

Regeringens skrivelse

2005/06:102

Utvecklingen inom den kommunala sektorn

Skr.
2005/06:102

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 6 april 2006

Göran Persson

Sven-Erik Österberg
(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, uppföljning av kommunernas och landstingens balanskrav, sysselsättningsutvecklingen samt utvecklingen av statliga bidrag till kommunsektorn.

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

Dessutom redovisas utvecklingen av de kommunala välfärdstjänsterna sedan 1970 översiktligt i ett särskilt avsnitt.

Redovisningen av de kommunala verksamheterna avser i huvudsak förhållandena t.o.m. verksamhetsåret 2004. De årtal som redovisas kan variera mellan olika verksamhetsområden, bl.a. beroende på när den offentliga statistiken finns tillgänglig. Förutsättningarna för de olika verksamhetsområdena att redovisa graden av måluppfyllelse är också olika.

1	Sammanfattning.....	3
1.1	Kommunal ekonomi.....	3
1.2	Kommunal välfärd sedan 1970	4
1.3	De kommunala verksamheterna.....	4
2	Kommunal ekonomi	8
2.1	Mål för den kommunala ekonomin.....	8
2.2	Kraftig resultatförbättring i kommunsektorn 2005	8
2.3	Merparten av landets kommuner och landsting har positiva resultat 2005	9
2.4	Införande av nya regler kring god ekonomisk hushållning.....	17
2.5	Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting.....	21
2.6	Nettokostnader i olika verksamheter	23
2.7	Högre andel köp av verksamhet.....	25
2.8	Kommunal personal	25
2.9	Statsbidragen.....	28
2.10	Nytt system för kommunalekonomisk utjämning infördes 2005	33
2.11	Utjämning av vissa kostnader för stöd och service till funktionshindrade	34
3	Kommunal välfärd sedan 1970.....	36
3.1	Kommunal tillväxt	36
3.2	Utvecklingen i olika verksamheter	41
4	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	56
4.1	Verksamhetsområde hälso- och sjukvård	56
4.2	Verksamhetsområde tandvård.....	71
5	Socialtjänst	76
5.1	Äldreomsorg	76
5.2	Insatser för personer med funktionshinder	83
5.3	Individ och familjeomsorg.....	88
6	Förskoleverksamhet, skolbarnomsorg, skola och vuxen- utbildning.....	98
6.1	Förskoleverksamhet och skolbarnomsorg.....	98
6.2	Förskoleklass.....	104
6.3	Grundskola	105
6.4	Gymnasieskola	110
6.5	Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola	115
6.6	Kommunal vuxenutbildning	115
7	Övriga verksamheter	123
7.1	Skydd mot olyckor och krisberedskap.....	123
7.2	Folkhälsa	127
	Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 6 april 2006.....	129

1.1 Kommunal ekonomi

Såväl kommunerna som landstingen förbättrade sina resultat kraftigt 2005. Det sammantagna överskottet uppgick till 12,7 miljarder kronor före extraordinära poster. För kommunerna är överskottet det största sedan balanskravet infördes 2000. För landstingen är överskottet det första sedan 1992. I relation till skatter och generella statsbidrag motsvarar resultatet ca 2,5 procent. För att klara framtida pensionsåtaganden och investeringar krävs ett visst överskott, som brukar uppskattas till 2 procent. Resultatförbättringen 2005 förklaras av låga kostnadsökningar och ökade statliga bidrag.

Andelen med positiva resultat före extraordinära poster uppgick till 94 procent för kommunerna och 85 procent för landstingen enligt de preliminära boksluten för 2005. Det är de högsta andelarna sedan balanskravet infördes 2000. Det finns dock stora skillnader i kommunernas resultat. Kommuner med de bästa resultaten finns spridda över landet, men det finns en tendens att storstadsområdena har något bättre resultat och att kommuner i norra Sverige har något svagare resultat.

I december 2004 infördes nya regler i kommunallagen med syfte att stödja kommuner och landsting i strävandena mot att uppnå en god ekonomisk hushållning. De nya reglerna innebär bl.a. att kommuner och landsting i budgeten, förutom finansiella mål, skall ange mål och riktlinjer för verksamheten. Vilka dessa mål och riktlinjer skall vara regleras inte utan det är upp till varje enskild kommun respektive landsting att precisera utifrån sina förutsättningar. En studie av ett urval kommuner och landsting visar att arbetet med god ekonomisk hushållning kommit en bit på väg, men att det fortfarande finns mycket som kan utvecklas. Det handlar framförallt om verksamhetsmålen och kopplingen till god ekonomisk hushållning, riktlinjer i budgeten samt uppföljning av målen i delårsbokslutet.

Statsbidragen utgör ca 16 procent av de totala intäkterna 2005 för kommunsektorn. Tillskott i form av ökade generella statsbidrag och sysselsättningsstöd har ökat med 20 miljarder kronor perioden 2001–2005. De riktade statsbidragen har ökat med 7 miljarder kronor samma period. De totala statsbidragen har dock minskat dessa år, sammantaget med 11 miljarder kronor, till följd av olika ekonomiska regleringar i det generella statsbidraget. Detta har medfört att andelen specialdestinerade bidrag har ökat.

Från och med 2005 gäller ett nytt system för kommunalekonomisk utjämning. Syftet att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och landsting är dock oförändrat. En större förändring är att det generella statsbidraget sammanförts med inkomstutjämningen till ett inkomstutjämningsbidrag som ges till kommuner och landsting med en skattekraft under 115 respektive 110 procent av medelskattekraften i landet. Kommuner och landsting som ligger över dessa nivåer betalar en inkomstutjämningsavgift.

Under perioden 1970-2003 har de kommunala konsumtionsutgifterna ökat med ca 2,2 procent i genomsnitt per år i fasta priser. Den största volymökningen av kommunernas och landstingens kärnverksamheter har skett inom äldre- och handikappomsorgen medan utbildningsverksamheten visat den lägsta ökningen. Den kommunala konsumtionen som andel av BNP ökade fram till 1980 och har sedan dess legat på eller under 20 procent. Flera av verksamheterna har genomgått stora och genomgripande förändringar under denna period.

- Förskoleverksamheten har byggts ut kraftigt. 2005 hade ca 83 procent av barnen i åldern 1–5 år en plats i förskola eller familjedaghem. Motsvarande andel 1970 var under 10 procent.
- Äldreomsorgen har inriktats mot de allra äldsta med stora vårdbehov och dessa har i högre utsträckning fått insatser i det egna hemmet för att möjliggöra kvarboende.
- Insatser för funktionshindrade har utvecklats från de stora institutionerna för personer med omfattande funktionshinder till helt nya insatser som t.ex. personlig assistans.
- Gymnasieskolan har byggts ut till tre år för samtliga och omfattar idag nästan alla i årskullarna mot ca 75 procent vid 1970-talets början.
- Inom hälso- och sjukvården har de genomsnittliga vårdtiderna minskat och allt mer vård utförs i öppenvården, dvs. utan att patienten behöver skrivas in på ett sjukhus. Förändringarna har möjliggjorts bland annat tack vare den snabba medicinteknologiska utvecklingen.

1.3 De kommunala verksamheterna

Hälso- och sjukvård

I ett internationellt perspektiv presterar den svenska hälso- och sjukvården väl på ett flertal områden. De positiva omdömena i en nyligen genomförd studie från OECD rör bl.a. den svenska befolkningens hälsotillstånd, hälso- och sjukvårdens kvalitet och valfriheten inom vården. Områden där den svenska hälso- och sjukvården kan bli bättre är exempelvis inom tillgängligheten till primärvården, olikheterna i vård mellan landstingen samt rehabilitering inom psykiatri och missbruksvård. Att åstadkomma kortare väntetider och kortare vårdköer är det som befolkningen anser vara viktigast i sitt eget landsting. En fortsatt positiv trend finns när det gäller tillgången till vård och behandling av de stora folksjukdomarna som hjärtinfarkt, stroke, diabetes, m.fl. Också de medicinska resultaten av vården visar successiva förbättringar.

Hälso- och sjukvårdens utgifter, mätt som andel av BNP, uppgår till 9 procent. Andelen har de senaste åren varit stabil. I detta mått ingår även

hushållens kostnader för t.ex. läkemedel och patientavgifter samt kommunernas äldreomsorg.

Regeringen tillkallade i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare vars genomgång av situationen inom psykiatrin visar att tillgången på vård- och stödinsatser inte svarar mot målgruppens behov. Regeringen har med utgångspunkt från psykiatrisamordnarens förslag beslutat om en satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Under 2005 och 2006 satsas totalt 700 miljoner kronor i riktade statsbidrag till insatser för dessa grupper.

Läkemedel har under senare år i viss utsträckning kompletterat annan terapi och medverkat till att antalet vårdplatser såväl inom den psykiatriska som inom den somatiska hälso- och sjukvården kunnat minska. Efter ändringar i reglerna för läkemedelsförmånerna 2002 har kostnaderna varit nästan oförändrade.

Socialtjänst

Äldreomsorg

De äldre och deras anhöriga ger i brukarundersökningar generellt positiva omdömen om kommunernas vård och omsorg. En återkommande kritik är dock att det är för många olika personer som ger hjälpen i äldreomsorgen.

Det pågår en omfattande omstrukturering av äldreomsorgen som innebär att allt fler får vård och omsorg hemma. Det totala antalet personer, och andelen av invånarna över 65 år, som får hjälp av något slag har emellertid varit nära nog oförändrat under de senaste fem åren. Däremot ökar andelen som får hjälp via hemtjänst medan andelen som får en plats i särskilt boende minskar. I många kommuner går denna omvandling för fort och besluten är inte ordentligt underbyggda, enligt länsstyrelsernas tillsyn 2004.

Insatser för personer med funktionshinder

I Socialstyrelsens senaste lägesrapport om tillståndet och utvecklingen för stöd och service till människor med funktionshinder konstateras att det finns stora variationer mellan kommuner när det gäller verksamhetens omfattning. Vissa kommuner har verksamhet med en specialinriktning och därmed en nationell eller regional upptagning.

En utbyggnad av verksamheter för psykiskt funktionshindrade pågår. Men trots ett varierat utbud av boende- och sysselsättningsinsatser får många individer inte det stöd de behöver och har rätt till. Det gäller framför allt på sysselsättningsområdet.

Antalet personer som får insatser i kommunernas omsorg om funktionshindrade fortsätter att öka. Sedan 1999 har antalet personer med insatser enligt LSS ökat i 80 procent av landets kommuner. Kommunernas kostnader för personer med funktionshinder uppgick 2004 till 33,1 miljarder kronor. Under de senaste fem åren har kostnaderna ökat med 16,5 procent i fasta priser.

Kostnaden för ekonomiskt bistånd har minskat kraftigt sedan 1997. Under 2005 minskade kostnaderna med 2 procent. Det långvariga beroendet av ekonomiskt bistånd ökar däremot, särskilt bland ungdomar och utrikes födda. Målet att halvera socialbidragsberoendet har ännu inte uppfyllts och kvarstår därför. Antalet barn som lever i ett biståndshushåll varierar kraftigt i landet. Nästan vart fjärde barn i Malmö, men endast ett av hundra barn i Danderyd, levde under 2004 i hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd. Nära en tredjedel av alla hushåll som fick bistånd var barnfamiljer.

Under 2004 ökade det omedelbara omhändertagandet av barn med omkring 11 procent. Ökningen är särskilt stor när det gäller tonårsflickor.

Antalet personer med missbruksproblem som fått bistånd till vård har i stor sett legat på samma nivå under de senaste fem åren. Fler får öppna insatser och färre får dygnsvård, i familjehem eller på institution än tidigare. Socialstyrelsen uppskattar att ungefär en tredjedel av kostnaderna för kommunernas barn- och ungdomsvård samt ca 15 procent av kostnaderna för ekonomiskt bistånd är missbruksrelaterade.

Efterfrågan på familjerådgivning fortsätter att öka. Under 2004 ökade antalet ärenden med 7 procent. De flesta par som söker familjerådgivning gör det för att fortsätta att leva tillsammans.

Förskoleverksamhet, skolbarnomsorg, skola och vuxenutbildning

Förskoleverksamhet

Skolverket följer vart annat år upp hur kommunerna uppfyller kravet på plats utan oskäligt dröjsmål, dvs. inom tre till fyra månader efter det att föräldrarna anmält att barnet behöver plats i förskoleverksamhet (förskola och familjedaghem). Uppföljningen för 2005 visar att nästan alla kommuner uppfyllde detta krav.

Personaltätheten i förskolan har varit oförändrad de senaste åren men under 2005 minskade dock antalet barn per årsarbetare med 0,2 till 5,4. En viktig förklaring till förbättringen är det tillskott av personal som finansierats med statsbidraget till personalförstärkning i förskolan. I fritidshemmen däremot har gruppstorlekarna fortsatt att öka och personaltätheten att minska. Andelen barn med plats i förskoleverksamhet uppgick till 83 procent 2005 i åldersgruppen 1–5 år, en ökning med 7 procentenheter sedan 2001.

Grundskola

Av dem som lämnat grundskolan de senaste åren har ungefär 89 procent varit behöriga till gymnasieskolan. Skolverket konstaterar i två studier att vilken skola en elev går på får allt större betydelse för hur eleven lyckas i skolan.

Antalet elever i grundskolan nådde läsåret 2001/02 sin kulmen och elevantalet beräknas nu stegvis att sjunka de närmaste åren. Andelen elever i fristående skolor har ökat varje år på 2000-talet och uppgår nu

till 7,6 procent. Koncentrationen av fristående skolor är särskilt stor i landets tre storstäder med kranskommuner. Skr. 2005/06:102

Det riktade statsbidraget till kommunerna för personalförstärkningar i skola och fritidshem har bidragit till att personaltätheten ökat de senaste åren. Personaltätheten har under perioden 2001/02 till 2004/05 ökat från 9,3 till 10,2 heltidsanställda per 100 elever i kommunernas egna grundskolor.

Kostnaden för grundskolan uppgick 2004 till 72 miljarder kronor, vilket medförde en genomsnittskostnad per elev på 69 100 kronor.

Gymnasieskolan

Den genomsnittliga betygspoängen i gymnasieskolan läsåret 2004/05 var 14,1 poäng, vilket är oförändrat jämfört med föregående år. Kvinnorna hade 14,7 poäng och männen hade 13,4 poäng. För elever med utländsk bakgrund var motsvarande siffror 13,7 poäng för kvinnor och 12,6 för män.

Under samma läsåret uppnådde 88,9 procent av de elever som fick slutbetyg grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, en minskning med 0,6 procentenheter jämfört med föregående läsår.

Helhetsintrycket av Skolverkets utbildningsinspektioner är att mycket i skolorna fungerar bra. Förutsättningarna för att nå de nationella målen anses goda. Eleverna på individuella program utgjorde drygt sju procent av det totala antalet elever i gymnasieskolan. På de fristående gymnasieskolorna gick 13,2 procent av alla elever, vilket är en fortsatt ökning.

Vuxenutbildning

Lsåret 2004/05 studerade 4 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år i kommunal vuxenutbildning. Antalet studerande har stabiliserats efter att ha minskat i början av 2000-talet. Det lägre antalet hänger samman med att det riktade statsbidraget för vuxenutbildning minskats.

Antalet studerande födda utomlands har ökat och deras andel av de studerande var 34 procent. Av de studerande inom den kommunala vuxenutbildningen var 28 procent i åldrarna 20–24 år. Det innebär en ”föryngring” jämfört med föregående år.

Inom den kommunala vuxenutbildningen var cirka 65 procent kvinnor och 35 procent män, ett förhållande som varit relativt konstant de senaste åren. Viktiga utvecklingsområden för vuxenutbildningen är att tillgodose ett ständigt behov av kompetensförnyelse i arbetsliv och samhällsliv. Rekrytering av prioriterade målgrupper som utrikes födda och geografisk likvärdighet är andra viktiga frågor.

Övrigt

Bland övriga verksamheter behandlas kommunernas arbete med skydd mot olyckor och krisberedskap samt folkhälsofrågor.

2 Kommunal ekonomi

2.1 Mål för den kommunala ekonomin

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

2.2 Kraftigt resultatförbättring i kommunsektorn 2005

Såväl kommunerna som landstingen förbättrade sina resultat kraftigt 2005. Det sammantagna överskottet uppgick till 12,7 miljarder kronor före extraordinära poster (tabell 2.1). Kommunerna redovisade ett överskott på 8,5 miljarder kronor och landstingen ett överskott på 4,2 miljarder kronor. För kommunerna är överskottet det största sedan balanskravet infördes 2000. För landstingen är överskottet det första sedan 1992.

Tabell 2.1 Kommunernas och landstingens samlade resultaträkningar

Miljarder kronor, löpande priser

	Kommuner			Landsting		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Verksamhetens nettokostnader	-310,6	-316,3	-328,5	-148,7	-170,6	-177,1
Skatteintäkter	269,8	277,0	285,3	136,4	141,8	147,1
Generella statsbidrag	39,3	38,7	48,3	10,3	29,0	34,1
Finansiella poster	3,2	3,1	3,4	-0,5	-0,4	0,1
Resultat före extraordinära poster	1,7	2,4	8,5	-2,5	-0,2	4,2
Extraordinära poster	0,4	2,8	2,9	0,1	0,0	0,1
Årets resultat	2,0	5,2	11,3	-2,4	-0,2	4,3

Anm. Kommunernas samlade resultaträkning för 2005 är preliminär. Landstingens statsbidrag för läkemedelsförmånen redovisas som ett generellt statsbidrag fr.o.m. 2004.

Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

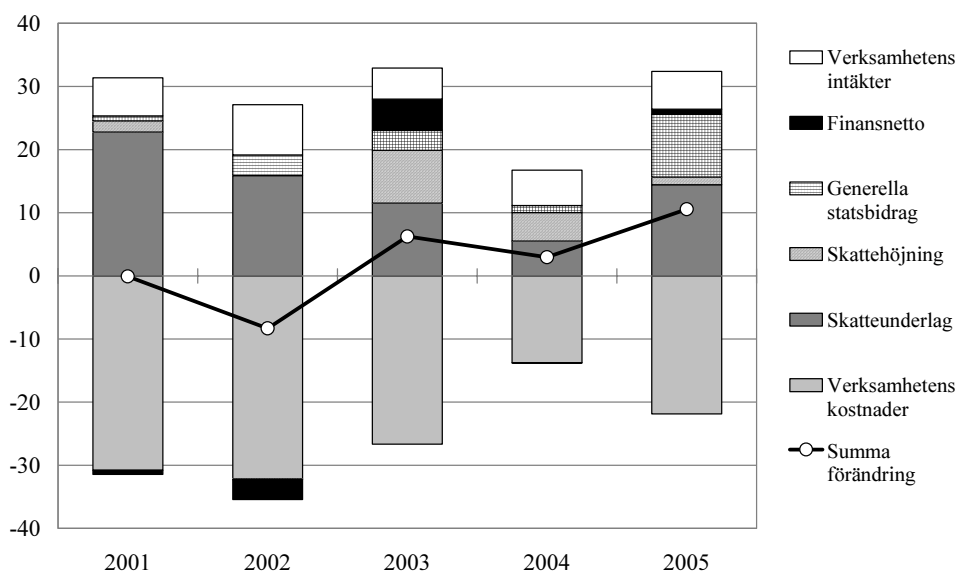
Kommunsektorn som helhet klarar därmed beräkningsmässigt att återställa det underskott som ackumulerats sedan balanskravet infördes. I relation till skatter och generella statsbidrag motsvarar sektorns resultat 2005 ca 2,5 procent. För att klara framtida pensionsåtaganden och investeringar krävs ett visst överskott, som vanligen brukar uppskattas till 2 procent.

Diagram 2.1 visar utvecklingen av kommunsektorns resultat uppdelat på olika komponenter enligt kommunala redovisningsprinciper.

Diagram 2.1 Resultatförändring i kommunsektorn

Skr. 2005/06:102

Resultat före extraordinära poster. Miljarder kronor, löpande priser.



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

Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Åren 2002–2004 försvagades tillväxten i det kommunala skatteunderlaget successivt. Kommunsektorns resultat kunde trots detta förbättras 2003–2004 som en följd av dämpade kostnadsökningar och skattehöjningar. Den genomsnittliga kommunalskatten ökade med nästan 1 procentenhet 2003 och 2004.

Den kraftiga resultatförbättringen 2005 förklaras till viss del av låga kostnadsökningar. En annan förklaring är en kraftig ökning av de generella statsbidragen, med ca 7 miljarder kronor. Tillväxten i skatteunderlaget vände åter uppåt efter de föregående årens minskning.

Verksamhetens intäkter, som bl.a. består av kommunala avgifter och specialdestinerade statsbidrag, har ökat i en jämn takt under perioden 2001–2005. Utvecklingen av kommunala avgifter dämpas av olika avgiftstak, såsom maxtaxor och högkostnadsskydd.

2.3 Merparten av landets kommuner och landsting har positiva resultat 2005

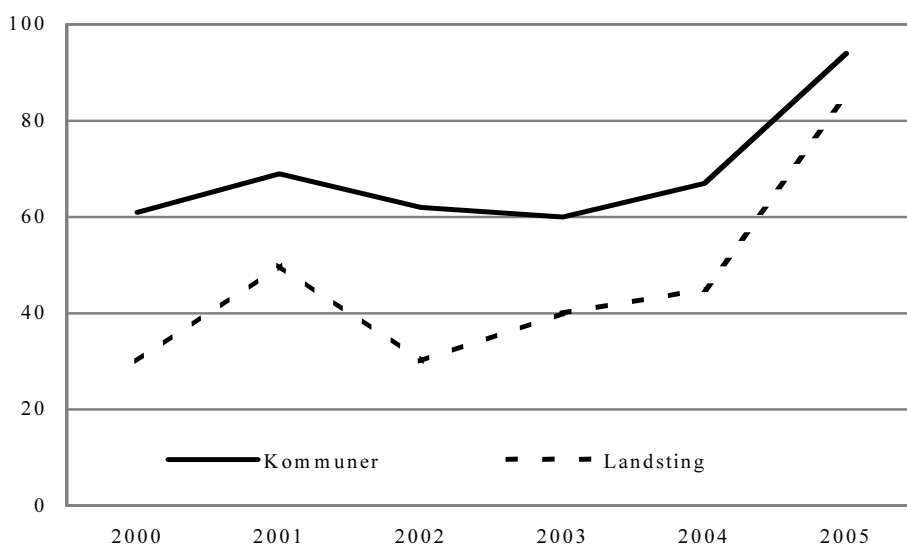
Resultat i enskilda kommuner och landsting

Andelen kommuner och landsting med positivt resultat före extraordinära poster har ökat kraftigt sedan balanskravet infördes 2000. Enligt preliminära resultat 2005 har ekonomin förbättrats och andelen med positiva resultat uppgår till 94 procent för kommunerna och 85 procent för landstingen. Det är de högsta andelarna sedan balanskravet infördes.

Diagram 2.2 Andel kommuner och landsting med positivt resultat

Skr. 2005/06:102

Procent



Källa: Statistiska centralbyrån.

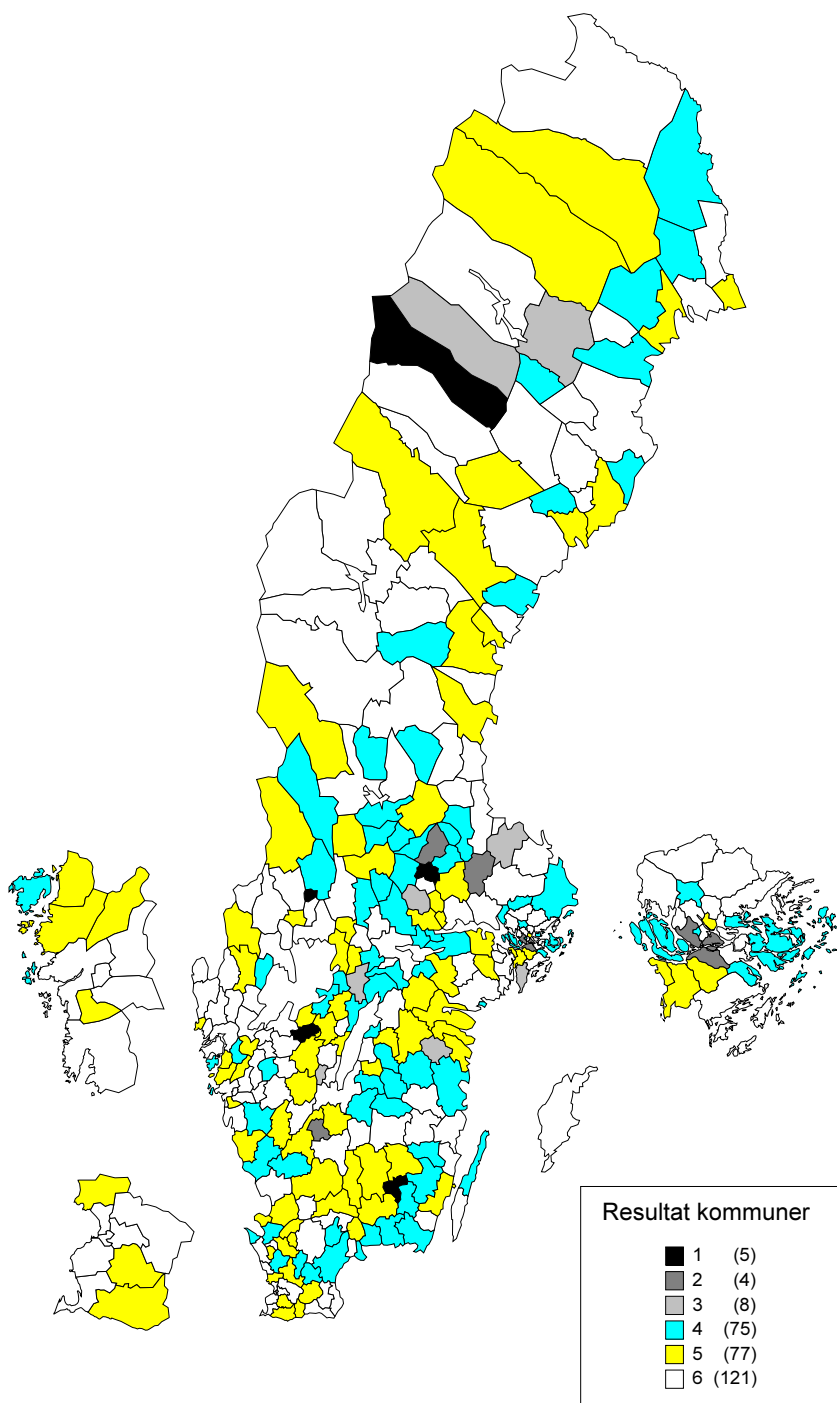
Andelen kommuner med större överskott har ökat

Det finns stora skillnader i kommunernas resultat före extraordinära poster. Det största redovisade överskottet 2005 var 3 950 kronor per invånare och det största underskottet var 2 866 kronor per invånare. Knappt 53 procent av kommunerna har ett positivt resultat på mellan 0 och 999 kronor per invånare. Andelen kommuner som har ett överskott som är större än eller lika med 1 000 kronor per invånare ökade väsentligt under förra året och andelen med underskott. Av kartan kan den geografiska fördelningen av resultat före extraordinära poster i kommuner utläsas utifrån tabell 2.2.

Tabell 2.2 Andel kommuner i vissa resultatnivåer 2005, procent

Resultat kr/invånare före extraordinära poster	Procentuell andel	Grupp på karta
1000-	41,7	6
999-500	26,6	5
499-0	25,9	4
-1- -499	2,4	3
-500- -999	1,7	2
-1000	1,7	1
	100,0	

Källa: Statistiska centralbyrån.



Källa: Statistiska centralbyrån.

Kommuner med de bästa resultaten finns spridda över landet, men det finns en tendens att storstadsområdena har ett något bättre resultat. De kommuner som har de sämsta resultaten finns också spridda över landet, men kommunerna i Blekinge län och Västmanlands län har i genomsnitt något svagare resultat.

Vid en jämförelse av resultatet med invånarantal visar det sig att kommuner med färre än 5 000 invånare hade sämre resultat än övriga kommuner 2005. Denna grupp hade sämst resultat även 2004 och 2003, men inte 2002 då många av kommunerna i gruppen var föremål för insatser från Kommundelegationen.

Bäst resultat 2005 fanns bland kommuner med fler än 30 000 invånare men mindre än 200 000 invånare. Gruppen med över 200 000 invånare dras ned av Stockholms kommuns resultat medan Göteborgs och Malmö kommuner ligger på en högre resultatnivå.

Det finns inte något entydigt samband mellan en kommuns storlek och resultat. Ett fåtal små kommuner med stora underskott drar ner genomsnittet i grupperna av mindre kommuner samtidigt som ett fåtal kommuner med stora överskott drar upp genomsnittet för de större kommunerna. Liknande slutsatser har dragits i en rapport till Ansvarskommittén, *Färre kommuner? – om små kommuners problem och utmaningar*.

Tabell 2.3 Resultat före extraordinära kostnader i kommuner av olika storlek

Folkmängd	Antal kommuner	Resultat 2005 kr/inv	Andel med underskott 2005 %	Resultat 2004 kr/inv	Resultat 2003 kr/inv	Resultat 2002 kr/inv
0 - 4 999	12	457	25	-597	-604	1 082
5 000 - 9 999	59	844	10	66	-176	-173
10 000 - 14 999	68	860	3	92	164	258
15 000 - 19 999	28	925	7	254	380	69
20 000 - 29 999	40	842	5	222	159	-63
30 000 - 49 999	37	1082	0	429	285	-307
50 000 - 99 999	30	1203	0	213	205	-97
100 000 - 199 999	9	1224	0	533	-38	-211
200 000 - 750 000	3	742	33	385	362	920

Anm. Resultaten för 2005 är preliminära.

Källa: Statistiska centralbyrån.

Kommunernas avsättningar för pensioner och ansvarsförbindelser

Enligt lagen om kommunal redovisning skall kommuner och landsting redovisa sina pensioner enligt den s.k. blandade modellen. Det innebär att en redovisningsmässig avsättning sker av nyintjänade pensionsförpliktelser fr.o.m. 1998. Den blandade modellen tar sin utgångspunkt i att pensionsåtaganden som hade upparbetats dessförinnan hade uppkommit i ett s.k. fördelningssystem. I den blandade modellen kommer utbetalningar för gamla pensionsförmåner som upparbetats i det gamla fördelningssystemet att redovisas som kostnader när de utbetalas. Pensionsförmåner intjänade fr.o.m. 1998 kostnadsförs redan när de uppstår. I balansräkningen beaktas endast pensionsåtaganden för de fr.o.m. 1998 intjänade pensionerna medan de äldre pensionsåtagandena redovisas som ansvarsförbindelse.

Kommunerna hade i genomsnitt avsatt 974 kronor per invånare för pensioner i balansräkningen 2005. Den högsta avsättningen uppgick till

3 824 kronor per invånare. Ansvarförbindelsen uppgick till i genomsnitt 17 343 kronor per invånare. Skr. 2005/06:102

Kommunernas skuldsättning och soliditet

Den totala skuldsättningen ökade under 2005 i kommunerna. Både de kortfristiga skulderna och de långfristiga skulderna ökade något. En genomsnittlig kommun hade 2005 ca 11 213 kronor per invånare i kortfristiga skulder och ca 12 479 kronor per invånare i långfristiga skulder. Störst långfristig skuldsättning 2005 hade Skellefteå, Åre och Sorsele kommuner. Sättet att organisera verksamheten påverkar såväl skulderna som tillgångarna och försvårar därmed också jämförelser. En del kommuner bedriver sin verksamhet främst i förvaltningsform t.ex. Skellefteå kommun. Andra kommuner har valt att lägga större delar av verksamheten i företagsform.

För att ge en bild av kommunens ekonomiska styrka är det bättre att använda ett mått som beaktar både tillgångs- och skuldsidan, såsom soliditetsmättet. Soliditeten anger hur stor andel av tillgångarna som är finansierade med eget kapital. Kommunerna hade 2005 en soliditet på i genomsnitt 52,7 procent, vilket ungefär var i nivå med 2004. De goda resultaten under året har således inte bidragit till att förbättra soliditeten. Två kommuner hade en negativ soliditet, Smedjebacken och Laxå. Högst soliditet hade Halmstads och Lidköpings kommuner.

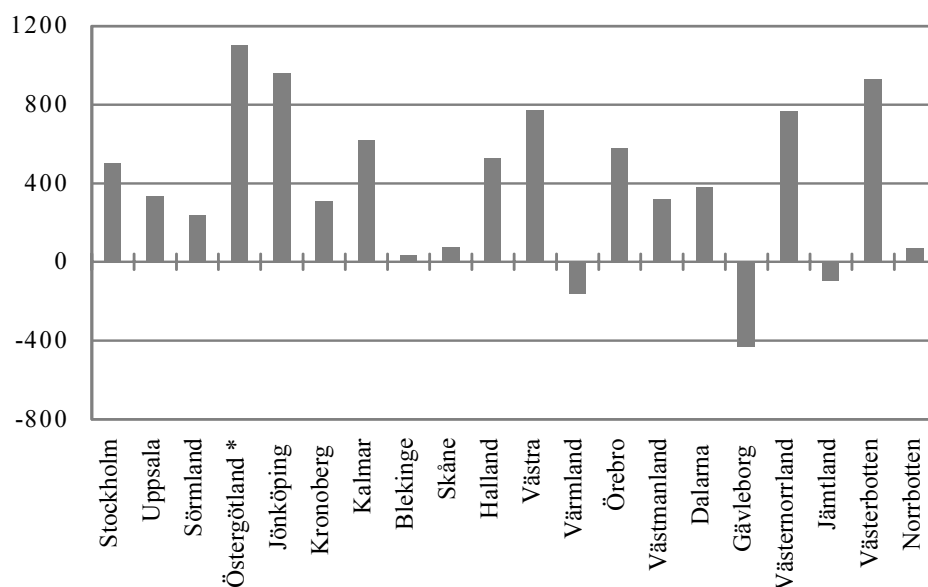
Landstingens resultat

Även landstingen förbättrade sina resultat kraftigt under 2005. Endast tre landsting hade underskott. Östergötlands läns landsting redovisade det bästa resultatet före extraordinära poster i kronor per invånare, följt av Jönköpings och Västerbottens läns landsting. Västra Götalands läns landsting hade det bästa resultatet mätt i absoluta tal, 1 179 miljoner kronor. De landsting som redovisade underskott före extraordinära poster var Gävleborgs, Värmlands och Jämtlands läns landsting. Störst underskott räknat i absoluta tal redovisade Gävleborgs läns landsting, 119 miljoner kronor.

Diagram 2.3 Resultat före extraordinära poster 2005 i enskilda landsting

Skr. 2005/06:102

Kronor per invånare



*Resultatet är beräknat med fullfondering av pensioner.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

De tre landstingarna med under 200 000 invånare har som grupp i genomsnitt ett sämre resultat före extraordinära poster mätt i kronor per invånare jämfört med övriga landsting.

Landstingens avsättningar för pensioner och ansvarsförbindelser

Landstingens avsättningar för pensioner varierade enligt bokslutet för 2005 mellan 1 845 kronor per invånare i Hallands läns landsting och 3 607 kronor i Stockholms läns landsting. Den del av pensionerna som redovisas som ansvarsförbindelse varierade mellan 9 160 kronor per invånare i Hallands läns landsting och 15 311 kronor per invånare i Norrbottens läns landsting.

