

# Regeringens skrivelse

## 2003/04:102

Utvecklingen inom den kommunala sektorn

Skr.  
2003/04:102

---

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 22 april 2004

*Göran Persson*

*Lars-Erik Lövdén*  
(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 samt kommunala koncerner, sysselsättningsutvecklingen, kommunala entreprenader och köp av verksamhet samt effekter av det utjämningsystem som infördes 1996.

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 riksdag och regering har formulerat.

I övrigt redovisas utvecklingen inom folkhälsa, integration och storstadspolitik samt avfallsfrågor.

Redovisningen av de kommunala verksamheterna avser i huvudsak förhållandena t.o.m. verksamhetsåret 2002. De årtal som redovisas kan variera mellan olika verksamhetsområden, bl.a. beroende på hur den offentliga statistiken samlas in. Det förekommer även skilda möjligheter för de olika verksamhetsområdena att redovisa graden av måluppfyllelse.

1	Sammanfattning.....	3
1.1	Kommunal ekonomi, personal och organisation .....	3
1.2	De kommunala verksamheterna.....	3
2	Kommunal ekonomi, personal och organisation.....	8
2.1	Mål för den kommunala ekonomin.....	8
2.2	Kommunsektorns andel av samhällsekonomin.....	8
2.3	Resultat i kommunsektorn .....	9
2.4	Kommunala företag.....	16
2.5	Kommunala köp av verksamheter .....	18
2.6	Utjämningsystem.....	19
2.7	Utvecklingen av anslag som i sin helhet går till kommuner och landsting .....	20
2.8	Särskilda insatser 2003 för att hjälpa de ekonomiskt svagaste kommunerna och landstingen.....	22
2.9	Personal.....	23
2.10	Organisation och verksamhet.....	27
3	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	31
3.1	Verksamhetsområde hälso- och sjukvård .....	31
3.2	Verksamhetsområde tandvård.....	44
4	Socialtjänst .....	50
4.1	Äldreomsorg.....	50
4.2	Insatser för personer med funktionshinder .....	57
4.3	Individ- och familjeomsorg.....	63
5	Barnomsorg, skola och vuxenutbildning.....	72
5.1	Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg .....	72
5.2	Det offentliga skolväsendet för barn och ungdomar .....	77
5.2.1	Förskoleklass .....	77
5.2.2	Grundskolan.....	79
5.2.3	Gymnasieskolan.....	84
5.2.4	Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola ..	90
5.3	Det offentliga skolväsendet för vuxna .....	91
5.3.1	Kommunal vuxenutbildning .....	91
5.3.2	Vuxenutbildning för utvecklingsstörda .....	96
5.3.3	Svenskundervisning för invandrare .....	97
6	Övrigt.....	99
6.1	Avfallshantering.....	99
6.2	Introduktion för nyanlända invandrare .....	101
6.3	Storstadspolitik.....	106
6.4	Folkhälsa .....	108

# 1 Sammanfattning

## 1.1 Kommunal ekonomi, personal och organisation

Kommunsektorns samlade resultat har varit negativt åtta av de senaste tio åren. Endast åren 2000-2001 redovisades ett överskott, på ca 1 miljard kronor per år. Sedan balanskravet infördes 2000 har kommunsektorn redovisat ett ackumulerat underskott på 5 miljarder kronor. Kostnaderna har således inte anpassats till intäktsutvecklingen, särskilt inte när det gäller landstingen. Kommunsektorns konsumtionsutgifter har i fasta priser ökat under åren 1998-2002 med drygt 2 procent per år i genomsnitt. De kraftiga kostnadsökningarna bestod även när skatteunderlaget började vika efter en gynnsam utveckling åren 1999-2001, vilket bidrog till den kraftiga resultatförsämringen 2002. Den förbättring i kommunernas resultat som redovisats förra året är till stor del en följd av skattehöjningar och uppskrivningar av de finansiella tillgångarna. Det var således främst tillfälliga effekter som bidrog till resultatförbättringen. Utan dessa hade resultatet försämrats med 7 miljarder kronor i stället för att förbättras med 6 miljarder kronor. Samtidigt skedde en inbromsning i kostnadsökningstakten förra året som gav ett visst bidrag till resultatförbättringen. Detta var sannolikt en följd av de försämrade utsikter som då fanns beträffande intäktsutvecklingen, såväl vad gäller skatteintäkter som statsbidrag.

Den genomsnittliga kommunala skattesatsen uppgår 2004 till 31,51 procent. Jämfört med 2002 innebär det en ökning med ca en procentenhet, motsvarande ca 13 miljarder kronor i högre skatteintäkter. Skillnaden mellan den högsta och den lägsta skattesatsen har minskat successivt, bl.a. som en följd av det kommunala utjämningsystemet. Sedan 1995 har skillnaden minskat från 7,50 till 5,14 procentenheter.

Antalet anställda i kommuner och landsting har, efter att ha minskat åren 1990-1997, ökat fr.o.m. 1998. Antalet årsarbetare uppgick 2002 till 846 000. Omkring en fjärdedel av antalet sysselsatta i landet återfinns i kommuner eller landsting.

Efter valet 2002 finns det omkring 66 500 förtroendeuppdrag i kommunerna och cirka 7 100 förtroendeuppdrag i landstingen.<sup>1</sup> För kommunernas del är det en minskning från föregående mandatperiod med ca 1 700 uppdrag. Andelen kommuner som använder sig av kommunaldelsnämnder har sjunkit, 2003 uppgav sju kommuner att de har en heltäckande uppdelning i kommunaldelsnämnder

## 1.2 De kommunala verksamheterna

### Hälso- och sjukvård

Den samlade bedömningen är att kvaliteten i den svenska hälso- och sjukvården är hög. Förutsättningarna för att redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet har blivit bättre, men det finns

<sup>1</sup> Ett förtroendeuppdrag har de som är ledamöter och ersättare i fullmäktige, nämnder och fullmäktigeberedningar samt revisorer och revisorsersättare.

fortfarande problem med att beskriva och följa upp hur hälso- och sjukvården fungerar totalt sett. Viktiga indikatorer på en befolknings hälsostatus som återstående medellivslängd och spädbarnsdödlighet visar på en fortsatt positiv utveckling.

Kostnaderna för hälso- och sjukvården som andel av BNP ökade med 0,6 procentenheter mellan 2000 och 2002. Om man även inkluderar kommunernas kostnader för vård och omsorg av äldre uppgick andelen 2002 till ca 9,1 procent.

Vissa tillgänglighetsproblem finns fortfarande i hälso- och sjukvården, även om åtgärder som landstingen har vidtagit mot bakgrund av sysselsättningsutsättningen och den nationella handlingsplanen har givit positiva effekter. Det är emellertid svårt att besvara frågan om det är fler eller färre patienter som väntar kortare eller längre tid i dag än för tio år sedan. Detta beror på att sjukvården i dag kan behandla fler tillstånd och även framgångsrikt behandla patienter högre upp i åldrarna.

Socialstyrelsen anger i en utvärdering av psykiatrin att det begränsade antalet slutenvårdsplatser och tillgången till akut specialistvård kan medföra en risk för att patienter inte får den vård de skulle behöva, särskilt i det akuta skedet. Andra problem är bristande samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare samt brister i uppföljningen av patienter med svåra, kroniska psykiska sjukdomar.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen ökade under 2003 med 2,3 procent vilket är den lägsta ökningen under den senaste tioårsperioden, med undantag för 1997 då förmånssystemet förändrades. Den låga ökningstakten beror till stor del på införandet av utbyte av läkemedel på apotek i kombination med att patenten på ett antal storsäljande läkemedel löpte ut under året. Ett antal åtgärder som tidigare genomförts torde också spela en roll. Landstingen har gradvis fått ökade incitament att arbeta för en ökad kostnadsmedvetenhet, vilket har lett till en rad åtgärder inom landstingen. Införandet av en obligatorisk arbetsplatskod 2002 gav landstingen ökade möjligheter att följa upp läkemedelsanvändningen.

## **Socialtjänst**

### *Äldreomsorg*

Andelen personer 65 år och äldre som får kommunal äldreomsorg i någon form har under de senaste tre åren varit i stort sett oförändrad. Huvuddelen av de som får insatser – cirka tre fjärdedelar – är 80 år eller äldre. Utvecklingen inom äldreboendet kännetecknas av en successiv minskning av antalet platser. Det främsta skälet till detta är att många bostäder blivit omoderna, att behoven av bostäder minskat på vissa orter samt en ökad satsning på kvarboende. Ett annat viktigt skäl som anges är bristande resurser.

Anhöriga svarar för betydande hjälp- och stödinsatser till äldre. Under de senaste åren har samtliga kommuner utvecklat stödformer för anhöriga med hjälp av statliga stimulansbidrag. Även sedan dessa bidrag upphört fortsätter en majoritet av kommunerna att stödja anhöriga.

Rättighetslagstiftningen har haft stor betydelse för personer med funktionshinder, rätten till personlig assistans har t.ex. haft stor betydelse för barn med flera omfattande funktionshinder.

Det finns stora lokala och regionala skillnader i landet avseende kostnader för insatser för personer med funktionshinder och i tillgången till olika insatser. Länsstyrelserna bedömer att personer med psykiska funktionshinder är den grupp som har svårast att få adekvata insatser från socialtjänsten.

Antalet icke verkställda beslut enligt LSS ökade med ca tio procent mellan 2001 och 2002. Besluten gällde främst insatserna kontaktperson, ledsagare, korttidsvistelse och bostad med särskild service. Kommunerna saknar planering eller brister alltför ofta i planeringen av bostäder med särskild service till personer med omfattande funktionshinder.

Kommunernas samlade kostnader inom socialtjänsten för personer med funktionshinder uppgick 2002 till drygt 28 miljarder kronor, en ökning med ca 5,5 procent jämfört med året innan räknat i fasta priser.

### *Individ- och familjeomsorg*

Antalet personer som får ekonomiskt bistånd fortsätter att minska 2002, men i något långsammare takt än 2001. Närmare fem procent av befolkningen (434 000 personer) fick bistånd under 2002, varav en tredjedel var under 18 år. Av de vuxna som fick bistånd var 51 procent inrikes födda och 49 procent utrikes födda.

Socialtjänstens insatser för barn och ungdomar är antingen i form av öppna verksamheter såsom råd, stöd och service (s.k. öppenvård) eller heldygnsinsatser (familjehem/institutioner). Skattningar visar att mellan 45 000 och 55 000 barn och unga under 20 år (motsvarar ca 2,5 procent av alla i åldersgruppen) samtidigt berörs av den sociala barnavården i landet.

Arbetet kring problematiken med våld mot kvinnor har de senaste åren uppmärksamats och givits ökad prioritet. Missbrukarvården har inte byggts ut i takt med att missbruksproblemen ökat under det senaste decenniet. Under perioden 1998–2002 har kommunernas kostnader för insatser till personer med missbruksproblem minskat med drygt fyra procent, räknat i 2002 års priser.

## **Förskola, skola och vuxenutbildning**

### *Förskola*

Svensk förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg framhålls ofta som ett internationellt föredöme såväl inom EU som i andra länder. Skolverket har gjort den första nationella utvärderingen av förskolan efter läroplanens införande 1998. Läroplanen har fått ett positivt mottagande och har höjt förskolans status och givit stöd åt personalens pedagogiska arbete.

Antalet barn i förskolan och fritidshemmen har ökat de senaste åren. En del av ökningen går att hänföra till de reformer som har genomförts

inom området såsom maxtaxa samt rätt för föräldralediga och arbetslösa föräldrar att ha sina barn i förskolan. Andelen barn med plats i förskoleverksamhet uppgick till 82 procent i åldersgruppen 1–5 år 2003, en ökning med 5 procentenheter sedan 2001.

### *Grundskola, särskola och förskoleklass*

Många kommuner har valt att integrera förskoleklassen med grundskolan. I en dryg tredjedel av kommunerna arbetar förskoleklasserna integrerat med grundskolan varje dag under terminen. Skolverket har konstaterat att kunskapen om reformens intentioner och innehåll är bristfällig i kommunerna.

Resultat från grundskolan våren 2003 visar att slutbetygen blir allt bättre. Av dem som lämnade grundskolan våren 2003 var 89,7 procent behöriga till gymnasieskolan. Fortfarande når var fjärde elev dock inte målen i alla ämnen och det är stora betygsskillnader mellan flickor och pojkar. Andelen behöriga till gymnasieskolan bland elever med utländsk bakgrund ökade från 78,9 procent till 79,2 procent.

Lärartätheten uppgick läsåret 2003/04 till 8,4 lärare per 100 elever vilket är en ökning i jämförelse med föregående läsår (8,3). Bakom denna ökning ligger dels det riktade bidraget för personalförstärkning, dels kommunernas egna prioriteringar.

Lsåret 2003/04 får 6,2 procent av alla grundskoleelever sin undervisning i fristående skolor.

### *Gymnasieskolan*

Skolverkets lägesbedömning 2003 indikerar en positiv utveckling inom gymnasieskolan. Betygen bland dem som får slutbetyg har förbättrats och andelen elever med grundläggande behörighet till högskolan har ökat. Det är också färre elever som har betyget *Icke godkänd* på någon eller några kurser. Däremot minskar andelen ungdomar som lämnar åk 3 i gymnasieskolan med slutbetyg. Skillnaderna mellan könen i betygspoäng kvarstår, läsåret 2002/03 var genomsnittlig betygspoäng för kvinnor 14,7 medan männen hade 13,4.

Vid jämförelse med föregående år har samhällets kostnader för gymnasieskola i fasta priser (KPI) ökat med närmare fem procent, medan elevantalet har ökat med knappt fyra procent läsåret 2003/04 jämfört med läsåret innan. År 2002 var den totala kostnaden 25,5 miljarder kronor för gymnasieskolan.

### *Vuxenutbildning*

Under läsåret 2002/03 var det totala antalet studerande i den kommunala vuxenutbildningen ca 244 000, vilket är en minskning med ca 15 procent jämfört med föregående år. Minskning beror till stor del på minskade riktade statsbidrag. Fortfarande studerade 4,5 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år i kommunal vuxenutbildning, vilket är högre än i flertalet andra länder i Europa.

Myndigheten för skolutveckling och Skolverket uttrycker oro över det gångna årets ökade brister i den geografiska likvärdigheten då det gäller tillgång till kommunal vuxenutbildning. Modern teknik och pedagogik kan motverka detta genom möjligheter till långtgående individualisering och geografisk spridning. Denna flexibilitet gör det möjligt för både kvinnor och män att kombinera fortsatt lärande med yrkes- och privatliv.

Antalet studerande i svenska för invandrare (sfi) var ca 44 300 läsåret 2002/03. En ökning med ca 10 procent jämfört med föregående läsår.

### *Övrigt*

Bland kommunernas och landstingens övriga verksamheter behandlas folkhälsa, integration och storstadspolitik samt avfallsfrågor.

## 2 Kommunal ekonomi, personal och organisation

Skr. 2003/04:102

### 2.1 Mål för den kommunala ekonomin

Det övergripande målet för den kommunala ekonomin anges i kommunallagen. 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. Enligt förarbetena till lagen är det i normalfallet inte att anse som god ekonomisk hushållning att ta lån för att täcka löpande kostnader. Vidare bör medel från försäljning av anläggningstillgångar användas till nya investeringar eller för att betala igen lån.

I kommunallagen finns även ett balanskrav inskrivet. Balanskravet innebär att kommuner och landsting skall upprätta en budget för varje kalenderår (budgetår) så att intäkterna överstiger kostnaderna. Om utfallet visar att kostnaderna ett visst år överstiger intäkterna, skall det negativa resultatet motsvaras av ett minst lika stort positivt resultat sammanlagt för de närmast följande två åren. För att uppfylla balanskravet räcker det således med att uppnå ett nollresultat. För att kravet på god ekonomisk hushållning skall anses vara uppfyllt bör emellertid resultatet i normalfallet ligga på en nivå som realt sett åtminstone konsoliderar ekonomin.

Riksdagen har även godkänt ett mål för politikområdet Allmänna bidrag till kommuner. Målet är att skapa goda och likvärdiga förutsättningar för kommuner och landsting att uppnå de nationella målen inom olika verksamheter. Politikområdet omfattar samma anslag som ingår i statsbudgetens utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

### 2.2 Kommunsektorns andel av samhällsekonomin

Den svenska kommunsektorn utgör en betydande del av den svenska ekonomin. Omkring en fjärdedel av antalet sysselsatta återfinns i kommuner eller landsting. De totala kommunala utgifterna, enligt nationalräkenskaperna, motsvarade enligt det preliminära utfallet för 2003 23,8 procent av BNP, varav konsumtionsutgifter utgjorde 20,3 procentenheter. Dessutom tillkommer vissa transfereringsutgifter, investeringar och ränteutgifter. De totala inkomsterna motsvarade 23,7 procent av BNP, varav skatter utgjorde 16,6 procentenheter och statsbidrag 5 procentenheter.

Förändringen av kommunala konsumtionsutgifter mätt i fasta priser brukar ofta användas som ett mått på den samlade utvecklingen av resurserna i kommuner och landsting. Det bör dock tolkas med viss försiktighet. De kommunala konsumtionsutgifterna utgörs främst av löner och arbetsgivaravgifter m.m. samt förbrukning (motsvarar kostnader för materiel och tjänster). Vid beräkning av konsumtionsutgifterna dras försäljningsinkomster, bl.a. avgifter, bort. I konsumtionsutgifterna ingår även s.k. direktkonsumtion, som bl.a. omfattar

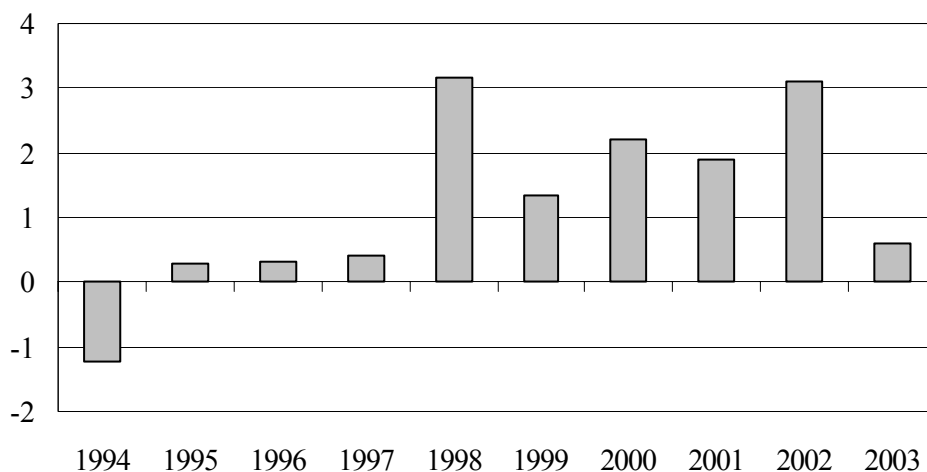


läkemedelssubventioner till hushållen samt kommunala bidrag till privata förskolor. Skr. 2003/04:102

Den kommunala konsumtionen ökade under 1980-talet och början av 1990-talet med ca 2 procent per år i fasta priser. Under 1992–2003 har konsumtionen ökat med i genomsnitt 1 procent per år. Den sämre samhällsekonomiska utvecklingen under början av 1990-talet påverkade även kommuner och landsting, såväl direkt som indirekt via statliga åtgärder. Under 1990-talet tillämpades periodvis även kommunalt skattestopp eller restriktioner i form av minskade statsbidrag vid skattehöjningar. Konsumtionsutvecklingen har varierat kraftigt under de senaste 12 åren. Åren 1992–1994 minskade konsumtionen med 1–1,5 procent per år, de tre följande åren ökade den med sammanlagt ca 1 procent för att under 1998–2002 i genomsnitt öka med drygt 2 procent per år. Det preliminära utfallet för 2003 visar på en svagare ökning, ca 0,6 procent.

### Diagram 2.1 Utvecklingen av kommunal konsumtion

*Årlig procentuell förändring*



*Källor:* Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

*Anm.:* Konsumtionsutvecklingen har korrigerats för huvudmannaskapsförändringar mellan staten och kommunsektorn.

### 2.3 Resultat i kommunsektorn

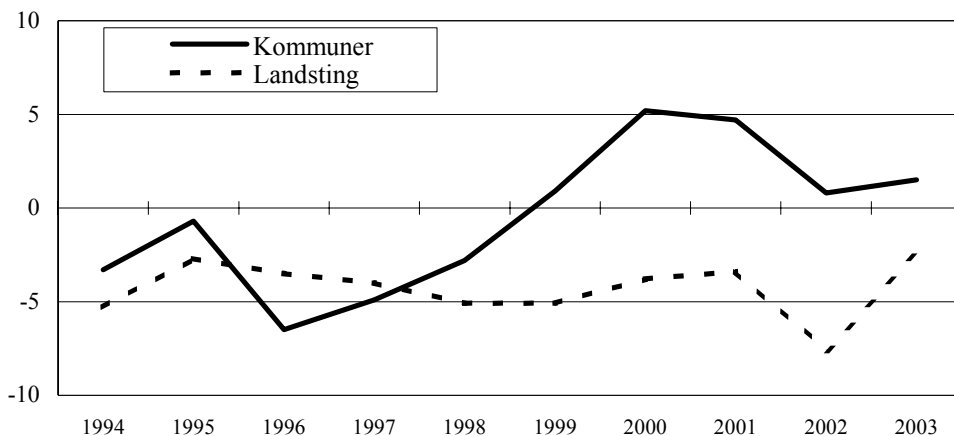
Kommunernas sammanlagda resultat förbättrades successivt från 1996 fram till 2000 då man redovisade ett överskott på drygt 5 miljarder kronor. År 2002 försämrades kommunernas resultat kraftigt, men förbättrades något 2003. Landstingen redovisade under perioden 1994–2001 ett konstant underskott på mellan 3 och 5 mdkr. Även landstingens resultat försämrades kraftigt 2002 och förbättrades 2003. Resultatförbättringen i landstingen 2003 var emellertid kraftig, främst till följd av de skattehöjningar som genomfördes detta år. Tillfälliga effekter har haft stor inverkan på resultatutvecklingen de senaste två åren. Förutom skattehöjningarna förra året har de finansiella posterna svängt kraftigt åren 2002 och 2003. Kommunsektorns samlade resultat har varit negativt åtta av de senaste tio åren. Endast åren 2000 och 2001

redovisades ett överskott, på drygt 1 miljard kronor. Sedan balanskravet infördes 2000 har kommunsektorn redovisat ett ackumulerat underskott på 5 miljarder kronor.

Skr. 2003/04:102

### Diagram 2.2 Utvecklingen av kommunernas respektive landstingens samlade resultat

Resultat före extraordinära poster. Miljarder kronor i löpande priser.

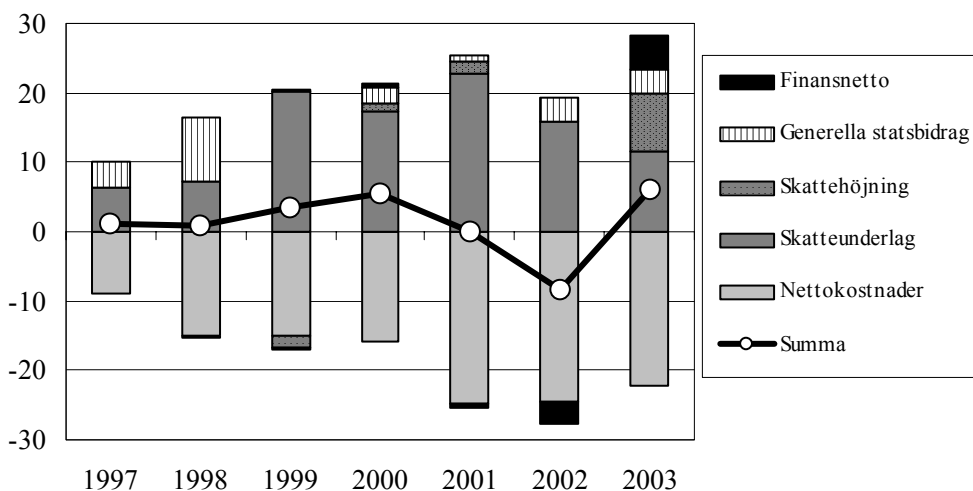


Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Diagram 2.3 visar utvecklingen av kommunsektorns resultat uppdelat på olika komponenter. Åren 1997–2000 förbättrades resultatet till följd av en positiv utveckling av skatteunderlaget och statliga tillskott. Kostnadsökningarna låg på en konstant nivå åren 1998–2000, ca 15 miljarder kronor per år.

### Diagram 2.3 Resultatförändring i kommunsektorn

Resultat före extraordinära poster. Miljarder kronor i löpande priser.



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Den positiva trenden bröts 2001. Intäktsökningen var visserligen kraftig detta år men nettokostnaderna ökade med 25 miljarder kronor vilket medförde att en resultatförbättring uteblev. Kostnaderna ökade 2002 i samma takt som 2001, dvs. med ca 25 miljarder kronor. Detta medförde

en kraftig resultatförsämring då den positiva utvecklingen av skatteintäkterna bröts samtidigt som den svaga börsutvecklingen innebar ett försämrat finansnetto. Utvecklingen av det kommunala skatteunderlaget försämrades ytterligare 2003. Jämfört med 2001 var den underliggande ökningen av skatteintäkterna 11,5 miljarder kronor lägre. Detta motverkades dock av skattehöjningar, främst bland landstingen, motsvarande ökade intäkter på ca 8,5 miljarder kronor. Den positiva börsutvecklingen 2003 gjorde dessutom att många kommuner och landsting kunde återföra nedskrivningar som hade gjorts av de finansiella tillgångarna 2002. Det finansiella nettot bidrog sammanlagt med en resultatförbättring på ca 5 miljarder kronor 2003. Det är således främst tillfälliga faktorer som ligger bakom sektorns resultatförbättring 2003. Utan dessa hade resultatet försämrats med 7 miljarder kronor istället för att förbättras med 6 miljarder kronor. Kostnadsökningarna 2003 låg fortfarande på en historiskt sett hög nivå, även om de bakomliggande orsakerna har förändrats. Ökningen av kostnaderna på grund av fler anställda, ökade inköp etc. (volymökningen) dämpades markant, vilket framgår av diagram 2.1. Kommuner och landsting har alltså varit mer återhållsamma vad gäller kostnadsökningar. Istället är det andra faktorer som ligger bakom kostnadsökningen, till exempel större löneökningar och högre kostnader för kommunala avtalsförmåner. Det generella statsbidraget till kommuner och landsting har de senaste åren i hög grad varit förknippat med olika ambitionshöjningar, vilket har bidragit till de kraftiga kostnadsökningarna. Den dämpade volymökningen 2003 var sannolikt en följd av de försämrade utsikter som då fanns beträffande utvecklingen av intäkterna, såväl vad gäller skatter som statsbidrag.

Tabell 2.1 visar kommunernas och landstingens samlade resultaträkningar. Nettokostnaderna ökade under 2003 med 23,5 miljarder kronor, vilket motsvarar 5,4 procent.

**Tabell 2.1 Kommunernas och landstingens samlade resultaträkningar**

*Miljarder kronor i löpande priser*

År	Kommuner			Landsting		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Verksamhetens nettokostnader	-279,4	-295,3	-310,8	-131,5	-140,7	-148,7
Skatteintäkter	243,4	255,9	269,9	118,0	124,6	136,4
Generella statsbidrag <sup>1</sup>	39,4	40,2	39,3	10,5	10,6	10,3
Finansiella poster	1,2	-0,2	3,1	-0,4	-2,1	-0,5
Resultatet före extraordinära poster	4,7	0,6	1,5	-3,4	-7,6	-2,5
Extraordinära poster	6,3	2,5	0,6	-0,1	0,0	0,1
<b>Årets resultat</b>	<b>11,1</b>	<b>3,0</b>	<b>2,1</b>	<b>-3,5</b>	<b>-7,6</b>	<b>-2,4</b>

*Källor:* Statistiska centralbyrån och Landstingsförbundet.

*Anm.* Resultaträkningarna för 2003 avseende kommunerna är preliminära

<sup>1</sup> Inklusiv momsavgift.

Skatteintäkterna ökade med ca 26 miljarder kronor mellan 2002 och 2003. Ungefär 17 miljarder kronor beror på en tillväxt i skatteunderlaget medan de återstående 8 miljarderna (landstingen 5,7 och kommunerna 2,6) beror på skattehöjningar. De finansiella posterna uppgick till +2,6

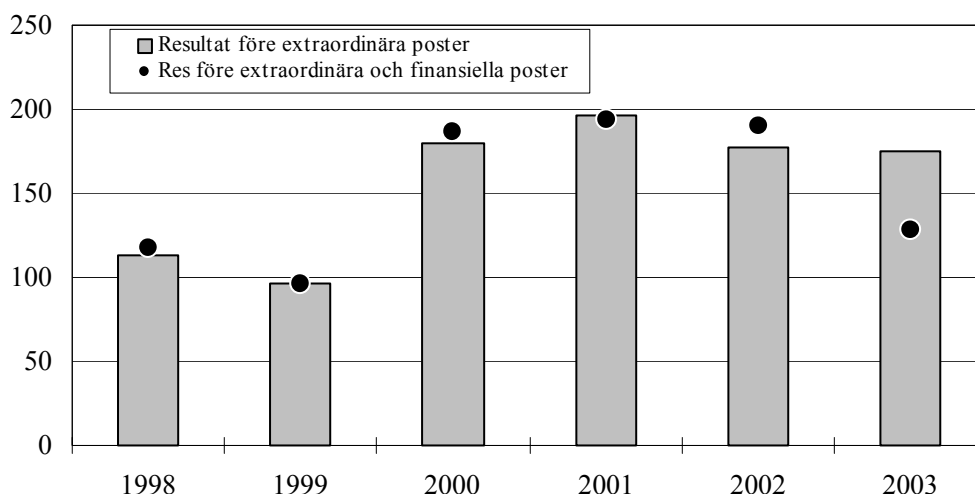
miljarder kronor. Kommunsektorns samlade resultat var -0,3 miljarder kronor 2003. Skr. 2003/04:102

## Resultat i enskilda kommuner och landsting

### Kommunerna

Åren 1998 till 2001 ökade antalet kommuner med positivt resultat (före extraordinära poster) från ca 110 till knappt 200. Denna positiva utveckling bröts 2002 då antalet minskade till knappt 180. Förra året var antalet kommuner med positivt resultat i stort sett oförändrat jämfört med 2002. Andelen kommuner med överskott uppgick 2003 till 60 procent. Utvecklingen exklusive de finansiella posterna ger en något annorlunda bild de två senaste åren. Antalet kommuner som redovisade överskott exklusive finansiella poster var i stort sett oförändrat 2001 och 2002 men sjönk påtagligt 2003.

Diagram 2.4 Antal kommuner med positivt resultat



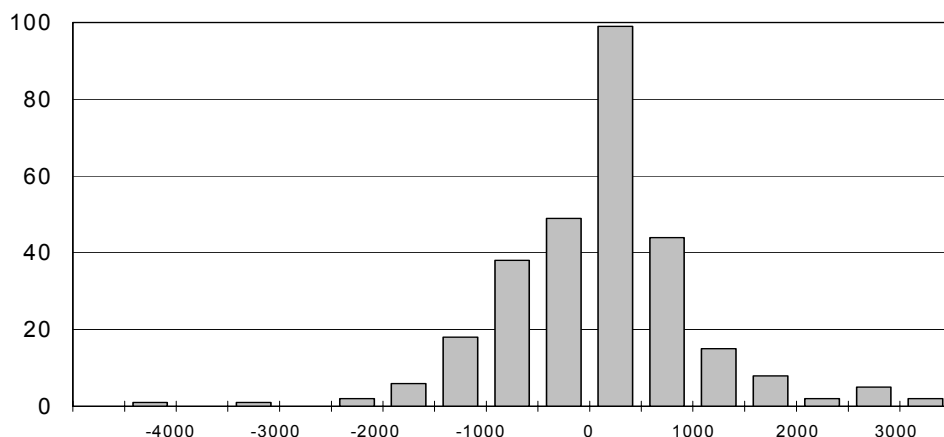
Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Diagram 2.5 visar hur kommunernas resultat 2003 fördelas i olika skikt. Av de 115 kommuner som redovisade underskott var detta större än 1 000 kronor per invånare för 28 kommuner. Fyra kommuner hade ett underskott som översteg 2 000 kronor per invånare Bjurholm, Vansbro, Älvsbyn och Laxå. Drygt hälften av de kommuner som redovisade ett överskott 2003 hade ett överskott som understeg 500 kronor per invånare. Ett överskott på 500 kronor per invånare motsvarar en marginal på ca 1,5 procent av nettokostnaderna för genomsnittskommunen. Två kommuner redovisade ett resultat som översteg 3 000 kronor per invånare Lidköping och Älvdalen.

## Diagram 2.5 Fördelning av kommunernas resultat 2003

Skr. 2003/04:102

Resultat före extraordinära poster, kronor per invånare. Antal kommuner i respektive skikt om 500 kronor per invånare

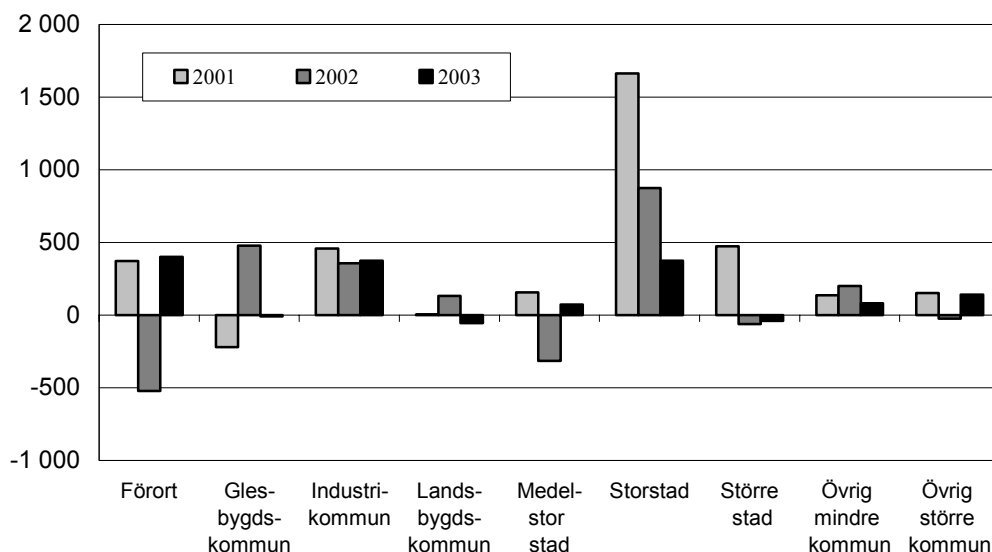


Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Förortskommuner, industrikommuner och storstäder var de kommungrupper som i genomsnitt hade de starkaste resultaten 2003. Svagast resultat hade landsbygdskommuner och större städer. Förortskommunerna förbättrade sitt genomsnittliga resultat kraftigt jämfört med 2002, vilket till stor del förklaras av ett förbättrat finansiellt netto. Storstäder och glesbygdskommuner svarade för den största resultatförsämringen. En bidragande förklaring när det gäller glesbygdskommunerna kan vara att ett flertal av dessa kommuner under 2002 genomförde kostnadsminskningar i samband med de överenskommelser man ingått med regeringen efter beredning av Kommundelelegationen. De minskade kostnaderna bidrog till att förbättra resultaten påtagligt 2002, men förra året ökade kostnaderna kraftigt. Störst resultatförsämring sedan 2001 har storstäderna.

## Diagram 2.6 Resultat i olika kommungrupper

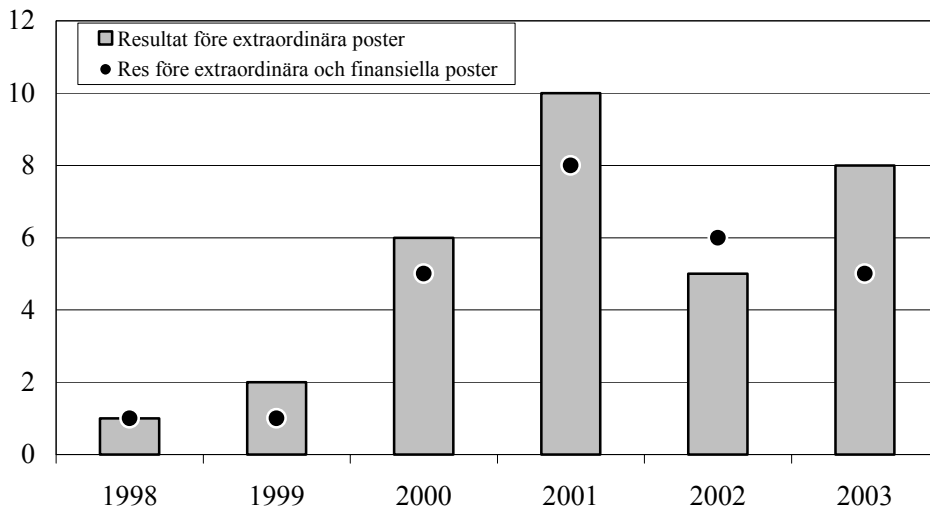
Resultat före extraordinära poster, kronor per invånare



Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Landstingen uppvisar en likartad utveckling jämfört med kommunerna. Antalet landsting med överskott ökade fram till och med 2001. Antalet halverades 2002 för att åter stiga 2003. Åtta av tjugo landsting, dvs. 40 procent, redovisade överskott 2003. Rensat för de finansiella posterna har antalet landsting med överskott minskat de senaste två åren.

