delta i samhällslivet. Grundskolan utgör också basen för fortsatt utbildning i gymnasieskolan. Kommunen har en skyldighet att anordna utbildning i grundskolan för alla elever som har skolplikt och som inte skall gå i särskolan eller specialskolan. En elev har även rätt att fullfölja sin skolplikt vid en godkänd fristående skola. De mål som styr grundskolan finns fastställda i skollagen, 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet och i kursplanerna för grundskolan. Av skollagen framgår att man i utbildningen skall ta hänsyn till elever i behov av särskilt stöd. I läroplanen finns skolans värdegrund och uppdrag samt mål och inriktning på en rad olika områden, t.ex. kunskaper samt normer och värden. Målen är av två olika slag, dels de mål som skolan skall sträva mot, dels de mål som skolan ansvarar för att alla elever ges möjlighet att uppnå. Mål att sträva mot anger inriktningen på skolans arbete. De anger en önskad kvalitetsutveckling i skolan. Mål

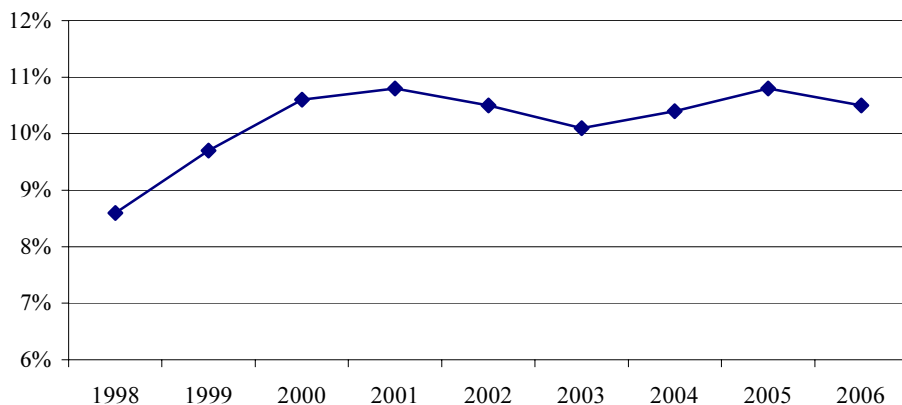
att uppnå uttrycker vad eleverna minst skall ha uppnått när de lämnar skolan. Skr. 2006/07:102

Måluppfyllelse och kvalitet

Grundskoleelevers kunskaper

Det mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet innebär att en tregradig betygsskala tillämpas: Godkänd, Väl godkänd och Mycket väl godkänd. Betyget Godkänd motsvaras för varje ämne av de mål att uppnå som formuleras i kursplanerna. Elever som inte uppnår målen i årskurs 9 ges inte slutbetyg men de har rätt att få ett skriftligt omdöme med en beskrivning av kunskapsutvecklingen i ämnet eller ämnesblocken. För att vara behörig att söka till ett nationellt gymnasieprogram krävs minst betyget Godkänd i ämnena svenska alternativt svenska som andraspråk, engelska och matematik eller motsvarande kunskaper. Andelen elever som inte når behörighet till gymnasiet ökade kraftigt under slutet av 1990-talet. Under de senaste åren har andelen elever utan behörighet till gymnasiet legat runt 11 procent. Av dem som lämnade grundskolan våren 2006 var nära 90 procent behöriga till gymnasieskolan, vilket är en liten ökning jämfört med året innan. Andelen behöriga till gymnasieskolan bland elever med utländsk bakgrund ökade marginellt från 78,0 procent till 78,3 procent.

Diagram 5.3 Andel elever som saknar behörighet till gymnasieskolan



Källa: Skolverket.

Slutbetygen har legat på en nästan konstant nivå under de senaste tre åren. Fortfarande når var fjärde elev inte målen i alla ämnen och det är stora betygsskillnader mellan flickor och pojkar. Variationerna är även stora mellan kommunerna.

Tabell 5.3 Genomsnittligt meritvärde 2001/02–2005/06

Skr. 2006/07:102

Läsår	Totalt	Flickor	Pojkar
2001/2002	204,6	215,6	194,0
2002/2003	205,4	216,0	195,0
2003/2004	206,9	218,1	196,3
2004/2005	206,3	217,3	195,8
2005/2006	206,8	218,3	195,7

Källa: Skolverket.

Våren 2006 var det genomsnittliga meritvärdet 206,8 för elever som gick ut skolår nio. Meritvärdet beräknas som summan av betygsvärdena för de 16 bästa betygen i elevens slutbetyg. Det högsta möjliga värdet är 320 poäng. Det genomsnittliga meritvärdet i fristående skolor är 225 vilket är betydligt högre än genomsnittet i den kommunala skolan. En stor del av resultatskillnaderna mellan kommunala och fristående skolor kan förklaras av att eleverna i fristående skolor har en annan social bakgrund. Den genomsnittliga utbildningsnivån hos föräldrar med barn i fristående skolor ligger generellt på en högre nivå än utbildningsnivån hos föräldrar vars barn går i kommunal skola. Meritvärdet för elever med utländsk bakgrund var 190,2, vilket är en svag ökning jämfört med våren 2005.

Statistiska centralbyrån har i rapporten *Barn, boendesegregation och skolresultat (2007:2)* bl.a. visat att barn som bor i områden med stor andel barn med utländsk bakgrund oftare är obehöriga till gymnasiet jämfört med barn som bor i andra områdestyper.

På Skolverkets webbplats (www.skolverket.se) finns mer uppgifter om grundskolans betygsresultat både på skol-, kommun- och riksnivå. I Skolverkets databas SIRIS (<http://siris.skolverket.se/>) finns uppgifter om skolors resultat.

Grundskollärarens kompetens

I sin lägesbedömning 2006 (rapport 288) betonar Skolverket vikten av att fler behöriga lärare anställs inom grundskolan och att befintliga lärare ges kompetensutveckling. Lärare med god kompetens är bättre på att variera undervisningen och motivera eleverna. Skolverket har publicerat en fördjupad studie av läraryrket som baseras på data från den stora nationella utvärderingen av grundskolan från 2003. Analysen visar att lärarens ämneskunskaper och behörighet påverkar förutsättningarna för elevens lärande. I ämnena svenska och matematik visar studien också en samvariation mellan lärarens trivsel och elevernas resultat. Lärarnas förhållningssätt till yrket verkar alltså smitta av sig på eleverna.

Läraryrket har enligt studien delvis förändrats under de senaste åren. Lärarna själva uppger att man får lägga ner mer tid på aktiviteter med en mera social tonvikt som t.ex. föräldrakontakter, mobbingfrågor och ogiltig frånvaro, medan det har blivit mindre tid för samverkan med kollegor och kompetensutveckling. En annan viktig förändring enligt studien är att lärarna säger sig möta allt fler elever i behov av särskilt stöd. Så många som var tredje lärare uppger dock att de saknar rätt kompetens för att jobba med elever i behov av särskilt stöd. Den samlade bilden visar att den totala arbetsbördan verkar ha ökat.

Skolverket konstaterar också att det är angeläget att alla nytillträdda rektorer genomgår en obligatorisk rektorsutbildning, att rektorer får möjlighet till kompetensutveckling och att rektorerna ges förutsättningar att vara pedagogiska ledare.

Könsskillnader i måloppfyllelse

I slutet av 2006 publicerade Skolverket en undersökning av prestationsskillnaderna mellan pojkar och flickor i skolan. Studien visar att flickor når bättre skolresultat än pojkar inom 15 av totalt 16 ämnen i grundskolan. Pojkarna når i genomsnitt ungefär 90 procent av flickornas betygsresultat. Statistiken visar emellertid också att det finns stora skillnader ämnesvis. Skillnaderna till flickornas fördel är förhållandevis liten i matematik och naturvetenskap, men betydligt mer uttalad i svenska och vissa samhällsvetenskapliga ämnen. Olika attitydundersökningar visar emellertid att pojkarna trivs lika bra i skolan som flickorna. Könsskillnaderna i grundskolan har legat på en förhållandevis stabil nivå under de senaste 15 åren med en svag tendens till ökning. Inom gymnasieskolan har könsskillnaderna ökat, och betygsskillnaden mellan pojkar och flickor är numera lika stor på gymnasiet som i grundskolan. Skillnaderna mellan pojkarnas och flickornas resultat är lika stora oavsett elevernas sociala bakgrund eller eventuell utländsk bakgrund.

Lag om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever

Sedan den 1 april 2006 gäller lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever. Lagen skall främja barns och elevers lika rättigheter samt motverka diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder. Lagen innehåller även ett förbud mot annan kränkande behandling som inte direkt kan relateras till dessa diskrimineringsgrunder. Huvudmannen skall se till att det finns en likabehandlingsplan för varje enskild verksamhet. Likabehandlingsplanens syfte är att förebygga och motverka alla former av trakasserier och annan kränkande behandling. Planen skall redogöra för planerade åtgärder. Uppföljning och utvärdering av åtgärderna skall ske årligen.

Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), Handikappombudsmannen (HO) och ett nyinrättat Barn- och elevombud för likabehandling (BEO) inom Skolverket skall se till att lagen följs. Dessa myndigheter skall också kunna föra skadeståndstalan i domstol för ett barn eller en elev. Inledningsvis har BEO koncentrerat sig på att skapa rättsäkra rutiner för ärendehantering, och man har också haft omfattande kontakter med andra myndigheter som har tillsyn över lagen. Under året har ca 135 anmälningar om kränkande behandling kommit in. Av dessa har 20 anmälningar som rört kränkningar kopplade till en diskriminerings-

grund lämnats över till respektive diskrimineringsombudsman. BEO har hitintills framställt skadeståndskrav gentemot huvudmannen i fem fall. I ett av dessa fall har stämningsansökan ingetts till domstol. Skr. 2006/07:102

Kostnader och prestationer

Elever och lärare

Läsåret 2006/07 är antalet elever i grundskolan 950 500, vilket är en minskning med nästan 45 000 elever jämfört med föregående läsår. Antalet elever i grundskolan var över en miljon under sin kulmen mellan 2000–2002, men under de närmaste åren kommer elevtalen stegvis att minska. Andelen elever i fristående grundskolor är 8,1 procent vilket är en ökning med nästan 2 procentenheter sedan läsåret 2003/04. Andelen elever i fristående skolor har ökat varje år. Koncentrationen av fristående skolor är särskilt stor i landets tre storstäder med kranskommuner.