Landstingens skuldsättning och soliditet

Den långfristiga skuldsättningen för landstingarna minskade 2005 med två miljarder kronor. Den största långfristiga skulden redovisade Stockholms läns landsting med 7,3 miljarder kronor eller 3 858 kronor per invånare. Därefter kom Skåne läns landsting (2,8 miljarder) och Örebro läns landsting (0,2 miljarder).

Den genomsnittliga soliditeten uppgick 2005 till 26,3 procent vilket är en ökning med 2,7 procentenheter jämfört med 2004. Soliditeten i enskilda landsting varierade mellan -14,1 procent i Skåne läns landsting och 62,0 procent i Hallands läns landsting.

Enligt balanskravet som infördes 2000 skulle kommuner och landsting med negativa resultat återställa dessa inom två år, såvida fullmäktige inte kunde anföra synnerliga skäl för att inte göra så. Från och med 2005 har tiden förlängts till tre år. Tabell 2.4 visar hur många kommuner och landsting som redovisade underskott mellan 2000 och 2002 samt hur många av dessa som återställde det egna kapitalet inom den angivna tidsfristen på två år. Sammanställningen är baserad på kommunernas och landstingens resultat före extraordinära poster. Någon hänsyn har således inte tagits till den enskilda kommunens eller det enskilda landstingets balanskravsutredning.

Tabell 2.4 Antal kommuner och landsting som återställt underskott inom två år

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

Källa: Statistiska centralbyrån.

Med utgångspunkt från varje tvåårsperiod betraktad för sig klarade runt en tredjedel av kommunerna att återställa de två första årens underskott inom den lagreglerade tidsfristen. Den tredje balansperioden, åren 2002–2004, var det 47 av 112 (cirka 42 procent) som kunde återställa sitt negativa resultat. Det har alltså skett en förbättring bland kommunerna under den sista perioden.

Bland landstingen har utvecklingen varit sämre. Endast ett respektive två landsting har lyckats återställa sina underskott de två första perioderna. Den tredje perioden har utvecklingen inte förändrats, då endast två av 15 landsting klarade att återställa sina underskott.

Inga kommuner eller landsting har redovisat underskott hela perioden 2000–2005, men det finns ett antal som haft underskott fem av sex år.

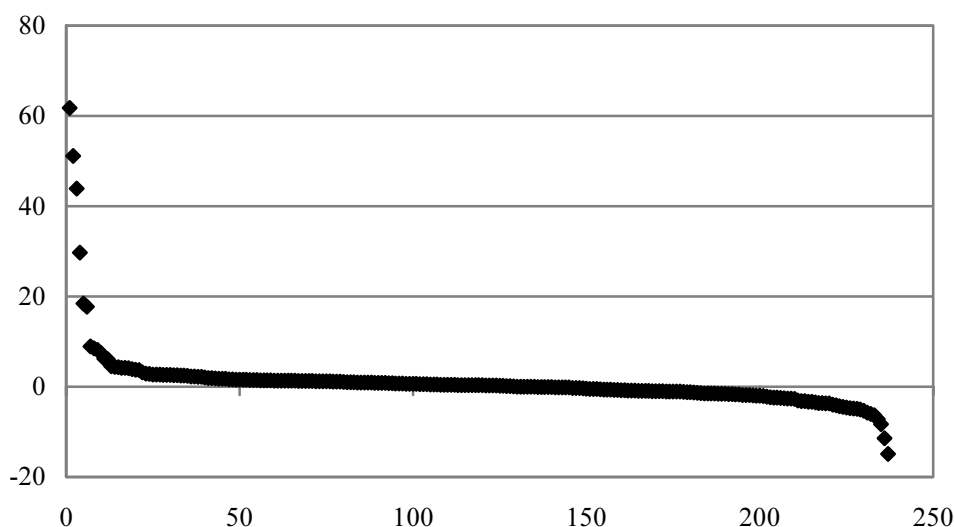
Budgetföljsamheten

För att nå en god ekonomi är det viktigt att lägga realistiska budgetar och att dessa följs under året. Uppstår en avvikelser är det viktigt att vidta åtgärder.

Diagram 2.4 Budgetavvikelser i kommunerna 2004

Skr. 2005/06:102

Procentuell avvikelse i förhållande till nettokostnaderna

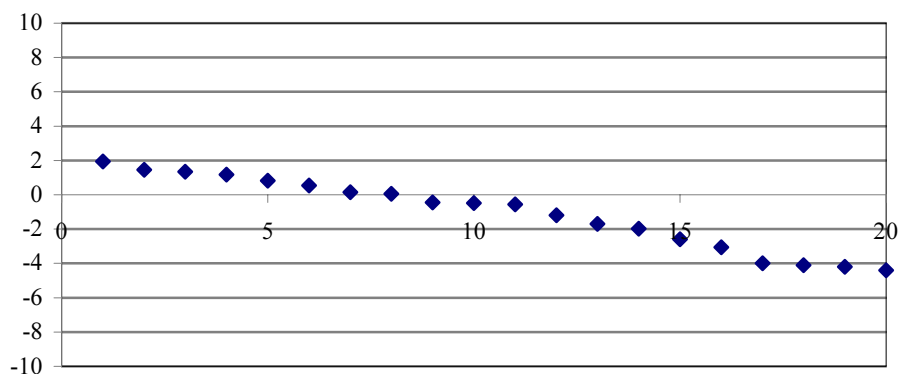


Anm. Budgetbeloppen baseras på enkätsvar från 248 kommuner.
Källor: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Bland kommunerna finns det stora skillnader när det gäller de faktiska budgetavvikelserna. Eftersom kommunernas storlek varierar mycket är det intressant att studera budgetavvikelsen i förhållande till nettokostnaden. Detta redovisas i diagram 2.4. Av kommunerna hade 67 procent en budgetavvikelse 2004 som uppgick till ± 2 procent. Flertalet av kommunerna låg på en budgetavvikelse mellan -4 procent och $+4$ procent. Många av de kommuner som hade stora positiva avvikelser hade gjort försäljningar med stora realisationsvinster, vilket förklarar en stor del av deras budgetavvikelse. Av de kommuner som hade stora negativa avvikelser hade många lämnat bidrag till sina bostadsföretag. I kommuner som hade positiva resultat underskattades resultatet i budgetarna i genomsnitt med motsvarande 2,6 procent av nettokostnaderna. För kommuner med negativa resultat blev utfallet i genomsnitt $-2,5$ procent sämre än budgeterat.

Diagram 2.5 Budgetavvikelser i landstingen 2004

Procentuell avvikelse i förhållande till nettokostnaderna



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Även för landstingen är budgetavvikelserna stora. Sätts de i relation till verksamhetens nettokostnader har de varierat mellan -4 % och +2 % under 2004. Bäst följsamhet hade Hallands och Örebro läns landsting. Deras avvikelse låg på 0,1 respektive 0,2 procent. Sämst budgetföljsamhet hade Kronobergs, Sörmlands, Gävleborgs och Kalmar läns landsting. För 60 procent av landstingen var budgetavvikelsen negativ, dvs. budgetarna var mer optimistiska än utfallen.

2.4 Införande av nya regler kring god ekonomisk hushållning

Den 1 december 2004 infördes nya regler i kommunallagen (SFS 1991:900) med syfte att stödja kommuner och landsting i strävandena mot att uppnå en god ekonomisk hushållning. De nya reglerna innebär bl.a. att kommuner och landsting i budgeten, förutom finansiella mål, skall ange mål och riktlinjer för verksamheten. I förvaltningsberättelsen skall en utvärdering av om målen har uppnåtts genomföras i samband med delårs- och årsbokslut.

För att stärka tillämpningen av regelverket skall revisorerna bedöma om resultaten i delårsrapporten och årsbokslutet är förenliga med de mål fullmäktige beslutat om i budgeten och planen för ekonomin under perioden.

Vilka finansiella mål, verksamhetsmål och riktlinjer som skall anges i budgeten regleras inte i lagen utan det är upp till varje enskild kommun respektive landsting att precisera dessa utifrån sina förutsättningar. För att ge exempel på hur de nya reglerna kring god ekonomisk hushållning tillämpats har budgetar och delårsrapporter avseende 2005 och 2006 studerats i 17 kommuner och fem landsting. Det begränsade urvalet av kommuner och landsting har gjorts utifrån befolkningsstorlek, ekonomisk situation och geografiskt läge i landet med avsikt att få en viss spridning.

Finansiella mål

Kommuner och landsting skall ange en tydlig ambitionsnivå för den egna finansiella utvecklingen i form av mål. Målformuleringarna bör utgå från vad som i normalfallet är att betrakta som god ekonomisk hushållning och därefter anpassas till egna förhållanden och omständigheter. Som en allmän utgångspunkt brukar anges att varje generation skall bära kostnaderna för den service som generationen själv konsumerar.

Bland de studerade kommunerna och landstingen är det de finansiella målen som är mest utvecklade. Det beror på att det finns en tradition att styra och följa upp sin ekonomi mot denna typ av mål. Vid en jämförelse mellan budgetarna för 2005 respektive 2006 kan en utveckling av och ökad fokusering på de finansiella målen observeras. Antalet mål varierar men är i regel mellan tre och sex. En del kommuner och landsting har valt att dela upp de finansiella målen på kort och lång sikt.

Tabell 2.5 Exempel på de fem vanligaste finansiella målen

Skr. 2005/06:102

Finansiella mål	Exempel
1. Resultat	<p><i>Budgeterat ekonomiskt resultat skall vara lägst två procent av summa skatteintäkter och statsbidrag.</i></p> <p><i>Kommunen skall ha ett årligt resultat som möjliggör att även framtida kommuninvånare kan tillförsäkras en bibehållen hög standard på anläggningar, service och verksamhet.</i></p> <p><i>Den löpande verksamheten skall visa positivt resultat.</i></p>
2. Investeringar	<p><i>Nyinvesteringar skall finansieras fullt ut med skattemedel, dvs. med avskrivningar och resultat.</i></p> <p><i>Investeringar som lånefinansieras, dvs. inte rymms i utrymmet för summan av resultat och avskrivningar, skall tillföra kommunens anläggningstillgångar ett värde som är lägst lika med den ökade upplåningen.</i></p> <p><i>Den egna finansieringen av investeringarna skall uppgå till 100 procent.</i></p>
3. Nettokostnader	<p><i>Verksamhetens externa nettokostnader (inkl avskrivningar) får inte överstiga 99,0 % av skatteintäkter och bidrag från utjämningsystemet.</i></p>
4. Låneskuld	<p><i>Låneskulden skall nettoamorteras med minst tio miljoner kronor per år.</i></p>
5. Företagens ekonomi	<p><i>De gemensamma tillgångar som kommuninvånarna äger genom kommunen direkt eller i hel- eller delägda bolag skall ge god avkastning i förhållande till det samlade värdet och verksamhetens art.</i></p>

Det vanligaste finansiella målet avser mål för resultatet. Det kan vara ett resultatkrav i form av ett belopp, en procentsats i förhållande till nettokostnader eller skatteintäkter och generella statsbidrag. Många resultatmål relaterar till ett bestämt värde men det finns också exempel på resultatmål som mer anger en ambitionsnivå.

Det näst vanligaste finansiella målet avser investeringar. Mål avseende investeringar berör framför allt volymen på investeringarna och finansieringen.

Ett annat vanligt område för finansiella mål är nettokostnaderna. Många av dessa tar sikte på nettokostnaderna i förhållande till skatteintäkter och generella statsbidrag. I flertalet kommuner och landsting har målet satts som en procentsats, vilken varierar mellan 95 procent och 100 procent.

Mål som avser låneskulden är också ofta förekommande. Dessa rör bl.a. amorteringar, lånefinansieringsgrad samt definition av hur lånefinansiering skall användas.

Det är också vanligt att kommunerna anger mål för de kommunala företagen. De finansiella målen kan avse avkastning och risker. En del kommuner har satt konkreta avkastningskrav i form av en procentsats eller i kronor, medan andra kommuner har angett att företagen skall ge god avkastning. Andra finansiella mål än de fem vanligaste finns för bl.a. budgetföljsamhet, kommunalskatt, försäljning av tillgångar, finansiering av pensioner, soliditet och likviditet.

Verksamhetsmål och riktlinjer

Verksamhetsmålen skall ta sikte på kommunens eller landstingets förmåga att bedriva sin verksamhet på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. För att styra verksamheten behövs regelverk, planer och riktlinjer. Kommuner och landsting väljer själva vilka mål och riktlinjer de vill ha för sin verksamhet. Variationen avseende hur de undersökta kommunerna och landstingen arbetat med verksamhetsmålen är mycket stor. En del kommuner och landsting har valt att ha ett fåtal övergripande mål för god ekonomisk hushållning avseende verksamheterna medan andra har valt ett stort antal mål. Vanligast är mål som rör områdena skola, äldreomsorg och kommunen/landstinget som arbetsgivare. Kopplingen mellan god ekonomisk hushållning och verksamhetsmålen är inte alltid tydlig.

Tabell 2.6 Exempel på verksamhetsmål

Verksamhetsmål	Exempel
Förskola och skola	<p><i>Ett av de huvudsakliga målen för utbildningsverksamheten i kommunen är att fler ska avsluta sina studier med godkända betyg och skolan skall stå för kvalitet vad gäller kunskaper och färdigheter och stå sig väl i jämförelse med andra skolor.</i></p> <p><i>I samverkan med föräldrar, fritids- och föreningslivet, socialtjänsten samt näringslivet skall de förebyggande insatserna inom skolan utvecklas. Skolans förändringar skall präglas av tidig och öppen kommunikation med medborgarna.</i></p>
Folkhälsa	<p><i>Landstinget skall arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för människors hälsa och livskvalitet. För att följa upp målet finns detaljerade mått för primärvård, specialiserad vård och tandhälsovård.</i></p> <p><i>Exempel inom tandhälsovård:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> □ <i>Andel förskolor och familjedaghem som fått erbjudande om att få information om tandborstningsprojekt</i> □ <i>Andel 19-åringar utan kariesskador på kontakt ytorna mellan tänderna.</i> □ <i>Andel kariesfria 19-åringar</i> <p><i>Samtliga kliniker skall använda riskgrupperingsystem i barn- och vuxentandvård.</i></p>

När det gäller att ange riktlinjer som är av betydelse för god ekonomisk hushållning är det vanligaste att kommuner och landsting har angett ett fåtal riktlinjer i budgeten. I urvalet finns några kommuner och landsting som också har angett riktlinjer på en mer detaljerad nivå t.ex. verksamhetsnivå medan andra inte alls har angett riktlinjer i budgetdokumentet.

Uppföljning i delårsrapport

Delårsrapporten är ett uppföljningsinstrument som är väsentligt för ekonomistyrningen i kommunen eller landstinget. Genom att krav införts att fullmäktige skall behandla delårsrapporten förbättras möjligheterna till en bedömning av det ekonomiska läget och förmågan att upprätthålla en god ekonomisk hushållning under verksamhetsåret. Av dem i urvalet har flertalet kommuner och landsting i sina delårsbokslut under 2005 relaterat resultatet till målen för god ekonomisk hushållning. Det handlar främst om att de ekonomiska målen stämts av. Ett mindre antal i urvalet har även stämt av mot verksamhetsmålen. En del kommuner och landsting har inte gjort någon avstämning alls.

Tabell 2.7 Exempel på uppföljning i delårsrapport

Mål i budget	Måluppfyllelse
Kommunen skall ha en aktuell kommunövergripande översiktsplan som skall vara ett beslutsunderlag för såväl strategiska beslut om kommunens utveckling som beslut om planering för nya bostäder och arbetsplatser.	<i>Arbete med översiktsplan påbörjades under 2004. I början av 2005 har ett formellt samråd skett och därefter skall planen ställas ut. Ett slutligt förslag till ny översiktsplan kommer enligt tidsplanen att presenteras runt årsskiftet 2005/2006.</i> Målet är ännu ej uppfyllt.
Kommunen skall underlätta ett omfattande bostadsbyggande	Uppföljningen av påbörjade och färdigställda lägenheter sker vid årets slut.
Kommunen skall underlätta för näringslivet att få behovet av mark och lokaler tillgodosett.	<i>Nybyggda lokaler är uthyrda och vakansgraden i det befintliga beståndet har minskat under året.</i> Uppföljning sker vid årets slut.
Kommunens resultat skall uppgå till 1,5 procent av verksamhetens nettokostnader.	<i>För 2005 innebär målet ett positivt resultat på 25,8 mkr. Resultatet för delåret uppgår till 133,7 mkr.</i> Målet för 2005 kommer att uppfyllas.

Denna studie har visserligen gjorts på ett begränsat urval men ändå kan vissa relevanta iakttagelser göras. Arbetet med god ekonomisk hushållning har kommit en bit på väg, men fortfarande finns det mycket som kan utvecklas. Det handlar framför allt om verksamhetsmålen och kopplingen till god ekonomisk hushållning, riktlinjer i budgeten samt uppföljning av målen i delårsbokslutet.

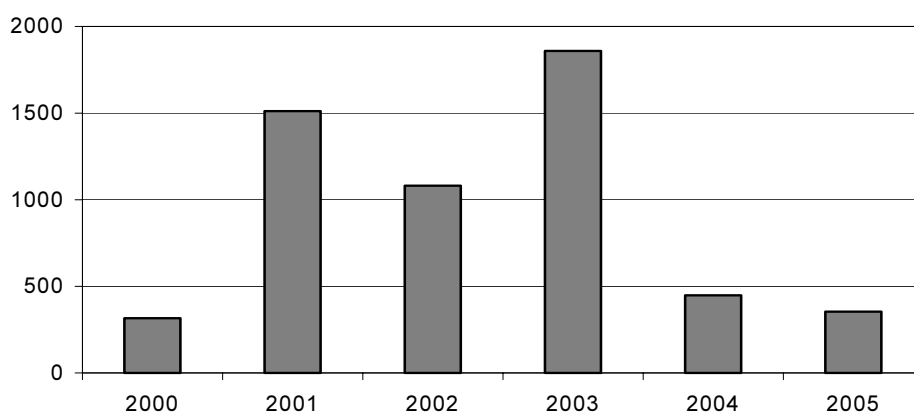
De mindre kommunerna i urvalet tenderar att inte ha kommit lika långt med införandet av det nya regelverket för god ekonomisk hushållning. Det märks framförallt på att delårsboksluten saknar eller har en mindre utvecklad avstämning mellan resultat och mål för god ekonomisk hushållning både avseende de finansiella målen och verksamhetsmålen. Även i budgetarna för 2006 återfinns skillnaderna.