**Diagram 2.7 Antal landsting med positivt resultat**

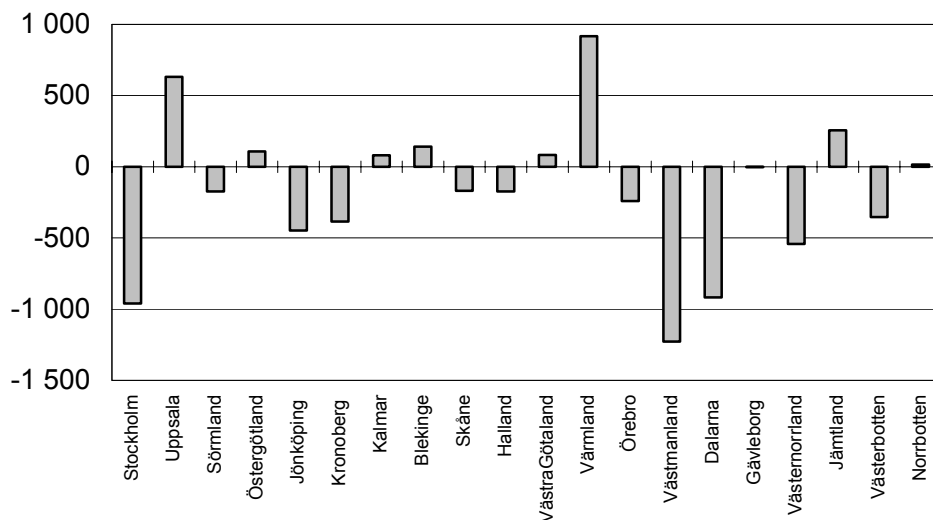


Källor: Landstingsförbundet och Finansdepartementet.

Västmanland, Stockholm och Dalarna redovisade de största underskotten per invånare bland landstingen 2003, medan Värmland och Uppsala redovisade de största överskotten. Stockholm, Skåne och Kalmar redovisade de största resultatförbättringarna mellan 2002 och 2003, de förra genom skattehöjningar och det senare genom ett förbättrat finansiellt netto. Norrbotten, Västmanland och Dalarna hade de största resultatförsämringarna.

**Diagram 2.8 Landstingens resultat 2003**

Resultat före extraordinära poster, kronor per invånare



Källor: Landstingsförbundet och Finansdepartementet.

Anm. Resultatet för Östergötland har justerats så att pensionskostnaderna är redovisade i enlighet med den s.k. blandmodellen.

Det kommunala utjämningsystemet syftar till att ge kommuner och landsting likvärdiga ekonomiska förutsättningar. Skillnaderna i kommunalskatt bör därigenom efter hand minska, om än inte försvinna, eftersom skillnaderna även beror på olikheter vad avser servicenivå, effektivitet och avgiftsfinansiering, vilket inte kompenseras i utjämnningen. Mellan 1995, året innan utjämningsystemet infördes, och 2004 har skillnaden mellan lägsta och högsta kommunalskattesats<sup>2</sup> minskat från 7,50 procentenheter till 5,14 procentenheter.

Det finns olika sätt att mäta spridningen i kommunalskatt. I tabell 2.2 redovisas skattesatserna 1995, 2003 och 2004 samt vissa spridningsmått. Att även 2003 redovisas beror på att skillnaden mellan högsta och lägsta skattesats då var något lägre jämfört med 2004.

**Tabell 2.2 Kommunala skattesatser**

År	1995	2003	2004
Vägt medelvärde	30,52	31,17	31,51
Högsta skattesats	33,20	33,72	34,04
Lägsta skattesats	25,70	28,90	28,90
<i>Variationsvidd</i>	<i>7,50</i>	<i>4,82</i>	<i>5,14</i>
<i>Genomsnittlig avvikelse</i>	<i>0,89</i>	<i>0,76</i>	<i>0,73</i>

Skillnaden mellan högsta och lägsta skattesats (variationsvidden) som nämnts ovan är ett, om än grovt spridningsmått. Ett annat mått är den genomsnittliga avvikelsen. Genom att beräkna absolutvärdet för skillnaden mellan varje kommuns skattesats och medelvärdet och därefter summera skillnaderna samt dividera summan med antalet kommuner, erhålls den genomsnittliga avvikelsen.

Måtten visar att spridningen i kommunalskatt har minskat mellan 1995 och 2004. Även om skillnaden mellan lägsta och högsta skattesats ökade något mellan 2003 och 2004, visar den genomsnittliga avvikelsen på en fortsatt minskning av spridningen även mellan dessa år. Att spridningen har minskat beror främst på att skatten har höjts i kommuner med låg skatt, men skatten har höjts även i andra kommuner. Skattehöjningarna beror i stor utsträckning på att landstingsskatten har höjts.

År 1995 fanns det flera kommuner med en sammanlagd kommunalskatt i intervallet 25–28 procent (lägst skatt hade Täby med 25,70 procent). År 2004 ligger den kommun som har lägst skatt på 28,90 procent (Kävlinge) och endast ett fåtal kommuner har en skatt som understiger 30 procent. År 1995 fanns det endast en kommun med en skatt som översteg 33 procent, medan det 2004 finns flera kommuner i intervallet 33–34 procent. Som framgår av tabell 2.2 är den högsta skattesatsen 34,04 procent (Dals-Ed).

<sup>2</sup> Med kommunalskatt avses sammanlagd skatt till både kommun och landsting.

Kommunernas nettokostnader ökade mellan 2001 och 2002 med 5,6 procent. Skillnaderna i kostnadsutveckling mellan olika verksamheter är dock relativt stora. (Kostnadsuppgifter på verksamhetsnivå för 2003 publiceras i juni 2004).

**Tabell 2.3 Procentuella förändringar av kostnaden för några av kommunernas verksamheter**

*Nettokostnader löpande priser*

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Utbildning	5,2%	7,1%	4,7%
Äldre- och handikappomsorg	6,5%	6,4%	7,9%
Barnomsorg	0,0%	3,1%	5,0%
Individ- och familjeomsorg	0,1%	1,0%	4,5%

*Källa:* Vad kostar verksamheten i din kommun, Svenska Kommunförbundet och Statistiska centralbyrån.

För utbildning, barnomsorg och äldreomsorg påverkas kostnadsutvecklingen bland annat av de demografiska förändringarna. Förändringen av kostnaderna för landstingens verksamheter redovisas endast för 2002 eftersom verksamhetsindelningen ändrades fr.o.m. 2001. Det är kostnaden för specialiserad vård samt tandvård som ökar snabbast. För fylligare beskrivning av orsakerna till kostnadsförändringarna hänvisas till respektive verksamhetsavsnitt i skrivelsen.

**Tabell 2.4 Procentuella förändringar av nettokostnaden för några av landstingens verksamheter, 2002**

*Nettokostnader i löpande priser*

	<b>2002</b>
Primärvård	3,7%
Specialiserad vård	10,3%
Tandvård	22,6%
Övrig hälso- och sjukvård	4,9%

*Källa:* Landstingsförbundet.

## 2.4 Kommunala företag

Kommuner och landsting är ägare till drygt 1 500 företag. För att ett företag skall räknas som kommun- eller landstingsägt skall minst 50 procent av röstetalet innehas av kommunen eller landstinget. Mellan 2001 och 2002 minskade antalet kommunägda företag med 24 till 1 423. Antalet landstingsägda företag 2002 var 116, vilket var en ökning med 26 jämfört med 2001. Omsättningen i de kommun- och landstingsägda företagen har ökat under perioden 1997–2001, men under 2002 sjönk omsättningen med 4 procent till 152 miljarder kronor. De kommunägda



företagens omsättning minskade med knappt 11 procent medan de landstingsägda företagens omsättning ökade med 32 procent. Skr. 2003/04:102

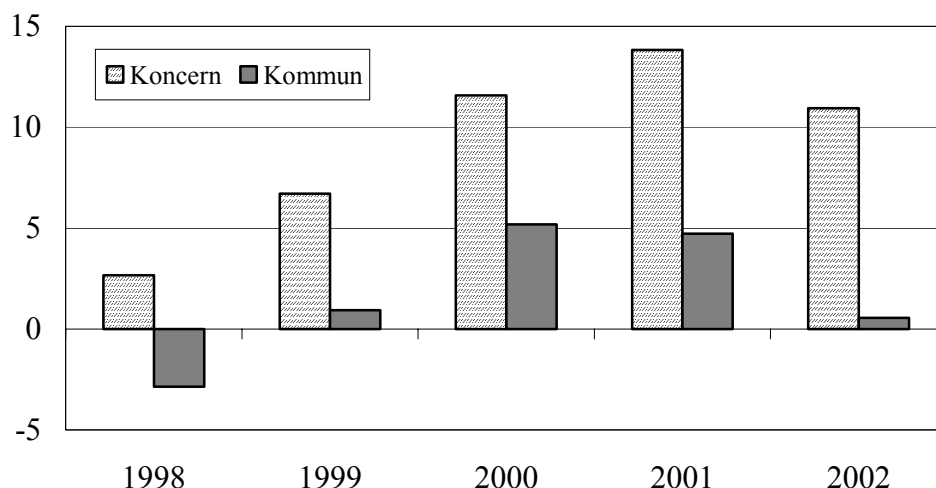
**Tabell 2.5 Kommunägda och landstingsägda företag**

Ägare	Antal företag den 31 dec. resp. år			Omsättning, miljoner kr		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Kommun	1 431	1 447	1423	129 706	134 559	120 030
Landsting	93	90	116	20 747	24 246	32 032
Totalt	1 524	1 537	1539	150 453	158 805	152 062

Källa: Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2002, Statistiska centralbyrån.

Drygt hälften av de kommunägda företagen var verksamma inom fastighetsförvaltning. Det näst största verksamhetsområdet var energi och vattenförsörjning som uppgick till 21 procent av antalet företag. Företagens betydelse för kommunernas ekonomi är stor. En kommun eller ett landsting som äger ett företag som ger vinst kan ta del av denna vinst och satsa på verksamheten, medan en kommun kan tvingas ge ägartillskott till ett förlusttyngt bolag. Företagens resultat påverkar därmed kommunernas ekonomi och verksamhet. År 2002 är det 28 kommuner som har ett negativt resultat före extraordinära poster i kommunen men som har ett positivt resultat före extraordinära poster i kommunkoncernen. I tabellen nedan visas koncernernas respektive kommunernas resultat före extraordinära poster.

**Diagram 2.10 Kommunernas och koncernens resultat före extraordinära poster, miljarder kronor i löpande priser**



Kommunkoncernernas resultat före extraordinära poster uppgick till 10,9 miljarder kronor 2002, att jämföra med kommunernas resultat, som var 0,6 miljarder kronor. De 116 landstingsägda företagen hade för 2002 en sammanlagd förlust på 708 miljoner kronor. Detta är en ökning av förlusten från 2001 som då var 477 miljoner kronor. De flesta företagen finns inom transport och kommunikation. Den vanligaste enskilda verksamheten var kollektivtrafikverksamhet.

De senaste åren har landstingen börjat ombilda delar av sjukvården till företag. Från att det 1999 fanns fyra landstingsägda hälso- och sjukvårdsföretag har antalet stigit till 13 företag 2002. Hälso- och sjukvårdsföretagen är personalintensiva. Av totalt 27 973 anställda i landstingsägda företag 2002 arbetade nästan 70 procent i sjukvårdsföretag. (Källa: Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2002, SCB)

## 2.5 Kommunala köp av verksamheter

Kommunerna bedriver i stor utsträckning sin verksamhet i egen regi. Av de totala verksamhetskostnaderna 2002 på 371 miljarder kronor härrörde tolv procent av köp från olika entreprenörer (köp mellan kommuner ingår inte här). I jämförelse med 2001 innebar det en ökning med 6 miljarder kronor. År 1997 svarade den totala entreprenadverksamheten för 18 miljarder kronor, och har sedan ökat till 43 miljarder kronor 2002. De områden där entreprenadverksamheten främst har ökat under senare delen av 1990-talet och i början av 2000-talet är omsorgen om äldre och funktionshindrade samt utbildning.

Köp av verksamhet, som andel av de totala driftskostnaderna, har ökat kontinuerligt, från ca sju procent 1997 till tolv procent 2002. Jämförs enskilda kommuner är det stor skillnad på hur vanligt det är att köpa verksamhet i stället för att utföra den i egen regi. Oftast förekommer entreprenader i gruppen större städer och i synnerhet bland kommunerna i Stockholmsregionen. Mellan 2000 och 2002 har andelen köp av förskoleverksamhet och skolbarnomsorg ökat från 9 till 13 procent. Motsvarande siffror för individ- och familjeomsorgen är 19 procent 2000 och 23 procent 2002.

**Tabell 2.6 Kommunernas köp av kommunal verksamhet 2002**

*Miljoner kronor och procent*

Verksamhet	Totalt <sup>1</sup>	Från Föreningar, stiftelser & övr företag	Kommunägda företag, komm.förbund & landsting	Staten	Enskilda	2002	2000
						Andel köp av nettokostnad	Andel köp av nettokostnad
Förskoleverks. och skolbarn- omsorg	5 444	5 286	72	11	75	13%	9%
Utbildning (inkl. förskoleklass)	12 585	9 045	3 258	120	175	17%	15%
Vård och omsorg om äldre och funktions- hindrade	13 107	11 595	1 146	50	316	13%	12%
Individ- & familjeomsorg	5 703	4 019	287	830	575	23%	19%
Övrig verksamhet	3 699	2 060	1 512	55	45		
Summa egentlig verksamhet	40 495	32 005	6 275	1 067	1 186		
Affärsverk- samhet	3 141	2 509	603	11	18	15%	11%
<b>Totalt</b>	<b>43 678</b>	<b>34 595</b>	<b>6 771</b>	<b>1 078</b>	<b>1 204</b>	<b>12%</b>	<b>10%</b>

Källa: Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2002, Statistiska centralbyrån. Även Räkenskapssammandraget för kommuner 2000 och 2002, Statistiska centralbyrån.

<sup>1</sup> Köp och försäljning av verksamhet från andra kommuner är nettoredovisad (exkluderad). I tabellen finns transaktioner mellan kommuner och kommunalförbund redovisade.

**Det kommunala utjämningsystemet**

Det nuvarande utjämningsystemet för kommuner och landsting infördes 1996, tillsammans med ett nytt generellt statsbidrag. I systemet ingår även särskilda införanderegler. Utjämnning sker genom att kommuner och landsting med en skattekraft (beskattningsbar inkomst per invånare) över genomsnittet och/eller goda strukturella förutsättningar, beträffande befolkningsstruktur, sociala förhållanden och bebyggelsestruktur m.m., betalar en utjämningsavgift till staten. Kommuner och landsting med en skattekraft som är lägre än genomsnittet och/eller som har sämre strukturella förutsättningar erhåller ett utjämningsbidrag från staten.

I tabellen nedan redovisas omfördelningen i de olika delarna av utjämningsystemet 2003. Den största omfördelningen sker inom inkomstutjämnningen. För enskilda kommuner kan dock kostnadsutjämnningen vara av större betydelse.

**Tabell 2.7 Omslutning i det kommunala utjämningsystemet 2003***Miljarder kronor*

	<b>Kommuner</b>	<b>Landsting</b>
Inkomstutjämnningen	14,1	5,5
Kostnadsutjämnningen	5,2	1,6
Införanderegler	1,4	1,4
Totalt utjämnning	15,6	5,3
Generella statsbidrag	40,2	10,6

Tabell 2.8 visar inkomstutjämnningens omfördelningseffekter mellan olika landsdelar. Kommunerna och landstinget i Stockholms län betalar netto ca 17 miljarder kronor i avgifter i inkomstutjämnning. Störst bidragsmottagare netto är kommunerna och landstingen i Götaland, såväl i kronor som i kronor per invånare.

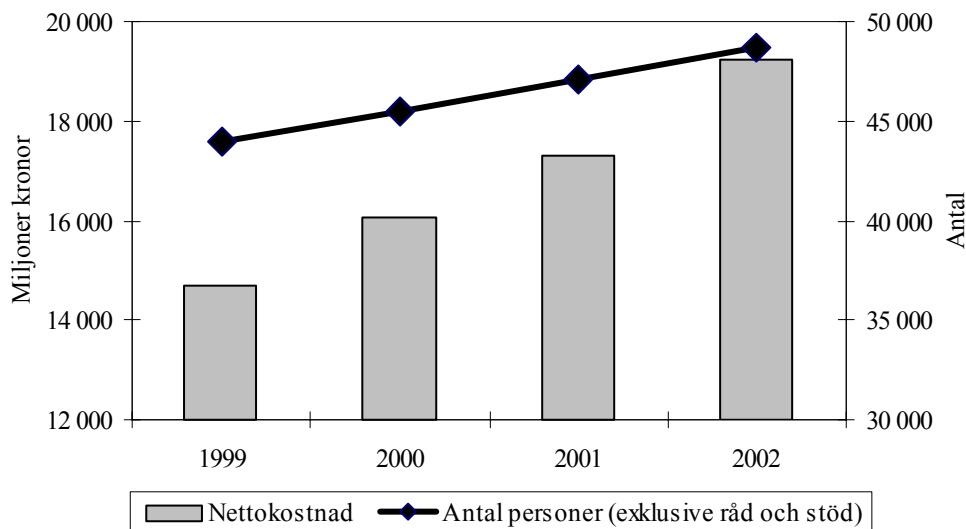
**Tabell 2.8 Omfördelning i inkomstutjämnningen 2003**

	Antal	Mnkr	Kr/inv
<b>Kommuner</b>			
Stockholms län	26	-11 145	-6 023
Övriga Svealand	70	2 548	1 554
Götaland	140	7 290	1 699
Norrland	54	1 942	1 677
Summa	289	635	71
<b>Landsting</b>			
Stockholms län	1	-5 921	-3 200
Övriga Svealand	6	1 164	710
Götaland	8	3 453	805
Norrland	5	848	732
Summa	20	-456	-51

Kostnadsskillnaderna mellan kommuner för verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är mycket stora. Under perioden 2001 till 2003 har statsbidrag om 450 miljoner kronor varje år utgått till kommuner som haft höga kostnader för verksamhet enligt LSS. Statsbidragen har varit tillfälliga i avvaktan på ett nationellt utjämningsystem.

Den 1 mars 2004 infördes ett nytt nationellt system för kostnadsutjämning avseende verksamhet enligt LSS. Precis som i det ordinarie kostnadsutjämningsystemet beräknas en standardkostnad för varje kommun. Beroende på hur den enskilda kommunens standardkostnad avviker från den för landet genomsnittliga standardkostnaden per invånare lämnas ett bidrag eller betalas en avgift.

**Diagram 2.11 Nettokostnad för verksamhet enligt LSS samt antal personer som får verksamhet (exklusive råd och stöd)**



När riksdagen beslutade om LSS-reformen beräknades kostnaderna till ca 10 miljarder kronor per år. Nu nästan tio år efter reformens införande uppgår nettokostnaderna till nästan 20 miljarder kronor. Kostnadsökningen mellan 2001 och 2002 var ca 11 procent, medan antalet personer med insatser enbart ökade med ca 3 procent.

## 2.7 Utvecklingen av anslag som i sin helhet går till kommuner och landsting

I Statskontorets rapport *Statsbidragen till kommuner och landsting* (2003:5) görs en kartläggning och analys av statsbidragsgivningen till kommuner och landsting. Det utgår bidrag till kommuner och landsting från ett stort antal anslag. Kartläggningen avseende år 2001 visar att det utgick bidrag från 127 anslag. Vissa av dessa bidrag var generella och andra var på olika sätt villkorade. I rapporten görs en uppdelning av statsbidragen i tre kategorier.

Kategori 1 består av de anslag som i sin helhet är avsedda för kommuner och landsting.

Kategori 2 omfattar anslag där delar av anslaget är avsett för kommuner eller landsting.

Kategori 3 innehåller anslag där det inte finns särskilt avsatta medel för kommuner eller landsting, men där det finns registrerade utbetalningar till kommuner eller landsting.

I kategori 1 var det 2001 19 anslag i åtta olika utgiftsområden från vilka det utgick ca 123,5 miljarder kronor. År 2003 utgick det från motsvarande anslag ca 103,3 miljarder kronor. Summan av anslagen i kategori 1 utgjorde nästan 90 procent av samtliga anslag till kommuner och landsting 2001, enligt Statskontorets rapport.

**Tabell 2.9 Utvecklingen av anslag som i sin helhet går till kommuner och landsting**

UO	Utfall 2001	Utfall 2003	Differens 2003 och 2001
UO 16 Utbildning & universitetsforskning	3 066	8 540	5 474
UO 17 Kultur, medier, trossamfund & fritid	809	1 014	205
UO 25 Allmänna bidrag till kommuner	100 629	72 400	-28 229
UO 6 Totalförsvaret	25	27	2
UO 8 Invandrare och flyktingar	2 376	2 595	218
UO 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	16 551	18 572	2 021
UO 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning & byggande	25	25	0
UO 22 Kommunikationer	100	95	-6
<b>Summa</b>	<b>123 581</b>	<b>103 268</b>	<b>-20 312</b>

*Källor:* Statskontoret (rapport 2003:5) och Finansdepartementet.

Förändringen av UO 16 beror till största delen på att ett särskilt statsbidrag till kommuner som har maxtaxa i förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg infördes 2002 och detta uppgår till ca 3,9 miljarder kronor 2003. Även anslaget Bidrag till personalförstärkningar i skola och fritidshem har ökat med nästan 2 miljarder kronor mellan de två åren. Ökningen av UO 8 beror till största delen av att antalet mottagna flyktingar ökade mellan 2001 och 2003. Minskningen av anslagen på UO 25 kan förklaras av att staten tog över kostnadsansvaret för den s.k.

momsavgiften (-31,4 miljarder kronor) samt ökat utjämningsbidrag (+5,4 miljarder kronor). Ökningen av utjämningsbidraget motsvaras av en lika stor ökning av den utjämningsavgift kommuner och landsting betalar till staten.

Ökningen av anslagen på UO 9 beror på att kostnaderna för läkemedelsförmånerna fortsätter att öka mellan 2001 och 2003, bl.a. beroende på att befolkningen blir äldre och att det i dag finns läkemedelsbehandling för sjukdomar och tillstånd som tidigare har saknat behandlingsmöjligheter. En ytterligare viktig orsak är att det hela tiden kommer nya och effektivare läkemedel som ersätter andra behandlingsmetoder. Dessa nya läkemedel har ofta ett betydligt högre pris och genererar därför högre kostnader.

För att kunna bedöma effektiviteten i bidragsgivningen i form av statsbidrag måste resurstillskotten ställas mot uppnådda effekter på verksamheten. Detta görs i många fall av verksamhetsmyndigheterna och uppföljningen av vissa satsningar redovisas i respektive verksamhetsavsnitt i denna skrivelse.

## 2.8 Särskilda insatser 2003 för att hjälpa de ekonomiskt svagaste kommunerna och landstingen

### *Kommundelagationen – arbetet med att följa upp överenskommelserna avslutat*

I juni 2003 lämnade Utredningen om uppföljning av Kommundelagationens ärenden sitt betänkande Efter Kommundelagationen - hur gick det? (SOU 2003:68). Sammanlagt 36 kommuner och 4 landsting beviljades 2000 ett villkorat stöd. Enligt överenskommelsen skulle de sänka sina bruttokostnader och uppnå en ekonomi i balans 2002. Utredarens uppdrag var bl.a att följa genomförandet av åtgärdsplaner samt utvecklingen i berörda kommuner och landsting.

Hela 34 kommuner och 2 landsting har klarat av överenskommelsen och fått sina bidrag utbetalda. De 2 kommuner och 2 landsting som inte klarat att uppnå överenskommelsen fick under hösten 2003 sina överenskommelser förlängda och skall uppnå en ekonomi i balans senast i bokslutet för 2004.

Några viktiga faktorer för att nå framgång med arbetet att nå en ekonomi i balans har varit probleminsikt, det politiska och administrativa ledarskapet, politiskt samförstånd, information, ekonomisk uppföljning, uthållighet, samverkan och tydliga ekonomiska spelregler.

### *Stöd till kommuner och landsting med kraftig befolkningsminskning*

Åren 2001–2004 utgår ett omställningsbidrag till landsting med kraftig befolkningsminskning. Under 2003 fick sju landsting dela på 156 miljoner kronor. Bidraget utgår med 60 kronor per invånare för varje procentenhet som minskningen överstiger två procent under en femårsperiod. Åren 2003 och 2004 utgår även ett stöd till kommuner med kraftig befolkningsminskning. Under 2003 fick 104 kommuner dela på 150 miljoner kronor. Bidraget utgår med 36 kronor per invånare för

varje procentenhet som minskningen överstiger fem procent under en tioårsperiod. Skr. 2003/04:102

### *Hiv/aids*

Ett tillfälligt statsbidrag till förebyggande hiv/aidsverksamhet i storstadsregionerna har funnits sedan 1998. Under 2003 beviljade regeringen bidrag på sammanlagt 90 miljoner kronor för hiv-preventivt arbete som fördelades till tre kommuner och tre landsting.

### *Samverkansbidrag*

Regeringen beviljade under 2003 sammanlagt 100 miljoner kronor i bidrag till kommuner och landsting i syfte att främja samverkan mellan kommuner och/eller landsting med befolkningsminskning, varav 50 miljoner kronor betalades ut 2003 och resten betalas ut 2004.

### *Översvämningar*

Under 2003 utbetalades 7,7 miljoner kronor till kommuner för kostnader till följd av översvämningar.

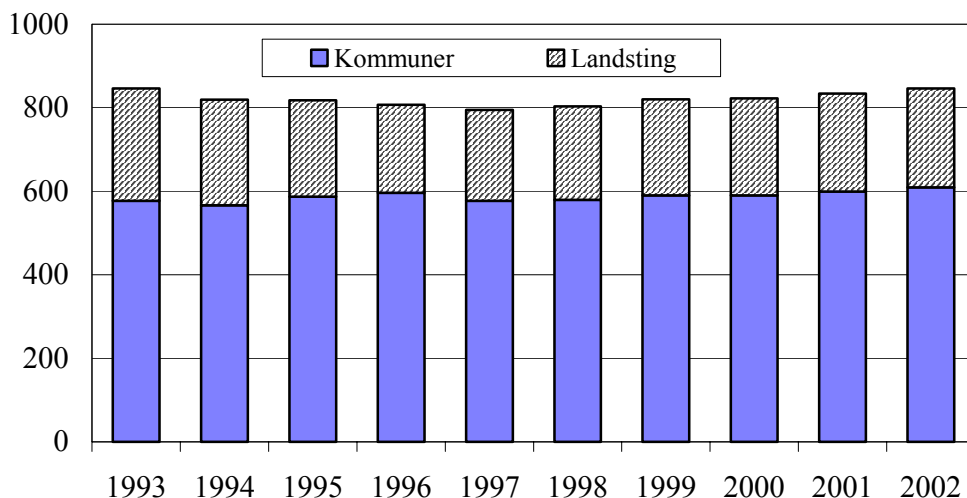
## 2.9 Personal

### **Sysselsättning**

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet sammanställer årligen statistik över det totala antalet anställda i kommuner respektive landsting per den 1 november.

**Diagram 2.12 Antal årsarbetare i kommuner och landsting**

*Tusental personer*



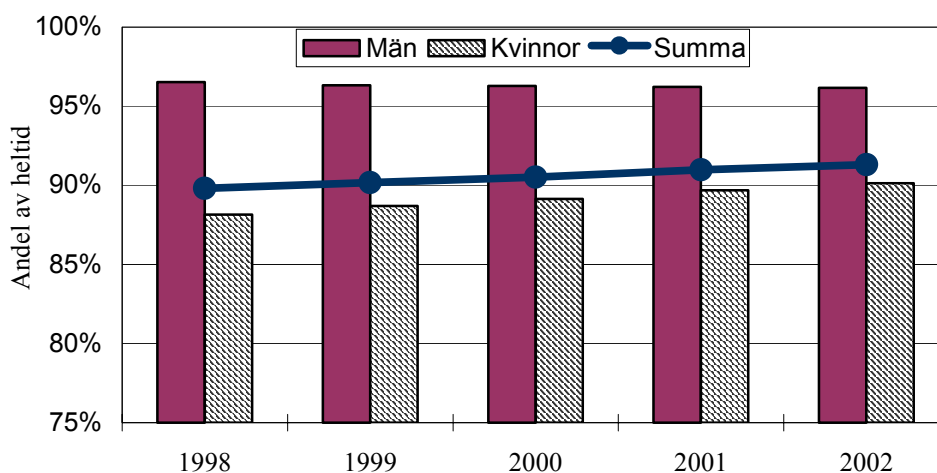
Antalet sysselsatta i kommunsektorn 2002 uppgick till 846 000 årsarbetare och nådde därmed upp till samma nivå som 1993. Under åren 1993–1997, minskade antalet anställda bl.a. som en följd av de försämrade ekonomiska förutsättningarna. Sedan 1997 har sysselsättningen ökat med motsvarande 50 000 årsarbetare. Samtidigt har kommunernas och landstingens köp av tjänster ökat. Framför allt utvecklingen av entreprenader inom vård och omsorg samt skolor som drivs av andra än kommuner påverkar antalet anställda i kommunsektorn utan att verksamhetens omfattning påverkas.

Under perioden 1997 t.o.m. 2002 har kommunernas kostnader för köp av verksamhet ökat från ca 7 procent av totala driftkostnaderna till 12 procent. Denna ökning motsvarar ca 40 000 årsarbetare, en utveckling som inte visas i diagrammet ovan.

Sysselsättningsutvecklingen påverkas även av att delar av verksamheten som tidigare bedrevs i förvaltningsform i stället organiseras i bolagsform. Antalet anställda i kommunala och landstingskommunala bolag har dock inte förändrats nämnvärt de senaste åren.

Ett annat mått på sysselsättning är sysselsättningsgrad och utvecklingen av denna i den kommunala sektorn visas i diagrammet nedan.

**Diagram 2.13 Genomsnittlig överenskommen sysselsättningsgrad**



*Källor:* Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Timanställda ej inräknade.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden har ökat till 91,3 procent av heltid. Detta beror på att kvinnor i mindre utsträckning än tidigare är anställda på deltid. Skillnaden mellan män och kvinnor har i genomsnittlig överenskommen sysselsättningsgrad under perioden 1998–2002 minskat från ca 8 till ca 6 procentenheter. Mäns sysselsättningsgrad har varit ungefär oförändrad på 96 procent medan den för kvinnor ökat från ca 88 procent till ca 90 procent under perioden.

### Sjukfrånvaro

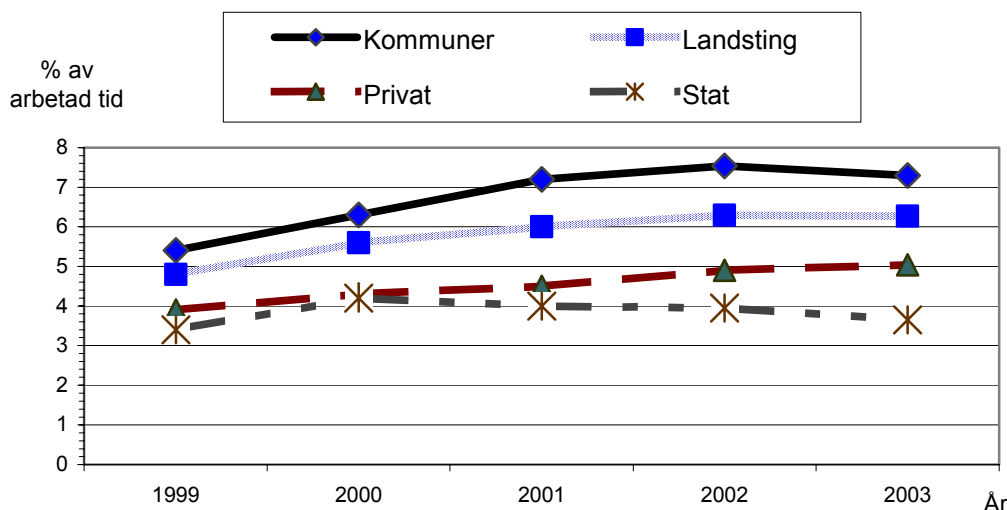
Sjukfrånvaron har ökat markant på hela arbetsmarknaden under de senaste åren. Ökningen har varit speciellt stor bland kommuner och



landsting, vilket lett till en debatt om orsaker och möjliga sätt att försöka bryta den negativa utvecklingen. Skr. 2003/04:102

## Diagram 2.14 Andel sjukfrånvarande per sektor

Procent av arbetad tid



Källa: SCB:s arbetskraftsundersökning.

Att sjukfrånvaron är högre bland äldre än bland yngre är ett välkänt och naturligt faktum. Dessutom har kvinnor högre sjuktal än män generellt. En del av förklaringen till de olika utvecklingstendenserna mellan arbetsmarknadens sektorer kan alltså bero på skillnader i ålders- och könsfördelning. I en rapport från Svenska Kommunförbundet (Hög kommunal sjukfrånvaro - en statistisk synvill, september 2003) uppskattas att huvuddelen (ca 80 procent) av skillnaden i sjukfrånvaro mellan privat och kommunal sektor 2002 beror på dessa faktorer. I början av 1990-talet hade dock kommun- och landstingssektorn lägre sjukfrånvaro än privata sektorn om man korrigerar för skillnader i ålders- och könsfördelning. En könsuppdelning av statistiken visar att för kvinnor har skillnaden som beror på andra faktorer än de ovan beskrivna ändrats betydligt. År 1992 hade kvinnor i kommunala sektorn 0,7 procentenheter lägre sjukfrånvaro än kvinnor i den privata sektorn medan man 2002 hade 1 procentenhet högre frånvaro.

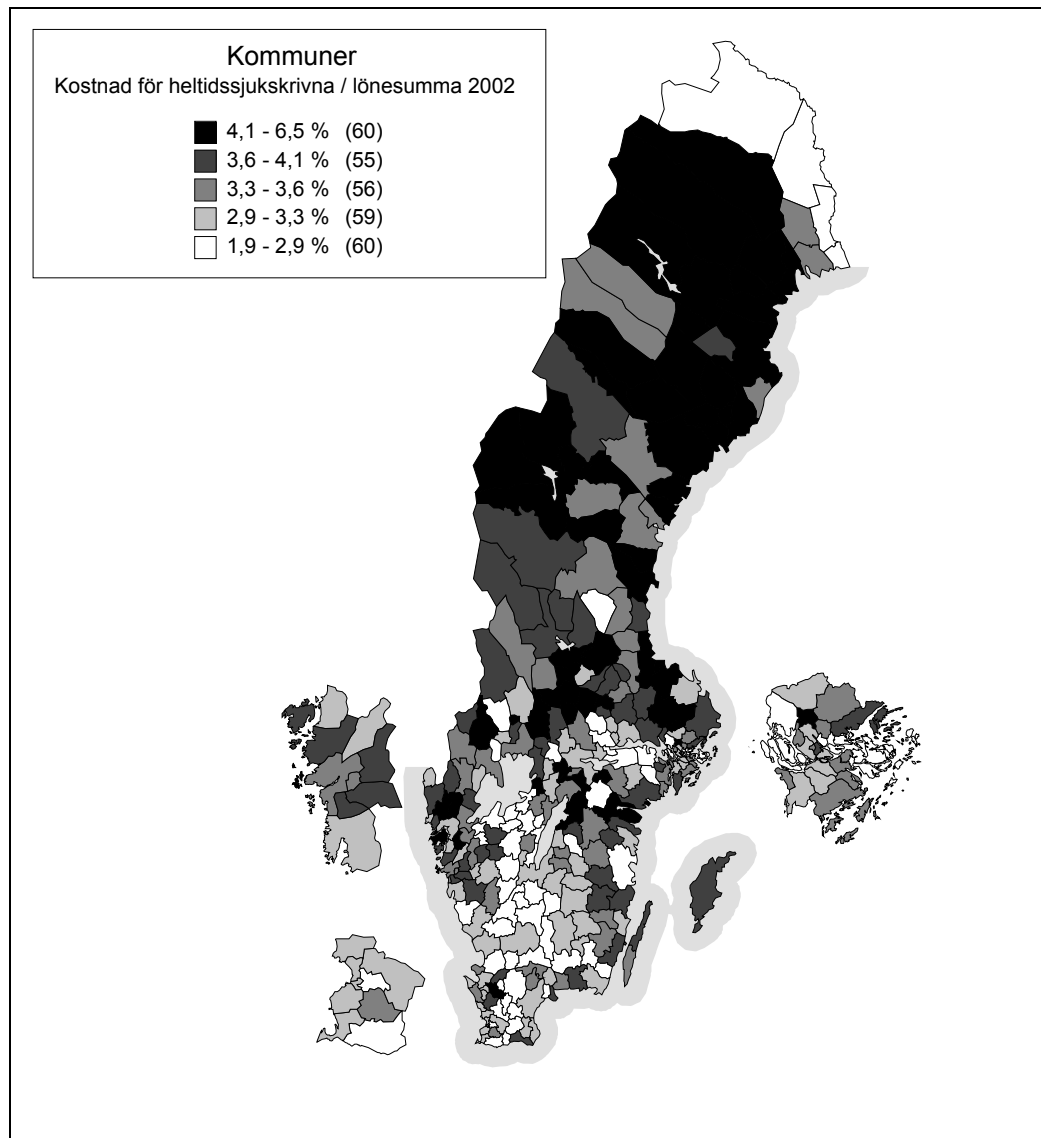
### Regionala skillnader i sjukfrånvaro

Nivån på sjukfrånvaron uppvisar stora skillnader när man jämför olika delar av landet. Detta gäller såväl för hela arbetsmarknaden som för kommunsektorn. Generellt har kommuner och landsting i norra delen av landet högre sjuktal än i söder. Dessa skillnader förklaras inte av olikheter i ålders- eller könsfördelningen hos personalen.

För att underlätta jämförelser inom kommunsektorn och även gentemot andra delar av arbetsmarknaden, trädde vid halvårsskiftet 2003 en lag i kraft som gör det obligatoriskt för arbetsgivare med mer än tio anställda att redovisa ett antal nyckeltal som speglar sjukfrånvaron.

Dessa nyckeltal skall sedan publiceras i årsredovisningarna från respektive arbetsgivare och öka möjligheterna att jämföra och analysera orsakerna till de uppmätta skillnaderna. Skr. 2003/04:102

**Diagram 2.15 Sjukfrånvaro bland kommunanställda 2002**



## Rekrytering

### *Utbildningssektorn*

Det råder fortfarande brist på utbildad personal inom utbildningssektorn men läget har förbättrats jämfört med tidigare år. Anledningen är minskade behov av personal inom grundskola och vuxenutbildning, sämre ekonomi inom kommunsektorn och viss överströmning från andra sektorer, t.ex. av utbildade inom teknik och naturvetenskap. Arbetslösheten bland utbildade lärare är marginell och examinationen från lärarhögskolorna är, trots en viss ökning de senaste åren, otillräcklig i förhållande till behoven. För att täcka lärarbehovet anställs i stället obehöriga lärare. I gymnasieskolan saknar var fjärde heltidsanställd

lärare behörighet och bland deltidslärarna är ungefär hälften obehöriga enligt en rapport från Skolverket.