Sedan mitten av 1990-talet har det skett en ökning av antalet lärare per 100 elever. Lärartätheten uppgick läsåret 2005/06 till 8,3 lärare per 100 elever. Mellan 1995 och 2002 ökade andelen lärare som saknar pedagogisk högskoleutbildning med mer än 10 procentenheter. Av de tjänstgörande lärarna i den kommunala skolan hade 86 procent pedagogisk högskoleutbildning läsåret 2005/06, vilket är samma nivå som föregående läsår. I de kommunala skolorna varierade lärartätheten mellan 7,6 till 9,6 lärare per 100 elever. Lärartätheten i de fristående skolorna var 7,5 och andelen lärare med pedagogisk högskoleutbildning 65 procent.

Personalförstärkning i skola och fritidshem

Mellan 2001 och 2006 betalade Skolverket ut ett riktat statsbidrag som syftade till att öka personaltätheten inom fritidshem och skola. Totalt 274 kommuner beviljades bidrag 2005/06. Antalet kommuner som har valt att inte utnyttja hela bidraget har ökat från 8 läsåret 2002/03 till 29 läsåret 2005/06. Sammanlagt förblev ca 5 procent av den totala bidragsramen outnyttjad under 2005/06. Fr.o.m. 2007 ingår motsvarande medel helt i anslaget för kommunalekonomisk utjämning. Den uttryckliga målsättningen med bidraget var att 15 000 nya heltidstjänster skulle skapas. Skolverkets senaste utvärdering visar att personaltätheten har ökat med motsvarande 15 200 heltidstjänster. En mindre del av ökningen består av rena nyanställningar. Den största delen av ökningen beror på att kommunerna med vikande elevunderlag har gjort mindre neddragningar än vad som kunde förväntas. Höstterminen 2006 var 5 300 fler anställda i skola och fritidshem än 2000/01. Personaltätheten har under perioden ökat från 9,3 till 10,3 heltidsanställda per 100 elever. Statsbidraget har finansierat 75 procent av kommunernas kostnader för personalförstärkningar i skola och fritidshem. Statistiken visar också att kommunernas kostnader för personalen har ökat i snabbare takt än uppräknings av själva bidraget.

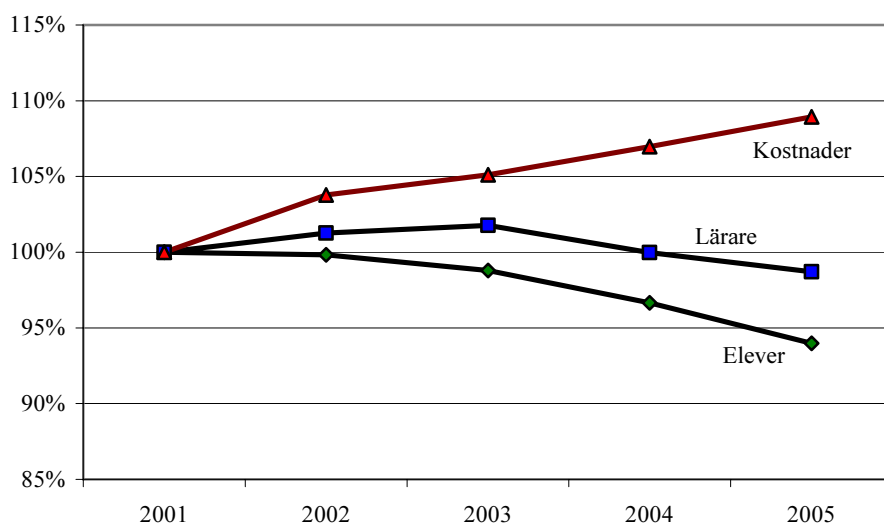
Parallellt med att personaltätheten har förbättrats har också skillnaderna mellan kommunerna ökat. Storstads- och förorts-

kommunerna har i genomsnitt ökat sin personaltäthet i mindre omfattning än de övriga kommunerna. Skr. 2006/07:102

Kostnader

Kostnaden för grundskolan uppgick 2005 till 71,4 miljarder kronor. Kostnaden per elev i grundskolan var 70 700 kronor. Under större delen av 1990-talet minskade kostnaden per elev, men under de senaste åren har kostnaderna per elev ökat.

Diagram 5.4 Utveckling* av antalet elever, lärare och kostnader i grundskolan



* Indexerad utveckling av antalet elever och lärare (i årsarbetskrafter) i grundskolan hösten 2001–hösten 2005 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2005 (fasta priser). Index 2001=100.

Källa: Skolverket.

En elev i fristående grundskola kostade i genomsnitt 68 900 kronor, dvs. kostnaden var i stort sett densamma som i kommunala skolor. I dessa kostnader ingår inte skolskjuts. Fristående grundskolor finansierar sin verksamhet i huvudsak genom bidrag från elevernas hemkommuner. Den genomsnittliga kommunala ersättningarna till fristående grundskolor ökade från 58 200 till 62 300 kronor mellan 2004 och 2005.

5.4 Gymnasieskola

Gymnasieskolan är en del av det offentliga skolväsendet, avsedd att påbörjas av ungdomar efter avslutad grundskoleutbildning eller motsvarande t.o.m. det första kalenderhalvåret det år de fyller tjugo år. Det är en frivillig skolform som omfattar 17 nationella program samt specialutformade och individuella program. Gymnasieskolan skall ge grundläggande kunskaper för yrkes- och samhällsliv samt för vidare studier.

Enligt skollagen (1985:1100) skall alla ungdomar ha lika tillgång till utbildning, som skall vara likvärdig varhelst den anordnas i landet. Gymnasieskolans övergripande mål är att ge eleverna kunskaper och färdigheter samt, i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvarskännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever i behov av särskilt stöd.

Gymnasieskolan skall i enlighet med målen i 1994 års läroplan för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) fördjupa och utveckla elevernas kunskaper som förberedelse för yrkesverksamhet och för studier vid universitet och högskolor m.m. samt som förberedelse för vuxenlivet.

Kommunen är enligt skollagen skyldig att erbjuda alla ungdomar som är bosatta i kommunen och som slutfört grundskolan eller motsvarande en gymnasieutbildning. Erbjudandet skall avse utbildning som anordnas inom kommunen eller i en annan kommun eller i ett landsting i enlighet med samverkansavtal. Erbjudandet skall omfatta ett allsidigt urval av nationella program samt specialutformade och individuella program. Antalet platser på de olika nationella programmen och deras inriktningar skall anpassas med hänsyn till elevernas önskemål.

Samtliga nationella program har fastställda program mål. För varje kurs i gymnasieskolan finns en kursplan, vilken kompletterar läroplanen samt anger målen för kursen.

Måluppfyllelse och kvalitet

Kunskaper och färdigheter

Den genomsnittliga betygspoängen, dvs. det genomsnittliga värdet av alla betyg som redovisas i elevernas slutbetyg, gör det möjligt att jämföra elevernas betygsresultat och kan ses som ett av flera mått på måluppfyllelse. Den genomsnittliga betygspoängen läsåret 2005/06 var 14,1 poäng, vilket är oförändrat jämfört med föregående år. Kvinnorna fick läsåret 2005/06 14,7 poäng och männen 13,4 poäng. För elever med utländsk bakgrund var motsvarande siffror 13,8 poäng för kvinnor och 12,5 för män.

Slutbetyg utfärdas då eleven fått betyg i alla kurser som ingår i dennes studieväg. Läsåret 2005/06 fick 84 410 elever ett slutbetyg. Totalt 103 643 elever gick i årskurs tre läsåret 2005/06.

Av nybörjarelever i år 1 i gymnasieskolan hösten 2003 fick 68,3 procent slutbetyg inom tre år (inkl. de som gick ett individuellt program). Andelen som fått ett slutbetyg ökar dock betydligt efter fyra års studier. Andel med slutbetyg inom fyra år varierar mellan kommunerna och var som högst 88 procent och som lägst 58 procent. Av andelen 20-åringar i riket har 72 procent ett slutbetyg från gymnasieskolan.

Grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier har den som fått slutbetyg från ett nationellt eller specialutformat program och har lägst betyget Godkänt på minst 90 procent av de gymnasiepoäng som krävs för ett fullständigt program, dvs. 2 250 gymnasiepoäng. Läsåret 2005/06 uppnådde 89,2 procent av de elever som fick slutbetyg

grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, vilket är en svag ökning jämfört med föregående år. För kvinnor var andelen 91,7 procent och för män var andelen 86,6 procent. Variationen är stor mellan de olika programmen.

Andelen 20-åringar med grundläggande behörighet för högskolestudier var ca 64 procent. Andelen varierar dock stort mellan kommunerna.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda utbildning på individuella program för de ungdomar som inte tagits in på ett nationellt program eller en likvärdig utbildning eller som avbrutit en sådan utbildning. Utbildningen skall fr.o.m. den 1 juli 2006 bedrivas i en omfattning som motsvarar heltidsstudier. Ett mål för det individuella programmet är att förbereda för vidare studier på ett nationellt program. Andelen elever som i enlighet med intentionerna för programmet övergått till ett nationellt eller specialutformat program efter årskurs 1 på individuella program var 38 procent hösten 2005. Av de elever som var nybörjare i gymnasieskolan 2000 med ett individuellt program hade endast drygt var fjärde elev ett slutbetyg senast fem år senare.

Kommunernas informationsansvar

Sedan den 1 juli 2005 finns i skollagen en bestämmelse om kommunernas informationsansvar för unga som innebär att kommunerna skall hålla sig informerade om hur unga upp till 20 år, som inte går eller har fullföljt en gymnasieutbildning på ett nationellt eller ett specialutformat program, är sysselsatta. Syftet med kommunernas informationsansvar är att kunna erbjuda ungdomarna lämpliga individuella åtgärder.

Skolverket redovisade 2006 ett uppdrag som handlade om att undersöka hur kommunerna håller sig informerade om dessa ungdomar och om vilka individuella åtgärder som kommunerna erbjuder.

Det totala antalet ungdomar i åldern 16–20 år som inte går i gymnasieskolan och som därmed utgör den grupp som kommunerna har skyldighet att hålla sig informerade om avseende deras sysselsättning, omfattade hösten 2005 drygt 32 000 ungdomar. Av dem hade 90 procent deltagit i gymnasiestudier men avbrutit dem. Nästan hälften hade påbörjat årskurs 3.

I de flesta kommuner hade bestämmelserna ännu inte lett till ändrade arbetssätt. Kommunerna har sedan tidigare rutiner för att följa upp eleverna när de lämnar grundskolan utan att gå vidare till gymnasiestudier eller om de avbryter gymnasiestudier. Kommunerna uppgav att det fanns svårigheter att få information om ungdomarnas sysselsättning. Ungefär var fjärde kommun saknade en förteckning över vilka ungdomar som är aktuella i uppföljningsansvaret. Ansvar är ofta oklart mellan förvaltningarna, olika verksamheter eller skolformer och personer. Detta gäller också de insatser som genomförs.