2.5 Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting

Regeringen disponerar ett anslag som i huvudsak är avsett för tillfälliga bidrag till enskilda kommuner och landsting som på grund av speciella omständigheter hamnat i en särskilt svår ekonomisk situation. Medel från anslaget användes t.o.m. 2005 också till förebyggande hiv/aidsverksamhet i storstadsregionerna. Från anslaget utgår även medel till vissa utvecklingsinsatser.

Diagram 2.6 Utbetalningar från anslaget för särskilda insatser i vissa kommuner och landsting

Miljoner kronor, löpande priser



Källa: Finansdepartementet.

De stora utbetalningarna från anslaget under 2001–2003 förklaras av särskilda stöd till kommuner och landsting efter beredning av de för ändamålet tillsatta Kommun- och Bostadsdelegationerna. Nedan redovisas vilka insatser som i huvudsak belastat anslaget 2005.

Efter beredning av Kommundelegationen beviljade regeringen under åren 2001–2003 villkorade stöd till 36 kommuner och 4 landsting med en särskilt svår ekonomisk situation. Vid ingången av 2005 hade samtliga utom Västernorrlands läns landsting och Dalarnas läns landsting slutredovisat. Under 2005 beviljades slutlig utbetalning till Västernorrlands läns landsting. Dalarnas läns landsting har av regeringen fått förlängd avtalstid t.o.m. bokslutet 2006 med villkor om att uppnå positiva resultat både 2005 och 2006 för att erhålla slutlig utbetalning.

Under 2004 ingick regeringen en överenskommelse med Stockholms läns landsting om ett villkorat bidrag på 400 miljoner kronor, varav hälften utbetalades under mitten av 2005. Landstinget har under våren 2006 inkommit till regeringen med underlag för bedömning om resterande del av bidraget skall utbetalas.

Bidrag för samverkan

I syfte att främja samverkan mellan kommuner och/eller landsting med befolkningsminskning beviljade regeringen under åren 2002–2004 sammanlagt 125 miljoner kronor i bidrag till samverkansprojekt. Av totalt 370 inkomna ansökningar beviljades 202 projekt bidrag. Samverkansprojekten var främst inriktade på vård, omsorg, utbildning, funktionella områden, t.ex. räddningstjänst och bibliotek, samt ett mindre antal projekt med bäring på näringslivsutveckling. Av samtliga projekt bestod drygt hälften av förstudier för att utreda förutsättningar för att samverka. Nära hälften av projekten syftade till att höja kvaliteten och kompetensen i verksamheterna medan ca en tredjedel syftade till att spara resurser. En åiterrapportering av projekten skulle ske senast fyra månader efter att projekten avslutats, dock senast i slutet av april 2005. Medel som inte förbrukats vid utgången av 2004 skulle återbetalas. Elva projekt beviljades förlängning av projekttiden, som längst till den 30 juni 2005.

Av det totala bidraget på 125 miljoner kronor har, efter slutrapportering (dnr Fi2004/1514), ca sju miljoner kronor återbetalats. Skälen för att medlen inte förbrukats varierar, men främst beror återbetalningarna på att projekten inte startat enligt plan.

Efter uppdrag av regeringen (dnr Fi2004/1264) presenterade Statskontoret under senhösten 2005 en uppföljning av bidragen till kommunal samverkan, Statsbidrag till kommunala samverkansprojekt (2005:23). I rapporten dras slutsatsen att bidragets utformning haft allt för allmänt hållna kriterier och lågt ställda krav på projektens innehåll. Statskontoret poängterar att fokus hamnat på att stimulera samverkan i sig, med små projekt som inte inriktats på några större omprövningar av hur kommunerna, trots sin befolkningsminskning, skall klara sina framtida åtaganden. Statskontoret menar vidare att samverkan är en fråga som ingår i kommunernas ansvar att driva en effektiv och rationell verksamhet. Enligt Statskontorets slutsatser har emellertid bidraget för vissa kommuner och landsting varit en förutsättning för att sätta igång projekten och att det för andra inneburit att projekt har kunnat tidigareläggas. Kommuner och landsting har uppgett att bidraget möjliggjort en

höjning av ambitionsnivån i projekten. Av Statskontorets slutsatser framgår också att bidraget i viss mån stimulerat till nytänkande och inneburit att små kommuner med begränsade resurser erhållit medel som har möjliggjort samverkan.

Övrigt

Under åren 1998–2005 har bidrag utbetalats från anslaget till förebyggande hiv/aidsverksamhet i storstadsregionerna. För 2005 utbetalades sammanlagt 90 miljoner kronor till Stockholms kommun, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Stockholms läns landsting, Västra Götalands läns landsting och Skåne läns landsting. Från och med 2006 har anslaget minskats med 90 miljoner kronor och motsvarande medel har överförts till anslaget 14:1 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar inom utgiftsområdet 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Från anslaget utbetalades också medel till Rådet för kommunala analyser och jämförelser. Utöver drift och utveckling av en kommunal databas är rådets uppgift att stimulera jämförelser och stödja uppföljningen av måluppfyllelse och resursanvändning i kommuner och landsting. Rådet upphörde den 31 december 2005 men för fortsatt drift och vidareutveckling av databasen har avtal slutits mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att bilda en ideell förening, Rådet för främjande av kommunala analyser. Föreningen bildades den 1 januari 2006 och finansieras, till den del som ankommer på staten, från anslaget 48:4 Bidrag till organisationer inom det kommunalekonomiska området.

2.6 Nettokostnader i olika verksamheter

I detta avsnitt redovisas en samlad beskrivning av nettokostnadsutvecklingen inom de kommunala verksamheterna. För de större verksamheterna redovisas även kostnadsutvecklingen i respektive kapitel för verksamheterna.

Den sammanlagda nettokostnaden för kommunsektorns verksamhet uppgick till drygt 470 miljarder kronor 2004, vilket är en ökning med 9,5 miljarder kronor jämfört med 2003. Kostnadsökningen har dock minskat, från 5 procent 2003 till 2 procent 2004. Om man istället tittar på nettokostnaden i fasta priser har dessa ökat ungefär lika mycket, med några tiondels procent under dessa år.

Tabell 2.8 Nettokostnader i olika verksamheter

Skr. 2005/06:102

Miljarder kronor, löpande priser

	2000	2001	2002	2003	2004	Förändring 00-04, %	Förändring 03-04, %
Kommuner:							
Barnomsorg	32,6	33,6	35,2	37,8	39,3	20,7	3,9
Utbildning	91,7	98,3	102,8	107,2	108,6	18,5	1,3
-varav grundskola	64,8	69,8	72,7	75,2	75,8	16,9	0,8
-varav gymnasiet	23,0	24,4	26,0	27,8	29,0	25,9	4,3
Äldre- och handikapp- omsorg	81,5	86,7	93,6	99,3	102,3	25,5	3,0
-varav insatser enligt LSS och LASS	17,7	18,7	20,7	23,2	25,0	41,5	7,6
IFO	22,6	22,8	23,8	24,9	25,5	12,8	2,2
Övrigt	38,1	40,2	41,3	43,0	43,5	14,2	1,2
Totalt kommuner	266,5	281,6	296,8	312,2	319,2	19,8	2,2
Landsting:							
Hälsa- och sjukvård	105,7	115,9	125,5	133,3	135,5	28,2	1,7
Övrigt landsting	16,9	15,6	15,3	15,4	15,7	-7,1	1,9
Totalt landsting	122,6	131,5	140,8	148,7	151,2	23,3	1,7
Totalt kommunsektorn	389,1	413,1	437,6	460,9	470,4	20,9	2,1

Källa: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Inom barnomsorgen, dvs. förskoleverksamhet och skolbarnomsorg, har ett antal reformer genomförts under perioden 2000–2004. Exempelvis infördes maxtaxa och ett arbete med kvalitetssäkring påbörjades 2002 samt 2003 infördes allmän förskola för 4- och 5-åringar. Antalet inskrivna barn ökade under perioden 2000–2003 medan de minskade med drygt 7 000 under 2004. Under 2004 har antalet inskrivna barn i förskolan ökat medan antalet inskrivna barn i både familjedaghem och fritidshem har minskat. Nettokostnadsökningen har avtagit 2004 jämfört med 2002–2003. Det förklaras av att kostnaden för familjedaghem och fritidshem avtagit 2004 p.g.a. minskat antal inskrivna barn. Kostnaderna i förskolan har däremot ökat till följd av att antalet inskrivna barn har ökat.

Antalet elever i grundskolan har minskat sedan 2001 och grundskolans nettokostnader ökade med bara 0,8 procent 2004. Den relativt sett snabbare nettokostnadsökningen för gymnasieverksamhet under perioden 2000–2004 sammanhänger med ett ökat antal elever.

Under perioden 2000–2004 har antalet vårdtagare i äldreomsorgen ökat marginellt men vårdtagarna har blivit äldre och mer vårdkrävande. När det gäller verksamheten omsorg om funktionshindrade står insatser enligt LSS och LASS för ca 80 procent av kostnaden. Insatser enligt LSS och LASS uppvisar den största nettokostnadsökningen i kommunsektorn under perioden 2000–2004 men kostnadsökningen avtog 2004. Under 2000–2004 har antalet personer med korttidstillsyn, ledsagarservice, daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS ökat mest. Antalet insatser totalt enligt LSS har ökat med tre procent jämfört med 2003.

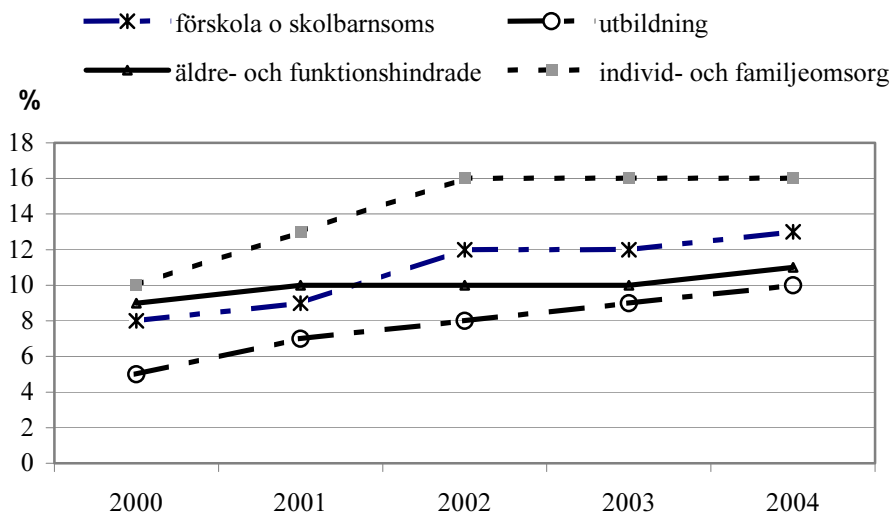
Även nettokostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat snabbare än genomsnittet för kommunala verksamheter. Detta förklaras bland annat av den medicintekniska och demografiska utvecklingen. Kostnadsökningen har dock avtagit fr.o.m. 2002 och uppgick 2004 till 1,7 procent.

2.7 Högre andel köp av verksamhet

Skr. 2005/06:102

Den del av kommunernas verksamhet som utförs av företag och föreningar fortsatte att öka 2004. Sedan 2000 har ökningen varit störst inom utbildningsverksamheten där andelen har fördubblats. Störst andel köpt verksamhet finns inom individ- och familjeomsorg. Totalt köpte kommunerna verksamhet från utomstående för ca 40,8 miljarder kronor 2004.

Diagram 2.7 Andel köpt verksamhet 2000-2004



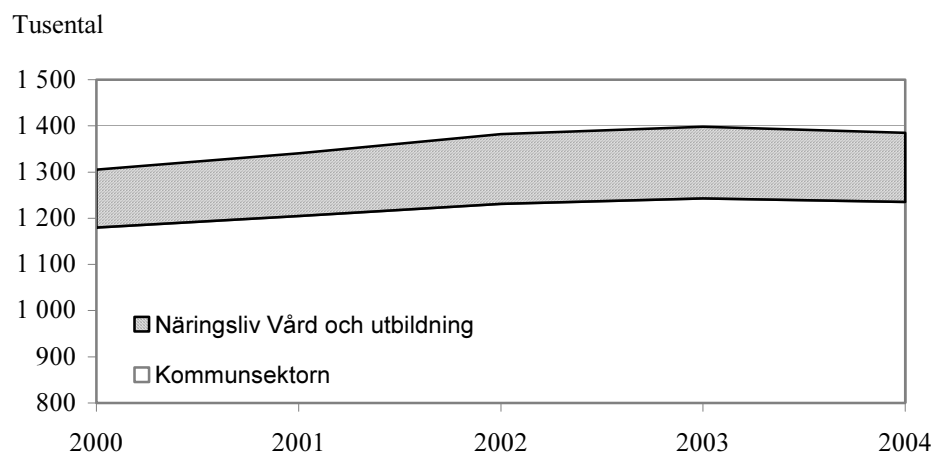
Källa: Statistiska centralbyrån.

2.8 Kommunal personal

Den ökade möjligheten att lägga ut verksamhet på entreprenad och hyra in personal återspeglas även i sysselsättningsstatistiken. Dessutom genomfördes flera reformer, t.ex. på skolområdet som ökade valfriheten mellan olika anordnare. Denna utveckling har medfört att allt fler av de personer som sysselsätts inom tidigare traditionella kommunala verksamheter numera registreras som sysselsatta i näringslivet, trots att verksamheterna finansieras av kommuner och landsting i samma utsträckning som tidigare. I kategorin anställda inom vård och utbildning i näringslivet ingår även de som arbetar i verksamheter som inte skattefinansieras, t.ex. privata utbildningsföretag. Däremot ingår inte anställda i bemanningsföretag som hyrs in av kommuner och landsting i statistiken.

Diagram 2.8 Antal anställda i kommunsektorn och i näringslivet inom vård och utbildning.

Skr. 2005/06:102



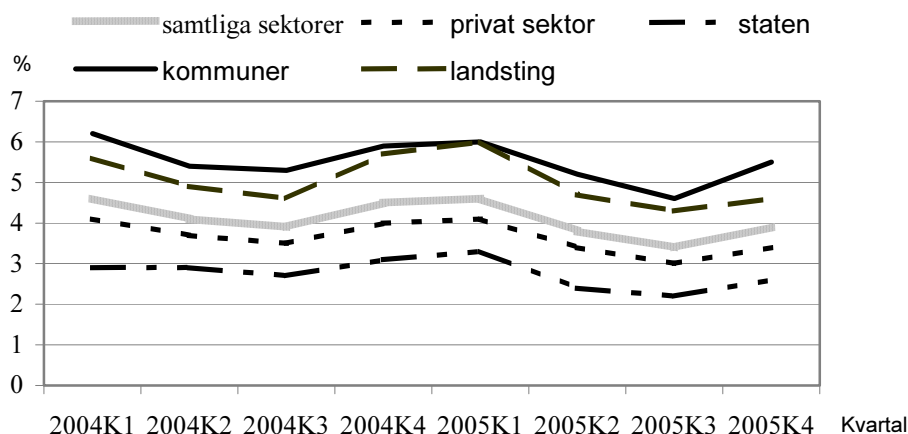
Källa: Statistiska centralbyrån.

Antalet anställda i kommunsektorn var som högst 1990 och uppgick till 1 214 000. Antalet påverkas av den genomsnittliga sysselsättningsgraden som ökat under perioden 1995–2004, främst genom att kvinnor i kommuner och landsting i högre grad arbetar heltid. Fortfarande är dock andelen med heltidsanställning lägre för kommunanställda kvinnor än för männen, 63 procent jämfört med 86 procent. Siffrorna avser den överenskomna sysselsättningsgraden.

Sjukfrånvaron fortsätter att minska

I januari 2005 infördes en medfinansiering i sjukförsäkringen för alla arbetsgivare motsvarande 15 procent av sjukpenningen för anställda som har hel sjukpenning. I gengäld sänktes arbetsgivaravgiften med 0,24 procentenheter och den period då arbetsgivaren står för hela sjuklönekostnaden sänktes från tre till två veckor. Eftersom reformen beräknades likformigt för hela arbetsmarknaden fanns farhågor att kommunsektorn skulle få ökade kostnader eftersom sjukfrånvaron är högre där än i andra sektorer.

Beräkningar av Sveriges Kommuner och Landsting avseende 2005 visar att nettokostnaden för kommunerna blev ca 215 miljoner kronor medan landstingen i stort sett kompenserades för reformen. Sjukfrånvaron har fortsatt att minska och en större andel i kommunsektorn än på arbetsmarknaden som helhet är deltidssjukskrivna och ingår därmed inte i underlaget för medfinansieringen.



Källa: Statistiska centralbyrån.

Löneskillnader

Nästan 80 procent av de anställda i kommuner och landsting är kvinnor. Inom privat och statlig sektor är könsfördelningen betydligt jämnare. Debatten om löneskillnader och eventuell lönediskriminering av kvinnor har därför ofta handlat om förhållandet i kommunsektorn.