För att stimulera akademiker verksamma både inom och utanför skolan till att komplettera sina tidigare utbildningar till en fullständig lärarexamen och därmed underlätta rekryteringen av nya lärare, pågår en försöksverksamhet i samverkan mellan kommuner och högskolan. Projektet *Särskild lärarutbildning* (SÄL) har pågått mellan 1999 och 2001 och har omfattat 200 studenter. Syftet var främst att ge fler anställda inom skolan behörighet i de matematiska och naturorienterade ämnena. Satsningen har följts av *Kompletterande lärarutbildning* (KUT) som pågår fram till 2004 och omfattar 300 studenter.

### *Vård- och omsorgssektorn*

Efterfrågan på arbetskraft har avtagit påtagligt inom sjukvård och omsorg, och de tidigare höga bristtalen har dämpats. Fortfarande intas dock sex av de sju första platserna i en rangordning över bristindex av yrken inom denna verksamhet, och i samtliga av dessa fall är det fråga om specialistläkare och sjuksköterskor, alltså yrken med krav på högskolekompetens. Däremot har bristen på arbetskraft inom vissa gymnasieyrken – framför allt undersköterskor – dämpats på riksnivå men finns fortfarande delvis kvar i storstadsområdena, främst i Stockholms län. Ett kvarstående problem är dock att ca 40 procent av de anställda undersköterskorna/omvårdnadspersonalen saknar formell utbildning motsvarande omvårdnadsprogrammet.

## 2.10 Organisation och verksamhet

### **Kommunal indelning**

Det finns 290 kommuner och 20 landsting. Den senast tillkomna kommunen är Knivsta som bildades den 1 januari 2003.

### **Studie av kommuners och landstings organisations-, styr- och verksamhetsformer**

Statistiska centralbyrån (SCB) har på uppdrag av regeringen studerat kommuners och landstings förnyelsearbete. Uppgifter har samlats in genom en enkät som besvarats av samtliga landsting och av 288 av 290 kommuner. Resultaten presenterades i december 2003 i en rapport som innehåller uppgifter om politisk organisation, samarbetsformer, valstatistik samt intern kontroll och revision. Jämförelser görs med ett liknande material som samlades in av Statskontoret föregående mandatperiod (Den lokala demokratins utveckling och funktionssätt, SCB 2003). Av rapporten framgår bl.a. att det efter valet 2002 finns omkring 66 500 förtroendeuppdrag i kommunerna och ca 7 100 förtroendeuppdrag i landstingen.<sup>3</sup> För kommunernas del är det en

<sup>3</sup> Ett förtroendeuppdrag har de som är ledamöter och ersättare i fullmäktige, nämnder och fullmäktigeberedningar samt revisorer och revisorsersättare.

minskning från föregående mandatperiod med cirka 1700 uppdrag. I Svenska Kommunförbundets, Landstingsförbundets och Justitiedepartementets rapport "Det nya seklets förtroendevalda – Om politiker – antal och representativitet i kommuner och landsting 2003" finns även uppgifter om antalet förtroendevalda 2003. Antalet förtroendevalda i kommunerna är ungefär 42 200 och i landstingen omkring 4 600.

SCB:s studie visar vidare att andelen kommuner som använder sig av kommunalnämnder har sjunkit. År 2003 uppgav sju kommuner att de har en heltäckande uppdelning i kommunalnämnder. Det var nästan en halvering jämfört med 1999 då tretton kommuner hade en heltäckande uppdelning i kommunalnämnder.

### **Kommunal samverkan – nya möjligheter**

Kommunal samverkan blir allt vanligare. Andelen kommuner med gemensam nämnd ökade från 21 procent till 25 procent mellan 2001 och 2003. Andelen kommuner som ingick i kommunalförbund ökade från 63 procent till 79 procent mellan 1999 och 2003. Antalet landsting som ingick i kommunalförbund ökade från fyra till tolv mellan 1999 och 2003, vilket delvis kan förklaras av bildandet av kommunala samverkansorgan (Den lokala demokratins utveckling och funktionssätt, SCB 2003).

Från den 1 juli 2003 kan kommuner och landsting bilda gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet, t.ex. rörande hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, missbrukarvård samt stöd och service till vissa funktionshindrade. Landsting och kommuner måste samverka inom länets gränser. Den gemensamma nämnden ingår i en av de samverkande kommunernas eller landstingens organisation. Någon ny juridisk person bildas inte.<sup>4</sup> Från den 1 januari 2004 kan kommuner och landsting samverka med arbetsförmedling och försäkringskassa inom rehabiliteringsområdet genom finansiell samordning. Målgruppen för samordningen är människor med behov av samordnande rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna.<sup>5</sup>

### **Regionala självstyrelseorgan och samverkansorgan**

Försöksverksamheten med ändrad regional ansvarsfördelning fortsätter i Skåne och Västra Götalands län. Regeringen har givit Högskolan i Halmstad respektive Statskontoret i uppdrag att utvärdera försöksverksamheten. Uppdraget skall redovisas senast i december 2004.

Kommunala samverkansorgan kan bildas fr.o.m. den 1 juli 2002 med stöd av lagen (2002:34) om samverkansorgan i länen. Samverkansorganet utgörs av ett kommunalförbund där länets samtliga kommuner är medlemmar. Även landstinget kan ingå, men det är inget krav. Det finns i dag samverkansorgan i åtta län. Samverkansorganen får överta vissa regionala utvecklingsfrågor från länsstyrelserna, som att utarbeta regionala utvecklingsprogram samt att prioritera bland åtgärder vid upprättande av länsplaner för regional infrastruktur. Utöver de

<sup>4</sup> Lag (2003:192) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet.

<sup>5</sup> Lag (2003:1210) om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

statliga uppgifterna har samverkansorganen även övertagit uppgifter och verksamheter från landstingens regionala enheter och från de regionala kommunförbunden (Nya samverkansorgan – Regionfrågans utveckling i landet 2003, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet).

### *Utvecklingen av 24-timmarsmyndigheten*

Modern informationsteknik har skapat nya förutsättningar för utveckling av den offentliga förvaltningen. Många kommuner och landsting arbetar för att ta fram offentliga elektroniska tjänster, t.ex. gymnasieansökningar och tidbokningar via Internet, elektroniska journaler inom sjukvården samt information om den demokratiska beslutsprocessen på sina webbplatser. Bredbandsutbyggnaden sker i snabb takt över hela landet. Utbyggnaden av bredband bidrar till ökad samverkan mellan kommuner, t.ex. avseende gemensam drift av telefonitjänster, webbplatser och geografiska informationssystem (GIS). Samverkan mellan såväl kommuner och landsting som statliga myndigheter är en viktig förutsättning för utvecklingen av ”24-timmarsmyndigheten”.

Statskontoret har tagit initiativ till en kommunal samverkansgrupp med företrädare för ett tiotal kommuner. I gruppen förs bl.a. samtal om elektroniska tjänster till medborgare och företag som kräver samverkan mellan enskilda kommuner samt mellan kommuner och statliga myndigheter. Kommungruppen arbetar även för att ta fram en förvaltningsgemensam infrastruktur ([www.24-timmarsmyndigheten.se](http://www.24-timmarsmyndigheten.se)).

Sambruksplattformen är ett projekt som drivs i samverkan mellan ett antal kommuner. Projektet syftar till att ta fram en gemensam grund för utveckling av elektroniska tjänster samt tekniska komponenter för utveckling och drift av tjänsterna. Bakgrunden till skapandet av sambruksplattformen är bl.a. en vilja att dela utvecklingskostnaderna och att finna nya samarbetsformer ([www.24-timmarsmyndigheten.se](http://www.24-timmarsmyndigheten.se)).

Carelink bildades 2000 av Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Föreningen Vårdföretagarna och Apoteket AB. I dag har Carelink ett femtiotal medlemmar, främst kommuner och landsting, och arbetar med utveckling av IT-användningen i vård och omsorg. Arbetet sker inom olika programområden, t.ex. infrastruktur och IT-säkerhet. Ett av Carelinks projekt är Sjunet (”sjukvårdens nät”) som är en nationell kommunikationsinfrastruktur för vård och omsorg. Sjunet erbjuder tjänster som journalsystem, säker hantering av medicinska meddelanden och telefonköhantering ([www.carelink.se](http://www.carelink.se)).

### **Internationellt arbete**

Kommuner och landsting har ett stort antal internationella samarbeten, såsom vänorter, vänregioner och utbyten med omkring 65 länder i hela världen. Merparten av kontakterna finns i våra nordiska grannländer, men det är även vanligt med samarbete med Baltikum, Polen och Ryssland. Samarbetsprojekt med Sydeuropa, främst Frankrike, Italien och Spanien, blir allt vanligare. Totalt har svenska kommuner och landsting ca 1400 internationella kontakter, varav 1300 i Europa. (Vänorter, vänregioner och partnerskap 2004 – Förteckning över svenska

### **EU:s regionkommitté**

Regionkommittén består av 222 politiska representanter från lokal och regional nivå i medlemsstaterna. Sverige har 12 ledamöter – nio från kommunerna och tre från landstingen. Under 2003 utsågs en ny svensk delegation utifrån resultatet vid de allmänna valen 2002. Delegationen är nominerad för resten av mandatperioden t.o.m. den 26 januari 2006. För övrig information om Regionkommittén hänvisas till regeringens skrivelse 2003/04:60 *Årsboken om EU – Berättelse om verksamheten i Europeiska unionen under 2003*.

### **Jävsregel i miljöbalken**

Enligt kommunallagen får inte en kommunal nämnd utöva tillsyn över sådan verksamhet som kommunen själv bedriver. I ett antal kommuner har detta dock förekommit. Några kommuner har också haft en gemensam förvaltningsorganisation som hanterat både drifts- och tillsynsfrågor. Efter förslag i prop. 2002/03:54 har kommunallagen och miljöbalken ändrats för att förhindra att detta skall ske. I miljöbalken har en ändring gjorts som innebär att en tillsynsmyndighet kan återkalla en kommuns tillsynsuppgift om kommunen ändrar sin nämndorganisation så den strider mot ovan nämnda bestämmelse. I kommunallagen har en ändring gjorts som innebär att en förtroendevald eller en anställd hos kommunen är jävig i ett ärende som rör tillsyn över sådan kommunal verksamhet som han eller hon själv är knuten till.

### 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
- 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.

#### Introduktion hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen gör i en rapport om hälso- och sjukvården (SoS Lägesrapport 2003) bedömningen att förutsättningarna för att kunna redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet blivit allt bättre. 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.

”Återstående medellivslängd” är fortfarande en av de mest utnyttjade indikatorerna på en befolknings hälsostatus. Mellan åren 1960 och 2000 har den återstående medellivslängden vid födelsen ökat med nästan sju år. År 2000 uppgick den för kvinnor till 82 år och för män till 77,4 år. Bland männen var det endast två OECD-länder, Japan och Island, som 2000 hade en längre återstående medellivslängd än Sverige medan de svenska kvinnorna delade femteplatsen med Kanada och Australien. Den positiva utvecklingen avseende återstående medellivslängd har fortsatt i Sverige och uppgick 2003 till 82,4 år för kvinnor respektive 77,9 år för män.

En annan vanlig indikator vid bl.a. internationella jämförelser är spädbarnsdödlighet som speglar hälsotillståndet hos såväl gravida

kvinnor som nyfödda barn. Under perioden 1960 till 2000 har spädbarnsdödligheten i Sverige sjunkit från 16,6 till 3,4 barn per 1 000 levande födda. Bland OECD-länderna var det endast Island (3,0 barn per 1 000 levande födda) och Japan (3,2 barn) som 2000 redovisade en lägre spädbarnsdödlighet än Sverige (OECD, Health at a Glance 2003). Preliminära siffror från Statistiska centralbyrån visar att spädbarnsdödligheten i Sverige sjunkit ytterligare, till 3,1 barn per 1 000 levande födda, under 2003.

Tillgänglighetsproblem finns fortfarande i landstingen i form av vårdköer och i vissa fall långa väntetider till planerad vård. Enligt SoS Lägesrapport 2003 anser sig sju av tio svenskar ha tillgång till den sjukvård de är i behov av, samma resultat som 2002. Att åstadkomma kortare väntetider och kortare vårdköer är det som befolkningen anser vara viktigast i sitt eget landsting eller region. Jämfört med 2002 ökade andelen som tyckte detta var viktigt från 18 till 23 procent. Svenskt Kvalitetsindex mäter också allmänhetens tillfredsställelse med den öppna sjukvården där indexet bygger på uppgifter om förväntningar och upplevd kvalitet. Resultaten visar att patienternas tillfredsställelse minskade 2003 jämfört med 2002. En jämförelse mellan patienternas uppfattning om *servicekvalitet* (väntetider, kringsservice, etc.) och *teknisk/medicinsk kvalitet* visar att servicekvaliteten ligger lägre än den tekniska kvaliteten både när det gäller offentligt och privat driven vård (SoS Lägesrapport 2003).

I stort sett noterades endast marginella åsiktsskillnader mellan 2002 och 2003 i det undersökta materialet. Ökningen när det gäller patienternas uppfattning om kortare väntetider/köer som en ”viktig fråga”, är dock statistiskt säkerställt.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utrett väntetider, bemötande och personalförsörjning i cancervården. Det generella intrycket är att patienter med misstänkt eller diagnostiserad cancer är en prioriterad grupp inom hälso- och sjukvården. De genomsnittliga väntetiderna till specialistbesök, diagnostiska undersökningar och kirurgisk, alternativt medicinsk behandling, är som regel mycket korta. Dock verkar både den faktiska och den förväntade väntetiden för patienter med prostatacancer vara betydligt längre än för många andra cancerformer. En trolig delförklaring till detta är att det inte råder enighet om vilken behandlingsstrategi som skall användas vid prostatacancer (SoS Lägesrapport 2003).

Enligt SoS Lägesrapport 2003 visar analyser av data från de nationella kvalitets- och hälsodataregistren fortsatt positiva trender 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. När det gäller tillgång till, och användning av, vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder såsom kranskärlsingrepp vid hjärtinfarkt, ögonoperationer vid gråstarr, epiduralbedövning vid förlossning, behandling av prostatacancer osv. finns emellertid fortfarande omfattande regionala variationer. För att utjämna skillnader när det gäller kunskaper, attityder och praxis krävs en aktiv tillämpning av evidensbaserade riktlinjer och rekommendationer. Systematisk



kvalitetsuppföljning, kopplad till öppna redovisningar och jämförelser mellan vårdgivare, kan förväntas minska variationerna.

Mätt som andel av BNP ökade hälso- och sjukvårdens totala kostnader relativt kraftigt under perioden 2001 och 2002, motsvarande 0,3 procentenheter av BNP per år. En del av ökningen mellan 2000 och 2001 förklaras av att BNP-tillväxten under samma period sjönk kraftigt jämfört med de närmast föregående åren.

I löpande priser ökade kostnaderna för hälso- och sjukvård under 2002 med 7,3 procent jämfört med 2001, vilket är något högre än den genomsnittliga ökningen under de fem senaste föregående åren (som visar en genomsnittlig ökning på 5,6 procent). De totala hälso- och sjukvårdskostnaderna uppgick 2002 till 196,8 miljarder kronor, inklusive mervärdesskatt. I dessa kostnader ingår, utöver huvudmännens kostnader, också hushållens utgifter för tandvård, läkemedel, sjukgymnastik, patientavgifter m.m. Hushållens konsumtionsandel av de totala kostnaderna sjönk en aning under 2002, till 14,9 procent, men har i ett längre perspektiv legat relativt stabilt kring 15 procent.

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

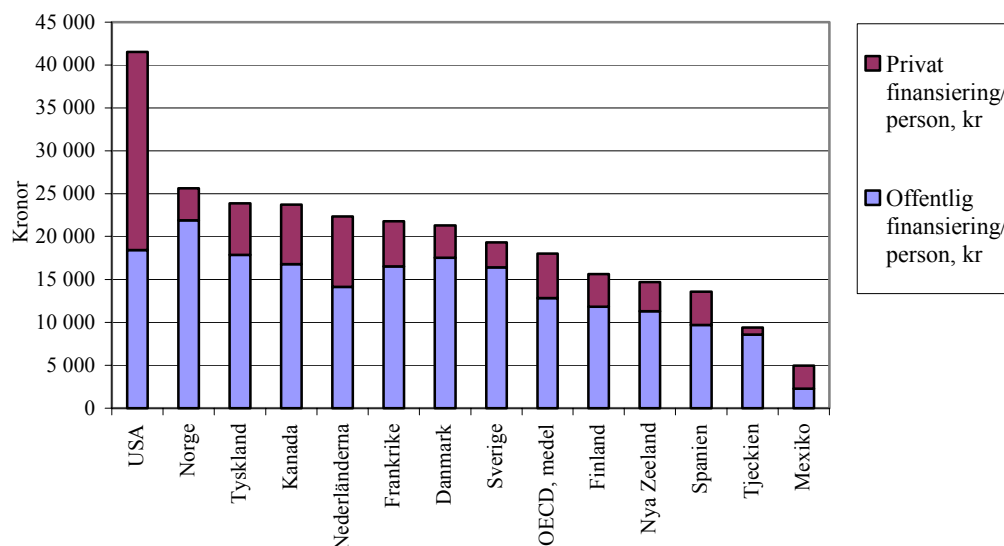
Miljarder kronor, löpande priser, inklusive mervärdesskatt					
	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Hälso- och sjukvårdskostnader</b>	<b>151,1</b>	<b>160,9</b>	<b>170,2</b>	<b>183,4</b>	<b>196,8</b>
Årlig förändring		6,5%	5,7%	7,8%	7,3%
<b>Andel av BNP (exklusive kommunernas vård och omsorg av äldre)</b>	<b>7,7%</b>	<b>7,7%</b>	<b>7,8%</b>	<b>8,1%</b>	<b>8,4%</b>
Hushållens konsumtion hälso- och sjukvård	22,3	23,5	25,5	27,9	29,2
Hushållens andel av totala kostnader	14,8%	14,6%	15,0%	15,2%	14,9%
Offentligas konsumtion hälso- och sjukvård	121,5	128,2	135,9	146,8	158,0
Offentligas andel av totala kostnader	80,4%	79,6%	79,8%	80,0%	80,3%
Investeringar	7,3	9,3	8,8	8,8	9,5

Källa : Nationalräkenskaperna.

Uppgifterna i tabell 3.1 inkluderar inte kommunernas kostnader för vård och omsorg av äldre. Kostnaderna för denna verksamhet har beräknats till ca 0,7 procent av BNP. De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård under 2002 motsvarade således 9,1 procent av BNP.

Bland OECD:s medlemsstater uppgick, under 2001, kostnaden per invånare avseende hälso- och sjukvård till i genomsnitt 18 000 kronor och i Sverige till ca 19 300 kronor (exklusive moms). Variationerna mellan OECD-länderna är stora avseende per capita kostnaden, vilket även gäller fördelningen mellan offentlig och privat finansiering. I diagram 3.1 redovisas uppgifterna för ett urval av OECD-länderna med avseende på detta. (Köpkraftskorrigerade USD, konverterat via SEK/USD 8,50.)

**Diagram 3.1 Kostnad per invånare, hälso- och sjukvård, privat/offentlig finansiering** Skr. 2003/04:102



Källa: OECD, Health at a Glance 2003.

Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2002 är, till följd av en förändring i landstingens verksamhetsindelning, endast jämförbar med 2001. I tabell 3.2 redovisas kostnaderna (exklusive tandvård) för 2002 samt hur kostnaderna för respektive verksamhetsområde förändrades i jämförelse med 2001. Nettokostnaderna uppgick under 2002 till 125,5 miljarder kronor, en ökning med drygt 8 procent i förhållande till 2001. Drygt 19 procent av de totala nettokostnaderna avsåg primärvård vilket är en liten minskning jämfört med 2001 (20,0 procent) medan den specialiserade vårdens andel av de totala nettokostnaderna under 2002 ökade en aning och uppgick till drygt 71 procent (69,8 procent). Av den specialiserade vårdens nettokostnader på drygt 89,3 miljarder kronor, utgjorde psykiatrin ca 13,5 miljarder kronor, en ökning med 9,5 procent i förhållande till 2001, vilket indikerar att psykiatrin i stort sett följer kostnadsutvecklingen för den totala hälso- och sjukvården.

Den genomsnittliga nettokostnaden per invånare (exklusive tandvård) varierade i landstingen, under 2002, mellan 12 780 kronor och 15 492 kronor.

**Tabell 3.2 Nettokostnader för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård**

Miljoner kr, löpande priser

Verksamhetsområde	2001	2002	2002/01	Andel
				2002
Primärvård	23 183	24 049	3,7%	19,2%
därav allmänläkarvård	11 357	11 897	4,8%	
Specialiserad somatisk vård	68 643	75 846	10,5%	60,4%
Specialiserad psykiatrisk vård	12 306	13 473	9,5%	10,7%
Övrig hälso- och sjukvård	9 882	10 370	4,9%	8,3%
Politisk verksamhet	1 851	1 779	-3,9%	1,4%
<b>Summa</b>	<b>115 865</b>	<b>125 517</b>	<b>8,3%</b>	<b>100,0%</b>

Källa : Landstingsförbundet.

## Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

### Mål

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården anges hur hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning skall utvecklas. Målsättningen är att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet, med syfte att huvudmännen skall kunna erbjuda befolkningen en hälso- och sjukvård som är mer tillgänglig och präglas av kontinuitet och kvalitet.

Inom primärvården fokuseras arbetet på att skapa en ökad tillgänglighet, läkarförsörjning/fast läkarkontakt samt en förbättrad äldrevård. En fast läkarkontakt innebär att varje invånare skall erbjudas möjligheten att etablera en kontakt med en egen vald läkare i primärvården. Denne har en skyldighet att, i samverkan med andra yrkeskategorier i primärvården, svara för patientens basala hälso- och sjukvårdsbehov samt att skapa kontinuitet i vårdinsatserna till den enskilde. När det gäller psykiatri ligger tyngdpunkten på psykisk ohälsa hos barn och ungdom.

Socialstyrelsen skall årligen redovisa en samlad bedömning av hur utvecklingen i landsting och kommuner överensstämmer med intentionerna i handlingsplanen. I december 2005 skall en samlad uppföljning redovisas till regeringen.

## Måluppfyllelse och kvalitet

### Tillgänglighet

Inom ramen för uppföljningen av den nationella handlingsplanen mäts sedan 2002 väntetider för läkarbesök inom primärvården. Dessa mätningar visar under 2003 att åtta av tio patienter träffar en läkare inom sju dagar efter det att de tagit kontakt med vårdcentralen och att närmare sex av tio patienter får komma samma dag. Väntetiderna var i stort sett desamma som vid motsvarande mätning 2002.

Viktiga inslag för att minska väntetiderna är ökad läkartäthet samt förekomsten av specialistmottagningar och sjukvårdsrådgivning på telefon. Landstingens uppföljningar visar också att vissa vårdcentraler försöker anpassa öppettiderna efter patienternas önskemål och att man på olika sätt förändrar organisationen inom mottagningen.

En tydlig inriktning just nu är att införa någon form av s.k. telefonsvarssystem. Andra åtgärder är att förändra och utöka sjuksköterskornas telefonmottagning. Några landsting har formulerat mål för telefonframkomlighet och följer upp hur målen nås. Resultaten visar att det är möjligt att åstadkomma förbättringar. Det framgår också att många, såväl patienter som personal, uppskattar telefonsvarssystemen. I ett landsting tyckte tre av fem personer att det hade blivit lättare att få kontakt med sjukvården sedan telefonsvarssystemet infördes.

### **Läkartäthet i primärvården**

Ett av målen i den nationella handlingsplanen är att antalet allmänläkare i primärvården skall uppgå till sammanlagt 6 000 vid utgången av 2008, vilket motsvarar en allmänläkare per 1 500 invånare. Målet för läkartätheten i primärvården 2002 enligt den nationella handlingsplanen motsvarar 4 740 specialister i allmänmedicin. Socialstyrelsens uppföljning visar att detta delmål är uppfyllt för 2002. Men läkartätheten i landet varierar och flera huvudmän har stora svårigheter att rekrytera läkare till fasta anställningar. Landstingen uppger att läkarrekrytering och ökad läkartäthet är den viktigaste förutsättningen för att klara målen avseende ökad tillgänglighet, fast läkarkontakt och förbättrad äldrevård. De försöker också på olika sätt att underlätta rekryteringen. Det handlar om många olika åtgärder, som att rekrytera läkare med utländsk utbildning och att erbjuda andra specialister kompletteringsutbildning för att kunna tjänstgöra inom primärvården. Ytterligare exempel är att ge ledarskapsstöd, förbättra löne- och anställningsvillkor, dvs. att göra vårdcentralerna till attraktiva arbetsplatser.

### **Fast läkarkontakt**

I en undersökning från 2002 angav 42 procent av befolkningen att de hade en fast läkarkontakt. Men skillnaderna mellan landstingen är stora och andelen personer med fast läkarkontakt varierade mellan 28 och 80 procent.

Alla landsting har enligt sina lokala handlingsplaner som målsättning att kunna erbjuda fast läkarkontakt. I den nuvarande situationen med brist på specialister i allmänmedicin inom primärvården prioriterar dock vissa landsting dem som har störst behov och nytta av en sådan kontakt.

### **Äldrevården**

Samverkan mellan kommuner och landsting i omsorgen och vården om äldre fortsätter att utvecklas. Landstingen arbetar tillsammans med kommunerna för att systematisera samverkan genom samarbetsavtal, gemensamma vårdprogram, informationsöverföring och genom att

utveckla samsyn om vad som är vårdkvalitet såväl medicinskt som omvårdnadsmässigt. Läkarstödet i den kommunala vården och omsorgen har ökat. Mer tid ägnas bl.a. åt dem som bor i särskilda boendeformer. Läkarna gör fler hembesök och de deltar oftare vid vårdplaneringen.

### **Psykisk ohälsa**

Inom området psykisk ohälsa ligger tyngdpunkten i landstingens insatser på barn och ungdom. Några landsting utvecklar redan befintlig verksamhet, t.ex. genom större anslag till barn- och ungdomspsykiatri för att minska väntetiderna. Nya arbetssätt introduceras, t.ex. teamverksamhet, och nya behandlingsmodeller implementeras.

Många landsting ger i sina lokala handlingsplaner uttryck för höga ambitioner när det gäller stöd till personer med psykiska funktionshinder. Det är emellertid oklart hur mycket som egentligen satsas på denna grupp.

När det gäller äldre personers behov vid psykiska besvär tenderar de ibland att hamna i skymundan. Detta på grund av att det kan vara svårt att skilja på problem som beror på ålder och på problem som beror på just psykisk ohälsa. I sina lokala handlingsplaner framhåller de flesta landsting framför allt behoven av ökad kunskap och mer utvecklade samverkansformer för att kunna identifiera äldre med psykiatriska vårdbehov och erbjuda dem behandling.

### **Alternativa driftsformer**

I sina handlingsplaner anger flera landsting en tydlig inriktning och konkreta planer för att utöka antalet privata vårdgivare eller andra alternativa driftsformer.

Förekomsten av alternativa driftsformer varierar dock kraftigt mellan landstingen. Det förefaller också som om landsting med relativt stor andel privata vårdformer ökar andelen privata vårdgivare ytterligare medan landsting med liten andel ligger kvar på samma låga nivå. Det kan finnas många förklaringar till detta, såsom vårdideologi, planering inom landstinget, förutsättningarna och attraktiviteten i olika regioner för att starta eget m.m.

### **Tillgänglighetssatsningen**

#### **Mål**

I syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården föreslog regeringen i 2001 års ekonomiska vårproposition att medel skulle avsättas för detta ändamål. Det långsiktiga målet är att skapa en varaktigt förbättrad tillgänglighet. Tillsammans med den nationella handlingsplanen har därmed ett helhetsgrepp tagits avseende tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

Med tillgänglighetssatsningen tillförs landstingen 3,6 miljarder kronor under perioden 2002–2004. Fördelningen av medel sker utifrån antal

invånare i respektive landsting och landstingen skall årligen 2002–2004 redovisa hur de arbetar för att förbättra tillgängligheten. Skr. 2003/04:102

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

I december 2001 lämnade landstingen en åtgärdsplan för 2002–2004 och den 1 november 2002 och 2003 lämnades en redovisning av hur arbetet fortskrider.

Det kan konstateras att vidtagna åtgärder ligger i linje med vad som angavs i 2001 års åtgärdsplaner och att positiva effekter uppnåtts. Frågan om det är fler eller färre patienter som väntar kortare eller längre tid i dag än för tio år sedan är till viss del svår att besvara. Detta beror på att sjukvården i dag kan behandla fler tillstånd och även framgångsrikt behandla patienter högre upp i åldrarna.

De tillgänglighetssatsningar som landstingen genomför är ofta en kombination av långsiktiga strukturförändringar och kortsiktiga punktinsatser.

### **Psykiatrisk hälso- och sjukvård**

#### **Mål**

Psykiatrin utgör en integrerad del av hälso- och sjukvården vilket innebär att hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) bestämmelser är tillämpliga även på detta område. Kompletterande bestämmelser avseende den psykiatriska tvångsvården ges i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). I LPT klargörs att ändamålet med tvångsvården skall vara att se till att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning, blir i stånd att frivilligt medverka till fortsatta stöd- och behandlingsinsatser. Samhällsskyddet skall beaktas även om utgångspunkten för bedömningen om tvångsvård är patientens vårdbehov. Vården för psykiskt störda lagöverträdare regleras i LRV. Lagen gäller i första hand personer som ges psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd. Den 1 juli 2000 trädde flera ändringar i lagstiftningen om den psykiatriska tvångsvården i kraft. Ändringarna innebar bl.a. en stärkt rättsäkerhet för patienten och ett ökat samhällsskydd.

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

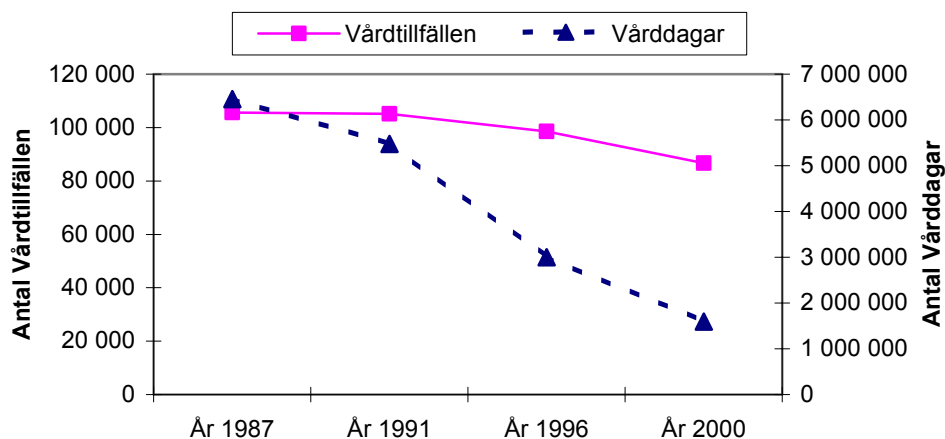
#### *Utveckling*

Under slutet av 1960-talet påbörjades utskrivningarna från mentalsjukhusen till andra vård- och boendeformer. När stängningen av mentalsjukhusen inleddes fanns ca 35 000 vårdplatser, motsvarande 4,5 vårdplatser per 1 000 invånare, inom psykiatrisk slutenvård. År 2001 hade antalet platser inom psykiatrin i landet minskat till 5 565 (motsvarande 0,6 vårdplatser per 1 000 invånare), varav ca 1 200 vårdplatser upptogs av personer dömda till rättspsykiatrisk vård. Samtidigt som mentalsjukhusen började avvecklas, byggdes det under

1970-talet upp en omfattande psykiatrisk öppenvård som stod färdig vid mitten på 1980-talet med ca 135 psykiatriska kliniker och med ca 500 decentraliserade öppenvårdsmottagningar.

Antalet vårddagar minskade under perioden 1987–2000 från 6 miljoner till ca 1,5 miljoner per år. Under motsvarande tid minskade emellertid antalet vårdtillfällen med endast ca 20 procent. Den kraftiga minskningen av antalet vårddagar beror främst på att vårdtiderna kortats. Medelvårdtiden 1998 var 10 dagar för män och 9 dagar för kvinnor.

**Diagram 3.2 Antal Vårdtillfällen respektive Vårddagar inom psykiatrin, 1987/1991/1996/2000**



Källa: Socialstyrelsen, Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002.

Psykiatrireformen, som genomfördes 1995, innebar att de ca 2 600 personer som vistades inom psykiatrisk heldygnsvård, men som inte hade behov av sådan vård, flyttade till kommunala boendeformer eller privata boenden som kommunen bekostar. Idag har det inrättats sammanlagt ca 8 000 platser med heldygnsboende för psykiskt funktionshindrade personer som kommunerna ansvarar för.

Primärvården har ett basansvar för all hälso- och sjukvård. Det innebär att ansvaret för personer med lätta och medelsvåra psykiska störningar ofta åligger primärvården. Cirka en femtedel av de besökande på primärvårdsmottagningarna har en psykisk störning. Barn och ungdomar med psykiska problem eller störningar söker däremot bara undantagsvis hjälp i primärvården. Istället har tillströmningen av nya patienter inom barn- och ungdomspsykiatrin fördubblats under det senaste decenniet.

### Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen har i olika sammanhang utvärderat psykiatrin. I en rapport från oktober 2003 redogörs bl.a. för att det förefaller sannolikt att det begränsade antalet slutenvårdsplatser och tillgången till akut vård, förmedlad av specialister, medför risk för att patienter inte får den vård de skulle behöva, särskilt i det akuta skedet. Andra bristområden som uppmärksammas är långsiktig och systematisk uppföljning av patienter med svåra, kroniska psykiska sjukdomar. Dessutom framhålls att uppsökande verksamhet borde ske i större utsträckning. Brister avseende

samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare har också uppmärksammas. Socialstyrelsen har i en uppföljning 2002 visat att antalet tvångsvårdade enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård minskat, särskilt bland män. I gengäld har omfattningen av rättspsykiatrisk vård ökat, så att det totala antalet tvångsvårdade förblivit oförändrat sedan 1990-talets mitt.

Psykiatireformen har enligt ett flertal utvärderingar av Socialstyrelsen inneburit ett bättre liv främst för yngre, måttligt svårt funktionshindrade som flyttat ut från institutioner. Däremot har inte målen om social integrering och sysselsättning uppfyllts i samma utsträckning.

### **Psykiatrin utgör ett prioriterat utvecklingsområde**

Med utgångspunkt från de uppföljningar och utvärderingar som gjorts har regeringen konstaterat att det inom psykiatrin finns brister avseende kvalitet och måluppfyllelse som kräver åtgärder. Med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården har regeringen lyft fram områden som särskilt behöver uppmärksammas för att målet om en god hälsa och vård efter behov på lika villkor skall kunna uppnås. Psykiatrin utgör här ett av de prioriterade utvecklingsområdena.

En annan viktig åtgärd har varit att förbättra möjligheterna och förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting. Genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet har kommuner och landsting givits befogenhet att i gemensam nämnd bland annat fullgöra uppgifter reglerade i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård, socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vidare har kraven på gemensam planering vid utskrivning från slutenvården skärpts genom ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. En gemensam vårdplan skall upprättas för en patient som av den behandlande läkaren bedöms behöva insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård och/eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Det är än så länge för tidigt att bedöma effekterna av dessa åtgärder.

Regeringen har vidare klargjort att arbetet för samordning av vård, social omsorg och rehabilitering inom psykiatrin behöver intensifieras och tillkallade därför i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare (dir. 2003:133). Psykiatrisamordnaren har givits till uppgift att bland annat se över frågor som rör arbetsformer, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnaren skall utifrån denna genomgång identifiera och analysera problem samt föreslå åtgärder som kan ge positiva effekter på vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder.



**Mål**

Behandling med läkemedel är en viktig del av hälso- och sjukvården. Ur både patient- och kostnadsperspektiv är det av avgörande betydelse 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. Det är därför viktigt att läkemedelskostnaderna finns med i landstingens samlade prioriteringar för hälso- och sjukvård. Att patienter får rätt och effektiv läkemedelsbehandling är av största vikt. Det är emellertid även angeläget att en ökad kostnadsmedvetenhet och samhällsekonomisk effektivitet eftersträvas för den totala läkemedelsanvändningen.

**Måluppfyllelse**

Landstingen har genom de senaste årens överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet, om statens ersättning för läkemedelsförmånernas kostnader, gradvis fått större incitament att arbeta för en ökad kostnadsmedvetenhet hos landsting och förskrivare. Tidigare ersattes landstingen utifrån faktisk, historisk kostnad för läkemedlen, vilket innebar begränsade incitament till kostnadsmedvetenhet. Den nuvarande fördelningsmodellen innebär att de enskilda landstingen i högre utsträckning än tidigare ersätts utifrån sin befolkningsstruktur med avseende på kön, ålder och vissa socioekonomiska variabler.

Staten och Landstingsförbundet har under 2003 fullföljt en, i nuvarande avtal inskriven, kontrollstation. I detta arbete har de av parterna vidtagna åtgärderna analyserats samt en bedömning gjorts av vilken effekt dessa kommer att ha på kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna ökade under 2003 med 2,3 procent vilket är den lägsta utvecklingstakten under den senaste 10-årsperioden, med undantag för 1997 då förmånssystemet förändrades. Landstingens arbete med decentralisering av budgetansvaret för läkemedel har troligtvis spelat en roll för kostnadsutvecklingen. Den 1 oktober 2002 fick landstingen ökade möjligheter att följa upp läkemedelsanvändningen genom att obligatorisk arbetsplatskod infördes. Koden identifierar den arbetsplats som förskrivaren tjänstgör vid och ger landstingen möjlighet till bättre planering och uppföljning av verksamheten. Av landets 21 landsting och regioner har tio decentraliserat budgetansvar i någon form. Elva landsting har budgetansvaret kvar centralt men samtliga av dessa har fattat beslut om, eller planerar, att föra ut kostnadsansvaret i någon form under 2004. Storstadsregioner med många privata vårdgivare och journalsystem har generellt sett haft svårare att föra ut budgetansvaret än landsting med i huvudsak all verksamhet i egen regi.