Kommunerna hade våren 2006 viss beredskap att erbjuda olika utbildnings- eller praktikprogram. Det kommunala uppföljningsansvaret handhas ofta inom gymnasieskolans individuella program. En annan vanlig åtgärd för den aktuella ungdomsgruppen är kommunala ungdomsprogram där länsarbetsnämnden är samarbetspartner. Under 2005 påbörjade 17 600 ungdomar kommunala ungdomsprogram som i genomsnitt varade i drygt tre månader. Skolverket konstaterar att det

finns för få alternativ för ungdomar som inte vill gå i gymnasieskolan. Det finns också oklarheter vad gäller dessa programs förhållande till reguljär utbildning samt brister i samverkan mellan arbetsförmedlingarna och kommunerna.

IT – attityder och effekter

En attitydundersökning om IT i skolan 2006 har tagits fram på uppdrag av Stiftelsen för kunskaps- och kompetensutveckling (KK-stiftelsen). I undersökningen, som görs vartannat år, tillfrågas 1 200 lärare och 600 rektorer på grund- och gymnasieskolor och 1 200 gymnasieelever.

Undersökningen visar att den pedagogiska nyttan av IT i skolarbetet upplevs som stor av flertalet lärare och att en bred majoritet av gymnasieeleverna upplever sig ha nytta av IT i skolarbetet. Utvecklingen sedan slutet av 1990-talet visar på en kraftig ökning av den upplevda nyttan. Användningen av IT i skolan är fortsatt hög och den IT-stödda kommunikationen ökar stort. Sju av tio gymnasieelever använder dator på lektionstid någon gång i veckan eller oftare.

En studie av effekterna av IT i undervisningen, *E-learning Nordic 2006*, har genomförts i Danmark, Finland, Norge och Sverige. En enkät har sänts till totalt 8 000 skolledare, lärare, elever och föräldrar i grund- och gymnasieskola i ett samarbete mellan Myndigheten för skolutveckling och dess nordiska motsvarigheter.

Undersökningen visar att IT-användning har positiv inverkan på elevernas lärande, framför allt vad gäller elevernas ämnesrelaterade prestationer men även elevernas läs- och skrivutveckling.

Lärare i undersökningen upplever att IT:s effekter på undervisningens innehåll och arbetssätt är begränsade. IT har inte förändrat lärarens pedagogiska arbete i någon större utsträckning. Effekter av IT i undervisningen är däremot att eleverna blir mer engagerade och att tiden kan utnyttjas bättre.

Skolorna själva är, enligt studien, de främsta hindren för fortsatt utveckling och det finns fortfarande brister i såväl infrastruktur som kompetens. Fortfarande känner sig bara var tredje lärare förtrogen med IT som verktyg.

Kostnader och prestationer

Elever

I gymnasieskolan har elevantalet ökat med drygt fyra procent läsåret 2006/07 jämfört med året innan. Totalt 376 087 elever går i gymnasieskolan. Det finns totalt 817 gymnasieskolor i landets kommuner, en ökning sedan föregående läsår med 22 skolor. Sammanlagt 493 skolor har kommunal huvudman, vilket motsvarar en minskning med sex skolor. Andelen elever som går i en gymnasieskola belägen i en annan kommun än hemkommunen är 28,9 procent.

Tabell 5.4 Antal skolor och elever i gymnasieskolan den 15 oktober 2002–2006

Skr. 2006/07:102

Läsår	Antal skolor	Antal elever	Andel elever bosatta i annan kommun (%)
2002/03	717	321 643	26,4
2003/04	756	333 928	27,3
2004/05	763	347 713	27,9
2005/06	795	359 415	28,4
2006/07	817	376 087	28,9

Källa: Skolverket.

Läsåret 2006/07 går ca 68 procent av alla elever på något av de nationella programmen. Utbudet av nationella program varierar mellan kommunerna. Knappt 10 procent av eleverna går på specialutformade program.

Eleverna på individuella program (IV) utgör ca 7,5 procent av det totala antalet elever i gymnasieskolan. I årskurs 1 i gymnasieskolan utgör andelen elever på individuella program ca 14,5 procent.

Knappt 15 procent av alla elever i gymnasieskolan går på de fristående gymnasieskolorna. Sedan den 1 juli 2006 får fristående skolor anordna även individuella program.

Kostnader

Den totala kostnaden för gymnasieskolan var 29,9 miljarder kronor 2005. Jämfört med året innan har kostnaden för gymnasieskolan ökat med drygt 5 procent. Den gymnasieutbildning som anordnas av kommunala huvudmän stod för ca 86 procent av den totala kostnaden medan landstingens gymnasieutbildningar stod för ca 2 procent. Fristående gymnasieskolor, riksinternatskolor och internationella skolor utgör knappt 12 procent av den totala kostnaden för gymnasieskolan.

Den genomsnittliga kostnaden per elev för samtliga huvudmän var 84 700 kronor 2005, vilket innebär att kostnaden ökat med knappt en procent jämfört med föregående år. Skillnaden i kostnad per elev mellan olika huvudmän är påtaglig, vilket till stor del beror på att huvudmännen anordnar olika gymnasieprogram vars kostnader skiljer sig väsentligt åt. En elev i kommunal gymnasieskola kostade i genomsnitt knappt 83 800 kronor, vilket är en ökning med drygt en procent jämfört med året innan. Landstingen erbjuder huvudsakligen naturbruksutbildningar, vilka är kostsamma att anordna och därmed ger en högre kostnad per elev än för andra huvudmän. Den genomsnittliga kostnaden för landstingsutbildning minskade dock något jämfört med 2004 och uppgår till 135 000 kronor per elev. De fristående gymnasieskolorna har ökat sin genomsnittskostnad med knappt en procent jämfört med föregående år till 82 100 kronor per elev. Kostnaderna för de internationella skolorna och riksinternatskolorna fortsätter att öka och uppgår till 85 800 respektive 107 900 kronor per elev.

Kostnaden för undervisning är den största kostnadsposten och utgör drygt 46 procent av den totala kostnaden. Undervisningskostnaden utgörs främst av lärarlöner men även kostnaden för kompetensutveckling ingår.

Som andel av totalkostnaden visar undervisningskostnaden en markant ökning från slutet av 1990-talet. Sedan föregående år har undervisningskostnaden för kommunal huvudman ökat med drygt 1 procent.

Lokalkostnaden står för knappt 22 procent av gymnasieskolans totala kostnader. Jämfört med föregående år är lokalkostnaden i den kommunala gymnasieskolan i stort sett oförändrad.

Kostnaden för läromedel utgör drygt 8 procent av den totala kostnaden. Läromedelskostnaderna i den kommunala gymnasieskolan har ökat med knappt 2 procent jämfört med föregående år.

Sedan 1998 har kostnaden för skolmåltider ökat med drygt 5 procent. Elevvård och skolmåltider utgör tillsammans närmare 6 procent av gymnasieskolans kostnader.

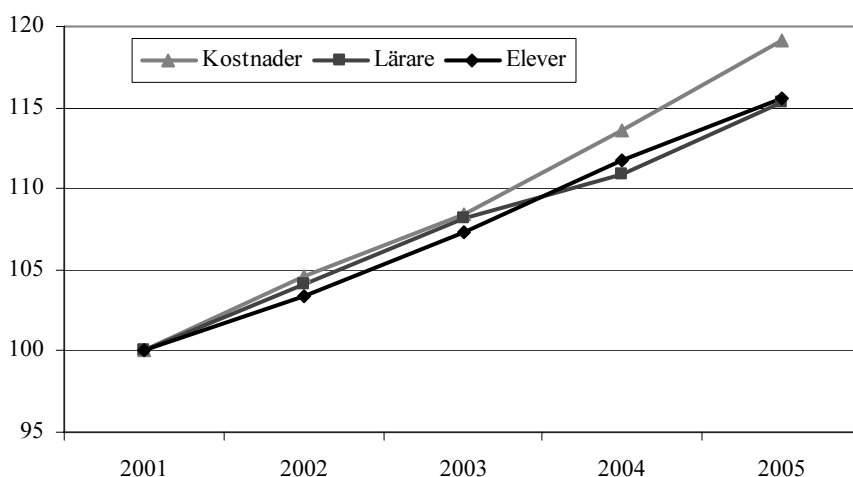
Lärare

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgår läsåret 2006/07 till 30 584, vilket är en ökning med knappt fem procent sedan föregående läsår. Antalet lärare per 100 elever, dvs. lärartätheten, är 8,1, vilket är oförändrat sedan föregående läsår. Andel lärare med pedagogisk högskoleutbildning är 74 procent. Andelen lärare som saknar pedagogisk högskoleutbildning har ökat under de senaste tio åren.

En särskild satsning på lärarutbildning främst inriktad mot yrkeslärare, den s.k. SÄL-utbildningen, startade hösten 2005. Utbildningen omfattar 1 000 lärare och genomförs som deltidsstudier. Satsningen pågår fram till utgången av 2009.

Diagram 5.5 Utveckling* av antalet elever, lärare (årsarbetskrafter) och kostnader i gymnasieskolan

Fasta priser (Index 2001=100)



* Hösten 2001–hösten 2005 samt kostnadsutveckling kalenderåren 2001–2005.

Källa: Skolverket.

Särskolan består av den obligatoriska särskolan (grundsärskola och träningskola) och gymnasiesärskola med nationella, specialutformade och individuella program.

Nationella mål

Särskoleutbildningen syftar till att ge barn och ungdomar med utvecklingsstörning en till varje elevs förutsättningar anpassad utbildning som så långt det är möjligt motsvarar den som ges i grundskolan och gymnasieskolan. För den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan gäller samma läroplaner som för grundskolan respektive gymnasieskolan. Därtill har den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan kursplaner som är anpassade till respektive skolform samt till de olika behov som skolan skall kunna tillgodose för var och en av särskolans elever. Elever i gymnasiesärskolan kan också i vissa fall läsa enligt gymnasieskolans kursplaner utifrån sina förutsättningar.