Kvinnors lön som andel av männens var ca 83 procent 2004 för hela arbetsmarknaden (tabell 2.9). De största löneskillnaderna mellan könen finns i landstingen. Om man tar hänsyn till skillnader i ålder, utbildning, arbetstid och yrke i en s.k. standardvägning så minskar löneskillnaderna betydligt och försvinner nästan helt för kommunerna. Sedan början på 1990-talet har de faktiska löneskillnaderna mellan könen minskat i kommunerna medan de har ökat i landstingen.

Tabell 2.9 Kvinnors lön i procent av mäns efter arbetsmarknadssektor

	1996		2000		2004	
	Ej std.v.	Std.v.	Ej std.v.	Std.v.	Ej std.v.	Stdv.
Kommuner	87	98	90	98	91	98
Landsting	71	94	71	93	71	94
Statlig	83	93	84	92	85	-
Privat	85	91	84	90	85	91
Samtliga	83	92	82	92	83	92

Anm: För statlig verksamhet kunde ingen standardvägning genomföras för 2004 p.g.a. ändrad indelning i yrkesgrupper. Det standardvägda värdet (std.v.) för 2004 för samtliga är därför exklusive statlig sektor.

Källa: Statistiska centralbyrån och Medlingsinstitutet.

Den största påverkan på löneskillnaderna mellan könen har skillnaderna mellan olika yrkesgrupper, vilket också förklarar de stora olikheterna mellan könen i landstingen. Det finns även faktorer som kan förklara löneskillnader men som inte tas med i standardvägningen, t.ex. yrkeserfarenhet och arbetsledaransvar.

Den officiella lönestatistiken kan inte ge svar på frågan om i vilken utsträckning det förekommer lönediskriminering i jämställdhetslagens

mening. Lagen tar sikte på förhållandena hos den enskilde arbetsgivaren, medan statistiken avspeglar andra nivåer. Skr. 2005/06:102

2.9 Statsbidragen

Inledning

I samband med behandlingen av förra årets skrivelse om utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 2004/05:102) förutsatte finansutskottet att redovisningen av statsbidragen kommer att utvecklas vidare (bet. 2005/06:FiU3). Det gällde särskilt en samlad utvärdering av måluppfyllelsen för samtliga statsbidrag till kommuner och landsting eller för utvalda statsbidrag på anslagsnivå.

Det finns totalt 114 anslag på statsbudgeten som omfattar bidrag till kommunsektorn. En övergripande utvärdering av måluppfyllelsen för samtliga statsbidrag till kommuner och landsting skulle kräva ett omfattande arbete och kan inte göras i denna skrivelse utan regeringen får återkomma i denna fråga.

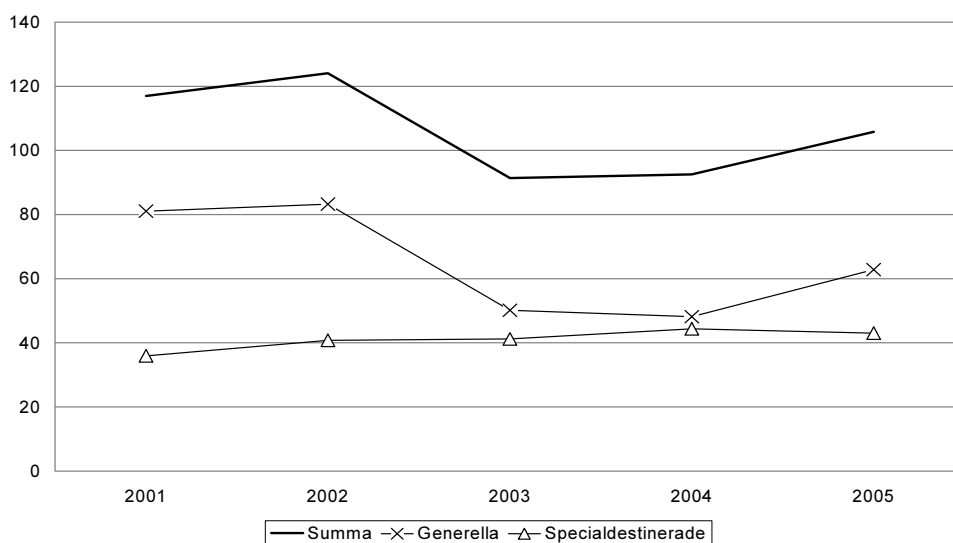
Under respektive verksamhetsavsnitt längre fram i skrivelsen redogörs för några reformer där den ekonomiska regleringen har gjorts i form av specialdestinerade statsbidrag.

Statsbidragsgivningen

Diagram 2.10 visar utvecklingen av specialdestinerade och generella statsbidrag. Även tillskott och ersättningar till kommunsektorn som belastar statsbudgetens inkomstsida ingår. Statsbidragen och tillskotten uppgick totalt till 106 miljarder kronor 2005, vilket motsvarar ca 16 procent av kommunsektorns totala intäkter.

Diagram 2.10 Statliga bidrag till kommunsektorn

Miljarder kronor, löpande priser



Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

Statsbidragen har sammantaget minskat med ca 11 miljarder kronor mellan 2001 och 2005 och de specialdestinerade statsbidragen har ökat sin andel av de totala statsbidragen från 31 till 41 procent. Detta beror främst på ekonomiska regleringar som gjorts i de generella statsbidragen i syfte att neutralisera ekonomiska effekter av olika statliga beslut. Den största regleringen är en nivåsänkning av de generella statsbidragen 2003 med 31,4 miljarder kronor som gjordes på grund av ändrad finansiering av ersättningarna till kommuner och landsting för viss mervärdesskatt. Det har också förekommit ändringar i skattereglerna som ökat kommunsektorns skatteinkomster och som reglerats genom minskningar med ca 13 miljarder kronor av de generella statsbidragen.

En annan anledning till den ökade andelen specialdestinerade statsbidrag är landstingens övertagande av kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna 1998. Landstingen kompenseras med ett specialdestinerat statsbidrag, som 2005 uppgick till ca 20 miljarder kronor, en ökning med 6 miljarder kronor sedan 1998.

En detaljerad redovisning av de förändringar som påverkade anslaget för kommunalekonomisk utjämning 2005 finns i budgetpropositionen för detta år.

Generella statsbidrag

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

Utvecklingen av de generella statsbidragen framgår av tabell 2.10. Anslaget för kommunalekonomisk utjämning är det beloppsmässigt största statsbidraget till kommunerna och landstingen. Anslaget infördes 2005 och motsvarar anslaget för Generellt statsbidrag till kommuner och landsting, som fanns 1996–2004.

Sysselsättningsstöd lämnas, efter ansökan hos Skatteverket, med en viss andel av det lönekostnadsunderlag som kommunerna och landstingen redovisar i sina ansökningar. Den s.k. 200-kronan avser det fasta belopp om 200 kronor som i stället för att utgöra en statlig inkomstskatt, under 1999–2004 utgjorde en kommunal inkomstskatt. Utjämningsbidrag som finansieras med utjämningsavgifter har inte räknats med.

Sammantaget har de generella bidragen, inklusive tillskott på statsbudgetens inkomstsida, minskat med ca 18 miljarder kronor under 2001–2005. Det beror som ovan nämnts främst på regleringen 2003 av ersättningarna till kommuner och landsting för viss mervärdesskatt.

Tabell 2.10 Generella statsbidrag och andra tillskott*Miljarder kronor, löpande priser*

	2001	2002	2003	2004	2005
Generella statsbidrag					
Generellt statsbidrag till kommuner och landsting ¹	78,3	76,2	43,0	41,4	55,2
Särskilda insatser	1,5	1,1	1,9	0,4	0,3
Summa generella statsbidrag	79,8	77,3	44,9	41,9	55,5
Tillskott på statsbudgetens inkomstsida					
Sysselsättningsstöd (periodiserat)		4,6	4,0	4,9	7,3
200-kronan	1,3	1,3	1,3	1,3	
Summa tillskott på statsbudgetens inkomstsida	1,3	5,9	5,3	6,3	7,3
Summa generella bidrag och tillskott	81,1	83,3	50,2	48,2	62,8

Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

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

Anslaget för kommunalekonomisk utjämning utgör ett medel att uppnå målet för politikområdet 25 Allmänna bidrag till kommuner (se avsnitt 2.1). Som en följd av den kommunala självstyrelsen ligger det direkta ansvaret för att uppnå såväl verksamhetsmål som ekonomiska mål på kommunerna och landstingen själva. Staten kan dock indirekt bidra till detta. En indikation på huruvida målet om goda och likvärdiga förutsättningar uppnås är utvecklingen av resultatnivån för kommunsektorn som helhet och spridningen i resultatet mellan enskilda kommuner och landsting. Som framgår av avsnitten 2.2 och 2.3 har resultatet förbättrats för sektorn som helhet under de närmaste föregående åren, samtidigt som antalet kommuner och landsting som redovisat positiva resultat har ökat avsevärt. Även spridningen mellan enskilda kommuner respektive landsting har minskat, mätt i kronor per invånare. Tabell 2.11 visar förändringen i de generella statsbidragen och vad dessa förändringar beror på.

Tabell 2.11 Förändring av generella bidrag och andra tillskott*Miljarder kronor, löpande priser*

	2001	2002	2003	2004	2005
Generella bidrag och tillskott	81,1	83,3	50,2	48,2	62,8
Förändring från föregående år	1,5	2,2	-33,1	-2,0	14,7
varav tillskott	4,1	4,6	2,6	1,0	7,3
skatteregleringar	-3,0	-3,5	-5,8	-2,6	2,1
överföringar från specialdestinerade statsbidrag		1,4	0,2		4,2
regleringar enligt finansieringsprincipen	0,1	-0,1	-30,1	-0,5	1,0
övrigt	0,1	-0,2	-0,1	0,0	0,1

Källa: Finansdepartementet.

Tillskotten till kommunsektorn har uppgått till totalt 20 miljarder kronor under perioden. Tillskotten består främst av ökningsar av generella bidrag och av sysselsättningsstödet. Sedan 1996 har tillskotten uppgått till 41 miljarder kronor.

De skatteregleringar som gjorts under perioden har bidragit till en minskning av de generella bidragen åren 2001-2004 och en ökning 2005.

År 2005 överfördes specialdestinerade statsbidrag på sammanlagt fyra miljarder kronor till de generella bidragen. Skr. 2005/06:102

I tabell 2.11 redovisas även förändringar i de generella bidragen till följd av regleringar enligt den kommunala finansieringsprincipen. I tabell 2.12 redovisas dessa regleringar mer detaljerat.

Tabell 2.12 Regleringar enligt den kommunala finansieringsprincipen

Miljarder kronor, löpande priser

	2001	2002	2003	2004	2005
Ökad undervisningstid i gymnasieskolan	0,1				
Lärarpensioner	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Rätt till barnomsorg för barn till föräldralediga/arbetslösa		0,4			
Förstatligande av vårdhögskolorna		-1,4			
Maxtaxa+förbehållsbelopp äldreomsorg		0,8	0,1		
Allmän förskola 4-5-åringar			1,2		
Kommunkontosystemet			-31,4	-1,4	1,1
Viss tandvård för vuxna				0,5	-0,2
Vuxenutbildning					-0,1
Övriga regleringar	-0,1	0,0	-0,2	0,2	0,0
Summa	0,1	-0,1	-30,1	-0,5	1,0

Källa: Finansdepartementet.

Specialdestinerade statsbidrag

Den beloppsmässigt övervägande delen av de specialdestinerade statsbidragen finns på utgiftsområde 9 (Hälsovård, sjukvård och social omsorg) och på utgiftsområde 16 (Utbildning och universitetsforskning). Sammantaget uppgår anslagen på dessa utgiftsområden till ca 30 miljarder kronor. Dessa utgiftsområden har också flest anslag. Mellan 2004 och 2005 har antalet anslag som omfattar specialdestinerade statsbidrag minskat med 11 stycken.

Tabell 2.13 Specialdestinerade bidrag per utgiftsområde 2005

Utgiftsområde	Antal anslag	Summa mnr	Andel procent
1. Rikets styrelse	1	0	0,0
4. Rättsväsendet	2	11	0,0
5. Internationell samverkan	2	1	0,0
6. Försvar samt beredskap mot sårbarhet	4	465	1,1
7. Internationellt bistånd	1	66	0,2
8. Invandrare och flyktingar	8	3 220	7,9
9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*	20	18 638	45,9
10. Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp	1	80	0,2
13. Arbetsmarknad	3	2 285	5,6
14. Arbetsliv	1	0	0,0
15. Studiestöd	1	2	0,0
16. Utbildning och universitetsforskning	18	11 112	27,3
17. Kultur, medier, trossamfund och fritid	13	1 268	3,1
18. Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande	7	341	0,8
19. Regional utveckling	4	951	2,3
20. Allmän miljö- och naturvård	5	1 372	3,4
21. Energi	6	88	0,2
22. Kommunikationer	4	550	1,4
23. Jordbruk- och skogsbruk, fiske med anslutande näringar	7	176	0,4
24. Näringsliv	2	11	0,0
Totalt	110	40 635	100,0

* Inklusiv ersättningen från kommunerna till Försäkringskassan för personlig assistans

Källa: Ekonomistyrningsverket.

Tabell 2.14 nedan visar utvecklingen av de specialdestinerade statsbidragen sedan 2001. I tabellen särredovisas ett urval statsbidrag som helt eller delvis går till kommuner och/eller landsting. Dessa bidrag utgjorde ca 80 procent av samtliga specialdestinerade statsbidrag 2005. Övriga specialdestinerade statsbidrag är fördelade på ca 100 anslag 2005 inom flertalet utgiftsområden.

Sammantaget har de specialdestinerade bidragen under perioden 2001–2005 ökat från 36 till 43 miljarder kronor varav läkemedelsförmånen står för en betydande del. Frånsett bidraget för läkemedelsförmåner har de specialdestinerade statsbidragen främst ökat i samband med reformer inom vård- och utbildningsområdena, införandet av maxtaxa i barnomsorgen 2002 samt personalförstärkningar i skolan från 2001. År 2005 har några specialdestinerade bidrag avseende hälso- och sjukvård överförts till anslaget för kommunalekonomisk utjämning.

Tabell 2.14 Specialdestinerade statsbidrag och riktade satsningar på statsbudgetens inkomstsida.*Miljarder kronor, löpande priser*

	2001	2002	2003	2004	2005
Specialdestinerade statsbidrag					
Hälso- och sjukvård, generell del	0,8	0,1	0,1		
Program för IT i skolan	0,5	0,3	0,0		
Kommunersättningar vid flyktingmottagande	2,1	2,4	2,4	1,9	1,7
Klinisk forskning och utbildning	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9
Regional musikverksamhet mm	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7
Vuxenutbildning	3,5	2,4	1,3	1,8	2,3
Läkemedelsförmånerna	16,5	17,8	18,6	19,4	19,8
Personalförstärkning i skolan	0,5	1,5	2,5	3,4	1,4
Ökad tillgänglighet i vården		1,3	1,3	1,1	
Maxtaxa barnomsorg mm		3,9	3,9	3,7	3,7
Personalförstärkning i förskolan					0,7
Övriga	9,5	8,5	8,0	9,0	8,4
Summa	35,6	40,5	40,4	42,8	40,6
Riktade satsningar på statens inkomstsida					
Anställningsstöd	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6
Bredband	0,0	0,0	0,2	0,4	0,5
OSA (offentligt skyddat arbete)			0,3	0,8	0,8
Utbildning av personal i vård och utbildning					0,5
Summa	0,3	0,3	0,8	1,6	2,4
Summa	36,0	40,8	41,2	44,3	43,0

Källor: Ekonomistyrningsverket och Finansdepartementet.

2.10 Nytt system för kommunalekonomisk utjämning infördes 2005

Den 1 januari 2005 ersattes 1996 års utjämningsystem för kommuner och landsting av ett nytt system för kommunalekonomisk utjämning. Syftet, dvs. att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och landsting, är dock oförändrat. Genom att utjämningsystemet har sammanförts med det förutvarande generella statsbidraget och vissa tidigare specialdestinerade bidrag kan det statliga stödet riktas på ett tydligare sätt till de kommuner och landsting som har mindre goda förutsättningar.

Systemet består av fem delar: inkomstutjämning, kostnadsutjämning, strukturbidrag, införandebidrag och regleringsbidrag/avgift. *Inkomstutjämningsbidrag* ges till kommuner och landsting med en skattekraft under 115 respektive 110 procent av medelskattekraften i landet och en *inkomstutjämningsavgift* betalas av kommuner och landsting med en skattekraft över dessa nivåer. *Kostnadsutjämnningen* sker genom *bidrag* och *avgifter* enligt samma principer som i det föregående systemet, dock med vissa modifieringar. Ett *strukturbidrag* har införts för de kommuner och landsting som uppfyller särskilda kriterier och ett *införandebidrag* utgår under en övergångsperiod till kommuner och landsting med negativa intäktsförändringar till följd av att det nya systemet infördes.

Slutligen har *regleringsavgifter* och *regleringsbidrag* införts för att summan av alla bidrag och avgifter i det nya systemet skall överensstämma med det anslag för kommunalekonomisk utjämning som riksdagen varje år beslutar om. Skr. 2005/06:102

Tabell 2.15 Generellt statsbidrags- och utjämningsystem 2004 och kommunalekonomisk utjämning 2005.

Miljarder kronor, löpande priser

	Kommuner		Landsting	
	2004	2005	2004	2005
Generellt statsbidrag	34,0		7,5	
Inkomstutjämningsbidrag	13,8	45,0	5,3	14,9
Inkomstutjämningsavgift	-13,2	-3,4	-5,7	-2,2
Kostnadsutjämningsbidrag	5,3	4,6	1,5	1,2
Kostnadsutjämningsavgift	-5,3	-4,7	-1,5	-1,3
Införandebidrag	1,6	1,5	1,6	0,6
Nivåjustering	-1,7		-1,6	
Strukturbidrag		1,5		0,7
Regleringsavgift		-2,0		-1,5
Totalt	34,5	42,6	7,1	12,6

Källa: Statistiska centralbyrån

2.11 Utjämning av vissa kostnader för stöd och service till funktionshindrade

Ny utredning

Utjämningssystemet avseende verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har varit i kraft sedan 2004. Regeringen tillsatte i januari 2006 en särskild utredare för att följa upp och se över systemet (dir. 2006:15).