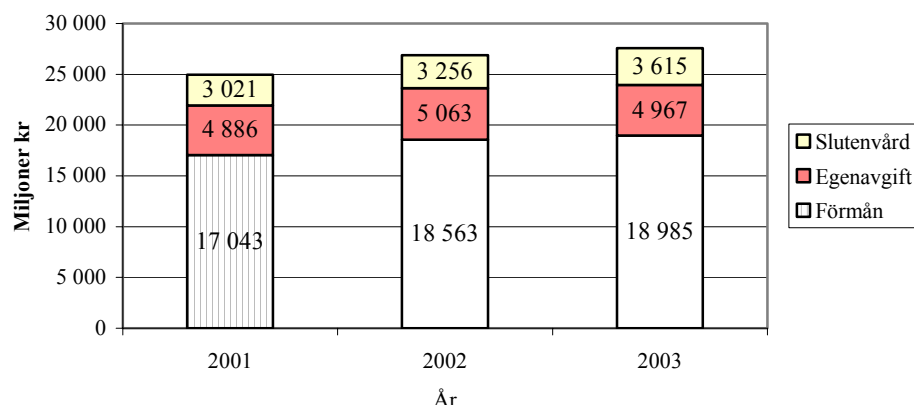
Landstingen förbereder sig på olika sätt för att integrera läkemedlen i hälso- och sjukvården. Ett exempel på detta är att läkemedelsfrågan har lämnat projektstadiet och att det i många landsting har byggts upp

särskilda läkemedelsenheter som samordnar och driver läkemedelsarbetet. Samtliga landsting har i dag vidare minst en fungerande läkemedelskommitté. Kommittéernas uppdrag är i första hand att verka för en säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Socialstyrelsens utvärdering av läkemedelskommittéernas arbete visar att förskrivningen har påverkats i positiv riktning av det arbete som kommittéerna har bedrivit. Bland annat gäller det förskrivningen av antibiotika samt vissa läkemedel mot högt blodtryck och läkemedel mot magsår. Läkemedelskommittéerna bedriver aktiviteter för att påverka förskrivningen och användningen av läkemedel. Förskrivarna påverkas genom framtagande och spridning av en årlig baslista över rekommenderade läkemedel samt genom olika typer av utbildnings- och utvecklingsaktiviteter. I Socialstyrelsens rapport anges att ungefär hälften av läkemedelskommittéerna på senaste tiden har arbetat med fortbildning inom området läkemedel och äldre. Några enstaka kommittéer har tagit på sig ansvaret för att planera och genomföra s.k. läkemedelsgenomgångar på sjukhem och andra boendeformer för äldre.

### **Kostnader**

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick under 2003 till knappt 19 miljarder kronor, en ökning jämfört med föregående år på 2,3 procent. Den låga ökningstakten beror till stor del på införandet av utbyte av läkemedel på apotek i kombination med att patenten på ett antal storsäljande läkemedel löpte ut under 2003. Enligt Apotekets analyser uppgick besparingen av prissänkningar och utbyten till ca 1,2 miljarder kronor under 2003. Eftersom landstingen står för ca 80 procent av kostnaderna avseende läkemedelsförmånerna, beräknas reformen ha inneburit minskade kostnader för landstingen på knappt 1 miljard kronor. I volym ökade antalet dygnsdoser med 2,6 procent, en jämförelsevis låg siffra som också bör ha bidragit till den relativt låga kostnadsutvecklingen under 2003.

De totala kostnaderna för läkemedel, dvs. läkemedelsförmånerna, patienternas egenavgifter avseende receptbelagda läkemedel, samt kostnader för läkemedel i slutenvården, uppgick 2003 till ca 27,6 miljarder kronor, inklusive mervärdesskatt. Detta motsvarar en ökning på ca 2,6 procent jämfört med 2002. Patienternas kostnader för läkemedel, egenavgifterna, var under 2003 ca 1,9 procent lägre än föregående år vilket innebar att egenavgiftsandelens, egenavgifter i förhållande till summan av förmånerna plus egenavgifter, sjönk från 21,4 till ca 20,7 procent.



Källa: Apoteket, Socialstyrelsen.

Den genomsnittliga kostnaden per invånare avseende läkemedelsförmånerna uppgick under 2003 till 2 115 kronor (2 077 kronor, 2002). Variationerna mellan landstingen består från föregående år. I det landsting som under 2003 hade den högsta förmånskostnaden per invånare uppgick kostnaden till 2 325 kronor vilket är drygt 25 procent högre än det landsting som hade den lägsta kostnaden per invånare, 1 854 kronor.

Förklaringar till kostnadsvariationerna mellan landstingen när det gäller läkemedelsförmånerna kan delvis härledas till skillnader i befolkningsammansättning, dvs. ålder, socioekonomiska variabler etc., samt förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. Det är dock sannolikt att även andra faktorer kan påverka kostnadsskillnaderna mellan landstingen.

Socialstyrelsen presenterade i december 2003 en uppföljning avseende läkemedelsanvändningen hos befolkningen (Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos). Socialstyrelsen har i uppföljningen, på primärkommunnivå, undersökt ett antal faktorer eventuella samband med läkemedelsförmånskostnaderna i respektive kommun. De fem faktorer som visade positivt signifikanta samband med läkemedelsförmånskostnaderna var:

- ohälsotal,
- andel personer över 65 år,
- andel med eftergymnasial utbildning,
- invånare per km<sup>2</sup>,
- benägenhet att använda nya läkemedel.

Dessa fem faktorer förklarar, enligt Socialstyrelsens uppföljning, ca 25 procent av variationen mellan kommunerna.

Läkemedelsförmånernas kostnadsnivå per invånare i ett landsting är således beroende av flera faktorer och det är, utan att beakta helheten i det enskilda landstingets arbete med läkemedel, svårt att bedöma huruvida landstinget i fråga kan sägas ha en låg eller hög läkemedelsförmånskostnad. Då det i dagsläget saknas konkreta kvalitetsmål med avseende på läkemedelsanvändning, är det heller inte säkert att de landsting som redovisar låga läkemedelsförmånskostnader

per invånare kan betraktas som föredömen – låga kostnadsnivåer skulle kunna vara tecken på en låg eller ojämlig tillgänglighet till hälso- och sjukvården. Man måste således vara försiktig med att dra några slutsatser på basis av de redovisade kostnaderna per landsting. Kunskapsnivån om vad som är att betrakta som en optimal läkemedelsanvändning är fortfarande relativt låg.

## 3.2 Verksamhetsområde tandvård

### Mål

Det övergripande målet för tandvården liknar till stora delar de mål som uppställs i hälso- och sjukvårdslagen. I tandvårdslagen (1985:125) anges att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

### Måluppfyllelse och kvalitet

#### Barn- och ungdomstandvården

I landstingens ansvar enligt tandvårdslagen ingår att se till att barn och ungdomar erbjuds fullständig och avgiftsfri tandvård t.o.m. det år då de fyller 19 år. Folktandvården svarar för tandvården för majoriteten av barn och ungdomar i Sverige – ca 90 procent – men landstinget kan också sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget och folktandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen.

Under de senaste årtiondena har tandhälsan hos barn och ungdomar förbättrats kraftigt. Detta sammanhänger inte bara med förbättringarna inom tandvården utan beror också bl.a. på folktandvårdens förebyggande insatser samt ett ökat användande av fluortandkräm. Under de senaste åren syns emellertid en tendens till avmattning i den positiva utvecklingen och trots ett generellt ganska gott läge kvarstår, enligt statistik från Socialstyrelsen, fortfarande stora skillnader mellan landstingen och mellan olika socioekonomiska grupper och områden inom landstingen.

Socialstyrelsens senaste sammanställning över tandhälsan hos barn och ungdomar avser perioden 1985–2002. I rapporten konstateras att någon försämring av tandhälsan efter 2000 på riksnivå inte har kunnat fastslås. Förändringarna efter 2000 har varit mycket små. Den procentuella andelen kariesfria barn i olika åldrar 2002 var för 3-åringar 93 procent, för 6-åringar 69 procent och för 12-åringar 57 procent. Andelen kariesfria var något högre bland barn i privattandvården än i folktandvården.

Medelvärde för antalet kariesskadade och fyllda tänder (DFT) uppgick 2002 för 12-åringar till 1,1 tänder hos patienter behandlade av folktandvården medan privattandvårdens patienter hade ett medelvärde på 0,9. För den äldsta årskullen, 19-åringarna, uppgick DFT till 3,5 (folktandvården) respektive 3,1 (privattandvården). År 2001 var medelvärdet för DFT för 12-åringar 0,9, vilket innebär att en obetydlig ökning skett. Från och med 2001 ingår även Stockholms läns landsting i

statistiken. Detta kan, enligt Socialstyrelsen, ha bidragit till att medelvärdet för DFT ökat, då man i detta landsting alltid haft en sämre tandhälsa. En annan bidragande faktor kan vara att landstingen i allt större utsträckning enbart kallar s.k. riskpatienter en gång om året medan revisionsintervallen förlängts för andra. I Socialstyrelsens rapport redovisas för några landsting variationer i tandhälsan mellan olika socioekonomiska områden. Dessa uppgifter visar på ett tydligt samband mellan tandhälsa och socioekonomiska faktorer. I områden som betecknas som socioekonomiskt svaga, finner man t.ex. en betydligt mindre andel kariesfria barn och ungdomar.

Inom ramen för Socialstyrelsens tillsynsarbete granskades under våren 2003 folktandvårdens specialistklinikerna inom barn- och ungdomstandvård, pedodontiklinikerna. Socialstyrelsen fann att verksamheten tycktes vara av god kvalitet även om det fanns vissa brister, t.ex. beträffande hanteringen av avvikelser. Vid många av de besökta klinikerna bedömde man att det fanns risk för att tandvården för vissa grupper av barn och ungdomar kunde bli eftersatt och hade initierat olika insatser för att nå dessa patientgrupper. Grupperna identifierades av de berörda klinikerna som barn och/eller vårdnadshavare med social problematik, barn med invandrarbakgrund, barn med funktionshinder och barn med allvarliga sjukdomar.

### **Tandvård för särskilda patientgrupper**

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa patientgrupper. Det är huvudsakligen fråga om äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer samt personer som bor i egen bostad men har stort behov av vård och omsorg. I landstingens ansvar ingår också sådan tandvård som utgör ”ett led i en sjukdomsbehandling”. Kostnaderna för landstingens ansvar avseende uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling fortsatte att öka under 2002 och blev sammanlagt 74 miljoner kronor, knappt 13 procent, högre än under föregående år. Ökningen var dock inte lika stor som under stödets första tre år och lägre än Landstingsförbundet hade prognostiserat.

Under 2002 skedde en viss ökning av antalet uppsökta personer, från 80 000 föregående år till 88 000. Enligt Landstingsförbundet motsvarade antalet uppsökta 46,5 procent av dem som bedömts vara berättigade. Siffrorna för enskilda landsting varierade mellan 75 procent (Västerbottens län) och 18 procent (Gotlands län). Landstingsförbundet förväntar sig att 53 procent av de personer som omfattas av stödet kommer att uppsökas under 2004. Antalet som fick nödvändig tandvård sjönk med 4 000 och uppgick under 2002 till 98 000.

Antalet personer som fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling var både 2002 och 2001 ca 35 000. Kostnaden per patient ökade relativt kraftigt under 2002 och det finns påtagliga skillnader mellan landstingen. Medelkostnaden för hela landet var drygt 6 000 kronor, men den högsta genomsnittliga kostnaden låg på 11 000 kronor (Stockholms läns landsting). Den lägsta kostnaden uppgick till ca 2 400 kronor (Norrbottens läns landsting), alltså mindre än en fjärdedel

av kostnaden i Stockholms läns landsting. Orsakerna till dessa stora variationer är inte klarlagda.

I en rapport från Socialstyrelsen avseende uppföljning av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård 2001 konstaterades att uppsökande verksamhet i flertalet landsting till mycket stor del sköttes av folktandvården. Tandhygienisterna var den yrkeskategori som utförde merparten av den uppsökande verksamheten under 2001. Andelen av de berättigade som tackade nej till uppsökande verksamhet var i medeltal 23 procent, men variationerna mellan landstingen var stora. Även nödvändig tandvård utfördes till största delen inom folktandvården (77 procent). Tre huvudmannaområden uppgav brist på vårdgivare som utförde den nödvändiga tandvården. Endast två huvudmannaområden, Värmland och Västerbotten, kunde bifoga uppgifter om utförda åtgärder. Ungefär hälften av antalet utförda åtgärder utgjordes av undersökningar och förebyggande åtgärder, medan fast och avtagbar protetik tillsammans svarade för under 10 procent. Dessa behandlingars andel av kostnaderna kan dock antas vara betydligt större än volymandelen. Av uppgifter från fyra huvudmannaområden framgår att medelåldern för de uppsökta är hög, omkring 80 år. En relativt stor andel saknar egna tänder och har därmed ett begränsat behov av tandvård. De negativa erfarenheter som landstingen tar upp handlar bl.a. om att vården i vissa fall inte är anpassad efter patientens behov, höga kostnader och svårigheter som rör bedömningen av personkretsen. Det framförs också att det är svårt att nå personer i eget boende.

## Priser

Riksförsäkringsverket (RFV) redovisade våren 2003 en analys av prisutvecklingen för tandvård. Analysen avsåg främst perioden 2000–2002. I en undersökning av olika behandlingspaket fann RFV att patientavgifterna hos de privata vårdgivarna hade ökat med 6–26 procent under perioden oktober 2000–december 2002 medan patientavgifterna hos landstingen hade ökat med 16–27 procent under perioden maj 2000–december 2002. De flesta behandlingspaketerna var i genomsnitt dyrare hos privattandvården än hos folktandvården. I de behandlingspaket som endast bestod av förebyggande åtgärder låg emellertid vissa landstings priser över de privata vårdgivarnas medelpriser. Det fanns vidare stora skillnader mellan landstingen. Landstingens prissättning har fått ökad betydelse genom de nya bestämmelser som införts i tandvårdslagen (1985:125) och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Dessa bestämmelser knyter ersättningen till privata vårdgivare till de priser som gäller inom folktandvården.

Konkurrensverket har på regeringens uppdrag analyserat konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden. I verkets rapport uppskattas den totala prishöjningen inom folktandvården efter avregleringen 1999 och fram till och med januari 2003 till i genomsnitt ca 50 procent. Det finns dock landsting som har gjort såväl betydligt mindre som betydligt större prishöjningar. Verket har belyst skillnader i konkurrenshänseende mellan folktandvården och privattandvården och lägger fram ett antal förslag som syftar till att förbättra

### **Personalsituationen**

Antalet tandläkare och tandhygienister som var anställda inom folktandvården 2001 var ca 4 300 respektive 1 700 (Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002). Det innebär att 57 procent av samtliga yrkesverksamma tandläkare arbetade inom folktandvården. Drygt 60 procent av de tandhygienister som var verksamma inom hälso- och sjukvården var anställda inom folktandvården. I en enkätundersökning riktad till tandvårdshuvudmännen för den offentliga tandvården som Socialstyrelsen genomförde i november 2003 framgick att det fanns önskemål om att anställa sammanlagt 176 nya tandläkare i de 24 huvudmannaområden som besvarade enkäten. För de huvudmannaområden som besvarade både denna och föregående enkät i mars 2003 innebar det att antalet tandläkare som man önskade anställa hade minskat från 212 tandläkare till 173. Jämfört med situationen vid motsvarande tidpunkter 2002 var förändringen relativt liten. I november 2003 fanns det vidare önskemål om att anställa 98 tandhygienister. En jämförelse med de huvudmän som hade besvarat både denna och föregående enkät visade att antalet tandhygienister som folktandvården önskade anställa minskade med 17 mellan november 2002 och november 2003.

Socialstyrelsen har inom ramen för det nationella planeringsstödet, NPS, redovisat tillgången på tandläkare och tandhygienister samt försökt bedöma efterfrågan. Redovisningen avser huvudsakligen situationen 2001. En bedömning av den framtida utvecklingen kommer att redovisas i en rapport under våren 2004.

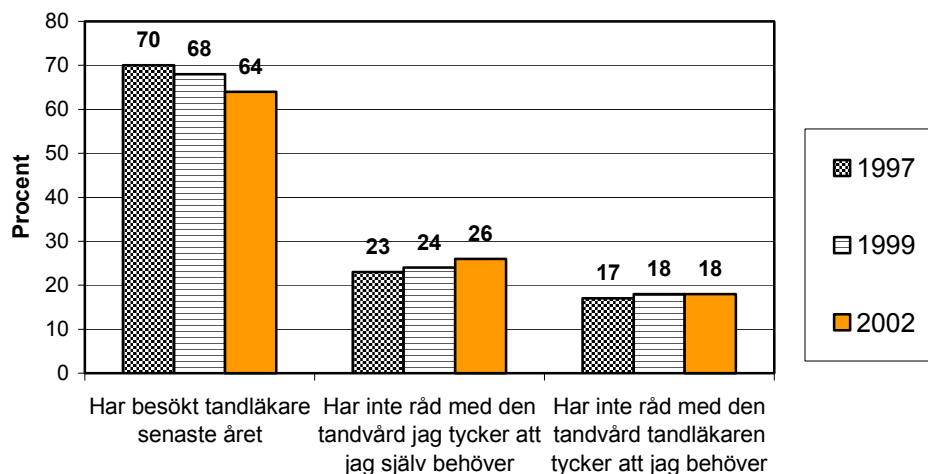
### **Tillgänglighet**

En positiv utveckling tycks ha skett när det gäller väntetiderna för nytillkomna patienter vid landets folktandvårdskliniker. I en enkät till landets samtliga tandvårdschefer/tandvårdsdirektörer hösten 2003 blev resultatet att drygt 50 procent av de redovisade klinikerna hade möjlighet att ta emot nya patienter. Hösten 2001 redovisade endast 26 procent av klinikerna att de inte hade några väntetider för nya patienter. Andelen som hade väntetider på mer än två år hade dock inte minskat mellan 2001 och 2003. I oktober 2003 uppgick andelen till 14 procent. Dessa kliniker har också ett stort antal patienter på sina väntelistor (motsvarande 40 procent av samtliga redovisade patienter). Till detta kommer att 4 procent av de redovisade klinikerna inte tog emot några nya patienter över huvud taget.

Socialstyrelsen har låtit genomföra flera intervjuundersökningar av tandvårdsutnyttjandet i fyra län (Hallands, Kalmar, Norrbottens och Stockholms län). Undersökningarna avser åren 1997, 1999 och 2002. Mellan undersökningstillfällena 1997 och 2002 skedde en viss minskning av den andel patienter som hade besökt tandläkare för mindre än ett år sedan, från 70 procent 1997 till 64 procent 2002.

I alla tre undersökningarna har de intervjuade också fått ta ställning till påståendena ”Jag har inte råd att få den tandvård jag själv tycker jag behöver” respektive ”Jag har inte råd att få den tandvård tandläkaren tycker att jag behöver”. En viss ökning av andelen som inte säger sig ha råd med den tandvård de själva anser att de behöver kan noteras mellan 1997 och 2002.

**Diagram 3.4 Tandvårdsutnyttjande, intervjustudier 1997/1999/2002**



*Källa:* Socialstyrelsen, Tandvården i fyra län, tre intervjustudier.

Andelen personer som hade varit hos tandläkare under den senaste tvåårsperioden var 84 procent 2002. Bland dem som vid sitt senaste besök uppsökte folktandvården var det endast 54 procent som hade varit hos tandläkare för mindre än ett år sedan. Motsvarande andel för privattandvården var 78 procent. På senare år har det blivit vanligare med längre revisionsintervall än ett år. Andelen som någon gång hade varit hos tandhygienist ökade från 57 procent 1997 till 66 procent 2002.

År 2002 uppgav 14 procent att det var mer än två år sedan deras senaste tandläkarbesök. Bland arbetslösa och personer som uppburit socialbidrag under det senaste året var denna andel 29 procent, det vill säga dubbelt så stor. Bland dem som fått socialbidrag fanns det dessutom ett fåtal som uppgav att de aldrig hade varit hos tandläkare som vuxna.

### Högekostnadsskyddet för protetik för äldre

Den 1 juli 2002 infördes ett särskilt högekostnadsskydd för protetik som gäller från och med det år man fyller 65 år. Samtidigt förbättrades tandvårdsersättningen för bastandvård för samma åldersgrupp. Högekostnadsskyddet innebär i korthet att patienten under en behandlingsomgång endast betalar ett fast karensbelopp om 7 700 kronor, samt eventuellt vissa materialkostnader, för protetiska åtgärder.

Folktandvårdens andel av de behandlingar som utförs inom ramen för högekostnadsskyddet är mindre än folktandvårdens andel av övrig vuxentandvård och den genomsnittliga behandlingskosten är något lägre än hos privattandvården. I RFV:s rapport om uppföljning av högekostnadsskyddet från december 2003 redovisas att folktandvårdens



andel av de förhandsprövningsärenden som Försäkringskassan i Skåne avgjorde mellan den 1 juli 2002 och den 30 september 2003, var knappt 20 procent. Den genomsnittliga ersättningsnivån i beslutade förhandsprövningsärenden under denna period var 40 067 kronor hos privata tandläkare. Folk tandvårdens genomsnittliga ersättningsnivå var 36 285 kronor. RFV:s rapport visade bl.a. att stora prisskillnader, i vissa fall upp till 40 procent, förekommer mellan landstingen avseende både implantatprotetik och konventionell fast protetik.

### Kostnader

De totala kostnaderna för tandvård ökade 2002 med 9,5 procent i löpande priser jämfört med året innan, vilket är högre än motsvarande ökning för hälso- och sjukvården som helhet (7,3 procent).

**Tabell 3.3 Tandvårdens totala kostnader, 1998–2002**

Miljoner kr, löpande priser	1998	1999	2000	2001	2002
Patientavgifter	7 501	8 130	9 056	9 862	10 424
därav					
Offentlig tandvård	2 146	2 388	2 198	2 036	2 160
Privat tandvård	5 355	5 742	6 858	7 826	8 264
<i>Patientavgifter som andel av totala kostnader</i>	<i>58,6%</i>	<i>61,5%</i>	<i>62,0%</i>	<i>63,5%</i>	<i>61,3%</i>
Landstingens nettokostnader	3 302	3 284	3 411	3 471	4 257
Landstingens investeringsutgifter	137	186	151	143	153
Tandvårdsförsäkringen	1 755	1 463	1 414	1 487	1 607
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd			405	405	405
Administrationskostnader för försäkringen	99	151	163	168	169
<b>Summa</b>	<b>12 794</b>	<b>13 214</b>	<b>14 600</b>	<b>15 536</b>	<b>17 015</b>
Årlig förändring av de totala kostnaderna		+3,3%	+10,5%	+6,4%	+9,5%

*Källa* : Socialstyrelsen, SCB, RFV.

*Fotnot*: En ny verksamhetsindelning infördes i landstingen 2001. Med anledning av detta är landstingens nettokostnader samt investeringsutgifter avseende 2002 endast jämförbara med 2001.

Patienternas andel av de totala tandvårdskostnaderna har under ett flertal år kontinuerligt ökat. Denna utveckling bröts 2002 då andelen sjönk till drygt 61 procent jämfört med 63,5 procent 2001. En möjlig förklaring till detta kan vara det högkostnadsskydd avseende protetik för personer över 65 år som infördes den 1 juli 2002 och som begränsade patientens kostnad avseende behandlingen till 7 700 kronor, exklusive vissa materialkostnader.

Socialtjänsten består av vård och omsorg om äldre, insatser för personer med funktionshinder samt individ- och familjeomsorg.

Kommunernas kostnader för socialtjänsten fortsätter att öka och uppgick till omkring 136 miljarder kronor för 2002. Detta är en ökning med cirka 10 miljarder kronor eller 7,9 procent jämfört med året innan. Socialtjänstens andel av kommunernas totala kostnader varierar mellan 20 och 49 procent bland kommunerna. Medianen är 39 procent. Vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade är det område som i samtliga kommuner tar i anspråk den största delen av resurserna för socialtjänsten som helhet.

Socialtjänstens delar står inför delvis olika utmaningar. Gemensamt för hela sektorn är ett utvecklingsarbete som syftar till insatser som i högre utsträckning bygger på kunskap och beprövad erfarenhet och som i högre grad kan beskriva effekterna av dessa insatser. Gemensamt är också frågor kring att rekrytera och behålla kompetent personal samt frågor kring samarbete och samverkan inom och mellan olika sektorer och huvudmän.

### 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. Syftet med kommunens planering skall vara att tillgodose äldre människors behov av boende, service och vård.

I socialtjänstlagen anges vidare socialnämndens ansvar att göra sig väl förtrogen med äldre människors levnadsförhållanden och genom uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet. 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. Äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka personer som önskar flytta till en annan kommun har rätt att ansöka om insatser i inflyttningsskommunen. En sådan ansökan skall behandlas som om personen var bosatt i inflyttningsskommunen. I socialtjänstlagen finns bestämmelser om vilka egenavgifter som får tas ut för hemtjänst,

dagverksamhet, bostad i en särskild boendeform samt kommunal hälso- och sjukvård.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) 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,

- ha tillgång till god vård och omsorg.

Socialstyrelsen hade i samband med handlingsplanen under 1999–2001 regeringens uppdrag att följa utvecklingen på äldreområdet. Uppdraget slutrapporterades i juni 2002 (Nationell handlingsplan för äldrepolitiken – slutrapport). Regeringens redogörelse avseende tillståndet i och utvecklingen av vården och omsorgen om äldre grundar sig till stor del på Socialstyrelsens uppföljningar och även på länsstyrelsernas redovisningar av resultatet av deras tillsyn inom äldreomsorgen.

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Innehållet i hemtjänsten i såväl ordinärt som särskilt boende har ändrat karaktär jämfört med förhållanden i början av 1990-talet. När det gäller hemtjänst i ordinärt boende har kommunerna blivit mer restriktiva med att ge serviceinsatser såsom städning, tvätt, inköp av dagligvaror samt matlagning. Detta har bl.a. medfört en förskjutning av ansvar till anhöriga. Även det sociala innehållet i hjälpen till äldre har minskat i omfattning. Utvecklingen sedan början av 1990-talet har också inneburit att äldre personer bor kvar i det egna hemmet allt längre. De som flyttar till särskilda boendeformer är i behov av mer omfattande vård- och omsorgsinsatser än tidigare samtidigt som boendetiden för enskilda personer har minskat.

Korttidsvården/-boendet har expanderat kraftigt under 1990-talet, bl.a. på grund av de allt kortare vårdtiderna inom sjukvården och det ökade vårdbehovet inom hemsjukvården. Utvecklingen inom äldreboendet under framför allt senare år kännetecknas bl.a. av en successiv minskning av antalet platser. Drivkraften bakom denna utveckling är kommunernas och landstingens problem med att finansiera vård och omsorg. Utvecklingen speglar samtidigt en restriktivare tolkning av det offentliga ansvaret.

### *Länsstyrelsernas tillsyn*

Länsstyrelsernas redovisningar av sin tillsynsverksamhet ger en bild av äldreomsorgen i olika delar av landet. Redovisningen för 2002 visar bl.a. att kommuner i flera län har omvandlat bostäder inom de särskilda boendeformerna till seniorboenden eller ordinära boenden med hemtjänstinsatser, vilket ofta innebär en lägre omvårdnadsgrad. Problem finns enligt flera länsstyrelser också när det gäller tillgång på äldreboenden. Många kommuner saknar en långsiktig planering för det särskilda boendet. Flera länsstyrelser noterar en fortsatt utveckling mot

en mer restriktiv hjälptilldelning inom hemtjänsten. Bl.a. ökar omfattningen av kommuner som antar riktlinjer om att begränsa omfattningen av framför allt serviceinsatser, t.ex. fönsterputsning och hjälp med matlagning samt även insatser av social karaktär. Av länsstyrelsernas redovisning framgår också att svårigheterna att rekrytera utbildad personal, sjuksköterskor, undersköterskor m.m. allttjämt är stora. De stora personalgrupper som arbetsledare och enhetschefer inom äldreomsorgen ofta har ansvar för medför att nyanställd personal inte alltid får den introduktion och den arbetsledning som de behöver vilket ytterligare försvårar kompetensförsörjningen inom sektorn.

### **Ej verkställda beslut och domar**

Under senare år har det uppmärksammats att många beslut och domar som ger äldre rätt till en bostad inom de särskilda boendeformerna för äldre inte verkställs av kommunerna inom en rimlig tidsperiod. Många får också avslag på sin ansökan, trots att kommunen bedömer att behov av en bostad finns. Skälet som ofta anges i dessa fall är att resurser saknas. Totalt uppgick antalet ej verkställda beslut och domar samt avslagsbeslut till närmare 4 700 (2002). För 2003 har någon nationell insamling av uppgifter inte genomförts. På grundval av uppgifter som lämnats från flera länsstyrelser gör dock Socialstyrelsen bedömningen att antalet ärenden har minskat till ca 3 500 (en minskning med 25 procent). En ny studie som genomförts av Socialstyrelsen och Boverket visar dock att antalet ej verkställda beslut åter börjat öka, bl.a. som resultat av en allt snabbare avveckling av bostäder inom de särskilda boendeformerna. De båda myndigheterna konstaterar att mellan 2002 och 2005 kommer antalet bostäder inom de särskilda boendeformerna för äldre att minska med ca 13 500. Det främsta skälet som kommunerna anger till avvecklingen är att många bostäder blivit omoderna, att behoven av bostäder minskat på vissa orter samt en ökad satsning på kvarboende. Ett annat viktigt skäl som anges är bristande resurser.

### *Lex Sarah*

Den 1 januari 1999 infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär en skyldighet för verksamma inom äldreomsorgen att anmäla om de får reda på något allvarligt missförhållande i omsorgen om någon enskild. År 2002 rapporterades drygt 600 anmälningar enligt denna bestämmelse, vilket är en minskning med ca 250 anmälningar jämfört med 2001. Drygt 1 000 personer berördes av anmälningarna. 80 procent av anmälningarna avsåg händelser inom de särskilda boendeformerna. Den vanligaste orsaken till en anmälan var brister i omsorgen (44 procent), fysiska och psykiska övergrepp (28 procent), stölder (25 procent) och dåligt bemötande (23 procent). Huvuddelen av anmälningarna avsåg händelser där endast de boende själva var inblandad. De åtgärder som vidtogs med anledning av anmälningarna var oftast långsiktiga, som t.ex. förändringar i arbetssätt eller utbildningsinsatser. För att komma tillrätta med övergrepp eller bristfälligt bemötande tillämpades bl.a. disciplinära åtgärder.

Antalet anställda inom den kommunala vården och omsorgen om äldre har ökat sedan 1995 men rekryteringsbehovet är alltjämt stort och beräknas stiga ytterligare under de närmaste åren. Behoven gäller främst sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, utbildade vårdbiträden och undersköterskor samt läkare inom de särskilda boendeformerna. När det gäller arbetsledare har dessa minskat i antal sedan 1995. Många arbetsledare har i dag stora personalgrupper och saknar tillräckligt administrativt stöd för att kunna handleda personalen på ett bra sätt. Bilden kompliceras av att pensionsavgångarna har ökat och förväntas öka ytterligare under kommande år. En annan försvårande omständighet är den ökande sjukfrånvaron inom vård och omsorg.

Positiva tecken finns emellertid också. På vissa håll har det blivit lättare att rekrytera utbildad vårdpersonal, även sjuksköterskor, till äldreomsorgen. Det finns också exempel på att allt fler äldreboenden har tilldelats en särskild läkare. Några kommuner har ökat insatserna för att ge vårdpersonalen hälso- och sjukvårdsutbildning. Ett ökat intresse kan också noteras för kvalitetsfrågor inom vård och omsorg.

### *Samverkan*

Under senare år har kommuner och landsting lagt ner mycket arbete på att komma till rätta med brister i samverkan inom vård och omsorg, vilket också lett till förbättringar i viss utsträckning. Ungefär hälften av kommunerna har centrala, övergripande samverkansavtal med landstingen och i ungefär samma utsträckning lokalt anpassade samverkansavtal för att säkerställa läkarmedverkan inom den kommunala vården och omsorgen. Som nämnts ovan har det också skett en viss förbättring av läkarstödet i särskilda boendeformer. Det finns dock fortfarande brister i samverkan mellan huvudmännen, bl.a. när det gäller vården och omsorgen om äldre med komplexa och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov samt när det gäller rehabiliteringsinsatser för äldre.

### *Stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående*

Anhöriga svarar för betydande hjälp- och stödinsatser till äldre. Under de senaste åren har samtliga kommuner utvecklat stödformer för anhöriga med hjälp av finansiering från det statliga stimulansbidraget Anhörig 300. Även sedan dessa bidrag upphört fortsätter en majoritet av kommunerna att stödja anhöriga. En stor del av kommunerna integrerar ansvaret för anhörigstöd med andra uppgifter för biståndsbedömare, medicinskt ansvarig sjuksköterska eller demenssjuksköterska. Traditionella stödformer som dagvård, korttidsvård, avlösning i hemmet och enskilda stödsamtal ligger kvar på en hög nivå. De nya stödformer som växte fram under Anhörig 300, anhörigkonsulenter, anhörigcentra och utbildning av vårdpersonal har däremot minskat något i omfattning. Ca två tredjedelar av kommunerna har utvecklat stödformer som inte kräver biståndsbeslut, bl.a. har avlösning i hemmet kunnat ske med hjälp av frivilliga och i viss utsträckning är insatsen kostnadsfri. Utvecklingen

av stödformer har medfört att anhörigas situation synliggjorts och deras insatser i allt högre utsträckning kommit att värdesättas och respekteras. Genom särskilda projekt har det erhållits ny och fördjupad kunskap om anhörigas situation och om hur deras behov av stöd skall bedömas och tillgodoses. En särskild rapportering av utvecklingen av anhörigstödet finns i projektredovisningen Anhörig 300 – slutrapport (Socialstyrelsen).

Socialstyrelsens senaste uppföljning, Ett år efter Anhörig 300, visar att den positiva utveckling som skett av kommunernas stöd till anhöriga fortsätter. Inom ramen för den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården 2002–2004, har regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet slutit ett avtal om en fortsatt utveckling av stödet till anhöriga.

### *Brukarnas uppfattning*

Det finns få nationella uppgifter om hur brukare ser på kvaliteten i vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Dock finns ett antal lokala studier. Dessa visar att flertalet brukare är nöjda eller mycket nöjda med vården och omsorgen. De brister som lyfts fram handlar ofta om bristande personkontinuitet, bristande flexibilitet i fråga om utförandet av olika insatser, begränsade möjligheter att påverka, tidsbrist hos personalen samt att tjänsterna har blivit dyrare. Uppfattningen om den personliga omvårdnaden, maten och boendet är ofta positivare än de sociala insatserna. Bl.a. anser många att möjligheterna att få utöva sina intressen samt få variation under vardagen är alltför begränsade. De närstående är överlag mer kritiska än brukarna själva.

### *Kostnader*

**Tabell 4.1 Kostnader för äldreomsorg i kommunerna**

Miljarder kronor, 2002 års priser					
	1998	1999	2000	2001	2002
Hemtjänst i ordinärt boende	17,6	19,2	19,8	21,4	22,8
Vård o omsorg i särskilt boende	50,7	50,0	51,7	51,9	51,6
Förebyggande verksamhet	2,5	2,4	2,2	2,0	1,3
<b>Summa kostnader</b>	<b>70,7</b>	<b>71,6</b>	<b>73,7</b>	<b>75,3</b>	<b>75,7</b>

Kostnad = Bruttokostnad - interna intäkter - försäljning till andra kommuner och landsting  
- (fr.o.m. 2001) intäcker från externa bostads och lokalhyror

### *Prestationer*

År 2002 fick drygt 240 000 personer, 65 år och äldre, bistånd i form av hemtjänst eller bostad i en särskild boendeform. Det motsvarar 15,7 procent av den äldre befolkningen vilket är i stort sett samma andel som 2001. Även sett över en något längre tidsperiod har andelen äldre med biståndsinsatser legat tämligen konstant kring 16 procent. Huvuddelen av dem som får insatser – cirka tre fjärdedelar – är 80 år eller äldre. Drygt 15 000 personer som var 65 år och äldre hade kommunal hemsjukvård men ingen hemtjänst och knappt 27 000 personer i denna ålderskategori

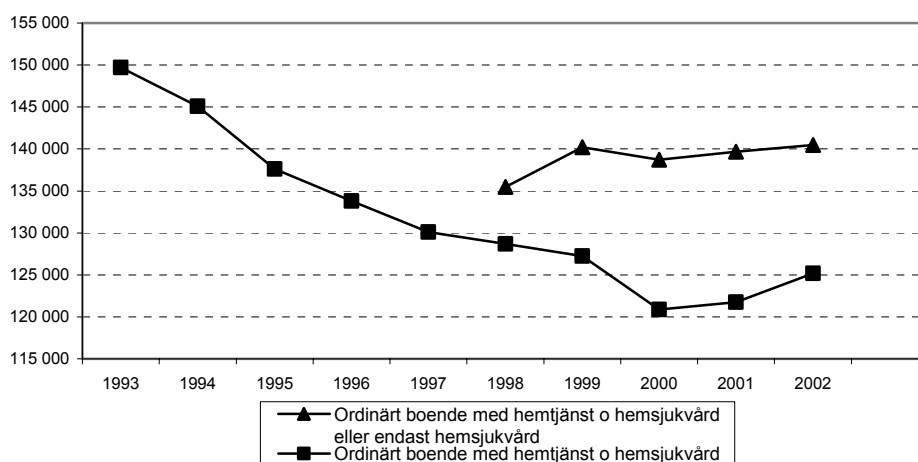
hade både hemtjänst och kommunal hemsjukvård. Jämfört med 2001 är det en minskning med 15 respektive tre procent. Skr. 2003/04:102

Ungefär hälften av hjälpinsatserna skedde inom det ordinära boendet och hälften inom de särskilda boendeformerna. Jämfört med 2001 innebär detta en viss förskjutning mot insatser inom det ordinära boendet.

#### *Insatser i ordinärt boende*

I oktober 2002 var drygt 125 000 personer beviljade insatser inom det ordinära boendet. Detta är en ökning med cirka 3 500 personer jämfört med 2001.