Kostnader och prestationer

I särskolan är det totala antalet inskrivna elever under läsåret 2006/07 22 569. Av de 14 352 eleverna i den obligatoriska särskolan är 15 procent integrerade i grundskolan och 30 procent går i träningskolan. Övriga elever går i grundsärskolan. I gymnasiesärskolan finns 63 procent av de 8 217 eleverna på ett program med yrkesinriktning, 23 procent i yrkesträning och 14 procent i verksamhetsträning. I den obligatoriska särskolan är 39 procent flickor och 61 procent pojkar medan motsvarande andelar i gymnasiesärskolan är 41 respektive 59 procent.

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgår läsåret 2006/07 till 3 134 för obligatoriska särskolan och 1 887 för gymnasiesärskolan.

Kostnaderna för särskolan var 5,5 miljarder kronor 2005, en ökning med ca 5 procent sedan föregående år. Kommunernas ersättningar till fristående särskolor uppgick till 231 miljoner kronor.

Kostnaden per elev i obligatoriska särskolan med kommunal huvudman var 309 700 kronor vilket är en ökning med 4 procent. Kostnaden för undervisning uppgick till 145 900 kronor per elev i obligatorisk särskola.

Kostnaden per elev i gymnasiesärskola med kommunal huvudman var 245 300 kronor, en ökning med drygt en procent. Kostnaden för undervisning uppgick till 109 700 kronor per elev.

Elevökning och variation i andel elever mottagna i särskolan

Andelen elever i särskolan varierar kraftigt mellan olika kommuner. Skolverket genomförde 2006 en studie, *Kommunernas särskola – Elevökning och variation i andel mottagna i särskolan*, för att se närmare på de skillnader som finns mellan olika kommuner. På kommunnivå varierar andelen elever inskrivna i särskolan mellan noll

och 3,6 procent. Elevantalet i särskolan har historiskt sett fluktuerat som en naturlig följd av befolkningsutvecklingen. Under 1990-talet ökade antalet elever i både grund- och särskolan. Samtidigt har också andelen elever i särskolan ökat. Det är först under de senaste åren som utvecklingen har stabiliserats, men andelen elever i särskolan ligger på en historiskt sett hög nivå.

Flera olika förklaringar till särskolans expansion har lyfts fram, bl.a. nya arbetssätt i grundskolan, kommunaliseringen av särskolan och nya diagnoser. Eleverna i grundskolan förväntas arbeta mer självständigt, vilket skapar svårigheter för elever som behöver en tydligare struktur och klara riktlinjer. Kommunaliseringen av särskolan fick effekten att en särkoleplacering inte längre innebar att man organisatoriskt och ekonomiskt bytte huvudman till landstinget. Särskolan har därmed närmat sig skolan rent organisatoriskt.

Skolverkets studie visar att det inte finns några enkla förklaringar till att vissa kommuner har en lägre andel elever i särskolan. De kommuner i studien som hade en låg andel elever i särskolan hade god överblick och utvecklade rutiner. Det finns ingenting som tyder på att det skulle födas fler barn med utvecklingsstörning i vissa kommuner än i andra.

Studien pekar på att det ofta är en liten kommunal organisation som arbetar med de här frågorna. Enskilda tjänstemän kan ha stort inflytande på hur stödet till denna elevgrupp skall utformas. Dessa personasppekter är en viktig förklaring till att kommunerna organiserar stödet på olika sätt. Vissa kommuner saknar också långsiktig planering eller övergripande strategi för särskolan. Bland praktikerna finns det olika uppfattningar om de metoder som används för att testa utvecklingsstörning och resultaten av sådana tester värderas olika.

5.6 Vuxenutbildning

Under kommunernas ansvar ligger kommunal vuxenutbildning (komvux) på grundläggande nivå, gymnasial nivå och påbyggnadsnivå samt vuxenutbildning för utvecklingsstörda (särsvux) och svenskundervisning för invandrare (sfi).

Vuxenutbildningen är viktig för såväl samhället som den enskilde individen. Utbildning för vuxna handlar såväl om att fylla kunskapsluckor från ungdomens skolgång och skapa förutsättningar för tillgång till högre utbildning. Den handlar också om att stödja den som på grund av arbetslivets förändring behöver stärka sin kompetens, skaffa sig en ny kompetensprofil för att behålla sitt arbete eller ta sig in på arbetsmarknaden.

Kommunal vuxenutbildning (komvux)

Nationella mål

Med de studerandes tidigare utbildning och livserfarenhet som utgångspunkt skall utbildningen fördjupa och utveckla de studerandes kunskaper som grund för yrkesverksamhet, fortsatta studier och deltagande i samhällslivet.

Grundläggande vuxenutbildning syftar till att ge vuxna sådana kunskaper och färdigheter som de behöver för att delta i samhälls- och arbetsliv och gäller som en rättighet för de personer som saknar sådana färdigheter som normalt uppnås i grundskolan.

Gymnasial vuxenutbildning syftar till att ge vuxna personer kunskaper och färdigheter motsvarande gymnasial nivå. *Påbyggnadsutbildningar* syftar till att ge vuxna personer en utbildning som leder till en ny nivå inom deras yrke eller till ett nytt yrke.

Måluppfyllelse och kvalitet

Måluppfyllelse

Enligt Skolverkets lägesbedömning 2006 har förutsättningarna för flexibelt lärande ökat. Därigenom har vuxna givits ökade möjligheter att delta i vuxenutbildning. Reglerna för antagning till kommunal vuxenutbildning har resulterat i att de med kortast tidigare utbildning prioriterats.

På samma sätt som i ungdomsskolan sätts betyg på ett likvärdigt sätt med resultaten från de nationella proven som utgångspunkt.

Inom gymnasial vuxenutbildning inrapporterades betyg för 489 309 kursdeltagare. Sedan läsåret 2000/01 har andelen kursdeltagare i gymnasial vuxenutbildning som fått betygen Godkänd och Mycket väl godkänd varit relativt konstant. Väl godkänd har minskat med ca 5 procentenheter och andelen kursdeltagare som fått betyget Icke godkänd har ökat från 6,7 till 10,5 procent.

Liksom i grundskolan och gymnasieskolan har kvinnor inom kommunal vuxenutbildning i genomsnitt högre betyg än män. Svenskfödda män och kvinnor har högre betyg än utlandsfödda.

Andelen studerande som slutför sina kurser och de som avbryter dem har förändrats under de senaste åren. Andelen avbrutna kurser har ökat.

Inom den gymnasiala vuxenutbildningen slutförde, i likhet med föregående läsår, ca 74 procent sina kurser läsåret 2005/06. Män avbryter sina studier i något högre utsträckning än kvinnor. Utlandsfödda avbryter sina studier i något högre grad än svenskfödda. Den största andelen studieavbrott sker inom grundläggande vuxenutbildning (27,6 procent) även om kursavbrotten också inom gymnasial vuxenutbildning (20,8 procent) ökat något. Andelen kursavbrott för påbyggnadsutbildningar är betydligt mindre och uppgick endast till 7,7 procent.

Kvalitet

Av Skolverkets lägesbedömning 2006 framgår att kvaliteten i verksamheten bedöms vara god. Det är också regeringens bedömning att verksamheten har bedrivits i överensstämmelse med målen.

Skolverket har dock iakttagit att det förekommer olikheter vad gäller tillgång till vuxenutbildning i landet och hur kommunerna tolkar gällande regelverk. Skolverket pekar också på att förnyelsen har kommit olika långt i kommunerna. Likvärdighet när det gäller tillgång och kvalitet för stöd till vuxenutbildning oberoende av hemkommun är grundläggande om de av riksdagen uppställda målen skall kunna nås.

Dessutom påpekas att styrningen av vuxenutbildningen och vuxenutbildningens roll i tillväxksammanhang behöver förtydligas. Resultatet behöver följas upp av kommunerna.

Skolverket konstaterar att många kommuner nu har en kommunal vuxenutbildning med flexibla inslag men att det systematiska kvalitetsarbetet baserat på kunskapsuppföljning bör utvecklas i många kommuner.

Kostnader och prestationer

Antalet kommuner som själva anordnar kommunal vuxenutbildning har minskat något från 274 läsåret 2004/05 till 272 läsåret 2005/06.

Kostnader

Den totala kostnaden för kommunal vuxenutbildning uppgick 2005 till 4 435 miljoner kronor, en minskning sedan 2004 med 2,8 procent i fasta priser. För 2004 motsvarade de statliga bidragen ca 37 procent av de totala kostnaderna för vuxenutbildning. Kostnaden per elev uppgick 2005 till 36 700 kronor.

För 2006 utgick ett riktat statsbidrag till kommunernas vuxenutbildning. Detta bidrag finansierade ca 40 000 årsstudieplatser.

I januari 2003 infördes rekryteringsbidraget till vuxenstuderande. Detta bidrag avsåg att komplettera studiemedelssystemet och riktade sig till speciella grupper i samhället. Under 2006 utbetalades 1 065 miljoner kronor i rekryteringsbidrag till knappt 26 300 personer.

Studerande och kursdeltagare

Läsåret 2005/06 har nära 228 000 personer deltagit i kommunal vuxenutbildning. Det motsvarar ca 3,9 procent av befolkningen i åldersgruppen 20–64 år. I en internationell jämförelse är det en ganska hög andel av befolkningen som deltar i vuxenutbildning.

Tabell 5.6 Antal studerande i kommunal vuxenutbildning

	Läsåret 2001/02	Läsåret 2002/ 03	Läsåret 2003/04	Läsåret 2004/05	Läsåret 2005/06
Grundläggande vuxenutbildning	41 453	40 010	38 881	40 632	40 901
Gymnasial vuxenutbildning	238 683	197 332	182 114	183 781	184 643
Påbyggnadsutbildning	7 448	6 735	5 478	4 886	2 138
Samtliga nivåer	287 584	244 077	226 851	229 299	227 682

Källa: Skolverket.

Antalet studerande inom kommunal vuxenutbildning har minskat med ca 20 procent under de senaste fem åren. Antalet heltidsstuderande har sjunkit och för läsåret 2005/06 var antalet 142 443.

Antalet studerande födda utomlands har ökat och deras andel av de studerande var 35,6 procent under läsåret 2005/06 att jämföra med föregående år då motsvarande siffra var 33,9 procent.

Antalet elever inom påbyggnadsutbildningarna har minskat med drygt 60 procent sedan våren 2005. Det beror till stor del på att många påbyggnadsutbildningar överfördes till kvalificerad yrkesutbildning med statlig finansiering under 2005.

En person räknas som flera kursdeltagare om han eller hon deltar i mer än en kurs under läsåret. Antalet kursdeltagare var under läsåret 2006 925 557 varav 617 160 var kvinnor och 308 397 var män.