Utredaren skall sammanfattningsvis

- svara för en uppföljning och utvärdering av det nationella kostnadsutjämningsystemet för verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och vid behov föreslå förändringar på såväl kort som lång sikt,
- bedöma i vilken utsträckning målet med systemet uppnåtts och om systemets utformning ger resultat som kan betraktas som rättvisa,
- undersöka effekterna av tidseftersläpningen i underlaget för utjämningsberäkningarna samt stabiliteten i utfallet mellan åren och om systemet, trots viss eftersläpning, ger ett rättvisande resultat,
- följa upp och vid behov se över de genomsnittskostnader för olika LSS-insatser som skall användas i beräkningarna av standardkostnaderna,
- undersöka om, hur och i vilken omfattning påverkbarheten på underlaget för beräkningarna kan ha inverkat på utfallet i LSS-utjämnningen och vid behov föreslå åtgärder som kan vidtas för att begränsa påverkbarheten, samt

- undersöka om det finns samband mellan utjämningsystemet och förändringar inom kommunens LSS-verksamhet. Skr. 2005/06:102

Utgångspunkten för förslagen på lång sikt skall vara ett utjämnings-system med faktorer som uppfyller kriteriet att vara opåverkbara för den enskilda kommunen.

Om utredaren anser att det finns behov av justeringar i systemet inför bidrags- och avgiftsåret 2007, skall förslag till sådana redovisas till regeringen senast den 1 juni 2006. Resterande delar av uppdraget skall redovisas senast den 1 juni 2007.

3 Kommunal välfärd sedan 1970

Staten har ett övergripande ansvar för all verksamhet som bedrivs i den offentliga sektorn och för samhällsekonomin. Staten styr och påverkar kommunernas och landstingens verksamheter genom bl.a. lagstiftning, övergripande mål för verksamheterna, generella och riktade bidrag, uppföljningar och riktlinjer från statliga myndigheter.

Sedan 1970 har en förskjutning skett i statens styrning, från detaljerad ekonomisk styrning via villkorade och volymberoende statsbidrag till en ökad grad av lagreglering av de verksamheter som kommuner och landsting bedriver. Inslaget av individuell rättighetslagstiftning har ökat och kombinerats med generella statsbidrag till kommunsektorn. Syftet har varit att ge kommunerna ökat inflytande över hur verksamheterna utförs samtidigt som kraven på nationell likvärdighet tillgodoses. Fördelningen av uppgifter mellan staten och kommunsektorn har i huvudsak legat fast under perioden. Däremot har uppgifter inom vården och omsorgen flyttats från landstingen till kommunerna, framförallt under 1990-talet.

Syftet med detta avsnitt är att översiktligt spegla utvecklingen under en längre tid på både totalnivå och i de olika verksamheter som kommuner och landsting ansvarar för.

3.1 Kommunal tillväxt

Den kommunala tillväxten har successivt avtagit

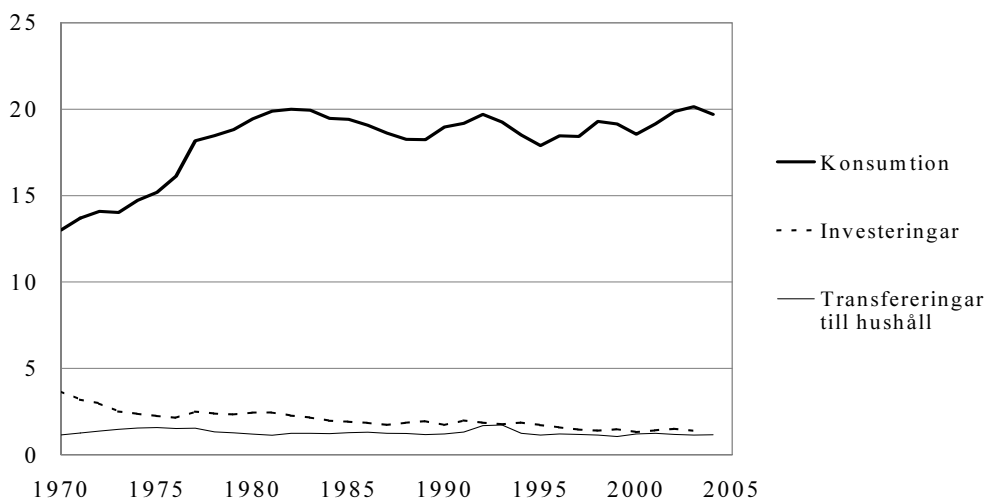
Efter expansionen under 1970-talet har den kommunala sektorns konsumtion som andel av BNP varit relativt stabil (diagram 3.1). En liknande utveckling finns i de flesta OECD länder. Trots att BNP-andelen varit i stort sett oförändrad sedan början på 1980-talet har betydande förändringar skett i de olika verksamheternas kostnader, omfattning och kvalitet.

Transfereringar till hushållen, t.ex. ekonomiskt bistånd och pensioner till före detta kommunal- och landstingsanställda, har varit relativt konstant under perioden som andel av BNP. I början av 1990-talet ökade det ekonomiska biståndet tillfälligt som en följd av den svaga samhälls-ekonomiska utvecklingen och ett ökat flyktingmottagande. Minskningen av kommunala investeringar som andel av BNP beror bl.a. på den ökade andel verksamhet som bedrivs i bolagsform.

Diagram 3.1 Kommunala utgifter som andel av BNP

Skr. 2005/06:102

Procent



Källa: Statistiska centralbyrån.

De resurser som satsades på kommunala välfärdstjänster ökade i genomsnitt med 2,2 procent per år i fasta priser perioden 1970 till 2003. Det motsvarar en ökning för hela perioden med ca 105 procent. En jämförelse av utvecklingen per decennium visar att volymen av kommunala välfärdstjänster ökat i en allt långsammare takt medan utvecklingen av BNP varit jämn. Under 1970-talet var ökningen av kommunal konsumtion i fasta priser betydligt snabbare än BNP-tillväxten och under 1990-talet betydligt långsammare¹. Att den kommunala konsumtionen ändå var oförändrad som andel av BNP under 1990-talet beror på en snabbare löne- och prisökning (sammanvägt) i den kommunala sektorn jämfört med ekonomin som helhet. Även hushållens konsumtion har ökat i en jämnare takt, men något långsammare än BNP-tillväxten.

Tabell 3.1 Utveckling per decennium av BNP, hushållens konsumtion och kommunal konsumtion i fasta priser

	BNP	Hushållens konsumtion	Kommunal konsumtion
1970-talet	21 %	17 %	46 %
1980-talet	24 %	18 %	25 %
1990-talet	21 %	15 %	8 %

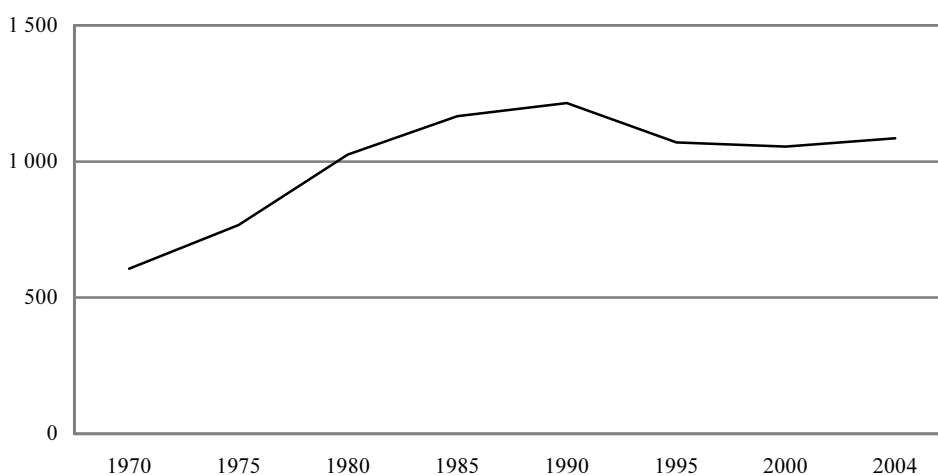
Källa: Statistiska centralbyrån.

¹ Under 1990-talet skedde några strukturella förändringar som inte påverkar jämförelsen eftersom de i stort sett tar ut varandra. Landstingen övertog kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen 1998 från staten. Fr.o.m. år 2000 ingår inte kyrkan längre i den kommunala konsumtionen. Staten övertog ansvaret för vårdhögskolan från landstingen 2002.

De kommunala verksamheterna är personalintensiva. Expansionen av de kommunala tjänsterna motsvaras därför av en ökning av antalet anställda. Antalet anställda i kommunsektorn ökade fram till början av 1990-talet för att sedan minska under perioden av nedskärningar i de offentliga utgifterna i början av 1990-talet. Därefter har antalet åter ökat, men ökningen har varit långsammare, främst som en följd av en långsammare resurstillväxt, men också som en följd av att andelen kommunalt finansierad verksamhet som bedrivs i bolagsform eller av privata företag, kooperativ etc. har ökat. (Se diagram avsnitt 2.8)

Därutöver har ökningen av antalet anställda dämpats av att kompetenskrav och därmed lönenivåer i sektorn höjts, samtidigt som den genomsnittliga arbetstiden har ökat.

Diagram 3.2 Antal anställda i kommuner och landsting, tusental



Källa: Statistiska centralbyrån.

Kraftigast expansion inom äldre- och handikappomsorgen²

Av de stora kommunala verksamheterna har kostnadsökningen för äldre- och handikappomsorgen varit störst, ca 410 procent i fasta priser. Ökningen av kostnaderna för äldreomsorgen påverkas av huvudmannaskapsförändringen i början av 1990-talet då en del av omvårdnaden av äldre flyttades från landstingens hälso- och sjukvård till kommunernas äldreomsorg, genom den så kallade Ädelreformen. Även om man korrigerar för denna reform blir ökningen för äldre- och handikappomsorgen fortfarande den högsta, ca 280 procent. Under 1970- och 1980-talet var det främst äldreomsorgen som ökade och under 1990-talet främst handikappomsorgen.

Kostnaden för hälso- och sjukvården har ökat med ca 123 procent i fasta priser om man gör motsvarande korrigering för Ädelreformen, alltså något snabbare än den genomsnittliga ökningen för samtliga

² Uppgifterna om kostnadsutvecklingen är hämtade från Nationalräkenskaperna. Statistiken har justerats med anledning av olika statistikomläggningar under perioden utom i några fall där det inte varit möjligt och inte heller är av någon avgörande betydelse för utvecklingen.

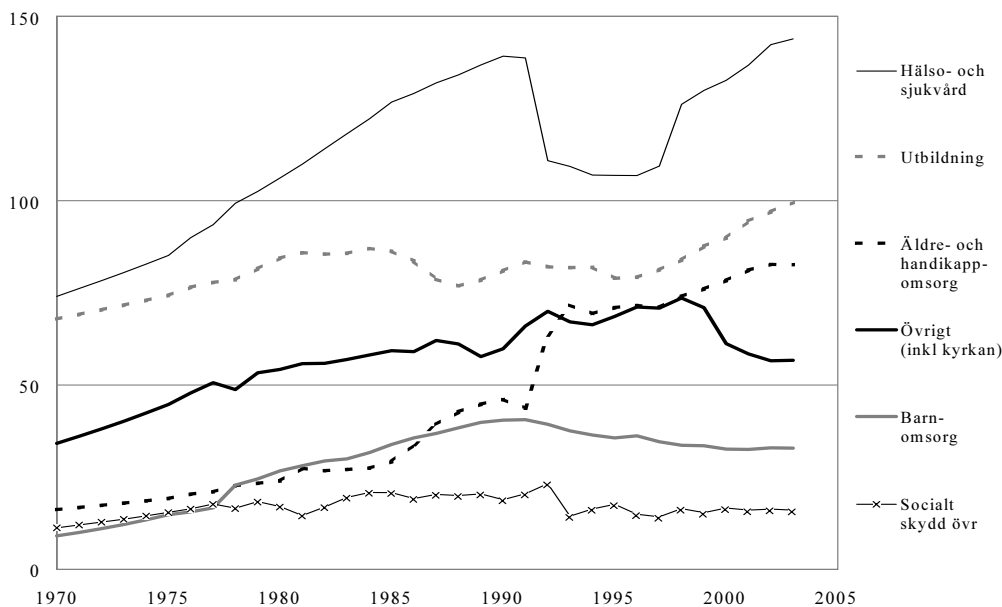
verksamheter. Mätt i kronor och i löpande priser har emellertid hälso- och sjukvårdens kostnader ökat snabbast.

Skr. 2005/06:102

Lägst ökning visar utbildning (grundskola, gymnasieskola och vuxenutbildning), med ca 45 procent i fasta priser.

Diagram 3.3 Kostnadsutveckling i kommunala verksamheter

Miljarder kronor i 2000 års priser



Källor: Statistiska centralbyrån, VERVA och Finansdepartementet.

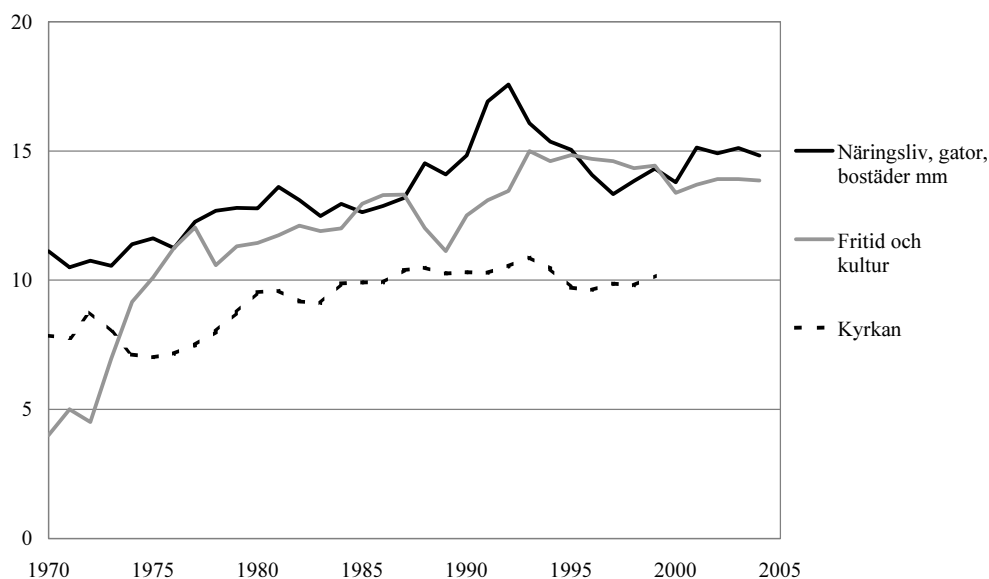
Barnomsorgens kostnader ökade kraftigt fram till 1991 men har därefter fallit tillbaka.

Det övriga sociala skyddet, t.ex. vård och omsorg om missbrukare, barn och ungdomar, har utvecklats långsammare än övriga verksamheter i genomsnitt.

Orsakerna till dessa skillnader i utveckling kan till stor del förklaras av olika reformer och demografiska förändringar under perioden, vilket beskrivs närmare längre fram i detta kapitel. Redan nu kan emellertid påpekas att den demografiska utvecklingen har spelat en större roll för utvecklingen inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen jämfört med övriga verksamheter om man ser till perioden som helhet, genom den ökade andelen äldre invånare i befolkningen.

Kostnaderna för övriga kommunala verksamheter såsom kollektivtrafik, gator och vägar, vatten och avlopp, näringslivsutveckling, bostäder, fritid och kultur har också ökat långsammare än genomsnittet för kommunala verksamheter vilket framgår av diagram 3.4. Sedan början av 1990-talet har kostnaderna sammantaget t.o.m. minskat något. Under 1970-talet var däremot utbyggnaden av fritids- och kulturverksamheterna markant.

Miljarder kronor i 2000 års priser



Källor: Statistiska centralbyrån, VERVA och Finansdepartementet.

Ökat demografiskt tryck på vård och äldreomsorg

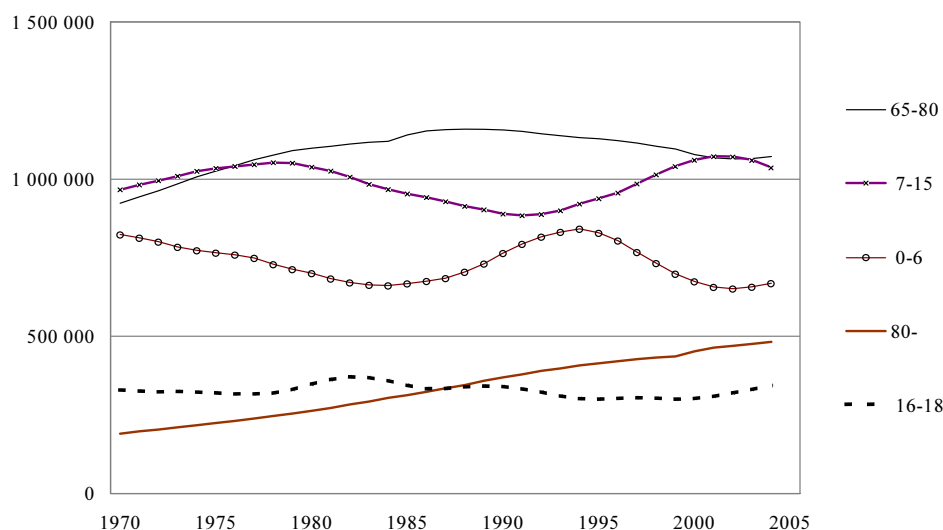
Totalt har Sveriges befolkning ökat med knappt en miljon invånare perioden 1970–2004. Det motsvarar en genomsnittlig årlig befolkningsökning med 0,3 procent. Försörjningskvoten, dvs. andelen invånare i åldrarna 0–19 år samt 65 år och äldre i förhållande till antalet invånare 20–64 år, har varierat mellan 70 och 75 procent (tabell 3.2). Kvoten återspeglar hur många personer varje invånare i arbetsför ålder måste försörja utöver sig själv. Kvoten kan delas upp i en yngrekvot (0–19 år) respektive äldrekvot (65 år och äldre). Yngrekvoten har under perioden sjunkit med sex procentenheter medan äldrekvoten ökat med fem.