**Diagram 4.1 Antalet personer med insatser enligt SoL i ordinärt boende**



*Källa:* Socialstyrelsen med Socialdepartementets justerade värden för 1998–2000.

Tidigare år har trenden varit att andelen äldre med omfattande hjälp har ökat medan andelen äldre med mindre omfattande insatser har minskat. Någon tydlig tendens till fortsatt utveckling enligt detta mönster kan inte spåras i senare års statistik. Andelen personer med insatser under nio eller färre timmar per månad uppgick 2002 till cirka 37 procent och andelen med insatser motsvarande 50 timmar eller mer uppgick till knappt 19 procent. Förändringarna jämfört med 2001 är små.

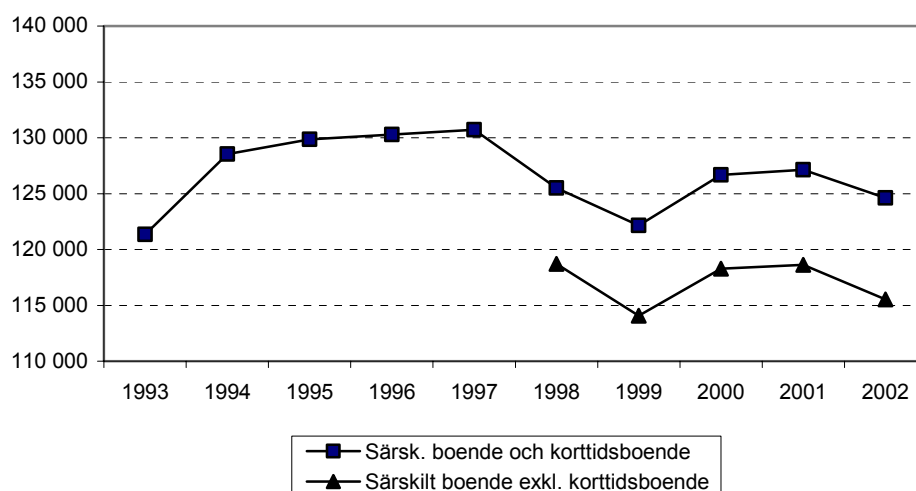
**Tabell 4.2 Andelen personer 65 år och äldre med insatser i ordinärt boende som erhåller hjälp i olika timintervall**

Timmar hjälp per månad	1998	1999	2000	2001	2002
0–9	38,6	36	35,6	37,8	37,2
10–49	40,9	43,7	43,1	43,3	42,2
50–119	16,7	16,6	16,7	15,8	15,4
120–199	3,2	3,1	3,6	2,5	2,5
200–	0,6	0,6	1	0,5	0,7

Källa: Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre*, lägesrapporter 2003.

### Insatser i särskilt boende

År 2002 uppgick antalet personer 65 år och äldre som bodde permanent i särskilda boendeformer till ca 115 500 personer. Detta är en minskning med ca 3 000 personer jämfört med 2001.

**Diagram 4.2 Antalet personer med insatser enligt SoL i särskilt boende**

Källa: Socialstyrelsen med Socialdepartementets justerade värden för 1998–2000.

År 2002 erhöll ungefär 9 000 personer 65 år och äldre behovsprövad korttidsvård/boende, en insats som brukar omfatta tillfälligt boende i särskilda boendeformer i kombination med rehabilitering och/eller omvårdnad för bl.a. avlösning, växelvård och eftervård. Detta är en ökning med ca 500 personer jämfört med 2001.

Boendestandarden inom de särskilda boendeformerna har förbättrats sedan början av 1990-talet. Cirka 6 procent av dem som bodde i särskilt boende i oktober 2002 delade bostad med annan/andra än maka/make eller annan nära anhörig. Motsvarande siffra 1993 var 15 procent. Det är 79 procent av de boende har egen toalett och 73 procent har egen dusch eller bad. Motsvarande siffror 1993 var 70 respektive 54 procent.



Med dagverksamhet avses individuellt beslutat stöd enligt socialtjänstlagen under dagtid i form av sysselsättning, social gemenskap, rehabilitering, m.m. Stödet ges till personer som t.ex. har demenssjukdom eller psykiskt eller fysiskt funktionshinder. Ca 13 000 äldre personer hade i oktober 2002 beslut om dagverksamhet, vilket är en minskning med drygt 1 300 personer jämfört med samma tid 2001. Utöver dagverksamhet som föregås av individuella beslut bedriver många kommuner s.k. öppen dagverksamhet, i form av exempelvis kaféverksamhet och andra former av träffpunkter.

#### *Vård och omsorg i privat regi*

Antalet och andelen entreprenader och köp av enstaka platser i enskild regi ökade under hela 1990-talet. Det gäller såväl hemtjänst som särskilt boende. Den officiella statistiken visar en fortsatt ökning. I oktober 2002 fick drygt tio procent av äldreomsorgstagarna hjälp från privata vårdgivare. Det innebär att drygt 25 000 äldre fick äldreomsorg från privata vårdgivare på uppdrag från kommunen. Det är ungefär samma nivå som 2001.

Kommunernas kostnader för entreprenader, köp av enstaka platser i enskild regi och kundval uppskattas till ca 7,2 miljarder kronor 2003, vilket motsvarar ca nio procent av deras budget för äldreomsorg. Motsvarande kostnader 1999 uppgick till 4,6 miljarder kronor, eller sju procent av kommunernas äldreomsorgskostnader. All verksamhet i privat regi har dock inte ökat i omfattning. Det är framför allt den entreprenad drivna verksamheten som har ökat medan köpen av enstaka platser minskat något i omfattning. Äldreomsorg i enskild regi förekommer främst i storstäder, större städer och förortskommuner. System för kundval förekommer i huvudsak i Stockholms län. År 2003 hade tio kommuner infört kundvalssystem, jämfört med sex kommuner 1999.

## 4.2 Insatser för personer med funktionshinder

### **Nationella mål**

Kommunerna skall, enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), främja möjligheterna för personer med funktionshinder att delta i samhällslivet och leva som andra. Genom insatser enligt LSS skall personer med stora och varaktiga funktionshinder tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatser enligt SoL skall tillförsäkra personer i behov av stöd i sin livsföring en skälig levnadsnivå. Samtliga insatser som medges inom ramen för socialtjänstens verksamhet för personer med funktionshinder syftar till att stärka den enskildes förmåga att leva ett självständigt liv.

Kommunerna ansvarar för en rad insatser för personer med funktionshinder enligt SoL, LSS och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). De ansvarar bl.a. för boende, meningsfull sysselsättning

/daglig verksamhet, olika stöd- och serviceinsatser samt hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering och hjälpmedel i vissa boendeformer. Individuella planer enligt LSS, som innehåller alla beslutade och planerade insatser av kommunen och andra, skall upprättas i samråd med den insatsberättigade på dennes begäran. Kommunerna skall också verka för att offentliga lokaler och allmänna kommunikationer blir lätt tillgängliga för alla.

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Socialstyrelsen sammanställer årligen en lägesrapport om utvecklingen inom det handikappolitiska området i Sverige. I lägesrapporten för 2003 fokuserades bland annat på situationen för barn med svåra funktionshinder och personalsituationen. Tillsammans med länsstyrelserna sammanställer Socialstyrelsen också en rapport om den sociala tillsynen varje år. Granskningarna som länsstyrelserna genomförde 2002 av kommunernas verksamheter för personer med funktionshinder belyser bl.a. bemötande, icke verkställda domar och beslut samt planering av verksamheten för psykiskt funktionshindrade. Inom ramen för Nationellt program för tillsyn över socialtjänsten har Socialstyrelsen och länsstyrelserna kraftsamlat kring tillsyn över kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder under perioden 2002–2004. En delrapport presenterades i slutet av 2003. Den tar upp kommunernas planering av verksamheten.

### *Viktiga utvecklingstrender*

Rättighetslagstiftningen har haft stor betydelse för personer med funktionshinder under den senaste tiden då den allmänna välfärden har utsatts för stora ansträngningar. Men de stora skillnaderna i levnadsvillkor mellan personer med funktionshinder och de utan funktionshinder består. En tendens är att kommunerna i ökad utsträckning köper verksamhet som bedrivs av en annan kommun och erbjuder exempelvis personer med psykiska funktionshinder boende och andra insatser i enskild verksamhet långt ifrån hemorten istället för att planera egna bostäder. Tendenser finns också att frivilligorganisationernas arbete alltmer ersätter ordinarie socialtjänst och socialpsykiatrisk verksamhet.

Flera kommuner samlokaliserar bostäder till mer institutionella boendekomplex för främst personer med utvecklingsstörning. Risken finns således att de avvecklade vårdhemmen för utvecklingsstörda återuppstår i nya former.

Det finns stora lokala och regionala skillnader i landet avseende kostnader för insatser för personer med funktionshinder och i tillgången till olika insatser. Dessa skillnader finns också mellan olika grupper. Oenighet om ansvar och behov av gemensamma arbetsinsatser berör främst personer med omfattande behov. Det behövs generellt mer samverkan, men huruvida det uppstår verkar mest vara ett resultat av enskilda personers ambitioner. Därmed blir också samverkan ojämnt fördelad över landet.

Socialstyrelsen konstaterar att kunskapen är bristfällig om vad samhällets insatser för barn med svåra funktionshinder leder till. Det finns i stort sett inga studier om vad socialtjänsten uppnår med sitt arbete.

Man konstaterar ändå att situationen för barn och ungdomar med funktionshinder har förbättrats de senaste decennierna. Detta trots att tillgången till olika stödinsatser fortfarande i stor utsträckning präglas av långa handläggningstider. Verksamheterna behöver utvecklas för att göra stödinsatserna mer tillgängliga. De största bristerna i verksamheterna för barn med svåra funktionshinder finner Socialstyrelsen i informationsförmedlingen, den uppsökande verksamheten, den individuella planeringen och samordningen. För att familjerna skall få adekvat stöd är det av största vikt att samordningen av insatserna och samverkan mellan verksamheterna fungerar. En positiva tendens är att allt fler kommuner satsar på familjecentraler. Här samverkar socialtjänst med bl.a. förskola, mödravårdscentraler och barnavårdscentraler.

Rätten till personlig assistans har haft stor betydelse för barn med flera omfattande funktionshinder. Möjligheten till avlösning, korttidstillsyn och korttidsvistelse är också av stor vikt för familjer med barn med stora behov av omvårdnad, tillsyn och stimulans. Många föräldrar vittnar dock om svårigheterna att få förståelse för barnens och familjens behov när besluten fattas av handläggare som främst har ett äldreperspektiv.

Olika studier pekar på att familjens totala omsorgsansvar har ökat under senare år. Föräldrarna måste också hålla sig informerade om barnets och familjens rättigheter, begära insatser, överklaga beslut och hålla kontakt med personliga assistenter, lärare, elevassistent, olika läkare, habiliteringens behandlare, korttidshemmet, hjälpmedelscentralen och många fler. Detta blir sammantaget ofta en orimlig börda – inte minst om man är ensamstående eller om familjen har flera barn. Detta ger också synbara effekter i statistiken som bl.a. visar att långvariga sjukskrivningar är vanligare i familjer med barn med funktionshinder än i andra barnfamiljer.

#### *Personal inom verksamheter för stöd och service till funktionshindrade*

Den personal som utför insatser till personer med funktionshinder är ca 120 000 personliga assistenter, vårdbiträden och undersköterskor. Antalet anställda ökar, men huvudmännen har svårt att rekrytera kompetent personal. Hälften av personalen saknar vård- och omsorgsutbildning.

Bristen på kompetent personal orsakar också långa väntetider för vissa insatser, exempelvis personlig assistans. Personalomsättningen bland personliga assistenter är dessutom hög, vilket medför bristande kontinuitet för brukarna och höga personalkostnader för arbetsgivarna.

Ett allvarligt problem är att synsätt och arbetsmetoder inom verksamheterna för personer med funktionshinder i hög utsträckning präglas av äldreomsorgen. Insatser och verksamheter för yngre personer måste utformas utifrån deras specifika behov av exempelvis ett mer aktivt liv. De kommunala arbetsledarna har oftast bra kompetens, men de har ofta för många anställda att ta ansvar för. Det är vanligt med ett femtiotal anställda per arbetsledare. Arbetsledaren har också normalt sett

mycket begränsade möjligheter att medverka i vardagsarbetet och en övervägande del av personalen upplever att de får otillräckligt med handledning.

### *Psykiskt funktionshindrade*

Länsstyrelserna bedömer att personer med psykiska funktionshinder är den grupp som har svårast att få adekvata insatser från socialtjänsten. År 2002, sju år efter psykiatrireformen, genomförde Socialstyrelsen och samtliga länsstyrelser en omfattande tillsyn av kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. En slutsats av denna granskning är att psykiatrireformen inte är tillräckligt förankrad i kommunens ledning. Ca 55 procent av kommunerna kartlägger inte behoven på ett tillfredsställande sätt och ca 60 procent har inte utformat tillräckliga informationsinsatser. Det innebär en stor risk för att de personer som har behov av kommunernas tjänster inte nås av dessa. I januari 2002 hade ca 19 000 personer med psykiska funktionshinder insatser från kommunerna. I samband med Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen uppskattades att ca 35 000 personer mellan 18 och 65 år skulle ha behov av socialtjänstens och/eller psykiatrins insatser. Många ingår visserligen inte i de siffror som angetts av kommunerna eftersom de enbart har kontakt med kommunernas öppna verksamheter. Det är också rimligt att anta att en grupp personer enbart har behov av insatser från psykiatrin. Trots detta är det uppenbart att kommunerna inte nått fram till alla personer med psykiska funktionshinder som kan tänkas ha behov av socialtjänstens insatser.

Ett positivt resultat av granskningen är att kommunerna kan erbjuda ett relativt varierat utbud av verksamheter och insatser. Den säger dock ingenting om behovstäckningen. Så gott som alla kommuner kan t.ex. erbjuda någon form av sysselsättning. Ca 85 procent av kommunerna kan erbjuda sysselsättningsmöjligheter i mer strukturerade former och cirka 70 procent rehabiliteringsverksamhet med lärande och arbetsliknande inslag. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har uppmärksammats i vissa kommuner men långt ifrån i alla.

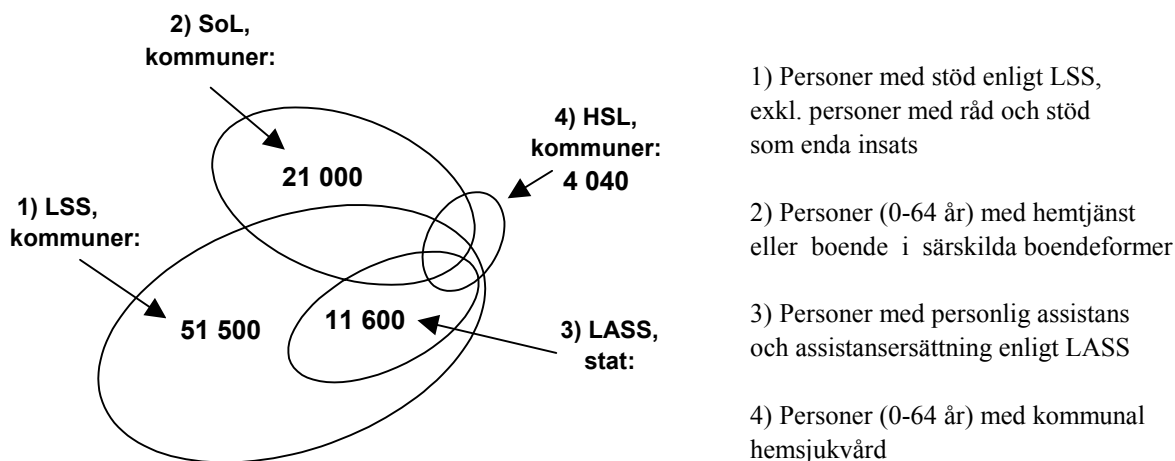
Bristen på boendeformer med olika omhändertagandenivå inom socialtjänsten är dock påtaglig. Många har ännu inte fått sin boendefråga löst enligt reformens intentioner och kan bo under institutionsliknande former, långt från hemkommunen. Att insatser samordnas är många gånger en förutsättning för att psykiskt funktionshindrade skall få en bättre livssituation. Merparten av alla kommuner har startat verksamheter med personliga ombud för psykiskt funktionshindrade, ofta i samverkan flera kommuner emellan. De personliga ombuden skall stärka den enskildes självständighet och tilltro till sig själv. Ombudens huvudsakliga uppgift är att se till att de insatser som den enskilde behöver från olika huvudmän planeras, samordnas och genomförs med utgångspunkt från den enskildes önskemål och behov. Personliga ombud har visat sig vara en mycket värdefull verksamhet.

Antalet icke verkställda beslut enligt LSS ökade med ca tio procent mellan 2001 och 2002. De icke verkställda LSS-besluten, totalt 2 800, gällde främst insatserna kontaktperson, ledsagare, korttidsvistelse och bostad med särskild service. Kommunerna saknar planering eller brister alltför ofta i planeringen av bostäder med särskild service till personer med omfattande funktionshinder.

### Kostnader och prestationer

Det går inte att med tillgänglig statistik uttala sig om hur många personer som samtidigt har insatser enligt LSS, SoL och HSL. Det beror på att statistiken samlas in på olika sätt och av olika myndigheter. Personer som får insatser enligt LASS genom försäkringskassan kan t.ex. även få insatser enligt LSS från kommunerna.

**Bild 4.1: Antalet personer (0-64 år) med insatser enligt LSS, SoL och HSL 2003**



**Tabell 4.3 Antal personer med beslut om insats enligt LSS, med individuell plan eller med personligt ombud**

Insats	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Daglig verksamhet	19 100	19 800	20 500	21 100	21 500	23 200
Boende, vuxna	15 600	16 500	16 900	17 500	17 900	19 000
Kontaktperson	13 100	13 400	13 600	14 000	14 500	15 200
Råd och stöd	22 100	18 600	16 400	---	11 900	11 700
Korttidsvistelse	8 500	9 400	9 800	9 600	9 900	10 400
Ledsagarservice	5 600	7 400	7 800	8 100	8 500	9 200
Personlig assistans*	3 900	4 500	4 200	4 300	4 300	4 600
Avlösarservice	3 200	3 600	3 700	3 600	3 500	3 600
Korttidstillsyn	2 700	2 800	3 000	3 100	3 400	3 900
Boende, barn	1 500	1 200	1 200	1 100	1 200	1 300
Individuell plan	---	---	---	---	---	3 160
Personligt ombud	---	---	---	---	1 200	2 600

\* grundläggande behov mindre än 20 timmar per vecka

Källa: Socialstyrelsen, Lägesrapport 2003 – Handikappomsorg och Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003.

Kommunerna har redovisat att 51 500 personer hade en eller flera insatser enligt LSS exklusive insatsen råd och stöd den 1 oktober 2003. Det är 2 900 fler jämfört med 2002, en ökning med 6 procent. Fler män och pojkar än kvinnor och flickor får insatser enligt LSS. Endast ledsagare gavs till fler vuxna kvinnor än till vuxna män. Totalt hade drygt 29 100 män (ca 56 procent) insatser enligt LSS den 1 oktober 2003 jämfört med drygt 22 400 kvinnor (ca 44 procent). Ungefär samma fördelning mellan könen har observerats åren 1999–2003.

Utöver de personer som beviljades personlig assistans som hade grundläggande behov som var mindre än 20 timmar per vecka (4 600), beviljades 11 600 personer personlig assistans med statlig assistansersättning för grundläggande behov som översteg 20 timmar per vecka samt för övriga personliga behov.

#### *Enskild verksamhet*

Länsstyrelsen beviljar tillstånd enligt 23 § LSS för enskild verksamhet avseende korttidsvistelse, korttidstillsyn, boende för barn, boende för vuxna och daglig verksamhet. Antalet tillstånd och platser ökade från 2001 och 2002 fanns totalt 536 tillstånd för 4 885 platser. Länsstyrelserna fann brister i 14 procent av samtliga granskningar som genomfördes av de enskilda verksamheterna under 2002.

**Tabell 4.4 Kommunernas kostnader för insatser till funktionshindrade**

Fastprisberäkning i 2002 års priser						
Verksamhet	1998	1999	2000	2001	2002	Förändring 1998-2002
Insatser enl. SoL och HSL	2,2	2,4	2,4	2,7	2,9	+23,7%
– i ordinarie boende						
– särskilt boende	2,7	2,6	2,6	2,6	2,8	+0,4%
Insatser enligt LSS, totalt	18,0	19,4	20,7	21,5	22,5	+20,3%
därav: bostad med särskild service	10,1	11,0	11,4	11,7	12,0	+15,5%
daglig verksamhet	3,4	3,5	3,5	3,7	3,8	+11,7%
personlig assistans	2,2	2,3	3,3	3,4	4,0	+46,2%
övriga insatser enl. LSS	2,3	2,6	2,4	2,7	2,7	+18,7%
<b>Totalt</b>	<b>22,9</b>	<b>24,4</b>	<b>25,7</b>	<b>26,7</b>	<b>28,2</b>	<b>+18,7%</b>

Källa: Socialstyrelsen, Lägesrapport 2003 – Handikappomsorg.

Kommunernas samlade kostnader inom socialtjänsten för personer med funktionshinder uppgick 2002 till drygt 28 miljarder kronor. Denna kostnad avser bruttokostnad minus interna intäkter, försäljningsintäkter från andra kommuner och landsting, exklusive assistansersättning från försäkringskassan för personlig assistans (5,7 miljarder kronor) samt hyresintäkter. Huvuddelen av denna kostnad, ca 78 procent, var kostnad för insatser enligt LSS.

### 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,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Individ- och familjeomsorgens (IFO) verksamhetsområde omfattar socialt arbete som bedrivs enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och föräldrabalken, i kommunens egen regi eller med kommunal finansiering. Individ- och familjeomsorgen gör insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället t.ex. kvinnor och män med behov av socialbidrag, flickor och pojkar och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, missbrukare, prostituerade och kvinnor som utsätts för hot och våld.

Av länsstyrelsernas sociala tillsyn 2002 framgår att svårigheter att rekrytera och behålla kompetent personal är ett allvarligt problem. Kvalitetsarbetet inom IFO utvecklas positivt, men mycket återstår innan flertalet kommuner har fungerande kvalitetssystem. Kraven på att verksamheten skall vara av god kvalitet har lett till ökad medvetenhet om värdet av systematisk uppföljning. Olika klientgruppers åsikter tillmäts ett större värde. I takt med ökad forskning utifrån könsperspektiv, t.ex.

inom missbrukarvården, ökar medvetenheten om könets betydelse i det sociala arbetet. Behovet av fortsatt forskning är stort.

Huvudtrenderna inom IFO – ökad specialisering på olika gruppers behov och på stöd- och behandlingsinsatser i hemkommunen – ökar skillnaden i utbud och kvalitet mellan mindre och större kommuner. Det är därför angeläget att stödja och uppmuntra sådana kommun-gemensamma satsningar som inletts på många håll.

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Enligt Socialstyrelsen utvecklas individ- och familjeomsorgen i positiv riktning. Det gäller särskilt inom barnområdet och området kvinnofrid, men också inom området ekonomiskt bistånd, medan utvecklingen inom missbruksområdet är negativ med stora och allvarliga brister.

#### *Ekonomiskt bistånd*

Biståndssystemet skall vara det yttersta skydds nätet, främst vid tillfälliga ekonomiska problem, och nivån på riksnormen är beräknad utifrån det. Närmare 30 procent av bidragsmottagarna har dock bistånd nästan alla årets månader, och många har bistånd under en lång följd av år. Personer som får huvuddelen av sin försörjning från biståndssystemet under lång tid blir därmed ekonomiskt en speciellt utsatt grupp. Det långvariga biståndsbehovet beror i stor utsträckning på att man inte etablerat sig på arbetsmarknaden och därmed inte heller kvalificerat sig för ersättning från generella försäkringssystem. Det gäller framför allt utrikes födda och ungdomar. Ca 33 procent av biståndsmottagarna i åldern 18–64 år var någon gång under året arbetslösa utan ersättning från A-kassa eller KAS. Knappt tre procent av biståndsmottagarna var långvarigt arbetslösa eller inskrivna vid arbetsförmedlingen under hela året.

Under 1990-talet blev biståndssystemet allt mer av ett försörjnings-system för utrikes födda som inte kommit in på arbetsmarknaden. Många är arbetslösa utan rätt till arbetslöshetsersättning. Medan andelen biståndsmottagare bland inrikes födda, 18 år och äldre, var två procent var samma andel hela tolv procent bland de utrikes födda. I åldersgruppen 20–24 år var andelen sju procent av de inrikes födda och 20 procent av de utrikes födda. Av alla hushåll (18–64 år) med långvarigt bistånd, var 67 procent utrikes födda. Drygt en fjärdedel hade bott i Sverige i tio år eller mer.

Många av biståndsmottagarna är unga – 37 procent av de vuxna var 18–29 år. Biståndsmottagandet bland unga vuxna fortsätter dock att minska snabbare än i andra åldersgrupper.

Det krävs insatser inom flera områden för att komma tillrätta med de långvariga behoven av ekonomiskt bistånd. Det gäller bland annat insatser för förbättrad rehabilitering, för mottagande, introduktion och integration av invandrare och flyktingar samt förbättrade arbetsformer och arbetsmetoder inom socialtjänsten för att öka sysselsättningen. För att hjälpa såväl unga personer och nyanlända invandrare som ännu inte etablerat sig på arbetsmarknaden som personer med långvarigt biståndsbehov till egen försörjning är det viktigt med tillräckligt med tid



för utredning, samtal och kontakter med den enskilde. Vidare är det viktigt att det finns praktikplatser samt att samarbete sker med arbetsförmedlingen, arbetsmarknadsenheter, försäkringskassan och psykiatrin.

### **Barn och ungdomar**

Det saknas nationell statistik om hur många barn och unga som årligen anmäls till den sociala barnvården. Kommunerna erbjuder olika former av insatser för barn och ungdomar. Insatserna kan vara generellt inriktade och beröra olika grupper eller individuellt beslutade och beröra enskilda individer. Socialtjänstens insatser brukar, framför allt i statistiska sammanhang, hänföras antingen till öppna verksamheter såsom råd, stöd och service (s.k. öppenvård) eller till heldygnsinsatser (familjehem/-institutioner).

En skattning utifrån uppgifter från Västra Götaland och Stockholm samt officiell statistik är att mellan 45 000 och 55 000 barn och unga under 20 år samtidigt berörs av den sociala barnvården i landet.

Länsstyrelserna i Stockholm, Västra Götaland och Skåne har undersökt hur socialtjänsten 2002 arbetade med barn under 15 år som aktualiseras på grund av kriminalitet och/eller missbruk i stadsdelar där en stor andel av befolkningen har utländsk bakgrund. En tredjedel av de anmälda barnen utreddes i respektive region. Utredningarna saknade ofta en helhetsbild som beskriver familjens integration i samhället, ekonomiska förhållanden m.m. och hur detta inverkar både på barnet och på föräldrarnas omsorgsförmåga. De utredningar som gjorts enligt den av Socialstyrelsen utvecklade BBiC-modellen<sup>6</sup> belyser däremot på ett bra sätt barnets förhållanden och föräldrarnas förmåga. De ger en helhetsbild av barnets situation och ökar därmed rättssäkerheten. En slutsats som dras är att de kunskaper som finns om riskfaktorer för ett barns utveckling bör användas av socialtjänsten på ett mer strukturerat sätt.

### **Familjerätt och Familjerådgivning**

Omkring 500 000 barn bor inte med båda sina biologiska föräldrar, 70 procent av dem bor med sin mamma, 12 procent med sin pappa och 18 procent bor växelvis hos var och en av föräldrarna. Enligt föräldrabalken kan separerade föräldrar som är överens avtala om vårdnad, boende och umgänge. Socialtjänsten är skyldig att erbjuda föräldrarna hjälp med att träffa avtal. Godkänner kommunen avtalet gäller det och kan verkställas på samma sätt som ett lagakraftvunnet domstolsavgörande. Antalet skrivna avtal har sedan 2000 minskat med drygt tio procent, till ca 4 160 2002. Samtidigt har antalet ärenden som tingsrätten remitterat för snabbupplysning och antalet barn som är föremål för utredning om vårdnad, boende och umgänge ökat med tio procent jämfört med 2001. Ett syfte med 1998 års vårdnadsreform var att söka förmå föräldrar att lösa frågor i samförstånd utan att en process i domstol inleddes.

<sup>6</sup> Barns Behov i Centrum

Enligt socialtjänstlagen skall föräldrar erbjudas samarbetsamtal under sakkunnig ledning, i syfte att de skall kunna enas om vårdnad, boende och umgänge. Samarbetsamtal hos familjerätterna omfattade drygt 20 000 barn under 2002, en ökning med sex procent från 2001. Samarbetsamtalen har utvecklats till en attraktiv tjänst, där både sättet att erbjuda samtal och metoden i genomförandet fortsätter att utvecklas. Handläggare kan t.ex. närvara vid förberedande förhandlingar vid vårdnadstvister och erbjuda samarbetsamtal. När det förekommit våld eller hot kan parterna erbjudas att få träffa handläggare var för sig. Några kommuner kan erbjuda gruppsamtal för föräldrar och kan ge barn möjlighet att i grupp få information och bearbeta frågor kring föräldrarnas separation.

Kommunen ska även sörja för att den som vill och behöver erbjuds familjerådgivning. Familjerådgivningen har ingen journalföring och ingen myndighetsutövning. Det saknas nationell statistik om familjerådgivning. Enligt en undersökning riktad till landets 84 familjerådgivningsbyråer 2001 betjänade drygt 60 procent av byråerna mer än en kommun.

### **Vuxna med missbruksproblem och hemlösa**

Från 1996 uppskattas alkoholkonsumtionen ha ökat med 24–30 procent. År 2002 beräknades den till 9,9 liter ren alkohol per person och år. Kvinnor svarar för ungefär en tredjedel. Också andelen storkonsumenter har ökat. Högst alkoholkonsumtion har unga vuxna, medan personer över 65 år har den lägsta konsumtionen. Mot bakgrund av den ökande alkoholkonsumtionen kan man förvänta sig en ytterligare ökning av alkoholmissbrukets omfattning, liksom av alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet.

Nationella skattningar, baserade på kartläggningar 1979, 1992 och 1998 pekar samstämmigt på en kraftig ökning av det tunga narkotikamissbruket. Antalet tunga missbrukare uppskattades till 26 000 1998. Mer än hälften, drygt 13 000 personer, beräknades ha kontakt med socialtjänsten. De ökade behoven och den stigande efterfrågan på bl.a. socialtjänstinsatser handlar inte enbart om att antalet människor med missbruksproblem blivit fler. Fler har svåra missbruksproblem och mer komplexa livssituationer, fler är blandmissbrukare och involverade i kriminalitet. Fler har en kombination av allvarliga medicinska, personlighetsmässiga och sociala svårigheter, såsom psykiska problem och svårigheter att få och behålla en egen bostad.

I en kartläggning av narkomanvården utförd av Socialstyrelsen, ORION, pekas på ett flertal brister i vården som helhet. Det finns en brist på avgiftningsresurser, enligt 87 procent av kommunerna. Intervjuade narkotikamissbrukare framhöll att uppsökande verksamhet saknas. Människor med de svåraste problemen riskerar att inte komma i kontakt med socialtjänsten. Krav på motivation, drogfrihet och andra ”höga trösklar” innebär att de mest utsatta grupperna har särskilt svårt att få vård. Intervjuerna visade också stora skillnader i missbrukares och socialarbetares uppfattning om motivation och passande insatser, liksom svårigheter att matcha missbrukarnas behov och önskemål med behandlingsformernas resurser och regler. Brister i eftervården är enligt

narkotikamissbrukarna troligen ett viktigare skäl till återfall än brister i den behandling som ges. Kartläggningen visade också att små kommuner sällan kan erbjuda specialiserad vård eller ett lika brett utbud av insatser som större kommuner (t.ex. boendestöd, dagverksamhet och tillgång till läkemedelsassisterad behandling med metadon eller subutex). Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal är särskilt uttalad i de små kommunerna, bl.a. saknas tillgång till psykologer och psykoterapeuter. Den bild av narkomanvården som uppmärksammats i ORION bekräftas av länsstyrelsernas tillsyn.

Socialstyrelsen ser inga tecken på en ökning av antalet personer med missbruksproblem som genomgår behandling. Det kommer att krävas betydligt kraftfullare satsningar än de hittillsvarande för att nå lagstiftningens intentioner och de nationella målen på missbruksområdet.

Samvariationen mellan hemlöshet och missbruk är hög. Den senaste nationella kartläggningen 1999 visade att det fanns ca 8 400 hemlösa i Sverige. Av dem hade 75 procent missbruksproblem, ca 35 procent psykiska problem och 25 procent både och. Mer än en tredjedel av samtliga hemlösa fanns i storstäderna Malmö, Göteborg eller Stockholm. Socialstyrelsen har i uppdrag att medverka till att utveckla metoder för lokala kartläggningar samt att stimulera till lokala aktiviteter för att förebygga hemlöshet och att förbättra situationen för hemlösa. Missbrukare och deras familjer har stora svårigheter att efter behandling få en egen bostad, vilket i vissa fall kan försvåra pågående behandlingsinsatser. I Socialstyrelsens nationella kartläggning av missbrukarvården rapporterades drygt elva procent (ca 2 600 personer) vara hemlösa av dem som var i pågående behandling den 1 april 2003.

### *Våldsutsatta kvinnor, prostitution och människohandel*

Arbetet kring problematiken våld mot kvinnor har de senaste åren uppmärksammats och givits ökad prioritet. De senaste åren har man alltmer börjat uppmärksamma specifika grupper av våldsutsatta kvinnor som kan ha särskilda stödbehov och kan ha svårt att få det stöd de behöver. Det rör sig om kvinnor med missbruksproblematik, kvinnor med funktionshinder, äldre kvinnor och kvinnor med invandrarbakgrund. Till de särskilt sårbara grupperna kan också de som blir utsatta för våld i samkönade relationer räknas. Det har gjorts en del insatser för utsatta flickor i strängt patriarkala familjer under året. När det gäller missbrukande kvinnor pågår bland annat ett projekt där man inventerar och samlar den kunskap och erfarenhet som finns på området, vilka institutioner och verksamheter som arbetar med dessa kvinnor samt undersöker vilken ytterligare utbildning och kompetenshöjning som behövs, både för personal i verksamheterna och inom kvinnojourerna.

Det finns flera indikatorer på att kommunernas arbete kring problematiken mäns våld mot kvinnor utvecklas i positiv riktning. Länsstyrelsernas uppfattning är att det sker en utveckling av kommunernas stöd till kvinnor som utsatts för våld. Det pågår utbildningar och kompetensutveckling för att ge personalen bättre kunskap. I över en tredjedel av länen finns länsövergripande samverkansgrupper, i flera kommuner finns lokala samverkansgrupper och många kommuner har tagit fram strategier och/eller handlingsplaner. Social-

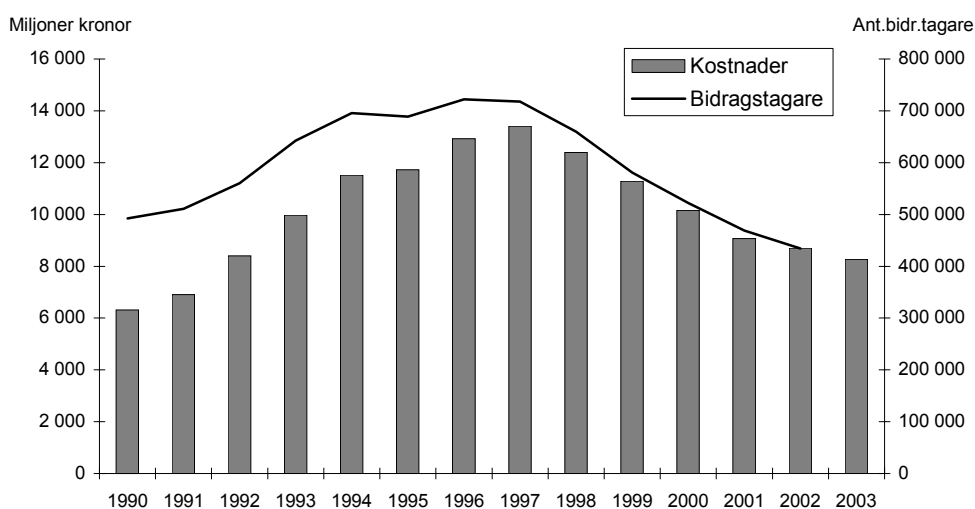
styrelsens uppföljning av det stora fortbildningsuppdraget visar att ett stort antal personer inom socialtjänsten utbildats och att utbildningen lett till en ökad kunskap och till konkreta åtgärder. Socialtjänsten har nu klart och tydligt uppmärksammat denna grupp.

Handel med kvinnor och barn för sexuella ändamål har de senaste åren alltmer kommit att uppmärksammas. En ny straffbestämmelse som fått benämningen människohandel för sexuella ändamål trädde i kraft den 1 juli 2002. Rikskriminalpolisen publicerar varje år en lägesrapport om handel med kvinnor. I den senaste, som gäller situationen under 2002, uppskattar man att mellan 200 och 500 kvinnor, varav ett fåtal är under 18 år, kan ha blivit föremål för handel i Sverige det året. Datainsamling till Socialstyrelsens andra rapport om prostitutionens omfattning och utveckling pågår för närvarande.

## Kostnader och prestationer

### *Ekonomiskt bistånd*

#### **Diagram 4.3 Utbetalt ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning samt antal biståndsmottagare**



*Källa:* Socialstyrelsen.

*Anm:* För 2003 saknas uppgift om antal bidragstagare.

Antalet personer som får ekonomiskt bistånd fortsätter att minska, men i något långsammare takt än 2001. Närmare fem procent av befolkningen (434 000 personer) fick bistånd under 2002, varav en tredjedel var under 18 år. Av de vuxna som fick bistånd var 51 procent inrikes födda och 49 procent utrikes födda. Nio procent var flyktingar. Närmare sex procent av hushållen (237 000 hushåll) fick ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning någon gång under 2002 – en minskning med sex procent från 2001. Mest minskade antalet bidragstagande ensamstående kvinnor med barn – en minskning med nio procent. Ändå fick 23 procent av alla ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under året, vilket är en större andel än alla andra typer av hushåll.