Inom kommunal vuxenutbildning 2006 var 66,7 procent kvinnor och 33,3 procent män, vilket är en liten ökning av kvinnornas andel jämfört med föregående år. En anledning till denna ojämna könsfördelning kan enligt Skolverket vara att man behåller ett kursutbud som till stor del består av ett innehåll som appellerar till kvinnor.

Av de studerande inom grundläggande vuxenutbildning var 34,8 procent under 30 år. Inom den gymnasiala vuxenutbildningen var motsvarande siffra 52,4 procent och 48 procent på påbyggnadsnivå.

Lärare

Antal tjänstgörande lärare (exkl. korttidsanställda) i kommunal vuxenutbildning uppgick vid mätning i oktober 2005 till 6 771 personer. Lärartätheten uttryckt som antal lärare (heltidstjänster) per 100 heltidsstuderande minskade från 4,0 till 3,6 mellan hösten 2004 och hösten 2005. Det är troligt att uppgifter om lärare på kurser som köps av andra anordnare inte rapporterats fullständigt och att lärartätheten därmed kan vara underskattad. Andelen kursdeltagare som deltog i utbildning anordnad av annan utbildningsanordnare än kommun och landsting var 23,8 procent.

Hösten 2005 saknade 21,1 procent av årsarbetskraften lärare pedagogisk högskoleexamen. Variationerna mellan kommunerna var stora och högst var andelen lärare med pedagogisk högskoleexamen i kommuner med fler än 25 000 invånare.

Vuxenutbildning för utvecklingsstörda (särsvux)

Nationella mål

Vuxenutbildning för utvecklingsstörda (särsvux) syftar till att ge vuxna med utvecklingsstörning kunskaper och färdigheter motsvarande dem som kan fås i den obligatoriska särskolan och på de nationella eller specialutformade programmen i gymnasiesärskolan.

Måluppfyllelse och kvalitet

Myndigheten för skolutveckling har i rapporten *Statligt stöd för utveckling av vuxenutbildningen för utvecklingsstörda* redovisat att det skett en stark utveckling av särsvux de senaste åren. Skolverket konstaterar i sin lägesbedömning 2006 att innehållet i särsvux i många fall

kännetecknas mer av omsorg och mindre av undervisning och de studerande har ofta sin utbildning utlagd över lång tid.

Kommunernas skriftliga utvärderingar och kvalitetsredovisningar bör utvecklas inte minst vad gäller särsvux. Särsvux saknas mycket ofta i dessa. Fr.o.m. den 1 januari 2007 har en rättighet till grundläggande särsvux införts.

Kostnader och prestationer

Kommunernas totala kostnad för särsvux 2005 uppgick till ca 158 miljoner kronor, vilket är en ökning med 12 miljoner kronor sedan föregående år. Kostnaden per elev uppgick till 32 600 kronor. Enligt Skolverket bedrevs ingen undervisning för utvecklingsstörda i 36 kommuner.

Antalet studerande 2005/06 var inom särsvux 4 954 personer varav 2 450 var kvinnor och 2 504 var män. Av de studerande deltog 24 procent på gymnasiesärskolenivå. Resterande deltog på grund-särskolenivå och träningsskolenivå. Antalet studerande i särsvux ökade med drygt 3 procent sedan föregående läsår. Undervisningstiden låg på i genomsnitt 2,8 timmar i veckan vilket var en liten ökning jämfört med föregående läsår.

Lärare

Andelen lärare med pedagogisk utbildning läsåret 2005/06 har minskat till 89 procent jämfört med 91,8 procent läsåret 2001/02. Samtidigt har antalet tjänstgörande lärare ökat från 349 till 410 lärare under motsvarande period. Lärartätheten omräknat till heltidstjänster per 100 studerande var 5,1 läsåret 2005/06.

Svenskundervisning för invandrare (sfi)

Nationella mål

Svenskundervisning för invandrare (sfi) syftar enligt skollagen (1985:1100) till att ge vuxna invandrare grundläggande kunskaper i svenska språket. Sfi syftar även till att ge vuxna invandrare som saknar grundläggande färdigheter i att skriva och läsa möjlighet att förvärva sådana färdigheter.

Måluppfyllelse och kvalitet

Sfi är en viktig verksamhet som bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska målen. Varje kommun är skyldig att se till att sfi erbjuds till vuxna invandrare som saknar grundläggande kunskaper i svenska språket fr.o.m. andra kalenderhalvåret det år de fyller sexton. De studerande kan påbörja sfi-utbildningen när som helst under året. En kommun är normalt skyldig att se till att sfi erbjuds senast inom tre månader från det att invandraren folkbokförts i kommunen. Från och med den 1 januari 2005 har alla varit tvungna att studera enligt en

kursplan som trädde i kraft 2003. Kursplanen består av tre studievägar fördelat på fyra kurser (A–D) anpassade för att möta deltagarnas olika behov och förutsättningar. Hänsyn tas till utbildningsbakgrund och studiemål så att målen för utbildningen kan nås inom rimlig tid.

I Skolverkets utvärdering av 2003 års kursplaner framkom att en positiv effekt av den nya kursplanen i sfi var att den stora andelen som under den tidigare kursplanen började sfi men aldrig nådde ett sfi-betyg istället fick betyg efter varje kurs.

Många sfi-deltagare, även flera av dem som börjar på A-kursen med ingen eller liten läs- och skrivkunnighet, har som mål att nå D-nivån. I både den tidigare och den senare kursplanen är det en högre andel kvinnor, en högre andel med längre utbildningsbakgrund och en högre andel yngre som har betyg motsvarande kurs D.

Kostnader och prestationer

Kommunernas kostnad för sfi uppgick till 897 miljoner kronor 2005, en ökning med 47 miljoner kronor från föregående år. Kostnaden per elev var 32 800 kronor.

Antalet deltagare i sfi var under läsåret 2004/05 48 006, ca 400 fler än föregående år. Andelen kvinnor var 60 procent, vilket är en svag ökning. Sfi anordnades i 252 kommuner läsåret 2004/05 jämfört med 241 kommuner 2001/02. Av studieanordnarna var 242 kommunala, 9 studieförbund och 18 övriga studieanordnare.

Sfi är en liten verksamhet i många kommuner. Antalet kommuner med 25 elever eller färre har dock sjunkit från 79 till 42 på ett år. I 14 kommuner var elevantalet under 10. Bara 74 kommuner eller kommunalförbund hade fler än 100 elever under läsåret 2004/05.

Lärare

Andelen verksamma sfi-lärare med pedagogisk utbildning läsåret 2005/06 var 72,9 procent, omräknat till heltidstjänster, en minskning med 2,3 procentenheter från föregående år. Antalet lärare omräknat till heltidstjänster var 1 198 i likhet med föregående år.

Andelen lärare med pedagogisk högskoleutbildning var 78,5 procent i sfi i kommunal regi och 51,6 procent hos andra utbildningsanordnare. Endast 11 procent av sfi-lärarna hade ämneskompetens motsvarande 40 poäng i ämnet svenska som andraspråk 2005.

Satsningen på utveckling av sfi-lärares ämneskompetens som Skolverket påbörjade och som Myndigheten för skolutveckling i maj 2003 fick i uppdrag att fortsätta, pågick under 2006. Satsningen var inte högskolepoänggivande. Myndigheten för skolutveckling har samarbetat med Nationellt centrum för sfi och svenska som andraspråk kring upplägg, innehåll och genomförande samt finansiering av de insatser som överenskommit.

6 Demokrati och organisation

I mars 2004 överlämnades skrivelsen Demokratipolitik (skr. 2003/04:110) till riksdagen. Skrivelsen innehåller bl.a. en redovisning av den svenska demokratins utveckling efter 2002 i förhållande till de mål för demokratipolitiken som angavs i propositionen Demokrati för det nya seklet (prop. 2001/02:80) samt en redovisning av de åtgärder som vidtagits för att bidra till att målen uppfylls.

Nedan lämnas en kortfattad redovisning av valet 2006, om förtroendevalda samt om demokratins utveckling på lokal nivå sedan demokratiskrivelsen överlämnades till riksdagen. Dessutom redovisas vissa förändringar av kommunernas politiska organisation.

6.1 Valet 2006

Valdeltagandet

Den 17 september 2006 genomfördes val till riksdagen, landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige. Valdeltagandet ökade i samtliga val och blev 82,0 procent i riksdagsvalet (+1,9 procentenheter), 78,8 procent i landstingsvalet (+1,3 procentenheter) och 79,4 procent i kommunvalet (+1,5 procentenheter).

Valdeltagandet i riksdagsvalet skiljer sig avsevärt mellan landets kommuner. Högst valdeltagande hade Lomma med 89,7 procent medan 68,6 procent röstade i Haparanda. Sammantaget ökade valdeltagandet i 277 kommuner och sjönk i 13 kommuner.

Några av de kommuner som uppvisade lägst valdeltagande i 2002 års kommunalval (Dals-Ed, Eda, Haparanda, Strömstad och Årjäng) beviljades bidrag av regeringen för att i samverkan med det lokala föreningslivet genomföra insatser med syfte att öka kunskapen om det svenska demokratiska systemet i allmänhet och valfrågor i synnerhet. Även de kommuner som har tecknat storstadspolitiska lokala utvecklingsavtal (Botkyrka, Göteborg, Haninge, Huddinge, Malmö, Stockholm och Södertälje) deltog i aktiviteten.

En nyhet i valet 2006 var att kommunerna övertog ansvaret för förtidsröstningen från Posten. Nära 32 procent av väljarna valde att förtidsrösta i valet 2006 jämfört med ca 30 procent 2002.

Lokala partier och obesatta mandat

Andelen röster på partier som saknar representation i riksdagen har successivt ökat sedan 1970. För att komma in i landstingsfullmäktige krävs att ett parti får tre procent av rösterna i hela landstinget. På kommunal nivå finns inte någon sådan spärr. I senaste valet gick 7,3 procent av rösterna i kommunfullmäktigevalet samt 7 procent av rösterna i landstingsvalet till partier som inte är representerade i

riksdagen. Vid valet 2002 var siffran 5,4 procent för både kommun- och landstingsvalen. Skr. 2006/07:102

Efter valet 2002 var endast två platser i kommunfullmäktige obesatta. Vid valperiodens slut 2006 fanns elva obesatta mandat. Detta indikerar vissa svårigheter för partierna att rekrytera ersättare för de ledamöter som av olika skäl har lämnat sina uppdrag. Efter det senaste valet fanns i mitten av februari 2007 enligt Valmyndigheten 25 obesatta mandat i sammanlagt 23 kommuner.