Tabell 3.2 Försörjningskvoter, procent

	Totalt	varav yngrekvot	varav äldrekvot
1970	71	47	24
1980	75	46	29
1990	73	43	31
2000	70	41	29
2004	70	41	29

Källa: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Antal invånare i vissa åldersgrupper



Källa: Statistiska centralbyrån.

Den mest markanta förändringen är ökningen av antalet invånare över 80 år, vars andel av totalbefolkningen har ökat från 2,4 procent 1970 till 5,4 procent 2004. Antal invånare i åldern 65-80 år ökade fram till slutet av 1980-talet, men har därefter minskat. Utvecklingen av antalet invånare i förskole- och skolålder präglas mer av cykliska fluktuationer. Förändringar i födelsetalen får i tur och ordning konsekvenser för förskolan, grundskolan och gymnasiet. Antalet i gruppen som helhet minskade relativt kraftigt under 1980-talet för att sedan öka fram till mitten av 1990-talet. Över hela perioden har antalet invånare i förskole- och skolålder minskat, med ca 70 000 (3,3 procent).

Det demografiska trycket har således ökat inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården under perioden. Förändringarna har skett över långa cykler. När det gäller förskola och utbildning har det demografiska trycket minskat något över perioden som helhet, men de korta cyklerna har medfört att det funnits ett kontinuerligt omvandlingstryck i kommunernas verksamhet. Uppgifterna avser hela rikets demografiska utveckling och visar därför bara hur det ser ut för en genomsnittlig kommun eller landsting. Utvecklingen för enskilda kommuner och landsting kan vara mer dramatisk.

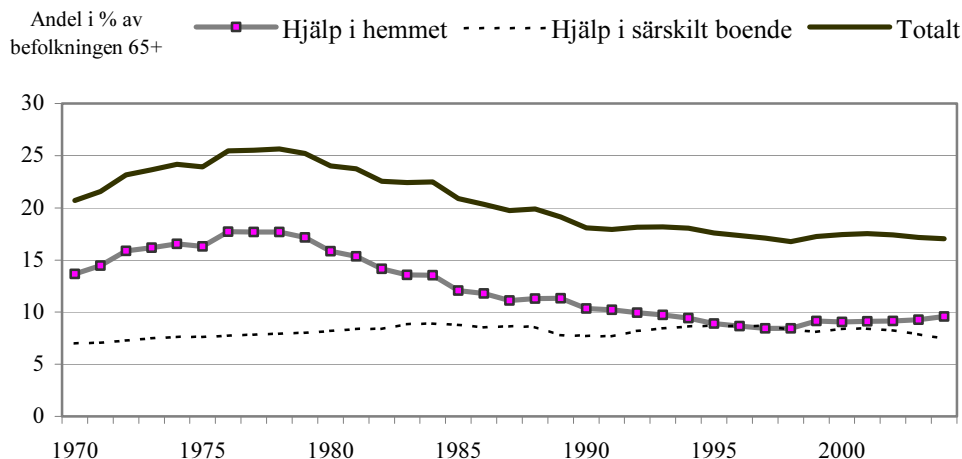
3.2 Utvecklingen i olika verksamheter

Äldreomsorg

Den moderna svenska äldreomsorgen daterar sig till 1950-talet, då möjligheten att få vård och omsorg i det egna hemmet i stället för på institution utvecklades. Under följande decennier kom såväl den institutionsbaserade vården som omsorgen i hemmet att byggas ut. Resurserna i äldreomsorgen, i relation till antalet personer över 65 år, var som störst i slutet av 1970-talet och början av 1980-talet. I takt med den ökande andelen äldre i befolkningen och att äldres situation har

förbättrats, både hälsomässigt och ekonomiskt, har verksamheten genomgått betydande omprövningar och omprioriteringar. Skr. 2005/06:102

Diagram 3.6 Äldreomsorg – Hjälp i hemmet och i särskilt boende



Anm. För jämförbarhet över tiden inkluderas i andelen personer med hjälp i särskilt boende även de som tidigare vårdades på landstingens långvårdsavdelningar och efter ädelreformen de som vårdas på landstingens geriatriska avdelningar. Med hjälp i hemmet inbegrips hemtjänst och hemsjukvård.

Källor: Statistiska centralbyrån, docent Gerdt Sundström, Institutet för gerontologi, Socialstyrelsen.

Den demografiska utvecklingen har förändrat förutsättningarna för äldreomsorgen. Förbättrade levnadsvillkor har bidragit till en påtaglig ökning både av antalet äldre och andelen äldre i befolkningen. T.ex. femdubblades andelen kvinnor över 80 år i befolkningen mellan 1950 och 2004, medan andelen män fyrdubblades. Allt fler av de äldre lever ett långt liv med i stort sett bibehållen hälsa och funktionsförmåga. De förbättrade ekonomiska villkoren för äldre under perioden har också bidragit till att förutsättningarna för äldreomsorgen ändrats.

En försämrad ekonomi på 1990-talet påskyndade en förskjutning av insatserna till en allt äldre del av befolkningen. Andelen äldre (över 65 år) som fick hemtjänst var som högst 1978. Därefter har andelen sjunkit kraftigt. I dag får äldre makar sällan hemtjänst. På 1970-talet kunde hemtjänstinsatser bestå av trädgårdsskötsel snöröjning, fönsterputsning, storstädning. De som hade stora behov av omvårdnad fick dem i stället tillgodosedda i särskilda boendeformer.

Omsvängning i synen på äldres boende

Under 1950-talet skedde en omsvängning i synen på var äldre ska bo och få vård och omsorg. Från att enbart ha satsat på utbyggnad av ålderdomshem fördes hemmaboende med hemtjänst fram som alternativ.

När socialtjänstlagen trädde i kraft 1982 lagreglerades hela äldreomsorgen för första gången. Två delmål för äldreomsorgen fördes fram: normalisering och självbestämmande. Ett program för förbättrade boendeförhållanden genomfördes så att äldre i ökad utsträckning skulle kunna välja att bo kvar hemma, även när hjälpbehoven är stora. Det

skulle också finnas ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer för äldre, däribland ålderdomshem, servicebostäder och gruppboenden för människor med åldersdemens.

År 1992 fick kommunerna det samlade ekonomiska ansvaret för den långvariga somatiska vården för äldre och funktionshindrade, den s.k. Ädelreformen. Ansvaret för sjukhem och andra vårdinrättningar togs över av kommunerna från landstingen. Kommunerna blev även betalningsansvariga för de medicinskt färdigbehandlade i somatisk akut-sjukvård och geriatrisk vård som tillhandahölls av landstingen. I samband med Ädelreformen gavs kvarboendepincipen ännu en innebörd: den äldre skulle även efter flyttning till en särskild boendeform kunna få bo kvar där resten av livet och inte behöva flytta mellan olika särskilda boendeformer.

Ekonomiskt bistånd

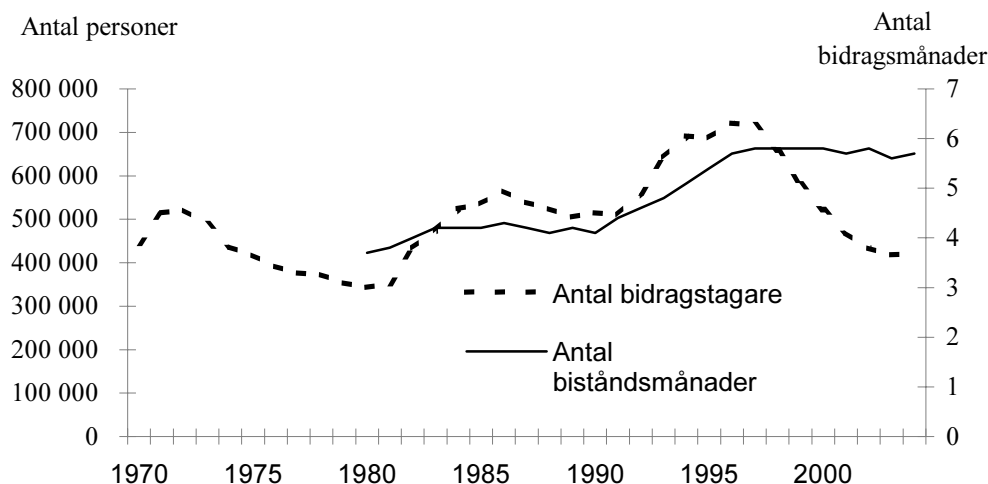
Andelen socialbidragstagare³ i befolkningen har varierat från ca fyra procent till närmare nio procent sedan 1960-talets mitt med en topp i mitten på 1990-talet. I 2004 års priser har kostnaderna för socialbidrag ökat från omkring 2,5 miljarder kronor under 1970-talet till drygt 13 miljarder kronor 1997. Därefter har kostnaderna sjunkit och uppgick till ca 9 miljarder kronor 2004.

Från 1980-talets senare hälft och framåt har socialbidragsmönstret tydligare än tidigare påverkats av strukturella faktorer såsom flyktmottagande och ökade levnadsomkostnader. De senare har i sin tur berott på ändrad familjesammansättning med fler ensamförsörjare i samhället. Förändrad lagstiftning och kommunernas arbetsmetoder har också haft en inverkan på svängningar i bidragstagandet.

Innan socialtjänstlagen infördes 1982 var rätten till socialbidrag begränsad till vissa specifika målgrupper. t.ex. sjuka, personer med funktionshinder, familjer med stor försörjningsbörda samt äldre. För personer som var friska och arbetsföra var arbetslöshet inte formellt ett legitimt skäl för att erhålla socialhjälp. I och med socialtjänstlagens tillkomst har biståndstagande i stället alltmer kommit att utgöra ett bistånd till unga och flyktingar som inte kommit in på arbetsmarknaden och som inte kvalificerat sig för arbetslöshetsersättning eller andra socialförsäkringsförmåner. Familjestrukturerna har förändrats sedan 1970-talet och antalet ensamstående mödrar har ökat. Andelen socialbidragstagare bland ensamstående mödrar uppgick som mest till omkring en tredjedel under 1990-talet. Andelen under 2004 har sjunkit till kring en fjärdedel. Andelen av socialbidragskostnaderna som gick till flyktingar uppgick till 7–8 procent i mitten på 1980-talet och ökade till 25–30 procent i mitten av 1990-talet.

Bidragstidens längd har trendmässigt ökat under slutet av 1900-talet. Bland de med de längsta bidragstiderna återfanns under 2004 personer födda utomlands och ensamstående kvinnor med barn.

³ Fram till 1982 användes begreppet socialhjälp. I och med införandet av en ny socialtjänstlag (SoL) 1982 (SFS 1980:620) infördes i stället begreppet socialbidrag. I och med förändringar i SoL 1998 infördes i stället ekonomiskt bistånd och försörjningsstöd. I texten används dessa begreppen omväxlande.



Källa: Socialstyrelsen.

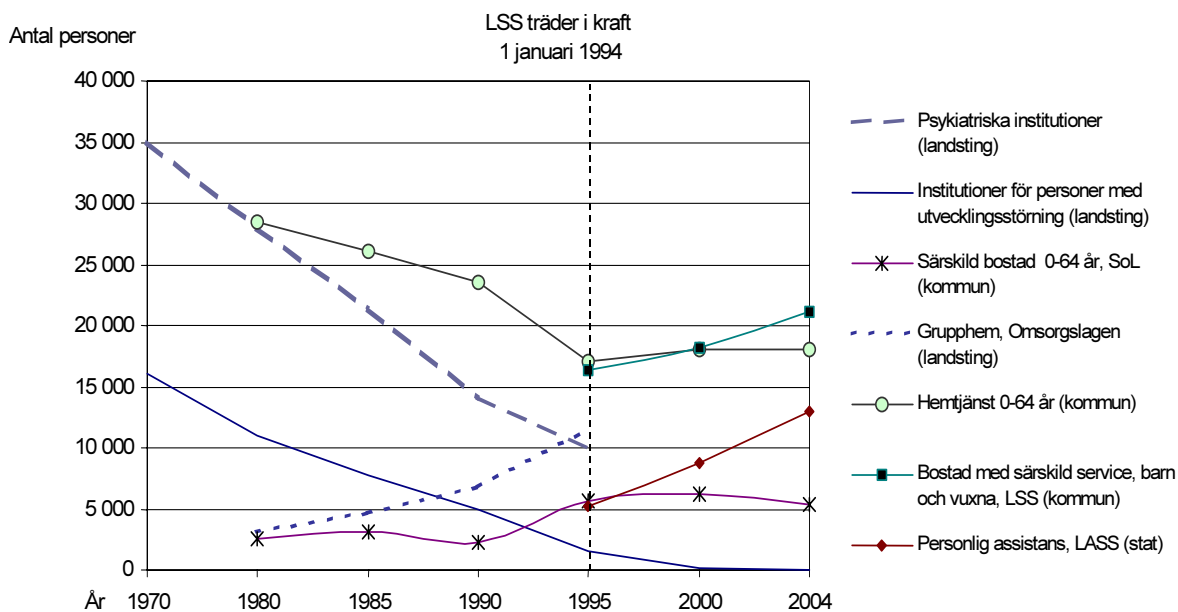
Insatser för personer med funktionshinder

På 1970-talet präglades fortfarande stora delar av samhällets stöd till personer med utvecklingsstörning och personer med omfattande psykiska funktionshinder av sårlosningar vid stora institutioner i landstingens regi. Dessa personer var ofta från tidig ålder och under stora delar av sina liv inskrivna vid elevhem, arbetshem, vårdhem, specialsjukhus eller mentalsjukhus. Den svenska handikappolitiken i dess moderna utformning har utvecklats med början på 1960-talet. Redan då inleddes en kraftig utveckling av insatser till personer med funktionshinder som inte fanns på institutioner. Utvecklingen fortsatte under 1970-talet. I ganska rask takt växte nya stödformer fram. Som exempel kan nämnas hemtjänst, särskilt utrustade bostäder, utbildning, tekniska hjälpmedel, vårdtjänst till vuxenstudier och färdtjänst. Utvecklingen av hemtjänsten skedde genom förstärkta statsbidrag. Även landstingens verksamhet ändrade karaktär under 1970-talet med allt fler öppna insatser och framväxten av grupphemmen som alternativ boendeform för vuxna med utvecklingsstörning. Diagrammet nedan ger en schematisk bild av utvecklingen under de senaste decennierna. Det ger inte en heltäckande bild av samhällets stödinsatser utan speglar i första hand förändringar kopplade till boendet.

Till grund för den moderna handikappolitiken ligger principen om människors lika värde. Antalet personer som var inskrivna på sjukhus på grund av psykisk sjukdom var fortfarande mycket stort på 1970-talet. Under 1980-talet nästan halverades antalet intagna och institutionernas starka ställning i den psykiatriska vården minskade radikalt. Genom Psykiatrireformen, som inleddes 1995, tydliggjordes kommunernas ansvar för personer med långvariga psykiska funktionshinder. De skulle bo i egen bostad eller i olika former av serviceboende. En stor del av de personer som alltså vårdades på institutioner och i sjukhem skulle integreras i sin hemkommun och bli delaktiga i samhällslivet.

Diagram 3.8 Antal personer med funktionshinder med vissa insatser, åren 1970-2004

Skr. 2005/06:102



Källa: Socialstyrelsen Statistiska centralbyrån m.fl.

År 1970 hade Sverige 16 000 institutionsplatser för personer med utvecklingsstörning. Antalet platser sjönk successivt och 1986 togs beslut i riksdagen om en skyndsam avveckling. Först minskade antalet platser vid särskoleinternaten, sedan på vårdhemmen för barn och slutligen på anstalterna för vuxna. De nya stödinsatserna skapade möjligheter till avlösning för föräldrar till barn och ungdomar med funktionshinder vilket underlättade för barnen och ungdomarna att växa upp med sina familjer. Även andra faktorer påverkade behoven av stöd till barn med funktionshinder och deras familjer. Ny medicinering för personer med epilepsi innebar till exempel att institutionsvården av unga människor med epilepsi blev obehövlig. Förbättrad hälso- och sjukvård ledde också till att antalet barn med hjärnskador minskade och att färre barn fick hjärnskador under barndomstiden.

Kommunaliseringen av de landstingsdrivna verksamheterna för personer med funktionshinder pågick från slutet av 1980-talet in på mitten av 1990-talet. Den innebar ett betydande steg mot att organisera funktionshindrade personers stödinsatser enligt samma principer som övriga medborgares. Genom att lägga ansvaret för de grundläggande stöden till personer med funktionshinder på kommunerna, gjordes en markering att funktionshindrade är kommunmedborgare på samma villkor som andra. Kommunerna ansvarar i dag för boende, sysselsättning och olika stöd- och serviceinsatser till personer med funktionshinder. Målet för kommunens insatser till personer med funktionshinder enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade är att främja möjligheterna att delta i samhällslivet och leva som andra.