De insatser inom öppenvården för barn och ungdomar 0–20 år som redovisas i Socialstyrelsens statistik är strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd, kontaktperson/-familj enligt SoL och kontaktperson eller behandling i öppna former enligt LVU.

**Tabell 4.5 Barn och unga med öppen- och/eller heldygnsinsatser**

Ålder	Öppenvårdsinsatser			Heldygnsinsatser		
	Totalt	Per 1000 i befolkningen	andel pojkar flickor	Totalt	Per 1000 i befolkningen	andel pojkar flickor
0-12	15 160	11	55% 45%	5 619	4	54% 46%
13-17	10 047	18	57% 43%	6 442	12	51% 49%
18-20	3 419	11	54% 46%	2 669	9	58% 42%
<b>totalt</b>	<b>28 626</b>	<b>13</b>	<b>56% 44%</b>	<b>14 730</b>	<b>7</b>	<b>54% 46%</b>

Källa: Socialstyrelsen.

Det är framför allt de strukturerade öppenvårdsprogrammen som ökat sedan föregående år. Ungefär 28 600 barn och ungdomar, motsvarande 13 barn och unga per 1 000 i befolkningen, hade en eller flera öppenvårdsinsatser i november 2002.

Andelen barn och unga som får vård utanför det egna hemmet fortsätter att öka. Den uppåtgående trenden har varit långsam och stabil de senaste tio åren när man tittar på andelen barn och unga i befolkningen som hade pågående SoL/LVU-placering.

**Tabell 4.6 Kommunernas kostnader för placering av barn och unga**

Miljoner kronor, 2002 års priser				
	1999	2000	2001	2002
Institutionsvård	3 797	3 877	4 122	4 313
Familjehemsvård	2 387	2 516	2 639	2 710
<b>Summa</b>	<b>6 184</b>	<b>6 393</b>	<b>6 760</b>	<b>7 023</b>
Öppna insatser	2 205	2 333	2 476	2 753
<b>Totalt</b>	<b>8 389</b>	<b>8 726</b>	<b>9 236</b>	<b>9 776</b>

Källa: Den offentliga sektorns finanser, SCB.

### Vuxna med missbruksproblem

Missbrukarvården har inte byggts ut i takt med att missbruksproblemen ökat under det senaste decenniet. Under perioden 1998–2002 har kommunernas kostnader för insatser till personer med missbruksproblem minskat med drygt fyra procent, räknat i 2002 års priser. Heldygnsvården har sedan 1998 minskat med 6,6 procent, medan de öppna insatserna minskat med 1,6 procent. Inom de öppna insatserna har bistånd som avser boende ökat med nästan 13 procent (91 miljoner kronor), medan öppna insatser i övrigt minskat med tio procent (121 miljoner kronor).

**Tabell 4.7 Kommunernas kostnader för missbrukarvård (vuxna)**

Skr. 2003/04:102

Miljoner kronor, 2002 års priser

	1999	2000	2001	2002
Institutionsvård	1 961	2 038	2 093	1 951
Familjehemsvård	158	143	136,0	119
<b>Summa</b>	<b>2 119</b>	<b>2 181</b>	<b>2 229</b>	<b>2 070</b>
Öppen vård	1 760	1 780	1 902	1 906
<b>Totalt dygnet runt- och öppenvårdsinsatser</b>	<b>3 879</b>	<b>3 961</b>	<b>4 132</b>	<b>3 976</b>

Räknat per invånare i åldern 21–64 år har kostnaden för institutionsvård minskat med fem procent (till 381 kronor), medan boendestöd och andra öppna insatser har ökat med tre procent (till 369 kronor). Sammanfattningsvis kan konstateras att behoven av stöd och hjälp till människor med missbruksproblem har ökat kraftigt och fortsätter att öka. Ändå har socialtjänstens nedskärningar inte avstannat. Fortfarande vidgas gapet mellan behov och resurser.

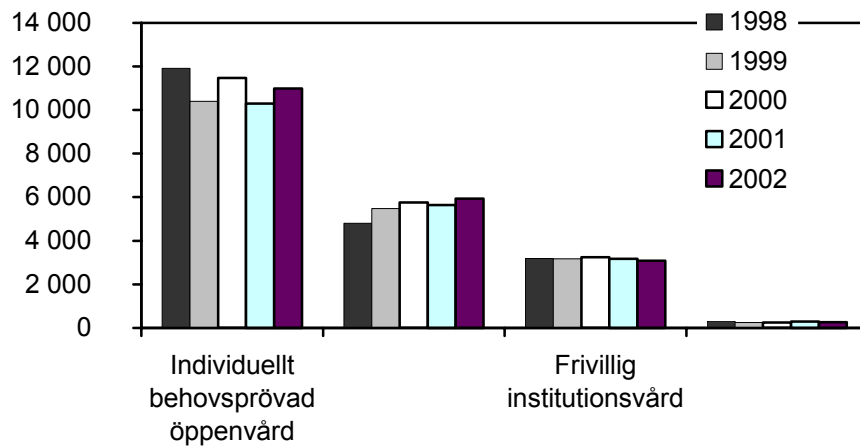
Socialstyrelsens kartläggning av drygt 600 behandlingsenheter inom missbrukarvården visar att kommunerna, ensamma eller i samverkan med andra huvudmän, svarar för 268 enheter (varav 31 drivs gemensamt med landsting). Av dessa är 75 procent öppenvårdsenheter (öppenvårdsmottagningar, rådgivningsbyråer eller vårdprogram i anslutning till socialkontor) och ungefär 20 procent behandlingshem och andra hem för heldygnsvård.

Drygt 23 000 personer var aktuella för missbruksbehandling den 1 april 2003. Knappt hälften behandlades för enbart alkoholmissbruk, en tredjedel för både alkohol- och narkotikamissbruk och drygt en femtedel för enbart narkotikamissbruk. De kommunalt drivna enheterna hade drygt 11 300 personer i behandling. Socialtjänstens bistånd omfattar dock betydligt fler. Där ingår också personer i vård som drivs av annan huvudman och personer med stödinsatser (ej inkluderade i studiens definition av behandling), såsom stöd till boende, omvårdnad eller arbetsträning.

Sedan mitten av 1990-talet har de ekonomiska drivkrafterna att erbjuda alternativ till den dyrare institutionsvården varit starka och många kommuner har utvecklat stödet på hemorten, bl.a. i form av olika öppna verksamheter och boendestöd. Ändå har antalet personer som årligen fått vård på institution och i familjehem varit i stort sett oförändrat 1999–2001 och vårdtiderna har ökat i stället för att minska. De senaste uppgifterna tyder dock på att utvecklingen börjat gå i annan riktning: Den frivilliga institutionsvården minskade med tio procent år 2002 jämfört med 2001. Antalet personer som fick sådan vård sjönk med fyra procent och den genomsnittliga vårdtiden sjönk samtidigt med fem dygn per vårdtillfälle (87 vårddygn 2002). I november 2002 fanns nästan 3 700 personer i heldygnsvård. Över 80 procent var inskrivna i frivillig institutionsvård. Åtta procent fanns i frivillig familjehemsvård och knappt åtta procent vårdades enligt LVM, huvudsakligen på institutioner för tvångsvård.

**Diagram 4.4 Antalet vuxna i missbrukarvård, 1 november**

Skr. 2003/04:102



Källa: Socialstyrelsen.

Den 1 november 2002 fick drygt 5 900 personer med missbruksproblem bistånd som avsåg boende, en ökning med fem procent jämfört med året innan. Antalet boendedygn ökade för andra året i rad (med sex procent 2001 och med fyra procent 2002). Den genomsnittliga boendetiden ökade med nio procent, till 150 dagar 2002. Stödinsatser i öppna former kan erbjudas i form av t.ex. strukturerad dagvård, personligt stöd, samtalsbehandling och kontaktperson.

### 5.1 Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg

#### **Inledning**

Förskoleverksamhet omfattar förskola, familjedaghem och öppen förskola vilken 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. Antalet barn i förskolan har ökat de senaste åren. En del av ökningen går att hänföra till de reformer som har genomförts inom området såsom rätt för föräldralediga och arbetslösa föräldrar att ha sina barn i förskolan. Samtidigt fortsätter antalet inskrivna barn i familjedaghem att minska. Enligt SCB:s senaste befolkningsprognos kommer födelsetalen från och med 2003 att öka.

Skolverkets nationella utvärdering av förskolan visar att andelen barn som har behov av särskilt stöd har ökat i många kommuner, främst i större städer. Det kan, enligt Skolverket, finnas olika förklaringar till detta. En förklaring kan vara den försämrade ekonomin som medför större barngrupper, en annan kan vara att förskolans läroplan ställer högre krav på barns individuella utveckling och lärande jämfört med tidigare. Skolverkets tillsyn har visat att kommunerna uppmärksammar och prioriterar dessa barn även om förskolebarnen får konkurrera med skolbarn om kommunens resurser för särskilt stöd.

Svensk förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg framhålls ofta som ett internationellt föredöme såväl inom EU som i andra länder. Inom EU har en överenskommelse, om ett gemensamt mål, satts upp för utbyggnaden av och tillgången till förskoleverksamheten. Sverige har överträffat målet för de yngre barnen och för de äldre kommer det snart att ha uppnåtts.

OECD har genomfört en treårig studie med avsikt att utröna vilka faktorer som är de mest väsentliga för en framgångsrik barnomsorgspolitik. I studien har Sverige ingått som ett av tolv länder. OECD pekar i sin rapport ”Starting strong” ut nyckelområden för förskoleverksamheten och har valt att framhålla den generella välfärdsmodellen för barnomsorgens utveckling. Det innebär att Sverige ligger i frontlinjen i förhållande till OECD:s framgångsfaktorer. Perspektivet på förskolan som det första steget i det livslånga lärandet har av OECD tydligt framhållits.

#### **Nationella mål**

Från och med 1998 ingår förskolan i utbildningssystemet för barn och ungdom. Samma år infördes förskolans läroplan (Lpfö 98) som gäller för alla förskolor. Den har samma status och delvis 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 och förskoleklass omfattas av samma läroplan som det obligatoriska skolväsendet (Lpo



94). För övriga verksamheter inom förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen har Skolverket utfärdat Allmänna råd. Skr. 2003/04:102

Skollagen (1985:1100) föreskriver att kommunerna är skyldiga att tillhandahålla förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för barn i åldrarna 1 till och med 12 år i den utsträckning som behövs för att föräldrarna skall kunna förvärvsarbeta eller studera eller om barnet har ett eget behov av barnomsorg. Vidare skall kommunerna erbjuda plats "utan oskäligt dröjsmål" dvs. inom 3 till 4 månader efter det att föräldrarna anmält att barnet behöver plats. Barn i åldern 1–5 år, vars föräldrar är arbetslösa eller föräldralediga för vård av annat barn, omfattas också av kommunernas skyldighet att tillhandahålla plats.

## **Måluppfyllelse och kvalitet**

### *Måluppfyllelse*

Enligt läroplanen för förskolan skall man inte bedöma enskilda barns prestationer utan hur verksamheten utvecklas i relation till strävansmålen. Drygt hälften av landets kommuner har tagit initiativ till egna utvärderingar i relation till läroplanen. I många kommuner genomförs enkätundersökningar där föräldrar får svara på frågor om hur de uppfattar förskolans verksamhet. Resultat från undersökningar pekar på att den pedagogiska kvaliteten i verksamheterna är hög. Föräldrar är i hög grad nöjda med den omsorgsform deras barn deltar i och internationella undersökningar framhåller den svenska barnomsorgen som ledande bland världens länder i kvalitetshänseende.

Skolverket har i sin tillsyn kunnat konstatera att målen för skolbarnsomsorgens verksamhet inte styr den ekonomiska tilldelningen. I en majoritet av kommunerna finns också brister i uppföljning och utvärdering av skolbarnsomsorgen.

### *Behovstäckning*

Enligt skollagen skall kommunerna erbjuda plats utan oskäligt dröjsmål, det vill säga inom tre till fyra månader. Skolverkets tillsyn visar att kommunernas ansträngda ekonomi kan påverka i vilken utsträckning kommunerna fullgör denna skyldighet. Det finns fall där kommuner erbjudit plats i befintliga barngrupper i stället för att öppna nya avdelningar med växande gruppstorlekar som följd. I maj 2003 uppgav knappt fem procent av kommunerna att de inte kunde erbjuda plats i förskola till alla barn som önskade plats i september samma år. Motsvarande siffra för skolbarnsomsorgen var endast 1,4 procent. Det har inte skett någon märkbar förändring sedan föregående år.

### *Barngruppernas storlek och personaltäthet*

Skolverket har på uppdrag av regeringen under våren 2003 presenterat en fördjupad studie av gruppstorlekar och personaltäthet i förskola, förskoleklass och fritidshem. Studien visar att ökningen av barngruppernas storlek under senare år gått i betydligt långsammare takt

än under 1990-talet. Sedan 1998 har barngrupperna vuxit med i genomsnitt ett barn per grupp. Gruppstorlekarna har dock stabiliserats på en hög nivå. Nästan hälften av landets småbarnsavdelningarna (barn i åldern 1–3 år) har en gruppstorlek i intervallet 14–16 barn. Spridningen av gruppstorlekar var i stort sett oförändrad mellan 2002 och 2003. I hälften av grupperna fanns mellan 16 och 20 barn. Den genomsnittliga gruppstorleken är minst i glesbygdskommunerna (15,5 barn) och störst i storstäderna (17,9 barn).

Resultatet från en nationell utvärdering av förskolan som Skolverket genomfört visar att det främst är ekonomiska prioriteringar som avgör barngruppernas storlek. Faktorer som personalens kompetens, upptagningsområdets karaktär och pedagogiska mål samt ambitioner uppges ha minst betydelse.

Antalet barn per årsarbetare har ökat i förskolan/daghemmen sedan början av 1990-talet. Ökningen har dock avstannat de senaste åren och hösten 2003 var antalet barn per årsarbetare 5,4 vilket är en nivå som varit i princip oförändrad sedan 1999.

Gruppstorlekarna i fritidshemmen har ökat och personaltätheten har minskat under en lång period. Personaltätheten i fritidshemmen halverades nästan mellan 1990 och 1998. Hösten 2003 var antalet barn per årsarbetare 18,2 vilket är något färre än året innan då antalet var 18,4. Spridningen i gruppstorlekar, personaltäthet och personalens utbildningsnivå är dock så stor mellan landets olika fritidshem att innehållet och kvalitén i verksamheterna inte är jämförbara.

### *Personalens utbildningsnivå*

Behovet av personal i förskolan kommer enligt Skolverkets bedömning att öka. Andelen av personalen i den kommunala förskolan med pedagogisk högskoleutbildning har sjunkit de senaste åren till ett genomsnitt på 52 procent 2003. För förskola i enskild regi har minskningen varit relativt större till ett genomsnitt på 46 procent 2003. Så gott som samtliga kommuner har i samband med Skolverkets tillsyn uppgivit att de har problem att rekrytera utbildade förskollärare. Personal med pedagogisk högskoleutbildning anses viktig för att aktiviteterna inom förskolan skall bli mer planerade, målstyrda och differentierade. I fritidshemmen har andelen högskoleutbildad personal minskat till 58 procent 2003. Skillnaderna mellan kommuner är dock stor med en variation på mellan 15 och 100 procent högskoleutbildad personal.

Statsbidraget till personalförstärkningar i skola och skolbarnsomsorg som kommuner kan söka har inte kommit fritidshemmen till gagn i någon större utsträckning. Inte heller statsbidraget till kvalitetssäkrande åtgärder som ges till kommuner som infört maxtaxa i barnomsorgen har tilldelats fritidshemmen i samma utsträckning som i förskolan.

År	Årsarbetare förskola		i fritidshem	
	Antal	Andel ped.	Antal	Andel ped.
1998	59 7958	54 %	18 999	68 %
1999	59 258	54 %	18 657	68 %
2000	58 138	53 %	19 017	62 %
2001	58 690	51 %	19 379	59 %
2002	63 104	49 %	19 107	57 %
2003	65498	51 %	18 778	58 %

Källa: Skolverket.

### *Nationell utvärdering av förskolan*

Skolverket har gjort den första nationella utvärderingen av förskolan efter läroplanens införande i rapporten "Förskola i brytningstid – Nationell utvärdering av förskolan" (rapport nr 238). Förskolans läroplan har funnits relativt kort men utvärderingen ger en lägesbeskrivning och väcker frågor kring olika utvecklingstendenser inom förskolan.

Skolverkets utvärdering pekar på att läroplanen har fått ett positivt mottagande bland förvaltningsledning, förskolechefer och avdelningspersonal. Läroplanen har höjt förskolans status och givit stöd åt personalens pedagogiska arbete. Den har dock i liten omfattning bidragit till att påverka kommunala beslut om resurser. Utvärderingen visar att intentionerna med en närmare koppling mellan förskola och skola har fått ett stort genomslag för verksamheternas organisation och ledning. I en majoritet av landets kommuner tillhör förskola och skola samma nämnd/förvaltning. Det är inte heller ovanligt att förskolan leds av en rektor som också har ansvar för skolan.

Förskolans strukturella villkor har studerats genom att belysa olika faktorer. Det finns stora skillnader mellan kommuner men framför allt mellan förskolor inom samma kommun, i *barngruppernas storlek*. Det finns en tendens till större grupper i storstadsområden och större städer. I ca en tredjedel av landets kommuner finns politiska beslut om normer för gruppstorlek, men grupperna är inte mindre i dessa kommuner än i de som saknar normer. Taken har troligen satts så högt att de i praktiken inte får några större konsekvenser för antalet barn per grupp. *Tillgången på utbildad personal* är också en faktor som utgör en viktig förutsättning för läroplanens genomförande. Förskolor i glesbygd och i lågresursområden i storstäder har svårare att rekrytera utbildad personal.

För att genomföra läroplanens intentioner krävs det att personalen har tid och möjligheter att tillsammans planera, utvärdera, dokumentera och reflektera över verksamheten. Genomförandet kräver också en kontinuerlig kompetensutveckling. Enligt Skolverkets utvärdering har en viss utvecklingsprocess påbörjats inom dessa områden, men det finns också relativt stora skillnader mellan olika kommuner och förskolor vad gäller tid och förutsättningar att föra ett professionellt samtal kring verksamheten. En orsak kan vara att ledningsansvariga och

förskolechefer i olika grad lyckas skapa nödvändiga förutsättningar och tid för personalen att utveckla arbetet.

Skolverket har vidare kunnat se att barn i behov av särskilt stöd har ökat i många kommuner, framför allt i storstadsområdena. En anledning kan vara att förutsättningarna för en generellt god kvalitet har försämrats, främst i form av större barngrupper och färre personal.

I läroplanen anges mål och riktlinjer för förskolans verksamhet inom fem olika områden; värdegrunden, utveckling och lärande, barns inflytande, förskola och hem samt samverkan med förskoleklass, fritidshem och skola. Utvärderingen tyder på att läroplanen fått starkare genomslag på områden som är förankrade i förskolans tradition. När personalen bedömt den egna verksamheten är arbetet med förskolans värdegrund det område man anser sig kommit längst inom. Däremot har läroplanen fått mindre effekt på områden som tidigare inte betonats så starkt i förskolan som t.ex. barns inflytande och jämställdhetsfrågor. Skolverket ser också att barns lärande tillmäts allt större betydelse i förskolan. En sådan utveckling ligger i linje med intentionerna att förstärka förskolans pedagogiska uppdrag. Skolverket anser emellertid att en alltför stark betoning på tidigt formellt lärande strider mot läroplanens intentioner. Det är därför angeläget med en fördjupad diskussion kring begreppet barns utveckling och lärande. Denna kan bidra till att stimulera förskolans pedagogiska utveckling.

Slutligen visar utvärderingen att förutsättningarna för reformens genomslag varierar. Förskolereformen och de ökade kraven på förskolorna har inte påverkat de strukturella faktorerna i någon större omfattning. Förskolor i resurssvaga områden tycks drabbas av bristande stöd då det gäller resursfördelning och förskolornas ledning och har därmed svårare att fullgöra sitt uppdrag på ett tillfredsställande sätt.

## Kostnad och prestationer

### *Inskrivna barn*

Andelen inskrivna barn har ökat successivt under de senaste fem åren. En stor del av ökningen kan förklaras av att barn till föräldralediga nu har rätt till en plats i förskolan.

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

År	Åldersgrupp 1-5 år (%)	Åldersgrupp 6-9 år (%)	Åldersgrupp 10-12 år (%)
1999	75	66	7
2000	76	67	7
2001	77	69	9
2002	80	75	9
2003	82	74	10

*Källa:* Skolverket.

Antalet barn inom skolbarnsomsorgen ökade mellan 2000 och 2003 till att omfatta ca 342 000 barn. Orsakerna till ökningen är sannolikt flera. Många kommuner har ändrat sina regler och låtit skolbarn ha kvar sin

plats inom skolbarnsomsorgen även om en förälder är föräldraledig, vilket inte är en lagstadgad rätt. Vidare antar Skolverket att sänkningen av avgifterna som en följd av maxtaxereformen har ökat efterfrågan. En ökad integration mellan fritidshem, förskoleklass och grundskolan kan vara ytterligare en orsak, som inneburit att allt fler skolor erbjuder alla barn verksamhet under en samlad del av dagen.

### *Kostnader för verksamheten*

Den totala kostnaden för förskolan uppgick 2002 till drygt 30 miljarder kronor. Personalkostnadens andel av den totala kostnaden i den kommunala förskolan har ökat från 71 procent 1998 till 74 procent 2002. Avgiftsfinansieringen var i genomsnitt 9 procent.

Den totala kostnaden för fritidshem 2002 var drygt 10 miljarder kronor. För fritidshemmen har personalkostnaden endast ökat från 72,3 procent till 73 procent mellan åren 1998–2002. Avgiftsfinansieringen var i genomsnitt elva procent. För 2002 fick kommunerna 3,9 miljarder kronor i statsbidrag som ersättning för avgiftsintäktsförlust samt för kvalitetssäkring i förskolan och skolbarnsomsorgen.

### *Kostnad per barn*

Ett inskrivet barn i förskolan 2002 kostade i genomsnitt 91 000 kronor, vilket är en ökning jämfört med året innan. Motsvarande siffra för barn i familjedaghem är 70 700 kronor. Ett inskrivet barn i fritidshem 2002 kostade i genomsnitt 29 800 kronor, vilket i fasta priser är en minskning jämfört med året innan.

## 5.2 Det offentliga skolväsendet för barn och ungdomar

### 5.2.1 Förskoleklass

#### **Inledning**

Förskoleklassen är en frivillig skolform inom det offentliga skolväsendet och verksamheten skall betraktas som undervisning i samma mening som i övriga skolformer. Förskoleklassen ersatte den tidigare sexårsverksamheten 1998. En intention med förskoleklassreformen och integrationen mellan förskola, skola och fritidshem var att implementera förskolans pedagogiska tradition i skolan, där lek, skapande och barnens eget utforskande ges större utrymme. Skolverkets utvärdering av reformen 2001 visar dock att sexåringarna har fått en mer kunskapsorienterad och ämnesindelad verksamhet än vad det var tänkt. Förskoleklassen ger inte tillräcklig plats för lek och skapande och är inte anpassad till barnens rörelsebehov. Skolverket konstaterar att kunskapen om reformens intentioner och den reviderade läroplanens innehåll är bristfällig på förvaltnings-, verksamhets- och brukarnivå. Skolverket anser det angeläget att finna andra former för att länka samman och utveckla de pedagogiska traditionerna i förskola och grundskola. Strävan i reformens riktning pågår dock och det förekommer på många håll ett

intensivt utvecklingsarbete. En positiv utvecklingstendens noteras framför allt i stabila arbetslag med kunnig ledning. Skr. 2003/04:102

### **Nationella mål**

Höstterminen det år ett barn fyller sex år skall kommunen erbjuda alla en plats i förskoleklass så nära barnets eget hem som möjligt. Förskoleklassen skall omfatta minst 525 timmar per år och vara avgiftsfri för sexåringar till den del verksamheten inte överstiger 15 timmar i veckan eller 525 timmar om året. Från 1998 har förskoleklassen och grundskolan en ny och gemensam läroplan (Lpo 94). Där anges värdegrund tillsammans med grundläggande mål och riktlinjer. Läroplanen skall stödja integrationen av förskoleklassen, den obligatoriska skolan och fritidshemmet. Enligt skollagen (1985:1100) skall utbildningen i förskoleklassen stimulera varje barns utveckling och lärande samt ligga till grund för fortsatt skolgång.

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Många kommuner har valt att integrera förskoleklassen med grundskolan. Enligt en kommunenkät kommer 90 procent av alla kommuner att integrera förskoleklasser med grundskolan vid något tillfälle under terminen. 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 utbildningsgrad. 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. För läsåret 2003/04 är andelen personal med pedagogisk högskoleutbildning 82,7 procent

### **Kostnader och prestationer**

Lsåret 2003/04 går 89 514 barn i förskoleklass, vilket är drygt 4 000 färre elever än föregående läsår. Av det totala antalet barn gick 93 procent i kommunal förskoleklass och 7 procent i förskoleklass med annan huvudman. Sedan läsåret 1999/2000 har andelen barn som går i förskoleklass med annan huvudman än kommunen ökat med tre procentenheter. Antalet femåringar i förskoleklass är oförändrat sedan ett par läsår tillbaka och utgör ungefär en procent av det totala antalet.

Den genomsnittliga personaltätheten i förskoleklassen är i stort sett oförändrad i jämförelse med föregående läsår och uppgår läsåret 2003/04 till 7,9 årsarbetare per 100 barn. Kostnaden för förskoleklass uppgick år 2002 till 3,7 miljarder kronor, vilket motsvarar tre procent av skolväsendets totala kostnader. Resurserna för förskoleklass har minskat med fem procent från föregående år. Kostnaden per elev i förskoleklass är totalt 39 200 kronor. Verksamhet med kommunal huvudman svarar för 94 procent av den totala kostnaden. Den genomsnittliga kostnaden per elev var där 39 000 kronor. Skillnaden i kommunernas kostnad per elev

är dock mycket stor. Åtta av tio kommuner har en kostnad per elev i intervallet 25 500–58 800 kronor. Kostnaden för elever i fristående förskoleklass var 43 000 kronor per elev. De fristående skolorna redovisar ett bidrag från kommunerna på i genomsnitt på 39 700 per elev.

## 5.2.2 Grundskolan

### Inledning

Enligt skollagen är barn mellan 7 och 16 år som är bosatta i Sverige skolpliktiga, vilket motsvaras av en rätt till utbildning. 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 1 juli 1997 så att kommuner är skyldiga att bereda sexåringar plats i grundskolan om vårdnadshavarna så önskar.

I internationella undersökningar står sig de svenska eleverna ofta bra. Enligt en undersökning som presenterades våren 2003 har svenska fjärdeklassare den bästa läsförmågan jämfört med fjärdeklassare i andra länder. PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study) är den mest omfattande undersökningen någonsin i Sverige av barns förmåga att läsa. Totalt deltog 35 länder i undersökningen. För mer information se den svenska rapporten ”Barns kunskap i Sverige och i världen” på [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se).

Svenska ungdomars kunskaper i ämnet engelska ligger också i topp, visar en ny undersökning där åtta europeiska länder deltagit. I studien prövas elevernas kunskaper inom följande fyra områden; hörförståelse, språklig korrekthet, läsförståelse och skriftlig produktion. De svenska ungdomarnas resultat visar att flickor och pojkar presterar i stort sett lika bra. Eleverna med utländsk bakgrund presterar ett något sämre resultat men hävdar sig väl i den internationella jämförelsen. Studien är genomförd av Skolverket tillsammans med skolmyndigheterna i sju europeiska länder. För mer information se den svenska rapporten ”English here and there and everywhere” på [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se).

I grundskolan är det fortfarande allt för stora skillnader i resultat mellan elever med utländsk bakgrund (barn födda utomlands eller vars båda föräldrar är födda utomlands) och elever med svensk bakgrund. Många får stöd och hjälp men skolor har svårt att hitta fungerande arbetssätt och arbetsformer som tar hänsyn till varje elevs förutsättningar och behov.

### Nationella mål

Utbildningen i grundskolan skall enligt skollagen (1985:1100) syfta till att ge eleverna de kunskaper och färdigheter och den utbildning i övrigt 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 dock rätt att fullfölja sin skolplikt vid en fristående skola som godkänts för ändamålet. De mål som styr grundskolan finns fastställda i skollagen,

läroplanen för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94) 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.

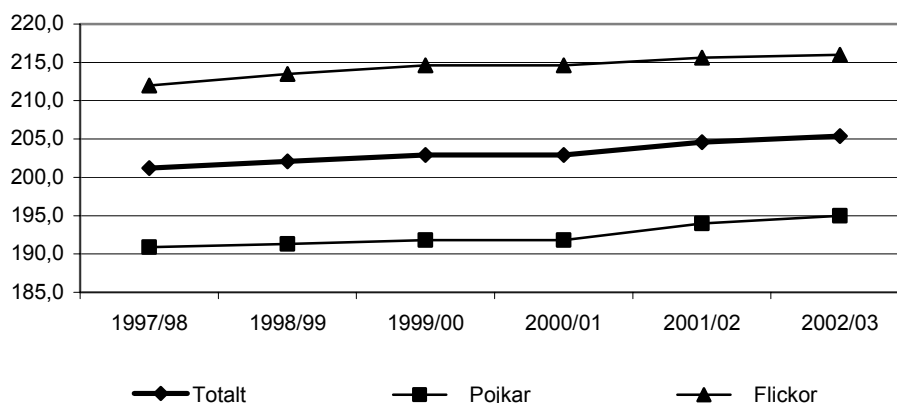
## Måluppfyllelse och kvalitet

### Grundskoleelevers kunskaper

Det mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet tillämpar en tregradig betygsskala; Godkänd, Väl godkänd och Mycket väl godkänd. Betyget Godkänd motsvaras för varje ämne av de mål som formuleras i kursplanerna. Elever som inte uppnår målen ges inte slutbetyg. För att vara behörig att söka till ett nationellt gymnasieprogram krävs minst betyget Godkänd i ämnena svenska, svenska som andraspråk, engelska och matematik.

Resultat från våren 2003 visar att slutbetygen i grundskolan blir allt bättre. Av dem som lämnade grundskolan våren 2003 var 89,7 procent behöriga till gymnasieskolan, vilket är en liten ökning jämfört med året innan. 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.

**Diagram 5.1** Genomsnittligt meritvärde 1997/98 – 2002/03



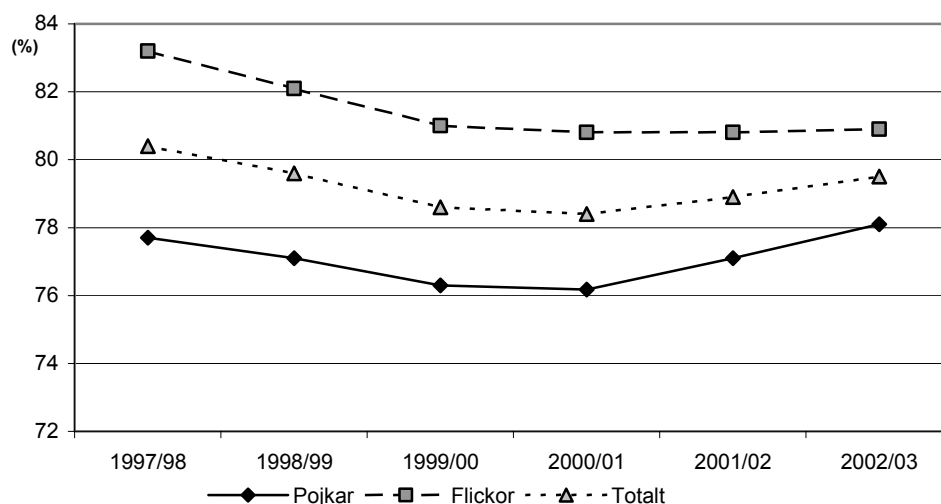
Källa: Skolverkets PM Slutbetyg från grundskolan våren 2003.

Våren 2003 var det genomsnittliga meritvärdet 205,4 för elever som gick ut skolår nio, vilket är en ökning från föregående läsår. Det genomsnittliga meritvärdet har därmed stigit för femte året i rad, dvs. varje år sedan det nya betygssystemet infördes. Meritvärdet beräknas som summan av betygsvärdena för de 16 bästa betygen i elevens slutbetyg. Det möjliga maxvärdet är 320 poäng. Ökningen nuvarande läsår gäller dock endast kommunala skolor. Meritvärdet i fristående skolor sjönk istället till en nivå på 223,2 vilket ändå är betydligt högre än



i kommunala skolor. Pojkarna har ökat sitt meritvärde något mer än flickorna som dock fortfarande har betydligt högre meritvärde än pojkar – 216,0 jämfört med 195,0.

**Diagram 5.2 Andel elever totalt samt pojkar respektive flickor med utländsk bakgrund som är behöriga till gymnasieskolan**



Källa: Skolverkets PM Slutbetyg från grundskolan våren 2003, 2004.

Betygsstatistiken visar att elever med utländsk bakgrund hade bättre resultat från grundskolan våren 2003 än motsvarande grupp våren 2002. Meritvärdet för elever med utländsk bakgrund var 188,8 för de elever som våren 2003 avslutade skolar nio vilket är en liten ökning jämfört med våren 2002. Andelen behöriga till gymnasieskolan bland elever med utländsk bakgrund ökade från 78,9 procent till 79,2 procent. Ökningen står pojkarna för. De ökade sin behörighetsgrad från 77,1 till 77,8 procent medan flickornas andel är oförändrad med 80,7.

Andel elever med utländsk bakgrund som våren 2003 avslutade grundskolan utan att ha nått kunskapsmålen i ett eller flera av grundskolans ämnen var 39 procent, det vill säga samma andel som våren 2002. Av pojkarna med utländsk bakgrund var det 43,7 procent som inte nått målen i ett eller flera ämnen och av flickorna 33,8.

På Skolverkets webbplats ([www.skolverket.se](http://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.

### *Utbildning utan timplan*

I december 1999 beslutade regeringen om direktiv för Delegationen för försöksverksamhet med utbildning utan timplan i grundskolan (Timplanedelegationen). Delegationens uppdrag är att leda, stödja och utvärdera försöksverksamheten med utbildning utan timplan i grundskolan. I försöksverksamheten deltar ca 900 kommunala grundskolor (ca 20 procent) i 79 kommuner. För deltagande skolor innebär försöksverksamheten en fullständig befrielse från den nationella

timplanens indelning i tid per ämne eller ämnesgrupp. Bestämmelserna om timplanen för grundskolan finns i en bilaga till skollagen.

I mars 2004 lämnade delegationen ett delbetänkande där man konstaterade att utvecklingen i de deltagande skolorna har varit positiv under det femåriga försökets första tre år. Betygsstatistiken visar på en positiv trend i försökets skolor för såväl det samlade meritvärdet och andelen elever med fullständigt betyg som för andelen elever som är behöriga till gymnasieskolans nationella program. Särskilt gynnsam är betygsutvecklingen i försökets skolor för de båda elevgrupper som annars generellt har sämre resultat, dvs. pojkar och elever med utländsk bakgrund. Uppföljningen och utvärderingen visar även att elevernas inflytande över studierna har ökat.

Både lärare och skolledare samt elever och föräldrar är i huvudsak positiva till de arbetssätt som utvecklats i försöket. Det handlar om ett målorienterat arbetssätt som i hög utsträckning tar sin utgångspunkt i den enskilda elevens behov, förutsättningar och intressen samt ett arbetssätt som strävar efter helheter, bl.a. genom ett ökat inslag av ämnesintegration och tema. Delegationens uppfattning är att timplanen passar dåligt i en mål- och resultatstyrd skola. Därför anser delegationen att timplanen både kan och bör avskaffas, men har dock valt att avvakta med sin rekommendation tills försöksverksamheten avslutas vid halvårsskiftet 2005.

## **Kostnader och prestationer**

### *Elever och lärare*

Antalet elever i grundskolan nådde läsåret 2001/02 sin kulmen och elevantalet beräknas nu stegvis att sjunka de närmaste sju åren. Läsåret 2003/04 är antalet elever i grundskolan 1 046 441. Antalet grundskoleelever i fristående skolor uppgår samma läsår till 65 036, vilket är en ökning med 23 procent, jämfört med föregående läsår. Antalet och andelen elever i fristående skolor har konstant ökat varje år. Läsåret 2003/04 får 6,2 procent av alla grundskoleelever sin undervisning i fristående skolor. Koncentrationen av fristående skolor är särskilt stor i landets tre storstäder med kranskommuner.

Sedan mitten av 1990-talet har vi kunnat se en ökning av antalet lärare per 100 elever. Lärartätheten uppgick läsåret 2003/04 till 8,4 lärare per 100 elever vilket är en förbättring i jämförelse med föregående läsår (8,3). Av de tjänstgörande lärarna hade 81 procent pedagogisk utbildning, vilket motsvarar andelen föregående läsår. I de kommunala skolorna varierade lärartätheten mellan kommuner från 7,0 till 11,9 lärare per 100 elever. Lärartätheten i de fristående skolorna var 8,0.

I budgeten för 2001 beslutades att ett statsbidrag till kommunerna för personalförstärkningar i skola och fritidshem skulle införas. Totalt beräknas 15 000 nya lärare och andra specialister kunna anställas i kommunerna. Bidraget ökar årligen med en miljard kronor till dess att det når en nivå om fem miljarder kronor läsåret 2005/06. Skolverkets uppföljning visar att det fanns 8 500 fler heltidstjänster inom skola och fritidshem läsåret 2002/03 jämfört med läsåret 2000/01. Uppskattningsvis är 5 500 av dessa tjänster direkt finansierade genom det

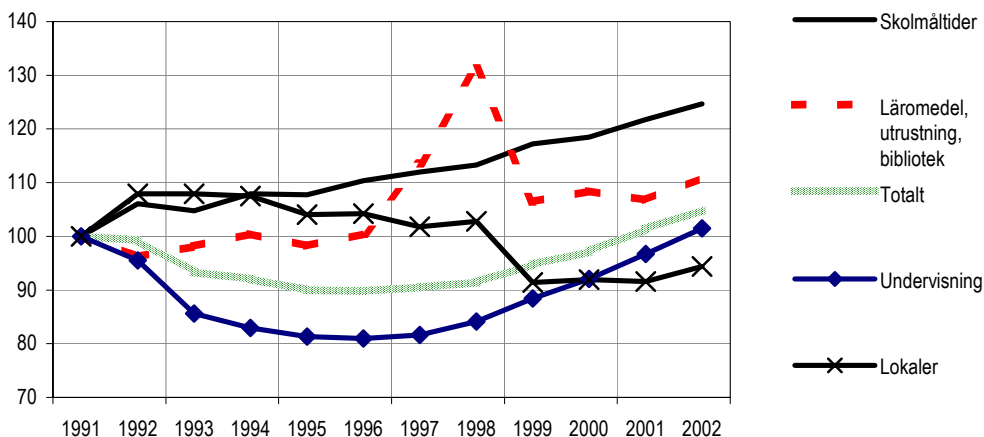
riktade statsbidraget. Personalförstärkningarna 2002/03 består till 72 procent av pedagogisk personal såsom lärare, förskollärare, specialpedagoger och fritidspedagoger. Resterande del utgörs av personalgrupper som skolsköterskor, kuratorer, psykologer och elevassistenter.