Personröster

Omkring 28 procent av väljarna valde att personrösta i 2006 års kommunalval, vilket kan jämföras med 31 procent i valet 2002. I landstingsvalet var siffran nära 22 procent, att jämföra med drygt 25 procent i valet 2002. Flertalet av de kandidater som klarade personvalsspärren i kommunalvalet på 5 procent (av partiets röster) stod redan på valbar plats på sina partiers listor och skulle således också ha blivit valda i ett system utan personval. Att de blev personvalda kan sägas innebära att den rangordning som gjorts inom partierna bekräftades av väljarna. Av de kandidater som stod på icke valbar plats i kommunalvalet blev 129 inröstade via personval, att jämföra med 161 kandidater i valet 2002.

6.2 Folkomröstningar

I samband med 2006 års val höll 22 kommuner folkomröstning, jämfört med nio kommuner i valet 2002. I femton av dessa kommuner handlade omröstningen om trängselskatten i Stockholms kommun. Valdeltagandet i folkomröstningarna varierade betydligt. I Ekerö kommun respektive Täby kommun deltog 78 procent av befolkningen i omröstningen gällande trängselskatten, jämfört med 53 procent i Eskilstuna kommun där omröstningen gällde en eventuell delning av kommunen.

6.3 Förtroendevalda

I demokratiskrivelsen konstaterades att de hittills genomförda åtgärderna avseende de förtroendevaldas villkor visade på ett fortsatt behov av att följa upp och förbättra dessa villkor. Nedan följer exempel på åtgärder och aktiviteter inom området under perioden 2005 till 2006.

I september 2005 publicerades rapporten Diskriminering i politiken (Ju2004/11656/D), som ger en översikt av kunskapen om strukturella hinder bland förtroendevalda i Sverige. Syftet bakom studien var att synliggöra i vilken utsträckning det finns skillnader i bemötandet av människor i politiken som kan härledas till ålder, kön, funktionshinder, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning och som kan vara ett uttryck för diskriminering. Rapporten visar bl.a. på viktiga skillnader mellan de olika diskrimineringsgrunderna när det gäller bemötandet i medlemsrekrytering, nominering och tillsättning av förtroendevalda.

I april 2006 redovisade den parlamentariska kommittén, Kommittén om hot och våld mot förtroendevalda, sitt betänkande Jakten på makten (SOU 2006:46). Kommitténs undersökning visar att ca 29 procent av de förtroendevalda i landsting och kommuner upplever att de i egenskap av förtroendevalda utsatts för trakasserier, hot eller våld under perioden 1988 till 2004. De vanligaste gärningarna som landstings- och kommunfullmäktigeledamöterna säger sig ha utsatts för är i tur och ordning förolämpning, förtal, ofredande och olaga hot.

Under mandatperioden har ett antal ledamöter valt att hoppa av sina förtroendeuppdrag. I kommunerna har totalt 15,7 procent av ledamöterna i fullmäktige avgått under mandatperioden. För landstingen är motsvarande siffra 10,9 procent.

6.4 Demokratiarbetet på lokal nivå

Former för inflytande

Inom kommuner och landsting pågår ett kontinuerligt arbete för att utveckla medborgarnas möjligheter till demokratiskt inflytande på lokal nivå. Nedan följer exempel på hur detta arbete har bedrivits på lokal nivå.

Sedan den 1 juli 2002 har kommuner och landsting möjlighet att införa medborgerlig förslagsrätt, dvs. att en person som är folkbokförd i en kommun eller ett landsting får lov att väcka ärenden i fullmäktige. Detta innebär att även barn, ungdomar och utländska medborgare utan lokal rösträtt har rätt att lämna in medborgarförslag. Sedan bestämmelsen om medborgarförslag infördes i kommunallagen har ca två tredjedelar av alla kommuner och en tredjedel av alla landsting infört förslagsrätten.

Enligt rapporten Användning av informationsteknik i demokratiska beslutsprocesser (Ju2005/9468/D) från Örebro universitet kan det noteras ett avtagande intresse för användningen av IT i demokratiska processer sedan 2000-talets början. Det är till exempel endast en liten andel av de förtroendevalda som utnyttjar IT-baserade debattfora för att diskutera med medborgarna. Enligt samma rapport kan den slutsatsen dras från olika internationella jämförelser och benchmarking-rapporter att det minskade intresset framförallt märks på e-demokratiområdet, medan det på området e-förvaltning fortfarande noteras höga positioner för Sveriges del.

Inför 2006 års val genomfördes en särskild demokratisatsning med statliga medel. Sammantaget avsattes ca 21 miljoner kronor. Insatser avseende valet har redan nämnts ovan. Som exempel på aktiviteter inom demokratisatsningen inriktade mot deltagande mellan valen kan nämnas att Sveriges Kommuner och Landsting samordnar ett projekt där fem kommuner har beviljats bidrag för att arbeta med att integrera medborgarinflytande mellan valen som ett permanent inslag i kommunens beslutsprocesser. De fem kommunerna är Botkyrka, Huddinge, Hudiksvall, Sigtuna och Vara.

Statistiska centralbyrån (SCB) har på regeringens uppdrag fortsatt arbetet med att utveckla den databas om kommunernas och landstingens förnyelsearbete som ursprungligen skapades av Statskontoret 2002. SCB har i september 2005 inkommit med rapporten "Kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring av variablerna i demokratistatistisk databas". Det arbete som SCB har genomfört har resulterat i en viss avgränsning av variabeluppsättningen, men ytterligare variabler kan tillkomma i takt med att nya demokratiutvecklande åtgärder utvecklas av kommuner och landsting.

6.5 Förändringar av kommunernas politiska organisation

Sveriges Kommuner och Landsting har genomfört en översiktsstudie av förändringar av den politiska organisationen i Sveriges kommuner. Studien genomfördes under perioden november 2005 – februari 2006 och bestod av dels en översikt av förändringar gjorda under den senaste mandatperioden, dels en översikt av planerade eller övervägda förändringar av den politiska organisationen. Delar av studien genomfördes i form av en enkätstudie där svarsfrekvensen var drygt 80 procent.

Undersökningen visade att ca en tredjedel av kommunerna som svarat genomfört någon form av förändring av nämndsorganisationen. Åtta procent av de svarande kommunerna hade genomfört förändringar i fullmäktige. Bland annat har tio kommuner infört fullmäktigeberedningar. Cirka 50 procent av de svarande kommunerna övervägda att genomföra förändringar av den politiska organisationen.

De flesta övervägda förändringar består av smärre förändringar i nämndsorganisationen men det förekommer också planer på mer genomgripande sådana t.ex. att verksamhetsnämnderna avvecklas och ansvaret förs över till kommunstyrelsen. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting kan man även se en utveckling där nämnderna blir färre och ersätts med större mer tematiserande nämnder. En konsekvens av förändringarna är att antalet förtroendeuppdrag minskar.

7 EU:s påverkan på kommuner och landsting

Större delen av kommunernas och landstingens ansvarsområden ligger utanför de områden EU har kompetens att reglera. Det gäller t.ex. skola, vård och omsorg, sjukvård, fritid, plan- och byggfrågor och bostadsförsörjningen. Trots detta påverkas kommuner och landsting på många olika sätt av EU-samarbetet.

Den kanske viktigaste källan till påverkan är EU:s inre marknads-lagstiftning och andra åtgärder som syftar till att främja fri rörlighet för varor tjänster, kapital och arbetskraft. Det tar sig t. ex. uttryck i EU:s upphandlings- och statsstödsregler men har även bidragit till en harmonisering av regler kring miljö-, livsmedels- och djurskyddstillsyn där Sveriges kommuner har ett stort ansvar.

På flera områden där EU inte har rättslig kompetens, t.ex. inom sociala frågor, utbildning och hälso- och sjukvård pågår även ett relativt omfattande informellt samarbete mellan medlemsstaterna. Samarbetet benämns ibland som den öppna samordningsmetoden.

Sveriges Kommuner och Landsting hävdar i skriften *EU-ABC för kommuner, landsting och regioner* att ungefär 60 procent av det som behandlas av fullmäktigeförsamlingar runt om i landet direkt eller indirekt påverkas av EU. Skriften tar upp ett 30-tal områden där EU:s påverkan beskrivs. Kommuner och landsting påverkas i deras roller som arbetsgivare, serviceproducent, samhällsbyggare och tillsynsmyndigheter.

Statskontoret har i rapporten *EU:s påverkan på kommuner och landsting* (2005:12) beskrivit och analyserat hur kommuner och landsting påverkas av EU. Statskontoret drar slutsatsen att samarbetet inom EU har utvecklats på allt fler områden vilket gjort att kommuner och landsting i allt större utsträckning påverkas av det.

I rapporten *Förvaltning för fri rörlighet* (2006:16) beskriver Statskontoret genom ett antal fallstudier hur statliga och kommunala myndigheter hanterar EU:s regelverk för fri rörlighet för varor och tjänster inom det icke-harmoniserade området, dvs. det område där EG-fördraget har direkt effekt och inte är införlivat i medlemsstaternas nationella lagstiftning. Statskontoret visar i rapporten att det finns en bristande medvetenhet om EG-fördragets regler i svensk förvaltning och att tjänstemän är ovana att använda EG-rättslig metod vid tolkning av rättsliga problem. Det finns även en bristande medvetenhet hos företag om deras rättigheter på den inre marknaden.

Nedan följer en beskrivning av några av de områden där EU:s påverkan på kommuner och landsting är särskilt stor eller där det för tillfället sker större förändringar som påverkar kommuner och landsting.

7.1 EU:s upphandlings- och statsstödsregler

EU:s regelverk om offentlig upphandling är kanske den del av EU:s inre marknads-lagstiftning som påverkar kommuner och landsting mest. EU:s

upphandlingsdirektiv förhindrar diskriminering på grund av nationalitet och ställer krav på öppenhet och transparens, bland annat genom att ställa krav på genomarbetade anbudsunderlag där olika kriterier för upphandling anges. EU:s direktiv är införlivade i den svenska lagstiftningen genom lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU). Reglerna innebär att kommuner och landsting inte får ta regionala hänsyn vid upphandling. Lokala leverantörer får alltså inte gynnas framför företag från andra delar av landet eller EU. Kommuner och landsting får inte heller, utan vidare, sluta avtal med kommunala bolag eller med avknoppad verksamhet utan föregående upphandlingsförfarande, s.k. direktupphandling. Inom fastighetsförvaltning och sophantering finns flera exempel under senare år där kommuners agerande varit föremål för domstolsprövning. År 2003 beslöt t.ex. regeringsrätten i en dom att en direktupphandling av fastighetsförvaltning som Haninge kommun genomfört med sitt fastighetsbolag skulle göras om då den stred mot LOU.