### Kostnader

Kostnaden för grundskolan uppgick 2002 till 68,3 miljarder kronor. Kostnaden per elev i grundskolan var 62 500 kronor. Under större delen av 1990-talet minskade kostnaden per elev men har ökat de senaste åren och är nu något högre än 1991. Det är främst kostnaden för undervisning som har ökat mellan 2001 och 2002. Ökningen är cirka tre procent och beror på såväl höjda lärarlöner som ökad lärartäthet. Variationen mellan kommuner i kostnad per elev är stor. I Lysekil var kostnaden per elev lägst, 49 600 kronor. Den högsta kostnaden hade Stockholm, 83 100 kronor.

**Diagram 5.3 Förändring i kostnad per elev i kommunal grundskola, totalt och fördelat på olika kostnadsslag, 1991–2002**

Index där 1991=100, fasta priser



Källa: Skolverkets rapport 235, Jämförelsetal för huvudmän del 2, 2003 Kostnader.

Kostnaden för undervisning utgör ungefär hälften av den totala kostnaden per elev. Orsaken till att undervisningskostnaden per elev inte har ökat är framför allt att lärartätheten i grundskolan minskade under hela 1990-talet. Den kraftiga ökningen av kostnaden för läromedel m.m. förklaras till en del av den satsning som KK-stiftelsen (stiftelsen för kunskaps- och kompetensutveckling) gjort i syfte att utveckla skolornas IT-användning. År 1999 minskade kostnaderna kraftigt och har sedan dess varit stabila.

En elev i fristående grundskola kostade i genomsnitt 62 600 kronor, dvs. i stort sett detsamma som i kommunala skolor (62 500 kronor). Fristående grundskolor finansierar sin verksamhet i huvudsak genom bidrag från elevernas hemkommuner. De kommunala ersättningarna till fristående grundskolor ökade med fyra procent mellan 2001 och 2002. Dessa bidrag täcker 94 procent av de fristående grundskolornas totala kostnader 2002. Jämfört med kommunala grundskolor har fristående

grundskolor i genomsnitt högre kostnader för undervisning, skolmåltider samt läromedel m.m. medan kostnaden per elev för elevvård var lägre. Skr. 2003/04:102

### **5.2.3 Gymnasieskolan**

#### **Inledning**

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

Skolverkets lägesbedömning 2003 indikerar en positiv utveckling inom gymnasieskolan. Betygen bland dem som får slutbetyg har förbättrats och andelen elever med grundläggande behörighet till högskolan har ökat. Det är också färre elever som har betyget Icke godkänd på någon eller några kurser. Samtidigt ökar skillnaderna i den genomsnittliga betygspoängen mellan kvinnor och män.

En nordisk studie, Gymnasieskolan i Norden, En nordisk jämförelse av skolor på gymnasienivå (Den nordiska ISUSS-rapporten, UNI•C 2004) visar att Sverige har en högre andel obehöriga lärare än övriga länder. På samma gång ligger Sverige i topp gällande lärares kompetensutveckling. Studien baseras på en internationell OECD-studie, Completing the Foundation for Lifelong Learning, An OECD Survey of Upper Secondary Schools (OECD 2004) där 14 länder ingår.

När det gäller rekryteringsläget avseende lärare i yrkesinriktade ämnen finns det enligt Skolverket en risk att inte tillräckligt många lärare i yrkesinriktade ämnen hinner utbildas för att på sikt täcka det beräknade rekryteringsbehovet av nyexaminerade.

#### **Nationella mål**

Enligt skollagen (1985:1100) skall alla ungdomar ha lika tillgång till utbildning, vilken skall vara likvärdig i hela landet. Gymnasieskolans övergripande mål är att med stöd av skollagen 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 läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) fördjupa och utveckla elevernas kunskaper som förberedelse för yrkesverksamhet och studier vid universitet och högskolor m.m. och som förberedelse för vuxenlivet, som samhällsmedborgare och ansvariga för sina egna liv.

Samtliga kommuner är enligt skollagen skyldiga att erbjuda alla elever som är bosatta i kommunen och som avslutat den obligatoriska skolan eller motsvarande utbildning en gymnasieutbildning. Erbjudandet skall avse utbildning som anordnas inom kommunen eller i en annan kommun eller ett landsting i enlighet med samverkansavtal. Därutöver skall

erbjudandet omfatta ett allsidigt urval av nationella program. Med hänsyn till elevernas önskemål skall antalet platser på de olika programmen och deras grenar anpassas.

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

## **Måluppfyllelse och kvalitet**

### *Kunskaper och färdigheter*

Som ett jämförelsemått på betygsresultat används den genomsnittliga betygspoängen, dvs. det genomsnittliga värdet av alla betyg som redovisas i elevernas slutbetyg. Betygspoängen framräknas enligt högskoleförordningens bestämmelser om meritvärdering av slutbetyg vid antagning till högre utbildning. För gymnasieskolan totalt var den genomsnittliga betygspoängen läsåret 2002/03 14,0 poäng. Kvinnorna hade 14,7 poäng och männen 13,4. För elever med utländsk bakgrund var motsvarande siffror 13,6 och 12,6. Läsåret 2001/02 var den genomsnittliga betygspoängen 13,8, vilket tyder på en ökning till året därpå.

Resultat från gymnasieskolans nationella kursprov i svenska och svenska som andraspråk B vårterminen 2003 visar, liksom tidigare år, att kvinnorna fått högre betyg än männen på samtliga tre delprov. Betygen på provets muntliga del är något högre än på de skriftliga delarna. Av eleverna på nationella program uppfyllde 75 procent kravet för betyget godkänd på kursprovet i matematik A. Mellan könen är resultatfördelningen relativt jämn. I likhet med föregående år visar kursprovet i Engelska A en påfallande resultatskillnad mellan de olika programmen. För samtliga delprov och för varje program är andelen elever som klarat gränsen för betyget Godkänt två tredjedelar eller större. Bäst resultat uppnås på det muntliga provet.

Slutbetyg utfärdas då eleven fått betyg i alla kurser som ingår i dennes studieplan. Läsåret 2002/03 lämnade 81,5 procent av eleverna i år 3 gymnasieskolan med slutbetyg. Det är en ökning med nästan en procentenhet sedan föregående läsår.

Grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier har den som fått slutbetyg från ett nationellt eller specialutformat program och har lägst betyget Godkänd på kurser som omfattar minst 90 procent av de gymnasiepoäng som krävs för ett fullständigt program. Läsåret 2002/03 uppnådde 89,2 procent av de elever som fick slutbetyg grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, vilket är en ökning med tre procentenheter. Av kvinnorna nådde 91,9 procent grundläggande behörighet jämfört med 86,6 procent av männen.

### *Elevernas allsidiga utveckling*

Gymnasieskolan skall inte enbart ge eleverna kunskaper utan också främja elevernas utveckling till ansvars-kännande människor som aktivt deltar i och utvecklar yrkes- och samhällslivet. Skolverket bedömer att gymnasieskolan främjar elevernas utveckling till ansvars-kännande människor i samhällslivet. Enligt studien Ung i demokratin har dagens

gymnasieungdomar ungefär samma syn på demokrati och eget deltagande i samhällslivet samt vilja att påverka samhället som svensken i stort. Det föreligger dock skillnader mellan olika program i fråga om kunskaper om demokrati och styrkan i samhällsengagemanget. Studien pekar även på att ungdomarna ställer höga krav på vad det innebär att vara en god vuxen medborgare.

## **Kostnader och prestationer**

### *Elever*

I gymnasieskolan har elevantalet ökat med knappt fyra procent läsåret 2003/04 jämfört med året innan. Det går 333 928 elever i gymnasieskolan. Det finns totalt 755 gymnasieskolor läsåret 2003/04 belägna i 275 av landets kommuner. Andelen elever som går i en gymnasieskola belägen i en annan kommun är 27,3 procent.

Utbudet av nationella program varierar mellan kommunerna. Liksom föregående läsår är de oftast förekommande programmen samhällsvetenskaps- och naturvetenskapsprogrammen. Dessa program erbjuds i ett stort antal kommuner. Läsåret 2003/04 gick cirka 75 procent av alla elever på något av de nationella programmen. Ungefär 47 procent gick på samhällsvetenskaps-, naturvetenskaps- och teknikprogrammen.

Andelen elever med utländsk bakgrund på nationella program är högst på handels- och administrationsprogrammet samt omvårdnadsprogrammet, följt av naturvetenskaps- och samhällsprogrammen. Av eleverna i gymnasieskolan var cirka 51 procent män och 49 procent kvinnor. På de nationella programmen varierar andelen kvinnor från omkring 87 procent på omvårdnadsprogrammet till knappt två procent på el- och energiprogrammen. Endast tre program, naturvetenskaps-, medie- samt hotell- och restaurangprogrammen, hade en relativt jämn könsfördelning.

Drygt sju procent av eleverna går på ett specialutformat program. Dessa program har en relativt jämn könsfördelning. För de elever som inte antagits till ett nationellt eller specialutformat program eller som avbrutit en påbörjad utbildning är kommunerna skyldiga att erbjuda utbildning på det individuella programmet. Ett mål för det individuella programmet är att stimulera till vidare studier på ett nationellt program. Under 2003/04 fanns det 23 980 elever på individuella program, vilket är en ökning med ungefär 750 elever jämfört med året innan. Dessa elever utgjorde sju procent av det totala antalet elever i gymnasieskolan.

På International Baccalaureate (IB) återfinns en procent av samtliga elever.

Under hösten 2003 startade 44 nya fristående gymnasieskolor, vilket är en minskning jämfört med föregående år. Läsåret 2003/04 finns det sammanlagt 240 fristående gymnasieskolor. På de fristående gymnasieskolorna går omkring 34 285 elever, vilket motsvarar tio procent av hela gymnasieskolan. Av dessa är 54 procent män och 46 procent kvinnor. I de fristående gymnasieskolorna är andelen elever med utländsk bakgrund 15 procent med en relativt jämn fördelning mellan män och kvinnor. Elever i fristående gymnasieskolor läser oftast utbildningar närliggande

### *Kostnader*

År 2002 var den totala kostnaden, inklusive kostnad för skolskjuts och nystartade fristående skolor, 25,5 miljarder kronor för gymnasieskolan. Vid jämförelse med föregående år har samhällets kostnader för gymnasieskola i fasta priser (KPI) ökat med närmare fem procent.

Av den totala kostnaden för gymnasieskolan stod den kommunala gymnasieskolan för 90 procent medan landstingens gymnasieutbildningar uppgick till tre procent. Fristående gymnasieskolor, riksinternatskolor och internationella skolor stod för drygt sju procent av den totala kostnaden för gymnasieskolan.

Kostnaderna för undervisning är den största kostnadsposten. Den utgör drygt 45 procent av den totala kostnaden. Undervisningskostnaden består främst av lärarlöner men även av kostnaden för kompetensutveckling. Lokalkostnaderna står för drygt 20 procent av gymnasieskolans samlade kostnader, vilket betyder att lokaler är den näst största kostnadsposten. Kostnaderna för läromedel utgör cirka 8 procent av den totala kostnaden.

Elevvård utgör drygt en procent och skolmåltider uppgår till knappt fyra procent av kostnaderna. Mellan 1993 och 1999 minskade kostnaden för skolmåltider med omkring 13 procent. Den har dock åter ökat med fyra procent sedan 1999. Den totala kostnaden för fristående gymnasieskolor 2002 var drygt 1,7 miljarder kronor. Sedan föregående år har kostnaderna ökat med 38 procent.

### *Kostnad per elev*

För samtliga huvudmän var kostnaden per elev, exklusive skolskjuts och nystartade fristående skolor, 77 300 kronor vilket är en ökning med knappt en procent sedan året innan. Ökningen förklaras av att kostnaderna ökat med fem procent medan elevantalet ökat med 3,5 procent. En elev i kommunal gymnasieskola kostade inklusive skolskjuts ungefär 79 000 kronor, vilket är en ökning med omkring en procent jämfört med året tidigare.

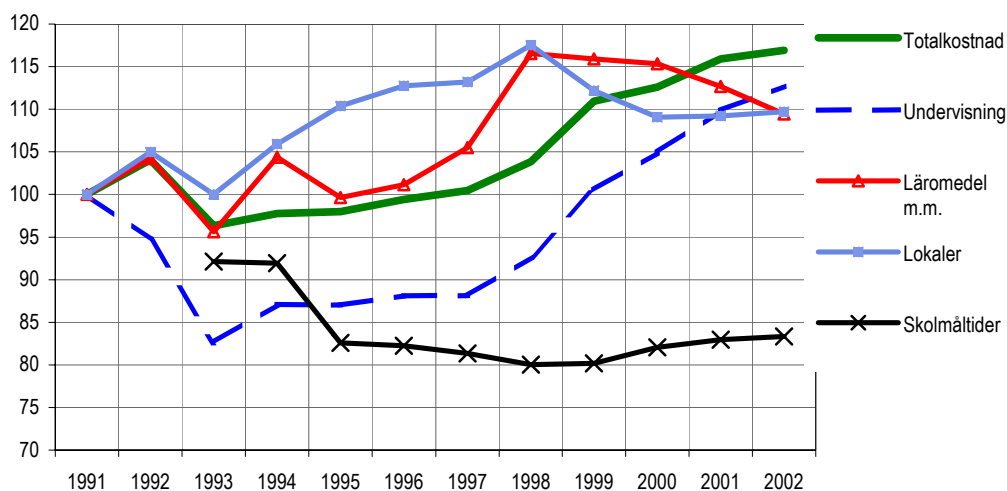
Variationen i kostnad per elev är betydande mellan olika huvudmän. Det förklaras främst av att huvudmännen anordnar olika gymnasieprogram, vars kostnader skiljer sig avsevärt. I huvudsak erbjuder t.ex. landstingen naturbruksutbildningar, vilka är resurskrävande att anordna.

År 2002 var den genomsnittliga undervisningskostnaden för gymnasieskolor med kommunal huvudman ca 35 200 kronor per elev. Det är en ökning med omkring tre procent jämfört med året innan. Sedan 2001 har antalet heltidstjänster per 100 elever ökat något. Den genomsnittliga lönen för gymnasielärare har samtidigt ökat med nästan fyra procent. Således utgör ökade lönekostnader förklaringar till den högre undervisningskostnaden. I den kommunala gymnasieskolan var lokalkostnaden per elev 16 800 kronor, vilket är en marginell ökning. År 2002 var läromedelskostnaden i den kommunala gymnasieskolan ungefär 6 000 kronor per elev, vilket är en minskning med ca tre procent jämfört

med föregående år. Sedan 1995 har elevvårdskostnaderna ökat kontinuerligt till 1 150 kronor per elev 2002. Kostnaden för skolmåltider per elev var ca 3 100 kronor. Kostnaden per elev i fristående gymnasieskolor var 78 000 kronor, vilket är en ökning med tre procent jämfört med 2001. Motsvarande siffra för de kommunala gymnasieskolorna (inklusive skolskjutsar) visar cirka 79 000 kronor per elev.

#### Diagram 5.4 Kostnad per elev i kommunal gymnasieskola, totalt och fördelat på olika kostnadsslag, 1991–2001

Index där 1991=100, fasta priser, KPI



Källa: Skolverkets rapport 235, Jämförelsetal för huvudmän Del 2, 2003.

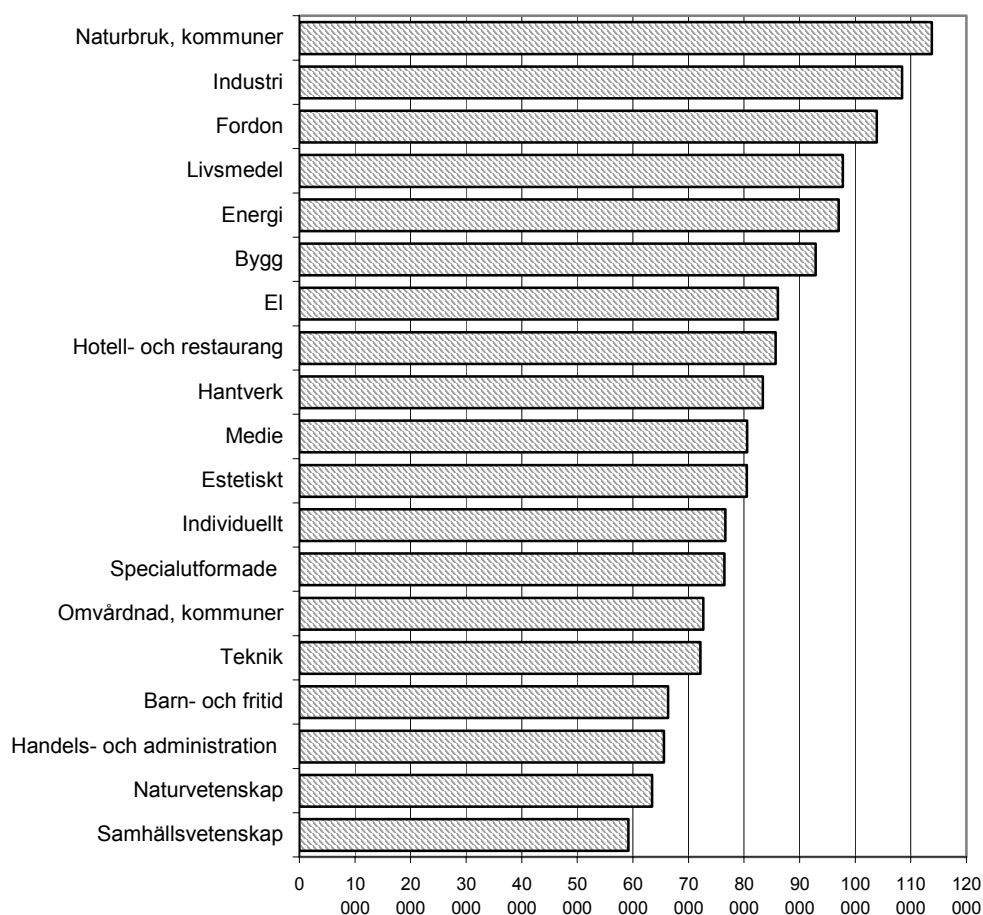
#### Kostnad per elev och program

Mellan gymnasieskolans program är skillnaden stor i kostnad per elev. Med drygt 59 000 kronor per elev visar det samhällsvetenskapliga programmet den lägsta genomsnittliga kostnaden. Jämförelsevis låg kostnad per elev uppvisar även naturvetenskapsprogrammet, handels- och administrationsprogrammet jämte barn- och fritidsprogrammet. Den mest resurskrävande utbildningen i kommunal regi är naturbruksprogrammet, som i genomsnitt kostar nästan 114 000 kronor per elev.

Kostnaden för att anordna samma program varierar mellan kommuner. Den största skillnaden i kostnad per elev visar specialutformade program följt av hantverksprogrammet respektive byggprogrammet. Variationen i de olika programmens kostnader förklaras till viss del av skilda lokal- och utbildningsbehov.



**Diagram 5.5 Genomsnittlig kostnad per gymnasieprogram och elev 2002**



Källa: Skolverket.

### Lärare

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgick läsåret 2003/04 till ca 27 350, vilket är en ökning med nästan fyra procent från föregående läsår. Andel lärare med pedagogisk utbildningsbakgrund var 77 procent, vilket är en marginell minskning. Det fanns 8,2 heltidstjänstgörande lärare per 100 elever. Könsfördelningen är relativt jämn såväl för lärare med lärarexamen som för lärare utan lärarexamen. Sedan ett flertal år tillbaka är tendensen inom gymnasieskolan en ökande brist på lärare med lärarexamen, särskilt för lärare i yrkesinriktade ämnen.

Personal inom elevhälsan, såsom skolläkare, skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog, specialpedagog och elevassistent, har ökat i antal i kommunala gymnasieskolor. Det kommer att finnas ett stort rekryteringsbehov av lärare framöver bl.a. till följd av att de stora ungdomskullarna nu når gymnasieskolan. Särskilt när det gäller lärare i yrkesinriktade ämnen finns en risk för brist på lärare med pedagogisk utbildning då medelåldern är hög och antalet nyexaminerade inte bedöms täcka det beräknade rekryteringsbehovet.

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

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.

I särskolan var det totala antalet inskrivna elever under läsåret 2003/04 21 626, vilket är en ökning med cirka tre procent sedan föregående läsår. Av de 14 916 eleverna i den obligatoriska särskolan är 17 procent integrerade i grundskolan och 28 procent går i träningskolan. Övriga elever har grundsärskolan som sin huvudman. I gymnasiesärskolan finns 62 procent av de 6 710 eleverna på ett program med yrkesinriktning, 24 procent i yrkesträning och 15 procent i verksamhetsträning. I den obligatoriska särskolan är 39 procent flickor medan motsvarande siffra i gymnasiesärskolan är 42 procent.

I den obligatoriska särskolan fanns 25,8 heltidstjänstgörande lärare per 100 elever, vilket är en liten ökning jämfört med året innan. Andelen heltidstjänstgörande lärare med pedagogisk utbildning var 87 procent. Det är en betydligt större andel kvinnliga tjänstgörande lärare i den obligatoriska särskolan än manliga. Detta förhållande gäller även gymnasiesärskolan även om snedfördelningen inte är fullt lika tydlig där. I gymnasiesärskolan fanns 24,8 lärare per 100 elever. Andelen heltidstjänstgörande lärare med pedagogisk utbildning var 81 procent.

År 2002 var kommunernas kostnader för kommunal särskola 4,5 miljarder kronor. Jämfört med året innan visar siffran en ökning med tio procent. Med 239 200 kronor är kostnaden per elev exklusive skolskjuts något högre i obligatorisk särskola än i gymnasiesärskola där motsvarande siffra visar 222 900 kronor. Kostnaden varierar dock kraftigt mellan kommuner. Motsvarande siffror föregående år var 228 900 kronor respektive 221 200 kronor, vilket är en ökning med fyra respektive knappt en procent.

Regeringen tillsatte hösten 2001 en parlamentarisk kommitté, Carlbeck-kommittén, som har i uppdrag att se över utbildning för barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning. Kommittén skall ge förslag till hur kvaliteten i utbildning kan öka för dessa elever och hur samverkan mellan elever med och utan utvecklingsstörning kan öka. Kommittén har redovisat ett första delbetänkande: För den jag är – om utbildning och utvecklingsstörning (SOU 2003:35) samt skall redovisa sitt slutbetänkande senast den 1 oktober 2004.

### Inledning

Det offentliga skolväsendet för vuxna består av kommunal vuxenutbildning, vuxenutbildning för utvecklingsstörda och svenskundervisning för invandrare. Det övergripande målet för kommunernas vuxenutbildning är att öka vuxnas kompetens samt att utveckla infrastrukturen för vuxnas lärande.

Syftet är att främja personlig utveckling, demokrati, jämställdhet, ekonomisk tillväxt och sysselsättning samt en rättvis fördelning. Vuxenutbildningen skall stödja ett flexibelt och livslångt lärande och i ökad utsträckning tillgodose människors behov av lärande utifrån den enskilda individens önskemål, behov och förutsättningar. Modern teknik och pedagogik ger möjlighet till långtgående individualisering och geografisk spridning. Denna flexibilitet skall ge både kvinnor och män möjlighet att kombinera fortsatt lärande med yrkes- och privatliv. Målen för de olika skolformerna inom vuxenutbildningen anges i skollagen (1985:1100) och i läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94).

Det offentliga skolväsendet för vuxna har under de senaste åren genomgått en förändring i riktning mot en ökad och förbättrad samverkan mellan kommuner, andra utbildningsanordnare och näringslivet. Inom en infrastruktur för vuxnas lärande har, i många kommuner, och även på den regionala nivån, ett samarbete utvecklats mellan verksamheter tillhörande olika politikområden.

Myndigheten för skolutveckling har analyserat kvalitetsredovisningar på kommunnivå respektive verksamhetsnivå i ett femtiotal kommuner. Som helhet uppvisar redovisningarna brister i strategiskt tänkande. Kvalitetsredovisningarnas relation till övriga lokala styrdokument i den kommunala styrkedjan samt till kommunal verksamhetsuppföljning i övrigt bör analyseras i samband med att insatser för att stödja kommuner i deras kvalitetsarbete planeras. Det livslånga lärandet är välutvecklat i Sverige i jämförelse med andra länder. Deltagande i formella och icke-formella utbildningsformer är högre än i flertalet andra länder i Europa. Det offentliga skolväsendet för vuxna har en lång tradition i Sverige och ur ett internationellt perspektiv är deltagandet i vuxenutbildning högt och har varit så under en lång tid.

#### 5.3.1 Kommunal vuxenutbildning

##### Nationella mål

Den kommunala vuxenutbildningen innehåller tre nivåer: *grundläggande* och *gymnasial vuxenutbildning* samt *påbyggnadsutbildning*. Med de studerandes tidigare utbildning och livserfarenhet som utgångspunkt skall utbildningen fördjupa och utveckla de studerandes kunskaper som grund för yrkesverksamhet, fortsatta studier och för deltagande i samhällslivet.

*Grundläggande vuxenutbildning* syftar dels till att ge vuxna de kunskaper och färdigheter, motsvarande grundskolenivå, som krävs för att delta i samhälls- och arbetsliv och dels till att lägga en grund för fortsatta studier. Enligt skollagen är grundläggande vuxenutbildning en

rättighet för vuxna över 20 år som saknar sådana färdigheter som normalt uppnås i grundskolan. Varje kommun är skyldig att aktivt verka för att nå dem som har rätt till grundläggande vuxenutbildning och motivera dem att delta. *Gymnasial vuxenutbildning* syftar till att erbjuda vuxna personer kunskaper och färdigheter motsvarande gymnasial nivå. Varje kommun har skyldighet att erbjuda och informera om möjligheterna till gymnasial vuxenutbildning samt att verka för att vuxna deltar i sådan utbildning. Kommunerna skall sträva efter att utbildningen så långt det är möjligt svarar mot individens efterfrågan och behov. En person är behörig att delta i utbildningen från och med andra kalenderhalvåret det år han eller hon fyller 20 år, eller efter avslutad gymnasieskola.

*Påbyggnadsutbildningar* syftar till att ge vuxna personer utbildning som leder till en ny nivå inom deras yrke eller till ett nytt yrke.

## **Måluppfyllelse och kvalitet**

### *Ny förordning*

I januari 2003 trädde förordningen (2002:1012) om kommunal vuxenutbildning i kraft. Den grundar sig på synsätt och intentioner som finns i propositionen om Vuxnas lärande och utvecklingen av vuxenutbildningen (prop. 2000/01:72). Den nya förordningen innebär att vuxenutbildningen i högre grad än tidigare skall tillgodose den enskilda människans önskemål och behov på ett flexibelt sätt. Förordningen medför möjligheter för huvudmännen att inrätta delkurser, lokala kurser och individuella kurser som komplement till de nationella kurserna. Därtill finns även möjlighet att utfärda intyg efter genomgången kurs istället för, eller som komplement till, de traditionella betygen.

### *Rekryteringsbidraget*

I januari 2003 infördes ett nytt rekryteringsbidrag vid vuxenstudier som ett komplement till det ordinarie studiemedlet. Bidraget regleras i lagen (2002:624) om rekryteringsbidrag till vuxenstuderande och är avsett att motivera vuxna med kort tidigare utbildning att börja studera.

Förutsättningar för att bidraget skall beviljas är att den sökande är mellan 25 och 50 år, och är eller riskerar att bli arbetslös eller har ett sådant funktionshinder att han eller hon behöver längre tid för att uppnå målet med sina studier. Bidraget får, oavsett studietakt, lämnas för sammanlagt 50 veckor. Rekryteringsbidraget påverkar inte tiden för det ordinarie studiestödet. Enligt Centrala studiestödsnämnden (CSN) har ca 894 miljoner kronor fördelat på ca 21 300 studerande betalats ut i rekryteringsbidrag under 2003. Av bidragstagarna tillhörde 77 procent kategorin arbetslösa, 22 procent riskerade arbetslöshet och 3 procent fick bidraget på grund av funktionshinder. Andelen män med rekryteringsbidrag var under året ca 30 procent. Skolverket skall på uppdrag av regeringen senast den 31 maj 2004 redovisa en bedömning av resurshanteringen samt andra viktiga erfarenheter i anslutning till arbetet med rekryteringsbidraget.

Myndigheten för skolutveckling och Skolverket uttrycker oro över det gångna årets ökade brister i den geografiska likvärdigheten då det gäller tillgång till kommunal vuxenutbildning. Andra områden myndigheterna belyser ur ett likvärdighetsperspektiv är behovet av vuxenpedagogisk kompetensutveckling, rektorernas ansvarsroll, samverkan med andra myndigheter, rättssäkerheten i samband med betygssättning samt tillgången till individuellt stöd för lärande. Myndighetens för skolutveckling mening är att den nationella styrningen behöver förtydligas och kompletteras för att komma tillrätta med problemen. Skolverket menar att likvärdighet i tillgång och innehåll samt kvalitet inom det offentliga skolväsendet för vuxna med ett minskat statsbidrag till kommunerna nog behöver följas och stödjas.

#### *Utvecklingsområden*

Enligt Myndigheten för skolutveckling är processutveckling en väsentlig del av den reformering vuxenutbildningen genomgår. Utvecklingen av vuxenpedagogiken bör diskuteras utifrån ett deltagarperspektiv där arbetsformer och innehåll i det formella lärandet knyts samman med det informella lärandet. Det innebär att vuxenutbildningen går från att ha varit utbudsstyrd till att styras av den enskildes behov och önskemål. Därmed ställs nya krav på infrastrukturen i utbildningssystemet. Myndigheten för skolutveckling menar att vilket stöd som skall ges och hur det skall utformas måste bygga på en analys av den vuxna befolkningens behov med utgångspunkt i prioriterade målgrupper. Skolverket påpekar vikten av utveckling inom området för validering, något som krävs för att effektivisera nyttjandet av utbildningstiden för såväl individen som samhället.

#### *Studerandegruppen*

Under läsåret 2002/03 var det totala antalet studerande i den kommunala vuxenutbildningen ca 244 000, vilket är en minskning med ca 15 procent jämfört med föregående år. Samtidigt minskade den statliga finansieringen med ca 40 procent, från 2,9 till 1,7 miljarder. Andelen studerande i grundläggande vuxenutbildning ökade från 14 till 16 procent medan andelen på gymnasial nivå minskade från 83 till 81 procent.

Endast 35 procent av de studerande i den kommunala vuxenutbildningen var män, en andel som varit konstant de senaste åren. En anledning till det kan enligt Skolverket vara att man behåller ett kursutbud som till stor del består av ett innehåll som appellerar till kvinnor och att kursutbudet inte baseras på behovsanalyser hos gruppen korttidsutbildade män. I likhet med tidigare år var en fjärdedel av de studerande i åldrarna 35–44 år. Även de studerandes utbildningsbakgrund har i stort sett likadan ut. En tredjedel har högst tvåårig gymnasieutbildning medan en tredjedel har en gymnasieutbildning längre än två år.

Antalet kursdeltagare var under läsåret 2002/03 1 077 445. En person räknas som flera kursdeltagare om han eller hon deltog i mer än en kurs under läsåret. Den totala andelen kursavbrott uppgick under året till 19 procent. Män avbryter i större utsträckning än kvinnor och utlandsfödda avbryter i högre grad än svenskfödda. Kursavbrotten inom den kommunala vuxenutbildningen har legat på i stort sett samma nivå den senaste femårsperioden. Kursavbrott är emellertid inte enbart negativa. De kan utgöra ett mått på flexibilitet i verksamheten. Till kursavbrott räknas även när en kursdeltagare byter till en annan kurs på grund av att han eller hon påbörjat en kurs på för låg eller för hög nivå eller av annan anledning reviderar sin studieplanering. Ett avbrott kan också bero på att den studerande fått erbjudande om arbete eller studier i annan skolform, till exempel högskolan. Statistik över hur många studerande som avbyter studierna helt och i så fall av vilken anledning finns inte.

**Tabell 5.3 Kursdeltagare i kommunal vuxenutbildning läsåren 1999/2000 till 2002/2003**

	Läsalet 1999/2000	Läsalet 2000/01	Läsalet 2001/02	Läsalet 2002/03
<b>Antal kursdeltagare</b>	1 702 118	1 604 404	1 393 290	1 077 445
<b>Kursdeltagare som slutfört kurs</b>				
Grundläggande vuxenutbildning	56 %	58 %	63 %	65 %
Gymnasial vuxenutbildning	78 %	76 %	77 %	77 %
Påbyggnadsutbildning	86 %	85 %	80 %	79 %
<b>Kursdeltagare som avbrutit kurs</b>				
Grundläggande vuxenutbildning	30 %	31 %	29 %	27 %
Gymnasial vuxenutbildning	16 %	16 %	17 %	18 %
Påbyggnadsutbildning	8 %	9 %	11 %	10 %
<b>Fortsätter nästa år</b>				
Grundläggande vuxenutbildning	14 %	11 %	9 %	8 %
Gymnasial vuxenutbildning	7 %	8 %	6 %	5 %
Påbyggnadsutbildning	6 %	7 %	9 %	11 %

Källa: Skolverket.

### Studieresultat

Av det totala antalet kursdeltagare som slutfört en kurs inom den gymnasiala vuxenutbildningen under läsåret 2002/03 saknas uppgift om betyg för 21 procent. Sedan läsåret 1994/95 har andelen kursdeltagare i gymnasial vuxenutbildning som erhållit betyget Godkänd minskat från 47 till 32 procent och andelen som erhållit Mycket väl godkänd ökat från 11 till 24 procent. Liksom i grundskolan och gymnasieskolan hade kvinnor inom kommunal vuxenutbildning i genomsnitt högre betyg än män. Svenskfödda hade högre betyg än utlandsfödda.

*Det riktade statsbidraget*

Ett nytt riktat statsbidrag skall under en treårsperiod utgå till kommunerna för att det utvecklingsarbete som skett under tiden för kunskapslyftet skall konsolideras. Bidraget utgår under förutsättning att kommunerna finansierar ett visst antal platser med egna medel och att en fortsatt utveckling av vuxenutbildningen äger rum.

År 2003 fördelades medel motsvarande minst 46 500 heltidsstudieplatser inom den kommunala vuxenutbildningen. Huvuddelen lämnades för gymnasial vuxenutbildning. Det kan jämföras med de 70 300 platser kommunerna tilldelades 2002. Myndigheten för skolutveckling anser att det är viktigt att bidraget kopplas till en dialog mellan staten och kommunerna om utvecklingen av förutsättningarna för vuxnas lärande.

*Kostnader*

Den totala kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen uppgick 2002 till ca 5,9 miljarder kronor. Det är en minskning med 7,5 procent från föregående år. För 2002 motsvarade de statliga bidragen 42 procent av de totala kostnaderna för kommunal vuxenutbildning. Kommunernas kostnad per heltidsstuderande var under året 34 700 kronor medan kostnaden per heltidsstuderande för landstinget uppgick till 108 900 kronor. Motsvarande siffror för 2001 var 34 200 kronor för kommunerna och 109 900 kronor för landstinget. Den totala kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen har alltså minskat medan kostnaden per heltidsstuderande har ökat.

**Tabell 5.4 Kommunernas kostnader för den kommunala vuxenutbildningen åren 1999 – 2002**

	Grundläggande vuxenutbildning		Gymnasial vuxenutbildning		Samtliga nivåer	
	Totalt (tkr)	Per heltidsstuderande (kr)	Totalt (tkr)	Per heltidsstuderande (kr)	Totalt (tkr)	Per heltidsstuderande (kr)
<b>1999</b>	957 000	35 300	5 511 000	30 400	6 468 000	31 000
<b>2000</b>	922 000	37 200	5 406 000	32 100	6 328 000	32 800
<b>2001</b>	855 000	36 300	5 369 000	33 900	6 224 000	34 200
<b>2002</b>	872 000	33 000	5 009 000	35 100	5 880 000	34 700

Källa: Skolverket.

*Prestationer*

Läsåret 2002/03 studerade 4,5 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år i kommunal vuxenutbildning. Antal kommuner som själva anordnar vuxenutbildning har de senaste åren legat på en jämn nivå och är för läsåret 277 stycken. Däremot har antal heltidsstuderande sjunkit kraftigt. För läsåret 2002/03 var siffran 155 307, vilket är en minskning med 20 procent jämfört med året innan.

**Tabell 5.5 Antal studerande i den kommunala vuxenutbildning med kommunen som huvudman på olika nivåer läsåren**

Skr. 2003/04:102

**1999/2000 – 2002/03**

	<b>Lsåret 1999/2000</b>	<b>Lsåret 2000/01</b>	<b>Lsåret 2001/02</b>	<b>Lsåret 2002/ 03</b>
<b>Grundläggande vuxenutbildning</b>	42 273	37 318	41 453	40 010
<b>Gymnasial vuxenutbildning</b>	281 461	271 081	238 107	196 860
<b>Påbyggnads- utbildning</b>	7 094	7 701	6 900	6 365
<b>Samtliga nivåer</b>	330 828	316 100	286 460	243 235

*Källa:* Skolverket.

### **5.3.2 Vuxenutbildning för utvecklingsstörda**

#### **Nationella mål**

Vuxenutbildning för utvecklingsstörda syftar till att erbjuda vuxna personer med psykisk utvecklingsstörning kunskaper och färdigheter, motsvarande dem som ungdomar får i den obligatoriska särskolan och på de nationella eller specialutformade programmen i gymnasiesärskolan. Kommunerna skall erbjuda utbildning som svarar mot behov och efterfrågan samt informera om möjligheterna till särvox. Det finns dock inte någon rättighet för den enskilde att delta i vuxenutbildning för utvecklingsstörda liknande den som finns för grundläggande vuxenutbildning.

#### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Myndighetens för skolutveckling bedömning är att vuxenutbildningen för utvecklingsstörda har låg prioritet i kommunerna och inte ses som en självklar del i infrastrukturen för vuxnas lärande. Områden som speciellt bör uppmärksammas är vuxenutbildning för invandrade utvecklingsstörda, samverkan mellan grannkommuner, yrkesutbildningar i samverkan med arbetslivet och aktiv rekrytering av prioriterade deltagare. För att de nationella målen skall uppnås bör insatser göras för att informera om och förankra det uppdrag kommunerna har då det gäller vuxenutbildning för utvecklingsstörda. Innebörden av uppdraget måste spridas till såväl kommuner som andra aktörer och intressenter.

#### *Studerandegruppen*

Under läsåret 2002/03 studerade 4 541 personer i vuxenutbildning för utvecklingsstörda. Av dessa var nära hälften kvinnor. Antalet studerande har de senaste fem åren legat på en relativt jämn nivå. Medelåldern i vuxenutbildningen för utvecklingsstörda var under läsåret 36 år och åtta procent var födda utomlands, vilket är en något större andel än föregående läsår.



Sedan april 2002 då Förordning (2002:82) om statligt stöd för utveckling av vuxenutbildning för utvecklingsstörda trädde i kraft finns möjligheten för kommunerna att under en fyraårsperiod (2002–2005) söka statsbidrag för att utveckla verksamheten inom sårvox. Insatserna skall syfta till att ge individen förbättrade möjligheter att uppnå kursmålen. Staten har från det riktade statsbidraget fördelat ca 7,8 miljoner kronor till kommunerna under 2003.

Den totala kostnaden för vuxenutbildning för utvecklingsstörda uppgick år 2002 till ca 133 miljoner, en ökning med 6 procent jämfört med året innan. Kostnaden per studerande var 29 100 kronor, en höjning med 400 kronor, eller 1,4 procent, från föregående år. Läsåret 2002/03 bedrev 199 kommuner vuxenutbildning för utvecklingsstörda i egen regi och 40 kommuner erbjöd plats i annan kommun. I 50 kommuner erbjöds inte plats i sådan utbildning överhuvudtaget.

### **5.3.3 Svenskundervisning för invandrare**

#### **Nationella mål**

Svenskundervisning för invandrare (sfi) skall enligt skollagen (1995:1100) ge vuxna invandrare grundläggande kunskaper i svenska språket och om det svenska samhället. Varje kommun är skyldig att erbjuda sfi till vuxna invandrare som saknar grundläggande kunskaper i svenska språket från och med andra halvåret det år de fyller sexton.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda utbildning senast inom tre månader från det att invandraren folkbokförts i en kommun. I januari 2003 trädde en ny kursplan för sfi i kraft. Den innehåller tre olika studievägar i stället för som tidigare en enda. Syftet är att bättre möta de studerandes olika behov och förutsättningar. Till exempel handlar det om att ta större hänsyn till utbildningsbakgrund och studiemål.

#### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Många av de utvecklingsområden som både Skolverket och Myndigheten för skolutveckling lyfter fram är samma områden som Utredningen om sfi belyser i sitt betänkande Vidare vägar och vägen vidare (SOU 2003:77) som lades fram i september 2003. Utredningen lyfter bland annat fram frågan om svenskundervisningens status och menar att det är en fråga om kvalitet men även om tydlighet då det gäller uppdrag och kompetensområde. Utredningen betonar vidare vikten av att kvalitetssäkra validering och vägledning som grund för en ökad flexibilitet och individualisering. Ett annat område som både Myndigheten för skolutveckling, Skolverket och utredningen anser vara mycket viktigt är kompetensutveckling av lärarna.

Efter den ingångna *Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare* mellan Statens skolverk, Arbetsmarknadsverket, Svenska kommunförbundet, Integrationsverket samt Migrationsverket har sex regionala avtal och sju lokala avtal slutits. Myndighetens för skolutveckling intryck är att allt fler aktörer ser

kommunernas vuxenutbildning, inkluderat sfi, som ett viktigt tillväxt-instrument. En av tankarna med svenskundervisningen är att den enkelt skall gå att kombinera med studier i andra skolformer, till exempel grundläggande eller gymnasial vuxenutbildning. Den möjligheten är det enligt Skolverket få som utnyttjar. Ett av skälen är att verksamheterna ofta är lokalmässigt skilda åt.

### *Studerandegruppen*

Läsåret 2002/03 påbörjade ca 25 900 personer sfi, nästan 7 500 fler än läsåret innan. Det totala antalet studerande var ca 44 300, vilket är ca 4 300 fler än föregående år. Av samtliga studerande var 32 procent flyktingar, 2 procent tillståndssökande och 66 procent var övriga invandrare. Det vanligaste modersmålet var under läsåret 2002/03 arabiska vilket utgjorde ca 20 procent. Fördelningen mellan kvinnor och män var för läsåret ca 60 procent kvinnor och 40 procent män. Ett förhållande som varit oförändrat de senaste fyra åren.

### *Studieresultat*

Sfi är en flexibel skolform som kan påbörjas och avslutas när som helst under året. Den studerande deltar i studierna till dess han eller hon är godkänd eller av andra skäl väljer att avbryta studierna. Av de som under läsåret 2002/03 deltog i undervisning enligt den gamla kursplanen var det endast 17 procent som avslutade sina studier med betyget godkänd. Anledningen till det är troligen att många gått över till den nya kursplanen och istället blivit godkända där. Antal avslutade kurser inom den nya kursplanen var totalt 8087, varav 1051 i studieväg ett, 2369 i studieväg två och 4667 i studieväg tre. En person kan ha avslutat mer än en kurs inom respektive studieväg samt fler än en studieväg.

### **Kostnader och prestationer**

Kommunernas kostnader för sfi uppgick till 784 miljoner kronor 2002 vilket är 11 miljoner mer än 2001. Antalet heltidsstuderande har ökat med 15 procent mellan 2001 och 2002. Kostnaden per heltidsstuderande har därmed minskat med 12 procent och uppgick 2002 till 40 400 kronor. Som heltidsstuderande räknas en studerande som deltagit i undervisning 425 timmar under året. Kostnaden för sfi varierade kraftigt mellan kommunerna precis som tidigare år, från 6 700 kronor till 159 200 kronor per heltidsstuderande. En orsak till detta kan enligt Skolverket vara att beräknat antal heltidsstuderande varierar ganska kraftigt från år till år. 287 kommuner hade deltagare i sfi läsåret 2002/03 jämfört med 241 kommuner läsåret innan.

### 6.1 Avfallshantering

#### **Nationella mål**

Avfall kan samtidigt utgöra både en resurs och ett miljöproblem. Regeringen anser att den påbörjade omställningen för att minska deponeringen och öka återvinningen bör fortsätta samt att ytterligare styrmedel för att underlätta omställningen är nödvändiga. I det fortsatta arbetet anser regeringen att det är viktigt med ett tydligare konsumentperspektiv. Det behöver bli enklare för hushållen att sortera och lämna sitt avfall för att på så sätt öka andelen avfall som återvinns.

#### **Måluppfyllelse och kvalitet**

Kommunerna ansvarar enligt miljöbalken för insamling, transport och omhändertagande av hushållsavfall. Ansvaret innebär en ensamrätt att ta hand om avfallet. Kommunen bestämmer själv hur avfallshanteringen skall organiseras samt beslutar om den avgift som hushållen skall betala för tjänsten. Kommunerna kan också ta på sig ett frivilligt ansvar för annat avfall än hushållsavfall. Denna möjlighet begränsades från 2000 då möjligheten endast gäller för farligt avfall. Motivet till ändringen var att skapa enhetliga krav i hela landet samt att inte i onödan begränsa avfallsproducenternas möjlighet att finna nya lösningar för omhändertagandet av avfallet. I propositionen 2002/03:117 Ett samhälle med giftfria och resurssnåla kretslopp behandlar regeringen frågan om även möjligheten till ensamrätt för det farliga avfallet skall tas bort. Där konstateras dock att frågan måste utredas ytterligare för att bedöma om det befintliga regelverket är tillräckligt för att tillförsäkra en god kontroll av flödena av farligt avfall. Regeringen beslutade i december 2003 att ge Naturvårdsverket i uppdrag att utreda detta. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 augusti 2004.

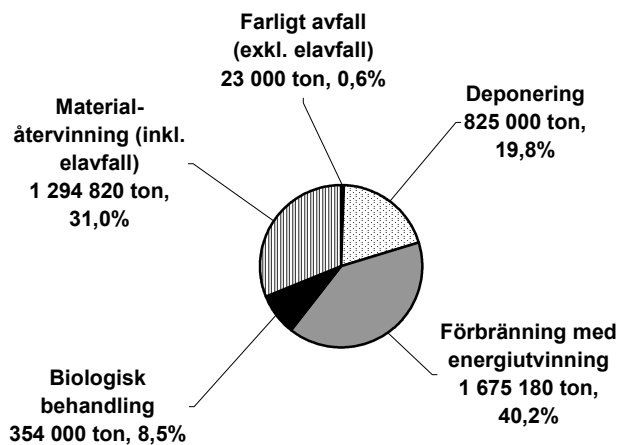
Kommunerna är inte bara ansvariga för att samla in och omhänderta avfall från hushållen, kommunerna är dessutom lokal tillsynsmyndighet för avfallshanteringen enligt 15 kap. miljöbalken.

#### **Prestationer och kostnader**

##### *Prestationer*

Avfallshanteringen har under senare år förändrats från att avfallet i huvudsak har deponerats till att större mängder omhändertas på ett miljömässigt bättre sätt genom materialåtervinning och förbränning med energiutvinning. Mängden hushållsavfall uppgick 2002 till 4 172 000 ton (467 kg per invånare), vilket är en ökning med 6,2 procent jämfört med föregående år. Materialåtervinningen har ökat med 16,5 procent sedan 2001 och utgör nu 31 procent av den totala mängden hushållsavfall. Målsättningen att minska mängden till deponi har också varit framgångsrik. Andelen hushållsavfall som förs till deponi har minskat från 22,4 procent till 19,8 procent. Även den faktiska mängden deponerat

hushållsavfall har minskat. I figuren nedan visas hur hushållsavfallet Skr. 2003/04:102 behandlades under 2002.



Källa: Svensk Avfallshantering 2002, Svenska Renhållningsverksföreningen – RVF.

### Kostnader

Kommunerna har enligt miljöbalken möjlighet att finansiera avfallshandlingen genom avgifter. Kommunfullmäktige fastställer kommunens renhållningsavgifter genom att besluta om en taxa. Avgiften riktar sig till fastighetsägaren och baseras på självkostnadsprincipen. Det är mycket ovanligt att avfallshandlingen finansieras med skattemedel. Tvärtom används renhållningsavgifterna ofta som ett ekonomiskt styrmedel för att förmå hushållen att hantera sitt avfall på ett miljöanpassat sätt.<sup>7</sup> En grundavgift måste dock alltid betalas för att täcka gemensamma kostnader för exempelvis återvinningscentraler, information och administration.

Renhållningsavgiften skall täcka kommunens kostnad för bland annat behållare, insamlingsarbete, transport, behandling, gemensamma återvinningscentraler, hantering av hushållens farliga avfall, kasserade kylmöbler och batterier, information och rådgivning samt planering, administration. Allt fler kommuner har börjat redovisa sin avgift i en fast och en rörlig del för att tydliggöra vad som kan påverkas av abonnenten.

Ett hushåll boende i villa eller i radhus betalar i genomsnitt strax under 1 300 kronor per år i renhållningsavgift för hämtning varannan vecka av hushållsavfall. Denna summa inkluderar mervärdesskatt och i förekommande fall avfallsskatt. Skatter uppgår till 370 kronor per ton avfall som deponeras. Motsvarande avgift för ett hushåll boende i flerfamiljshus, omräknat till en lägenhet på 70 m<sup>2</sup>, är ca 700 kronor per år baserat på veckohämtning. Fördelat per person innebär det en kostnad för avfallshandlingen på cirka 500 kronor per år, oavsett boendeform.

<sup>7</sup> Svensk avfallshandling, Svenska Renhållningsverksföreningen – RVF.

Kommunernas introduktionsverksamhet för nyanlända flyktingar och invandrare skall syfta till att ge den enskilde goda förutsättningar för att bli självförsörjande och delaktig i samhället. Sammanfattningsvis kan utifrån studier som Integrationsverket genomfört konstateras att merparten av målen för introduktionen inte nås trots en viss positiv utveckling. Särskilt låg är måluppfyllelsen fortfarande för huvudmålet inträde på arbetsmarknaden. Bristerna är också tydligare när det gäller introduktionen för kvinnor, barn och ungdomar.

### **Nationella mål**

Nationella mål för integrationspolitiken är:

- lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund,
- en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund samt
- en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt för olikheter inom de gränser som följer av samhällets grundläggande demokratiska värderingar och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.

Regeringen har i skrivelsen Integrationspolitik för 2000-talet (skr. 2001/2002:129) redovisat hur integrationspolitiken utvecklats sedan de integrationspolitiska målen beslutades 1997.

### **Måluppfyllelse och kvalitet**

#### *Integrationsverkets uppföljningsansvar*

Integrationsverket ansvarar för att integrationspolitiska mål och synsätt får genomslag på olika samhällsområden och för att stimulera integrationsprocesserna i samhället. Verket följer kontinuerligt upp och medverkar till att utveckla och förbättra kommunernas introduktionsverksamhet för nyanlända flyktingar och övriga nyanlända invandrare som är i behov av samhällets stöd. Integrationsverket har i bl.a. två rapporter till regeringen; Integration – var god dröj, utvärdering av kommunernas introduktionsverksamhet för nyanlända invandrare mottagna 2001 och Utveckling av introduktionen för nyanlända invandrare år 2003, Introduktion – men inte för alla redovisat hur utvecklingen ser ut för kommunernas introduktionsverksamhet.

#### *Mål för kommunernas introduktionsverksamhet*

Integrationsverkets övergripande mål för introduktionen för nyanlända invandrare är:

Samhällets introduktion för flyktingar och andra nyanlända invandrare ger den enskilde förutsättningar att försörja sig själv och bli delaktig i det svenska samhället.

Till det övergripande målet finns ett flertal målformuleringar som direkt anknyter till olika delar i introduktionen och som skall medverka till att det övergripande målet kan uppfyllas.

Introduktionen skall anpassas till den nyanländes individuella förutsättningar och behov. För 96 procent av de vuxna upprättas en individuell introduktionsplan tillsammans med individen, jämfört med endast 76 procent av barnen och ungdomarna.

Endast 58 procent av de vuxna bedöms dock få en introduktion som i hög eller mycket hög grad individualiseras utifrån personens egna förutsättningar, behov och intressen. Samma andel vuxna uppges i hög eller mycket hög grad vara med och besluta om innehållet i introduktionen. Motsvarande för barn och ungdomar är 43 procent och något mindre än en tredjedel av dessa är delaktiga i hur introduktionen utformas. Det är regeringens uppfattning att graden av inflytande måste öka för att möjliggöra en individualisering av introduktionen och för att personens motivation skall stärkas.

Det är få vuxna som får sin utbildning och yrkeserfarenhet värderad och endast var fjärde får den kompletterande utbildning som krävs för att kunna arbeta i sitt tidigare yrke. Det finns inga större skillnader i graden av individualisering jämfört med tidigare studier.

#### *Kontakt med arbetsmarknaden*

Strax över hälften av dem som deltar i kommunernas introduktionsprogram får kontakt med arbetsmarknaden (inklusive språkpraktik studiebesök). När det gäller mer kvalificerad kontakt med arbetsmarknaden, som arbetsmarknadspraktik eller arbetsplatsförlagd introduktion, visar undersökningen att den ökar jämfört med tidigare studier (från 22 procent till 29 procent).

Få av de nyanlända invandrarna får arbetsmarknadsinriktade insatser som anknyter till tidigare yrkeserfarenhet. Skäl som anges i rapporten är individens bristande språkkunskaper (28 procent) och att individen själv uttryckt ointresse (22 procent). Endast för en mindre del (11 procent) uppges att tidigare yrkeserfarenheter saknar relevans för den svenska arbetsmarknaden. Det är också få personer som får kompletterande utbildning för att kunna arbeta i sitt tidigare yrke. Dessutom finns brister i värdering av utbildnings- och yrkeserfarenhet vilket försvårar inträdet på den svenska arbetsmarknaden.

Bristande språkkunskaper i svenska bedöms som den viktigaste förklaringen till att kompletterande utbildning för att arbeta i sitt tidigare yrke inte erbjuds, och att kontakt med arbetsmarknaden som anknyter till tidigare yrkeserfarenhet inte ges. Utvärderingen visar att svenskundervisning är den vanligaste sysselsättningen (för 34 procent) efter avslutad introduktion vilket bedöms kunna vara indikation på att individen inte får tillräckliga språkkunskaper under introduktionen.

#### *Genomgående könsskillnader*

Kvinnor får generellt sett en sämre introduktion än män och de lågutbildade kvinnorna får sämst förutsättningar för en individualiserad introduktion. Andelen lågutbildade bland kvinnor är större än bland männen, 52 respektive 42 procent. Kvinnornas introduktion påverkas

negativt av väntetider inför barnomsorg/skola samt på grund av graviditet. Samma skäl kan till stor del förklara att kvinnors introduktion och svenskundervisning påbörjas senare än männens.

Tiden i Sverige har betydelse för i vilken utsträckning individen kan tillgodogöra sig introduktionen. De som vistas i Sverige som asylsökande har en högre grad av måluppfyllelse än de som kommer till Sverige som anknytning till en person som redan bor i landet. Detta gäller oavsett kön. Eftersom fler kvinnor än män kommer till Sverige som anknytningar till flyktingar, kan detta förklara delar av skillnaderna mellan könen avseende måluppfyllelsen.

### *Försörjning under introduktionen*

Sedan 1993 har kommunerna möjlighet att utbetala introduktionsersättning i stället för socialbidrag till dem som genomgår introduktionsprogram och som omfattas av det kommunala flyktingmottagandet. Av dem som deltar i introduktion får 88 procent introduktionsersättning, vilket är en ökning från 74 procent i den förra studien. Av dem med introduktionsersättning har drygt hälften en introduktionsersättning som motsvarar kommunens norm för ekonomiskt bistånd, dvs. i realiteten lika med socialbidrag.

För att öka incitamenten att arbeta under introduktionen förordar Integrationsverket att kommunerna inte reducerar ersättningen vid egen inkomst. Jämfört med den förra undersökningen är trenden att allt fler får sin ersättning reducerad. För de personer som haft egen inkomst har 78 procent fått sin ersättning reducerad med motsvarande inkomstbelopp jämfört med 63 procent i föregående undersökning.

### *Introduktionens utveckling*

Under senare år har arbetslinjen fått en mer framträdande roll i insatserna. Det tydligare arbetsmarknadsperspektivet har lett till en förskjutning av förhållningssätt som i sin tur lett till organisationsförändringar och påverkan av metodval i insatserna.

En utveckling av samverkan mellan olika aktörer har skett under de tre åren. I dag finns det i betydligt större utsträckning partssammansatta samverkansgrupper i kommunerna jämfört med situationen 2001. Samverkansarbetet med arbetsförmedlingen har i regel kommit längre än samverkan med andra aktörer.

Svenskundervisningens nya kursplan har haft positiv effekt för utvecklingen samtidigt som samsyn och samverkan är nödvändig beträffande språkinläringen och praktikmöjligheter. Fungerar inte detta är bedömningen att personer med låg utbildning riskerar att avsluta sin introduktion utan tillräckliga kunskaper i svenska. Flyktingarna själva är i större utsträckning nöjda än missnöjda med sin introduktion med undantag för kopplingen till arbetsmarknaden och hälsa/sjukvård.

I september 2003 överlämnades betänkandet Etablering i Sverige, möjligheter och ansvar för individ och samhälle (SOU 2003:75) till regeringen. Utredningen har haft i uppdrag att se över vilka hinder som finns för att flyktingar skall få en individuellt anpassad introduktion, bli självförsörjande och delaktiga i det svenska samhällslivet. Förslagen i betänkandet bereds nu i Regeringskansliet med avsikt att en proposition skall lämnas till riksdagen under våren 2005.

## **Kostnader och prestationer**

### *Flyktningmottagande och kommunbosättning*

Integrationsverket hade för 2003 överenskommelser om flyktningmottagande med 169 kommuner vilket är 21 fler än 2002. Behovet av att teckna nya överenskommelser under 2003 har varit stort. Ett antal kommuner som verket önskat träffa överenskommelse med har avböjt med bl.a. bostadsbrist som motivering.

Under 2003 bosatte sig totalt ca 12 100 nyanlända flyktingar i landets kommuner, vilket är ca 800 respektive ca 600 färre jämfört med 2002 och 2001. Nästan hälften (48 procent) var flickor/kvinnor. Hälften av dem som fått sin asylansökan prövad i Sverige har vistats vid någon av Migrationsverkets anläggningar och hälften har ordnat boende på egen hand i en kommun hos i första hand släkt eller vänner (s.k. eget boende). Andelen som kommer från eget boende har minskat och 2001 var det ca 63 procent av de asylsökande som hade ordnat boende på egen hand. Av totalt antal mottagna flyktingar utgjorde anhöriga som kommer direkt till en kommun en tredjedel. Integrationsverket medverkade till att anvisa en introduktionsplats för ca 3 600 personer varav ca 900 utgjorde s.k. vidarebosatta flyktingar (kvotflyktingar).

Ledtiderna från datum för uppehållstillstånd till mottagning har under 2003 ökat markant jämfört med 2001 och 2002. Den genomsnittliga väntetiden 2003 är 116 dagar mot 80 dagar 2001, dvs. en ökning med 36 dagar. Integrationsverket redovisar i sin årsredovisning för 2003 att det finns flera orsaker till den ökade väntetiden. Familjer med särskilda behov har ökat och många kommuner uttrycker betänkligheter eller nekar mottagande p.g.a. resursbrist. Ett annat skäl är bostadsbristen och att flyktingar inte är prioriterade till de få bostäder som finns. Integrationsverket nämner även att en förändrad attityd i kommunerna kan avläsas. Mottagandet och introduktionen upplevs utgöra en belastning i den meningen att det både är arbetskrävande och kostsamt.

Introduktionsplatser för barn som kommer utan medföljande vårdnadshavare, s.k. ensamkommande barn utgör ett särskilt problem. Behovet av platser har ökat kraftigt sedan hösten 2002. Integrationsverket har därför förhandlat fram 30 nya platser som tas i bruk under 2003 och 2004. På grund av kriget i Irak har alla ensamkommande barn från Irak fått uppehållstillstånd, vilket också kommit att gälla barn från Somalia. Migrationsverket har också beslutat att handläggningstiden för dessa ärenden inte skall överstiga tre månader.



Sammantaget har detta inneburit att antalet uppehållstillstånd ökat mycket snabbt. Av barnen/ungdomarna är en majoritet i åldern 15–18 år.

Integrationsverket har beräknat ett behov av ytterligare ett 30-tal platser och skrev till nio kommuner om detta i slutet av 2003. Vid årsskiftet 2003/04 hade två kommuner sagt ja och två kommuner tackat nej att medverka till platser för ensamkommande barn.

**Tabell 6.1 Antal mottagna i landets kommuner åren 1999–2003**

År	1999	2000	2001	2002	2003
Antal (ca)	9 000	12 200	12 600	12 900	12 100

Källa: Integrationsverket.

#### *Statlig ersättning till kommunerna för flyktingmottagande*

Kommunerna får statsbidrag enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. Statsbidraget utbetalas dels med ett grundbelopp om en kommun har överenskommelse om flyktingmottagande med Integrationsverket, dels med ett schablonbelopp per mottagen person som uppfyller villkoren enligt förordningen. Schablonbeloppet avser att täcka kostnader för försörjning, bostad, svenskundervisning och vissa andra merkostnader som följer av flyktingmottagandet. Ersättningen bedömdes vid införandet 1991 täcka kommunernas kostnader under mottagningsåret och ytterligare tre år.

För att få statsbidraget skall kommunen tillsammans med flyktingen upprätta en individuell introduktionsplan som syftar till att flyktingen får förutsättningar att snabbt bli självförsörjande och delaktig i samhället. Utöver grundersättningen och schablonbeloppet kan kommunerna ansöka om ersättning för särskilda kostnader för ensamkommande barn, sjuka och funktionshindrade.

Statens utgifter för kommunernas flyktingmottagande har pendlat mellan 2 till 2,4 miljarder kronor under de senaste fem åren.

**Tabell 6.2 Statsbidrag till kommuner för flyktingmottagandet åren 1999-2003**

Miljarder kronor	1999	2000	2001	2002	2003
Statsbidrag	2,2	2,0	2,1	2,4	2,4

Källa: Integrationsverket.

#### *Uppföljning av kommunernas kostnader i relation till den statliga ersättningen*

Hur statens ersättning täcker kommunernas kostnader för flyktingmottagandet har följts upp kontinuerligt fr.o.m. 1991 års mottagna flyktingar. För vissa mottagningsår har regeringen kompenserat kommunerna med särskilda konjunktur- och stimulansbidrag. Från och med mottagningsåret 1997 studeras endast utvecklingen av kommunernas kostnader för försörjningsstöd. Uppföljningarna görs när

flyktingarna varit i landet i genomsnitt tre och ett halvt år. Uppföljningarna av försörjningsstöd är totalstudier, dvs. samtliga mottagna flyktingar ingår. De mottagningsår som hittills redovisats med denna metod är 1997, 1998 och 1999.

Studierna visar att kostnader för försörjningsstöd utgjorde 84 procent av den statliga ersättningen för de flyktingar som togs emot 1997. Per individ var kostnaden ca 116 000 kronor och låg på en jämförbar nivå med dem som togs emot i början av 90-talet och var klart lägre än för de som togs emot 1995 och 1996. Detta sammanföll också väl med trenden med minskade socialbidragskostnader totalt sett.

För mottagningsåren 1998 och 1999 har försörjningsstödskostnadens andel av den statliga ersättningen och kostnaden per individ ökat. För 1998 är andelen 90 procent och individkostnaden ca 126 000 kronor och motsvarande för 1999 är 92 procent respektive ca 133 000 kronor. För 1999 ligger kostnaden nära den nivå som gällde för 1995–1996, dvs. de år då kostnaderna för försörjningsstöd var som högst.

**Tabell 6.3 Genomsnittlig kostnad för försörjningsstöd per individ och mottagningsår (kostnaden beräknad efter i genomsnitt 3,5 års vistelsetid)**

tusentals kronor

Mottagningsår	1995	1996	1997	1998	1999
Kostnad	136	140	116	126	133

Källa: Integrationsverket.

## 6.3 Storstadspolitik

### Storstadspolitikens nationella mål

Regeringen bedriver sedan december 1998 på riksdagens uppdrag en nationell storstadspolitik. De storstadspolitiska målen är i enlighet med riksdagens beslut

- att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga delar av landet samt
- att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare (prop 1997/98:165).

Det storstadspolitiska arbetet har hittills främst inriktats på insatser för att uppnå målet att bryta segregationen i storstäderna. De kommuner som omfattas av det storstadspolitiska arbetet har själva definierat de egna verksamhetsmålen. De överensstämmer dock i hög utsträckning med riksdagens. Några kommuner har utvecklat målen och delvis även valt andra målområden. Detta framgår av de lokala utvecklingsavtalen som redovisas i sin helhet på [www.storstad.gov.se](http://www.storstad.gov.se). Regeringen har i skrivelsen ”Lokalt utvecklingsarbete i storstäderna” (skr. 2003/04:49) redovisat hur storstadspolitiken utvecklats sedan riksdagen tog ställning till storstadspropositionen 1998.

Insatserna inom de lokala utvecklingsavtalen är till stor del tvärssektoriella. En insats kan därmed få återverkningar inom flera politikområden och bidrar till ökade möjligheter att uppfylla många verksamhetsmål, inte minst vad gäller sysselsättning. Detta ”mervärde” redovisas närmare i Storstadsdelegationens årsrapport.

#### *Positiv utveckling i stadsdelarna*

De utvärderingar av storstadsarbetet som hittills har utförts på uppdrag av regeringen konstaterar att för kort tid gått för att kunna dra några säkra slutsatser av dess effekter. Regeringen tillsatte hösten 2003 en utredning med uppdrag att utvärdera de lokala utvecklingsavtalen. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande i mars 2005. Mycket tyder ändå på att det storstadspolitiska arbetet bidrar till en positiv utveckling som inte kan tillskrivas konjunkturutvecklingen. Tecken på detta är bland annat att sysselsättningen har ökat och socialbidragstagandet minskat genomsnittligt mer i de 24 stadsdelar som hittills omfattats av utvecklingsarbetet, än för hela storstadsregionerna samt för riket som helhet. Man kan även notera att medborgarnas deltagande i den demokratiska processen har stärkts genomsnittligt mer i dessa stadsdelar. Det är dock fortfarande ett stort glapp, avseende såväl sysselsättningsgrad och antalet socialbidragstagare, mellan de stadsdelar som omfattas av lokala utvecklingsavtal och hela storstadsregionerna och riket.

Jämförelser med liknande stadsdelar har hittills gjorts i begränsad omfattning. Sådana jämförelser kan komma att bli viktiga när erfarenheter från arbetet med lokala utvecklingsavtal på ett systematiskt sätt ska spridas till andra kommuner. En arbetsgrupp under ledning av Huddinge kommun har under 2003 arbetat fram förslag på hur erfarenhetsspridningen kan utformas.

#### **Kostnader och prestationer**

Riksdagen har sedan 1999 avsatt drygt två miljarder kronor för storstadspolitiken. Dessa har fördelats via lokala utvecklingsavtal som tecknats mellan sju storstadskommuner (Botkyrka, Göteborg, Haninge, Huddinge, Malmö, Stockholm och Södertälje) och staten. De statliga medlen har villkorats med en minst likvärdig kommunal motprestation och med kravet att kommunens specialinsatser i de aktuella stadsdelarna för den skull inte ska minska. Via de lokala utvecklingsavtalen har ca 1 000 insatser bedrivits och ett 100-tal utvärderingsrapporter tagits fram.

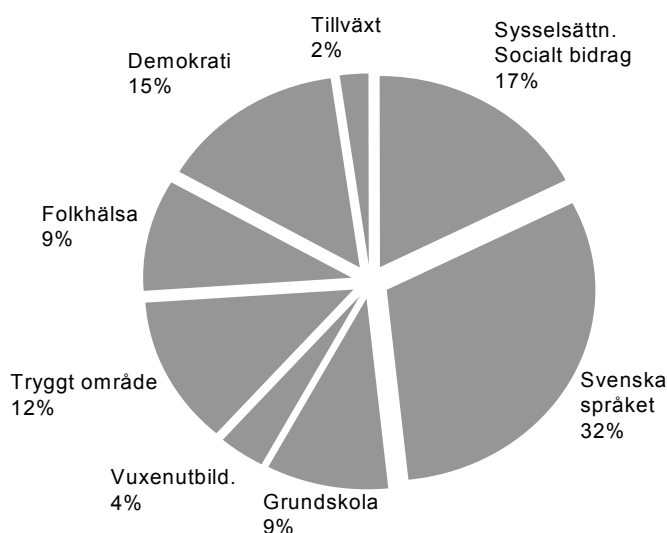
Det ekonomiska utfallet har inte följt 3-årsperioden eftersom det dels har tagit betydligt längre tid att organisera ett omfattande förändringsarbete än vad som kunde förutses, dels har det avsiktligt avtalats om långsiktiga lösningar och därtill anpassad resursförbrukning. Några kommuner har i dagsläget (vintern 2003/04) förbrukat större delen av de medel som avsatts medan andra kommuner kommer att ha medel kvar även under 2005. I tabellen redovisas de medel som beslutats om

per år. Större delen avser de lokala utvecklingsavtalen men medel har också gått till särskilda studier och utvärderingar . Skr. 2003/04:102

Beslutade medel, miljoner kronor  
(2003-12-31)

1999	257
2000	114
2001	560
2002	509
2003	392
<b>Summa</b>	<b>1 832</b>

I cirkeldiagrammet redovisas hur de förbrukade medlen har fördelats efter målområde. (För mer information, se regeringens skrivelse 2003/04:49.)



## 6.4 Folkhälsa

### Inledning

Våren 2003 antog riksdagen propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35). I den fastställs det nationella övergripande målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Om målet skall nås krävs insatser på flera samhällsnivåer och från olika aktörer inom den offentliga, privata och ideella sektorn. Kommuner och landsting intar i detta sammanhang nyckelpositioner med sitt ansvar för strategiskt viktiga verksamheter ur folkhälsosynpunkt.

### Nationella mål

I Mål för folkhälsan ingår elva målområdena i en sektorsövergripande målstruktur med fokus på hälsans bestämningsfaktorer. Målområdena är: 1) delaktighet och inflytande i samhället, 2) ekonomisk och social

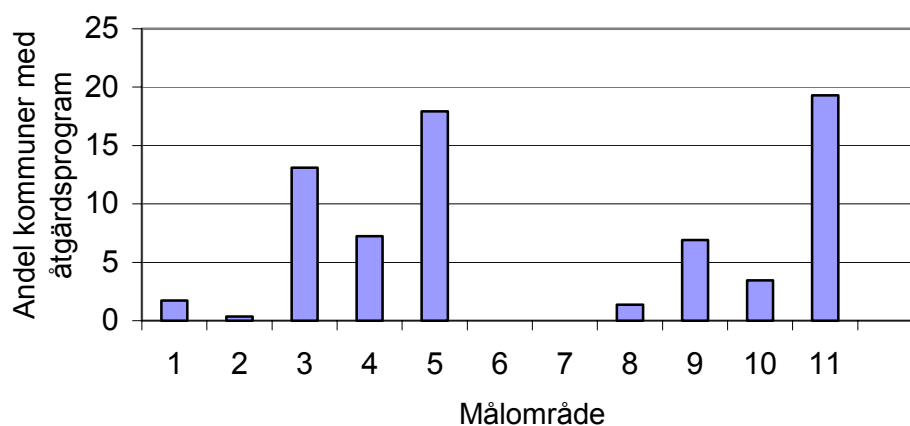
trygghet, 3) trygga och goda uppväxtvillkor, 4) ökad hälsa i arbetslivet, 5) sunda och säkra miljöer och produkter, 6) en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, 7) gott skydd mot smittspridning, 8) trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa, 9) ökad fysisk aktivitet och 10) goda matvanor och säkra livsmedel samt 11) minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

### Måluppfyllelse och kvalitet

Statens folkhälsoinstitut har till uppgift att följa upp, analysera, utvärdera det nationella folkhälsomålet. Föreliggande redovisning av kommunernas folkhälsoarbete och organisation i relation till de elva målområdena är den första i sitt slag, och utgör därmed baslinjedata. Baslinjedata innebär i korthet en statistik lägesbeskrivning av det studerade före insatser/åtgärder som sedan utgör kriteriet vid jämförelser över tiden. Datat insamlades sommaren 2003.

Majoriteten av landstingen har inrättat samhällsmedicinska enheter (eller motsvarande) där det utförs viktiga folkhälsoinsatser.

**Diagram 6.1 Andel kommuner som uppgett sig ha åtgärdsprogram inom målområden**



Drygt hälften av landets kommuner hade 2003 en skriftlig, övergripande handlingsplan/policy för folkhälsoarbetet varav 14 procent antogs under året. 12 procent hade en handlingsplan under utveckling, revidering eller framtagning. I 78 procent av kommunerna var handlingsplanen gemensam med landstinget

Tväarsektoriellt organ, folkhälsoråd eller motsvarande, som arbetar med folkhälsofrågor fanns i 76 procent (209) av kommunerna. Av dessa hade 60 procent egen budget. Omkring en tredjedel av folkhälsoråden var beslutande och 61 procent var rådgivande. Två av tre kommuner med folkhälsoråd hade dessa placerade inom kommunstyrelsen och i 18 procent i någon kommunal nämnd. I 72 procent av landets kommuner fanns en folkhälsosamordnare, hälsoplanerare eller annan tjänsteman verksam i kommunen med speciell uppgift att stimulera folkhälsoarbetet

Folkhälsoarbetet följdes systematiskt upp i 63 procent av kommunerna. I 41 procent av kommunerna följdes folkhälsoarbetet upp via årsredovisning och i 12 procent via välfärdsbokslut. I resterande kommuner följdes arbetet upp på annat sätt, främst genom verksamhetsberättelse, revidering av handlingsplan, utvärdering av större projekt/program, varianter av välfärdsbokslut och rapport från folkhälsoråd/program/projekt till kommunstyrelse/nämnd.

### **Prestationer och kostnader**

Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitutets nätverk Forum Folkhälsa arrangerar årligen en konferens med målsättning att öka kunskaperna inom folkhälsoområdet och möjliggöra erfarenhetsutbyte. Forum Folkhälsa är nära sammanknutet med WHO-nätverket Healthy Cities, vars målsättning är att förverkliga "Hälsa för alla – Hälsa 21". Under 2003 tog Falu kommun och Helsingborgs stad initiativ till att bilda ett svenskt Nationellt Healthy Cities nätverk. Tolv kommuner hade i december 2003 anmält sitt intresse. Samtliga uppfyllde medlemskriterierna.

Statens folkhälsoinstitut har tagit fram kommunala basfakta för folkhälsoplanering för att underlättar kommunernas planering och uppföljning av folkhälsoinsatser. Arbetet initierades 2002 och en provversion färdigställdes och presenterades 2003. Målgrupper är i första hand folkhälsoplanerare, beslutsfattare och förtroendevalda i landets kommuner. Statistik om hälsan presenteras utifrån sex områden som är centrala för människors hälsa. Statistiken presenteras kommunvis är uppdelad på åldersklasser och jämförs med riket.

Det är svårt att få en överblick över kommunernas och landstingens kostnader för insatser inom folkhälsoområdet. Detta beror delvis på skilda organisatoriska förutsättningar och olika redovisningsprinciper. Av kommunerna hade 152 (52 procent) öronmärkta verksamhetspengar för folkhälsoarbete inom kommunen.