EU:s statstödsregler innebär att offentliga medel från stat, kommun och landsting inte får gynna vissa företag eller viss produktion om den påverkar handeln mellan medlemsstaterna i EU. Statstöd inbegriper förutom direkta stöd som t.ex. offentliga bidrag och billiga lån även skattelättnader och garantier för lån. Stöd av social karaktär till enskilda eller stöd till ekonomiskt eftersatta regioner kan dock vara tillåtna. Europeiska kommissionen skall i samarbete med medlemsstaterna granska de stödprogram som förekommer och kan besluta att ett land skall upphäva eller ändra ett visst stöd. Kommuners stöd till flygföretag och kommuners mark- och fastighetsförsäljning utgör exempel på områden som varit eller är föremål för kommissionens prövning enligt statstödsreglerna. Kommissionen har även granskat kommuners stöd till egna bolag. Ett exempel är Stockholms kommuns stöd till sitt eget turistbolag Stockholm Visitors Board.

7.2 Miljö, livsmedel och djurskydd

Miljö, livsmedel och djurskydd är områden där EU har relativt omfattande lagstiftningskompetens. Genom att svenska kommuner är ansvariga för tillsynen av stora delar av dessa områden påverkas de i hög utsträckning av EU:s direktiv och förordningar på området. Kommunerna kan på dessa områden betraktas som en länk i EU:s förvaltningskedja.

Miljöpolitiken har med åren fått en allt starkare ställning inom EU. Kommunerna ansvarar för provtagningar, mätningar och rapporteringar och tillämpar då EU:s miljöregler för t.ex. avfallshantering, bullerskydd, avlopp, hälsoskydd m.m. EU ställer även krav på miljökonsekvensbedömningar i utarbetandet av planer och program som berör fysisk planering, markanvändning och avfallshantering.

Kommissionen övervakar att medlemsländerna inför och hur de tillämpar EU:s lagstiftning. Kommissionen har påpekat att Sverige på vissa områden inte lever upp till bestämmelserna. Från kommunalt håll har det riktats kritik mot att EU:s direktiv inte alltid är anpassade till lokala förhållanden. Ett exempel på det sistnämnda är EU-direktivet om deponering av avfall. Kommunerna menar att direktivet inte tagit

tillräcklig hänsyn till att svenska geologiska förhållanden skiljer sig från stora delar av övriga Europa. Skr. 2006/07:102

På livsmedelsområdet ställer EU säkerhetskrav för att varor skall kunna få tillträde till hela marknaden i unionen. EU-medlemskapet har enligt Statskontoret inneburit allt högre krav på en nationellt samordnad och likvärdig tillsyn. Vid inspektioner av den svenska livsmedelskontrollen har kommissionen funnit att livsmedelslagstiftningen inte tillämpas på ett enhetligt sätt över landet och att inspektionsfrekvensen varierar stort mellan olika kommuner.

7.3 Hälsa- och sjukvård

Ett område som särskilt uppmärksammas under senare år är samarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Hälso- och sjukvården ligger utanför EU:s direkta rättsliga kompetens men påverkas ändå indirekt på flera sätt.

Genomförandet av den inre marknaden är en viktig faktor. För att underlätta fri rörlighet för personer finns inom EU regler om hur ländernas sociala trygghetssystem skall samordnas. Det innebär att såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal har rätt att söka vård respektive praktisera eller arbeta i andra länder. För att underlätta rörligheten på arbetskraft har EU infört regler om erkännande av examina för t.ex. läkare och sjuksköterskor.

Rörligheten över gränserna både vad gäller patienter och yrkesutövare inom sjukvården har ökat under senare år. Enligt Försäkringskassans statistik var antalet ansökningar om utlandsvård, inklusive tandvård, enligt EG-fördraget ca 1000 stycken under det första halvåret 2006. Det var ungefär lika många som under hela året 2005. En allt större del av läkarna och sjuksköterskorna inom svensk sjukvård får sin utbildning i utlandet och då särskilt i andra EU-länder. År 2004 var det fler läkare med utländsk utbildning som erhöll legitimation än läkare med svensk utbildning. Förändringarna påverkar bland annat landstingens planeringsförutsättningar och möjlighet att rekrytera personal.

EU:s arbetstidsregler, som införlivades i svensk lagstiftning från och med den 1 januari 2007, påverkar särskilt sjukvården eftersom de bland annat reglerar formerna för övertid och jourtjänstgöring.

Det pågår också ett informellt samarbete mellan medlemsstaterna som syftar till att identifiera lösningar på gemensamma problem. Exempel på frågor som är föremål för det informella samarbetet är medicinsk utvärdering av behandlingar, patientsäkerhet, gränsöverskridande vård och e-hälsovård.

7.4 Regional utvecklingspolitik

EU:s politik för regional utveckling, den s.k. sammanhållningspolitiken, har varit viktig för kommunernas och landstingens arbete med lokal och regional utveckling. Sammanhållningspolitikens mål är att bidra till ekonomisk och social sammanhållning genom att minska regionala skillnader och ojämlikheter mellan människor. Den viktigaste delen

utgörs av EU:s strukturfonder som tillfört ekonomiska medel till det lokala utvecklingsarbetet som kommuner och landsting bedriver. Deltagandet i de projekt som EU delfinansierat har även inneburit att kommunerna och landstingen har lärt sig nya sätt att samarbeta på och skapat nya nationella och transnationella nätverk.

Under den förra programperioden 2000–2006 tillförde fonderna ca 20 miljarder kronor till projekt inom Sverige. Till detta tillkommer ungefär lika mycket offentlig svensk finansiering från stat, kommuner och landsting samt ytterligare lika mycket privat medfinansiering. Strukturfondsmedel används inom en mängd olika områden. Enligt en kartläggning genomförd av Verket för näringslivsutveckling (NUTEK) i samverkan med Näringsdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (*Frukt av samverkan*, 2006) utgjorde, under tidsperioden 2000–2004, satsningar inom utbildning, social integration, företagsstöd, landsbygdsutveckling, turism, infrastruktur samt forskning och utveckling vanliga områden för strukturfondsstöd.

8 Introduktion av nyanlända invandrare

Mål för introduktionen av nyanlända

Övergripande mål

Samhällets insatser för nyanlända invandrare under deras första tid i Sverige skall inriktas på att ge förutsättningar till egen försörjning, utbildning och delaktighet i samhällslivet.

Integrationsverket har formulerat följande övergripande mål för introduktionen av nyanlända invandrare: När behovet av individuellt anpassat stöd har upphört kan individen själv ta del av och bidra till det svenska samhällets utveckling. Detta förutsätter kunskaper:

- i det svenska språket,
- om det svenska samhället,
- om det svenska arbetslivet.

Kunskaperna skall relateras till individens kompetens och livssituation.

Ansvarsfördelningen mellan staten och kommunerna när det gäller introduktion av nyanlända framgår av förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. Där finns reglerat att staten ersätter kommunerna för extra kostnader som uppstår till följd av flyktingmottagandet och en specificering av vad introduktionen av nyanlända skall innehålla.

Delmål

Varje individs behov och förutsättningar skall vara utgångspunkt i en individuell introduktionsplan. Planering av denna samordnas av kommunen och sker tillsammans med olika aktörer och den enskilde. Efter introduktionen skall följande delmål vara uppfyllda.

Individen:

- har fått sin utbildning och yrkeskompetens värderad på ett sådant sätt att den är användbar i planeringen av kommande yrkesliv,
- har fått kontakt och förutsättningar att verka i svenska arbets- och föreningsliv,
- förstår och har kunskaper om hur det svenska samhället fungerar med särskild betoning på svenskt arbetsliv,
- har sådana kunskaper i svenska att språket fungerar som ett kommunikationsmedel i såväl vardags- och yrkesliv som vid utbildning,
- förstår och har kunskaper om samhällets grundläggande demokratiska värderingar såsom människors lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter samt om jämställdhet mellan könen, barns rättigheter och det demokratiska samhällets utveckling,

- har som förälder fått relevant kunskap om svenskt utbildningsväsen för att kunna tillgodose sina barns behov av goda uppväxtvillkor,
- som saknar utbildning motsvarande svensk grundskola skall ha påbörjat kompletterande utbildning/sysselsättning utifrån sina individuella förutsättningar om han/hon är i arbetsför ålder.

Integrationsverket har fram till sin avveckling den 1 juli 2007 regeringens uppdrag att belysa utvecklingen inom olika samhällsområden ur ett integrationspolitiskt perspektiv. Områden som skall belysas är arbete, utbildning, boende, folkhälsa samt uppväxtvillkor för barn och ungdomar med utländsk bakgrund. Därefter förs ansvaret till respektive sektorsmyndighet.

Individuellt anpassad introduktion

Ett introduktionsprogram för personer som fyllt 16 år skall innehålla svenskundervisning för invandrare (sfi) enligt skollagen (1985:1100) och praktik i den utsträckning som är möjlig, orientering om svenska samhällsförhållanden och svenskt samhällsliv samt information om vardagslivet i en kommun och andra liknande förhållanden enligt förordningen om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

Integrationsverket genomförde i september 2005 en stickprovskontroll. Av 615 begärda introduktionsplaner inkom 72 procent. Planerna visar att knappt tre procent har en egen försörjning efter ett år i kommunen. Cirka åtta procent har enligt kommunernas uppgifter erbjudits introduktion, men tackat nej. Endast 43 procent av de inkomna introduktionsplanerna var undertecknade av båda parter. Integrationsverket anser detta vara en stor brist och i strid mot kravet i förordningen om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

Enligt Integrationsverkets rapport Den aktive deltagaren⁵ förutsätts den nyanlände vara stark och handlingskraftig. Individualisering är en utgångspunkt för introduktionen, men det saknas praktiska förutsättningar i form av tillräckliga resurser, tydliga uppdrag och mandat, tillgång till boende, praktik och arbete för de nyanlända. I många intervjuer efterfrågas stöd från politiker och ledning. Kravet på snabb introduktion krockar med ett motstånd från omgivningen som försvårar möjligheterna att skapa goda förutsättningar för introduktionen.

Måluppfyllelse och kvalitet

I Integrationsverkets årsredovisning för 2005 understryks behovet av strukturella förändringar. Ett sådant område är introduktionen av nyanlända invandrare. Ett annat område med stort behov av kraftfulla insatser är arbetsmarknaden.

⁵ Integrationsverkets rapportserie 2006:03

Flera rapporter⁶ har visat på brister i introduktionen för barn och ungdomar. I Myndighetens för skolutveckling rapport *Vid sidan av eller mitt i?* understryks behovet av individanpassad introduktion för nyanlända elever. Generellt gäller att det brister i samverkan inom kommunen kring barns och ungdomars introduktion, att målen är allt för snävt inriktade på vuxna samt bristande helhetssyn kring introduktionen och bristande föräldrasamverkan. Integrationsverket påpekar att det finns klara behov av ökad samverkan mellan kommunernas introduktionsansvariga och skolan samt med arbetsförmedlingen när det gäller äldre ungdomar.

I grundskolan och gymnasieskolan har elever som varit kort tid i Sverige förbättrat sina skolresultat mer än andra elever, men fortfarande finns stora skillnader i resultat mellan elever med svensk och utländsk bakgrund⁷. Ungdomar med utländsk bakgrund studerar i hög grad på individuella program, ca 30 procent av elevgruppen i landet som helhet och 50 procent i storstäderna. Samtidigt återfinns en något högre andel elever med utländsk bakgrund på de studieförberedande programmen än elever med svensk bakgrund.

Vuxenutbildning

Efter avslutade studier i sfi går ett stort antal studerande vidare till studier inom kommunal vuxenutbildning. Många utrikes födda akademiker deltar i kommunens vuxenutbildning för att få kunskaper motsvarande svensk gymnasiekompetens i svenska och engelska. Först därefter kan de komplettera sin utländska utbildning på högskolan. Eftersom det tar flera år att få behörighet till högskolan fördröjs etableringen på arbetsmarknaden avsevärt för invandrare med högskoleutbildning.

Sysselsättning

Enligt Statistikrapport 2004⁸ har sysselsättningsgraden fördubblats för kvinnor från länder utanför Norden och EU och som har bott i Sverige högst fyra år, från lägst 18,2 procent 1995 till 34,1 procent 2004. Skillnaderna i sysselsättningsgrad mellan inrikes födda och utrikes födda har minskat något.

Rapporten Integration 2005 visar att det finns stora klyftor i levnadsförhållanden mellan utrikes respektive inrikes födda. Jämfört med andra länder som också har haft en låg arbetskraftsinvandring har utrikes födda kvinnor högre sysselsättning i Sverige, även om den är lägre än för utrikes födda män.

⁶ Utveckling av introduktionen för nyanlända invandrare år 2002, Integrationsverkets rapportserie 2003:2, *Integration – var god dröj. Utvärdering av kommunernas introduktionsverksamhet*, Integrationsverkets rapportserie 2004:1, *Statistikrapport 2004 – en uppföljning av Rapport Integration 2003, Rapport Integration 2005*

⁷ Två utrikes födda föräldrar

⁸ *Statistikrapport 2004 – statistisk uppföljning av Rapport Integration 2003*, Integrationsverket

Väntetiden mellan beviljat uppehållstillstånd och permanent bosättning i en kommun tenderar att öka i takt med att det blir mer ont om lediga bostäder i kommunerna. Drygt 60 procent av de asylsökande och deras anhöriga vistas i en kommun dit de själva har sökt sig medan deras asylansökan behandlas. De skaffar sig därigenom en förankring i "väntekommunen" och tenderar att stanna där när de har fått uppehållstillstånd.

Rapporten Utvecklingen i storstadssatsningens 24 områden 1997–2003⁹ visar en negativ utveckling beträffande omflyttning av boende. De som flyttade ut var i betydligt större utsträckning sysselsatta än de som flyttade in.

Drygt 15 procent av 2003 års nyanlända bosatte sig i något av de 24 områdena för storstadssatsningen. Dessa områden omfattar knappt tre procent av landets befolkning totalt. Boendesegregationen antar därmed en allt mer etnisk karaktär.

Hushåll med särskilda behov

Andelen flyktinghushåll med särskilda mottagningsbehov (vård, rehabilitering och stödinsatser i boendet) har ökat från en fjärdedel till en tredjedel vilket speglar att nyanlända flyktingar kommer från områden och förhållanden med större andel ohälsa. Hälsoproblemen medför att introduktionen försenas och förutsättningarna till egen försörjning försämrats.

Bristen på bostäder har vidare inneburit att en tredjedel av flyktingarna med särskilda mottagningsbehov har fått långa väntetider på introduktionsplats i någon kommun. Bland vuxna som står utanför arbetslöshets- och sjukförsäkringssystemen är två tredjedelar utrikes födda. Utrikes födda kvinnor har det högsta ohälsotalet av alla grupper i samhället.

8.1 Kostnader och prestationer

Under perioden 2002–2006 har Sverige tagit emot drygt 70 000 flyktingar eller skyddsbehövande. Integrationsverket hade 2006 slutit överenskommelser med 233 kommuner om introduktionsplatser vilket har bidragit till att nyanlända flyktingar har kunnat bosätta sig över hela Sverige.

Det har med åren blivit allt svårare för kommunerna att ta emot nyanlända flyktingar, framför allt på grund av brist på lämpliga bostäder. De senaste åren har behovet av introduktionsplatser i kommunerna varierat mellan knappt 9 000, 2005 och drygt 27 000, 2006. Variationerna har två orsaker: dels skiftar antalet asylsökande mellan åren, dels har andelen asylsökande som har beviljats uppehållstillstånd under senare år minskat. År 2005 beviljades uppehållstillstånd till ca 20 procent av de asylsökande. Under 2006 ökade dock antalet asylsökande samtidigt som andelen beviljade tillstånd kraftigt ökade på grund av den

⁹ Integrationsverkets stencilserie 2005:04

tillfälliga lagändringen i utlänningslagen (2005:716) om förnyad prövning av avvísings- och utvisningsbeslut. Cirka 30 000 personer fick uppehållstillstånd som flyktingar, skyddsbehövande eller på grund av den tillfälliga lagändringen under 2006.

Statsbidrag

Statsbidragen för kostnaderna för flyktingmottagande består av en statlig grund- och schablonersättning. *Grundersättning* utbetalas en gång per år till varje kommun som har en överenskommelse om flyktingmottagning. *Schablonersättning* utbetalas för varje person, periodiserat över två år. De statliga schablonersättningarna skall förutom kommunernas försörjningskostnader även täcka kostnader för aktiva insatser under introduktionen, t.ex. svenskutbildning, arbetsmarknadsinsatser, tolkkostnader, merkostnader inom skola och barnomsorg och vissa personalkostnader.

Utöver schablonersättningen kan kommuner och landsting ansöka om ersättning för kostnader för försörjningsstöd, hemtjänst och färdtjänst för äldre och funktionshindrade, för kostnader för mottagande av barn som kommer till Sverige utan vårdnadshavare samt för kostnader för varaktig vård. Kommunerna har dessutom möjlighet att söka ersättning för betydande extraordinära kostnader på grund av flyktingmottagande som inte täcks av de övriga ersättningar som kommunen har rätt att ansöka om. Integrationsverket har fram till 2005 haft ett ramanslag på 30 miljoner kronor för detta. Kommunernas ansökningar har alltid överstigit tillgängliga medel.

Sveriges Kommuner och Landsting, liksom enskilda kommuner, har påpekat att statsbidragen för flyktingmottagande i stort sett täcker invandrarnas behov av försörjning. Andra insatser som t.ex. utbildning i svenska språket, arbetsmarknadsåtgärder, barns introduktion till skolan och tolkkostnader belastar den mottagande kommunen.

Integrationsverket har följt upp kostnaderna för flyktingar och skyddsbehövande fyra år efter mottagandet i kommunerna. De senaste tillgängliga uppgifterna rör 2001 års flyktingkontingent och visar att det råder obalans mellan statens bidrag och kommunernas kostnader. Exempelvis gick 94 procent av statsbidraget till försörjningsstöd och endast 6 procent kunde disponeras för aktiva insatser under flyktingarnas introduktion. För kommunernas del innebär det alltså att kostnaderna för flyktingmottagandet inte täcks inom det nuvarande statsbidragssystemet för flyktingmottagande. Effekterna i ordinarie system för skatteintäkter, utjämning och statsbidrag är dock ej belysta i uppföljningen.

Under 2006 höjdes statsbidraget till 100 miljoner kronor som också kunde användas för att stimulera ett utökat mottagande i kommunerna. Kommunerna fick därutöver en extra ersättning på 20 000 kronor per person under förutsättning att de ökade antalet introduktionsplatser över redan avtalad nivå.

Den statliga ersättningen för flyktingmottagande uppgick under perioden 2002 – 2006 till 11,5 miljarder kronor. Under 2006 gällde förordningen (2006:1005) om tillfälligt stöd för flyktingmottagande vilket ledde till att ersättningen till kommunerna under 2006 ökade och uppgick till totalt 3 miljarder kronor. De nyanlända flyktingarna och invandrarna som togs emot hade antingen på eget initiativ sökt sig till en kommun för bosättning eller anvisats en kommunplats genom Integrationsverket.

Drygt 27 000 personer togs emot i landets kommuner 2006. Många av de kommunmottagna hade vistats länge i Sverige utan att bo på någon av Migrationsverkets anläggningar och därigenom skaffat sig en förankring i den mottagande kommunen.

Tabell 8.1 Antal mottagna flyktingar m.m.

År	Överenskommelse om mottagande (kommuner)	Antal mottagna flyktingar	Utbetald ersättning till kommuner och landsting – mnkr
2002	148	12 944	2 387
2003	169	12 218	2 408
2004	174	9 209	1 883
2005	173	8 711	1 736
2006	233	27 138	3 045
Totalt		70 220	11 459

Källa: Integrationsverket och Integrations- och jämställdhetsdepartementet.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 3 april 2007

Närvarande: Statsministern Reinfeldt, statsråden Olofsson, Odell, Bildt, Husmark Pehrsson, Leijonborg, Odenberg, Erlandsson, Torstensson, Hägglund, Carlsson, Littorin, Borg, Sabuni, Adelson Liljeroth, Tolgfors

Föredragande: Statsrådet Odell

Regeringen beslutar skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn

Denna skrivelse innehåller uppgifter om utvecklingen i kommuner och landsting i landet. Den inleds med en övergripande beskrivning av kommunsektorns ekonomi. Sedan följer redovisningar av de stora kommunala verksamheterna - hälso- och sjukvård, socialtjänst och utbildningsväsende - och hur dessa utvecklas i förhållande till de nationella mål som finns för varje verksamhet.



Beställningar:

Riksdagens tryckeriexpedition, 100 12 Stockholm

Tfn: 08-786 58 10 E-post: ordermottagningen@riksdagen.se