Förskoleverksamhet (förskola, familjedaghem och öppen förskola) och skolbarnomsorg benämndes tidigare barnomsorg. Barnomsorgens utveckling är en av de största politiska reformerna sedan 1970-talet. Från att ha varit en i stort sett marginell verksamhet har den byggts ut till att omfatta i stort sett alla barn i dag. Verksamheten har under hela perioden varit ett kommunalt ansvar men staten har delvis kompenserat kommunerna ekonomiskt för utbyggnaden. Utbyggnaden har ett nära samband med kvinnors ökade förvärvsarbete och den ökade jämställdheten mellan män och kvinnor. Under senare år har ett ökat fokus på verksamheternas innehåll gjort förskolan till det första steget i det livslånga lärandet med stor betydelse för barns utveckling.

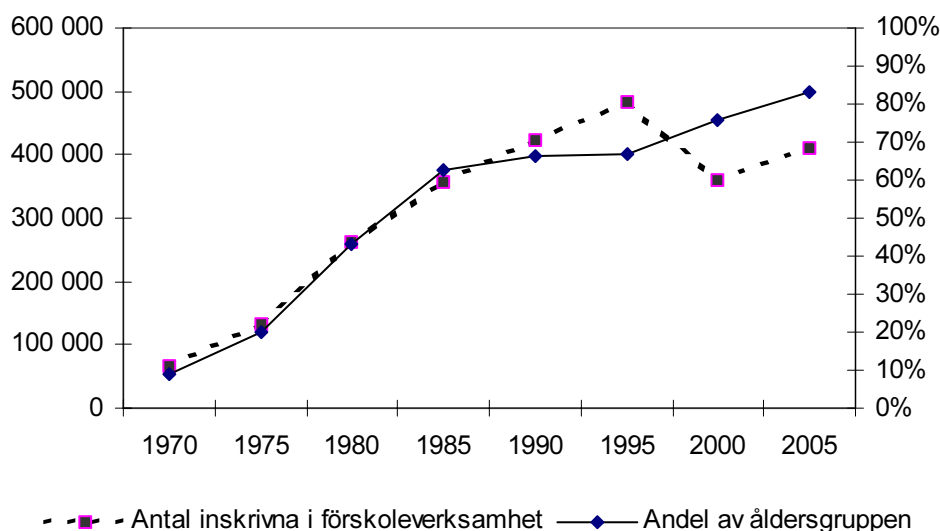
Barnomsorgen fick sin första lagreglering 1975 då en avgiftsfri allmän förskola infördes för sexåringar. Samtidigt gavs barn med behov av särskilt stöd i sin utveckling en rätt till förskola även innan de fyllde sex. År 1976 beslutade riksdagen om ett utbyggnadsprogram för den närmaste femårsperioden med 100 000 nya platser i förskola och 50 000 nya platser i fritidshem och en utbyggnad av familjedaghemmen. Riksdagen beslutade samtidigt om en lag om barnomsorg som innebar att denna blev en lagfäst kommunal uppgift med skyldighet för kommunerna att svara för en planmässig utbyggnad. Statsbidragen höjdes väsentligt samtidigt som en särskild arbetsgivaravgift infördes för att finansiera statens kostnader.

Genom beslut 1985 lade riksdagen fast principerna för att förverkliga rätt för alla barn att delta i kommunal barnomsorgsverksamhet från ett och ett halvt års ålder till dess de börjar skolan. För barn vars föräldrar förvärvsarbetar eller studerar avsåg rätten plats i kommunalt daghem, föräldrakooperativ eller familjedaghem. För barn som är i familjedaghem eller vars föräldrar är hemarbetande avsåg rätten deltagande i öppen förskola eller plats i deltidsgrupp. Den angivna målsättningen skulle främjas genom en planmässig utbyggnad så att barnomsorgen för alla barn var fullt utbyggd senast 1991. Beslutet innebar vidare att vissa grundläggande principer för verksamheten i förskolor och familjedaghem lades fast.

Vid inledningen av 1990-talet hade en omfattande utbyggnad genomförts men det fanns fortfarande köer. De mycket höga födelsetalen innebar att antalet inskrivna barn ökade kraftigt. Detta skedde samtidigt som de ekonomiska resurserna i stort sett var oförändrade vilket ledde till större barngrupper och sänkt personaltäthet. I fasta priser sjönk resurserna till barnomsorgen med ungefär 30 procent per inskrivet barn. Precis som i skolan kom enskilda huvudmän att få en större roll under perioden. Verksamheten har en lång tradition av föräldradrivna förskolor men nu gav lagstiftningen även andra enskilda utförare möjligheten att starta förskola. Till skillnad från skolan är det dock kommunerna som ger tillstånd till enskilda förskolor och i de flesta kommuner samverkar enskild och kommunal verksamhet för att kunna tillgodose efterfrågan på förskoleverksamhet.

Diagram 3.9 Utvecklingen av antal och andel inskrivna barn i förskoleverksamhet

Skr. 2005/06:102



Källa: Skolverket.

1996 fördes ansvaret för barnomsorgen från Socialdepartementet till dåvarande Utbildningsdepartementets ansvarsområde. Genom detta beslut fördes förskolan närmare skolan och 1998 fick förskolan sin första läroplan. Samma år inrättades förskoleklassen som egen skolform och 6-åringarna omfattades inte längre av förskoleverksamheten utan av skolan i form av ett första icke-obligatoriskt skolår.

Under 1990-talet höjdes föräldraavgifterna kraftigt. Från att ha finansierat 10 procent av förskolans kostnader fördubblades nästan avgiftsfinansieringsgraden under 1990-talet. Avgifterna blev i allt högre grad relaterade till vistelsetid och föräldrarnas inkomst och skillnaderna i avgifter ökade mellan olika kommuner.

Under de senaste åren har förskoleverksamhetens utbyggnad fullföljts. Föräldraledigas och arbetslösas barn har fått rätt till plats i verksamheten. För att komma till rätta med de allt för höga avgifterna och de ökande skillnaderna mellan kommuner infördes maxtaxan 2002 vilket sänkte avgifterna avsevärt både i förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. I och med detta minskades också avgifternas marginaleffekt och avgiftsfinansieringsgraden är åter cirka 10 procent. Allmän avgiftsfri förskola har införts för fyra- och femåringar motsvarande minst 525 timmar om året. Även om personaltätheten har stigit något de senaste åren har inte besparingarna från 1990-talet återställts. För att höja förskolans personaltäthet och samtidigt stödja kommunerna i arbetet med att öka förskolans kvalitet, infördes 2005 ett riktat statsbidrag för att anställa 6000 förskollärare, barnskötare och annan personal.

Skolbarnsomsorgen har även den byggts upp sedan 1970. Här skedde dock den stora utbyggnaden under 1990-talet. Skolbarnsomsorgen har i än högre grad påverkats av kommunernas besparingar och den genomsnittliga personaltätheten har minskat från 8,3 barn per årsarbetare 1990 till 18,6 barn per årsarbetare 2005. Dessutom har gruppstorleken ökat kraftigt.

Familjedaghemmen utgjorde fram till 1985 en viktig del av förskoleverksamheten. Familjedaghemmet hade sin största omfattning med 160 000 barn i mitten på 1980-talet. Sedan dess har antalet inskrivna barn successivt minskat till dagens ca 30 000 barn.

Grundskola

Från 1970-talet har Sverige haft en enhetlig grundskola som ger alla elever möjlighet att läsa vidare på gymnasienivå. En central uppgift för skolan, då som nu, var att ge alla elever lika möjligheter oavsett bakgrund. 1970-talets skola var centralstyrd. Staten hade stort inflytande både över vad som lärdes ut och vilka resurser som tilldelades skolan. Denna styrning gjorde det svårt för skolor och kommuner att rikta resurser till de elever som behövde dem bäst. Av bland annat detta skäl inleddes en successiv förändrad fördelning av ansvaret för skolan mellan staten och kommunerna.

Genom ett antal reformer, bland annat förändringar av ansvarsfördelningen mellan stat och kommun, slopandet av ett särskilt sektorsbidrag för skolan samt en ny läroplan 1994, ändrades inriktningen av statens styrning av grundskolan till den styrning med mål och resultat som vi har idag. Istället för att detaljreglera undervisningens innehåll och organisation fastställer riksdag och regering mål och riktlinjer i skollag, läroplaner och kursplaner som sedan kommuner och skolor har till uppgift att uppfylla. Parallellt finns ett system med uppföljning och utvärdering på skolnivå, på kommunal nivå samt statlig nivå som bidrar till att målen och kravet på en likvärdig skola uppfylls. Dessutom svarar Skolverkets utbildningsinspektion för statens tillsyn och granskning av verksamheten.

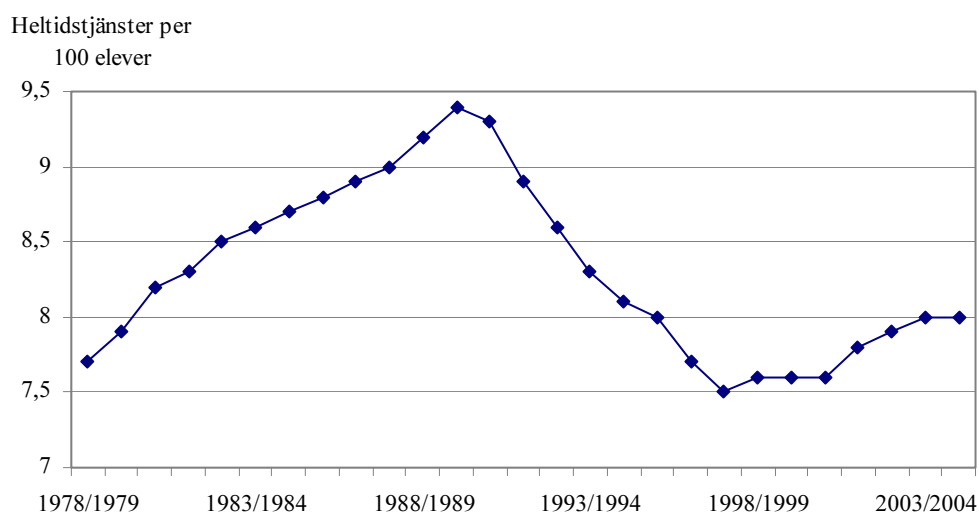
Det är inte bara inflytandet över undervisningens utformning som decentraliserats. Även finansieringen och huvudmannskapet är sedan 1991 decentraliserat till kommunerna samtidigt som de riktade statsbidragen till skolan har omvandlats till en del av det generella bidraget till kommunerna inom skatteutjämningsystemet.

Med syfte att uppnå bättre effektivitet och öka valfriheten för eleverna har en etableringsmöjlighet för andra huvudmän än kommuner införts. Detta har lett till en framväxt av fristående skolor de senaste femton åren. Cirka sju procent av eleverna i grundskolan gick 2004 i en fristående skola. I takt med ökningen av antalet friskolor har också frågan om effekterna på kommunernas övriga skolverksamhet uppmärksamats allt mer.

En annan central skolfråga har varit utformningen av betygssystemet. Under grundskolans första decennium var betygsskalan femgradig och betygen skulle vara relativa och fördelas utifrån en normalfördelning. Med 1980 års läroplan fortsatte betygen att vara relativa men utan fasta proportioner. 1994 infördes mål och kunskapsrelaterade betyg. Betygen ges i en tregradig skala. I kursplanerna anges de mål som ska ha uppnåtts av alla elever vid grundskolans slut och som utgör betygsnivån för godkänt. Utöver dessa mål beslutar Skolverket i sina föreskrifter om kriterier för betygsnivåerna Väl godkänd och Mycket väl godkänd.

Skolan har mött olika ekonomiska förutsättningar under perioden. Under 1980-talet ökade resurserna samtidigt som elevantalet sjönk vilket ledde till att lärartätheten steg med ca 20 procent mellan 1980 och 1990. Under 1990-talets första del utsattes skolan för relativt stora besparingar samtidigt som elevantalet ökade. Mellan 1991 och 1995 minskade grundskolans resurser med 10 procent och antalet elever per lärare ökade med 30 procent fram till 1990-talets slut. Under de senaste åren har skolan tillförts ökade resurser bl.a. genom det riktade bidraget för personalförstärkning som syftar till att tillföra skola 15 000 nya heltidstjänster. De senaste åren har inslaget av annan pedagogisk personal i skolan t.ex. fritidspedagoger ökat. Räknas de in ökar personaltätheten 2004/05 med 0,5 heltidstjänster per 100 elever.

Diagram 3.10 Lärartäthet i grundskolan



Källa: Statistiska centralbyrån.

Gymnasieskola

Gymnasiet, fackskolan och yrkesskolan ersattes av en organisatoriskt sammanhållen skolform, *gymnasieskolan*, 1971. För yrkesskolan innebar den nya organisationen genomgripande förändringar. De mer allmänt förekommande utbildningarna inom yrkesskolan ombildades till tvååriga linjer med inslag av allmänna ämnen. Gymnasiets och fackskolans linjer återfanns i stort sett oförändrade i den nya skolformen.

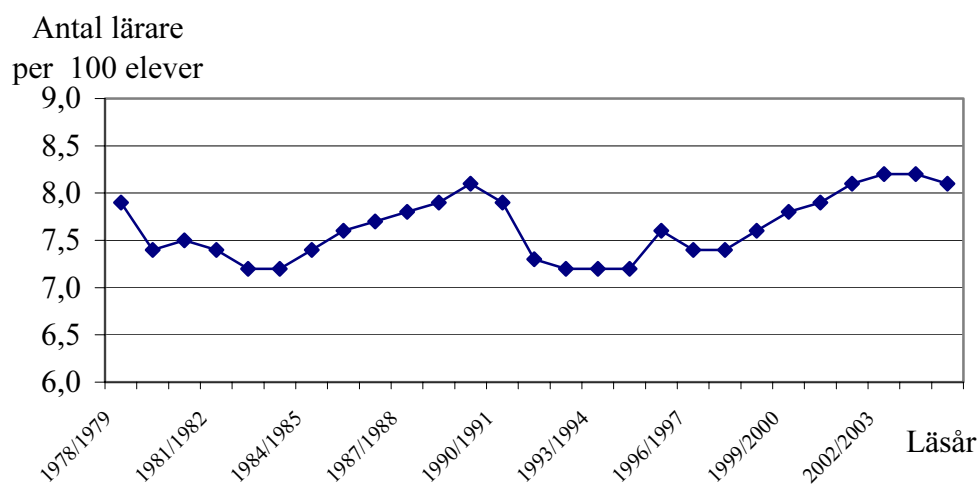
I början av 1990-talet beslutades om en ny gymnasieskola och vuxenutbildning. En treårig program- och kursupbyggd gymnasieskola föreslogs. Reformen betydde en klar ambitionshöjning för framför allt de yrkesinriktade utbildningarna. Varje program skulle innehålla en gemensam kärna av ämnen. Motivet var att göra en flexibel utbildning som bättre skulle kunna svara mot arbetslivets och samhällets förändringar och anpassas till ett nytt mål- och resultatutvärderat styrsystem. Gymnasieutbildningen skulle ge en grund för livslångt lärande.

I början av 1990-talet genomfördes en rad viktiga förändringar i det offentliga skolväsendet. Genom ändringarna i regelsystemet fick

kommunerna ett entydigt ansvar som skolhuvudmän. Kommunerna blev skyldiga att erbjuda alla sina ungdomar i åldern 16–19 år gymnasieutbildning. Den nya strukturen för styrning omfattade hela det offentliga skolväsendet. Den statliga regleringen av tjänsterna som lärare, skolledare och syofunktionärer upphörde.

Principerna om mål- och resultatstyrning fullbordades genom beslut om en ny läroplan för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) och ett nytt betygssystem. Lpf 94 utgår från en ansvarsfördelning där staten anger de övergripande målen och riktlinjerna för skolverksamheten medan kommunerna står för genomförandet. Det dåvarande relativa betygssystemet ersattes med ett mål- och kunskapsrelaterat system där betyget relateras till kursplanekraven i respektive kurs. Betygen sätts efter en fyrgradig skala: Icke godkänd, Godkänd, Väl godkänd och Mycket väl godkänd.

Diagram 3.11 Lärartäthet i gymnasieskolan



Källa: Statistiska centralbyrån.

Ändringarna såväl av skolans styrning som av gymnasieskolan kom att genomföras under statsfinansiell kris, vilket ställde stora krav på kommuner och skolpersonal. Lärartätheten har varierat under tidsperioden 1978–2005. År 2000 trädde vissa förändringar i gymnasieskolan i kraft. Bland annat tillkom teknikprogrammet, nya kursplaner började gälla och alla program kom att omfatta 2 500 poäng.

Andelen sökande och antagna (förstahandssökande- respektive övergångsfrekvenser) till gymnasieskolan har förändrats från början av 1970-talet fram till 1991. År 1973 gick knappt två tredjedelar av de förstahandssökande över till gymnasieskolan. Efter 1991 har övergångsfrekvensen varit relativt stabil på runt 98 procent.

I Sverige har fristående skolor på gymnasial nivå funnits sedan länge men då oftast under benämningen privatskolor eller enskilda skolor. Ett nytt bidragssystem för fristående skolor över grundskolenivå infördes 1994. Syftet var att åstadkomma frihet för barn och föräldrar att välja skola. Den stora förändringen för de fristående gymnasieskolorna kom då de fick lagfäst rätt till bidrag från elevernas hemkommuner. Sedan dess har utvecklingen gått snabbt och många nya skolor tillkommit. Läsåret

1994/95 fanns det 37 fristående gymnasieskolor. I dessa gick 1,2 procent av landets samtliga gymnasieelever. Läsåret 2005/06 gick drygt 13 procent av landets gymnasieelever i 265 fristående gymnasieskolor. Skr. 2005/06:102

Vuxenutbildning

Den utbildningspolitiska diskussionen präglades i slutet av 1960-talet av insikten att de kunskaper som inhämtats i barndomen och ungdomen inte skulle vara tillräckliga för hela livet. Utvecklingen inom arbetslivet och samhället i övrigt skulle ställa allt mer krav på ett kontinuerligt lärande. Många saknade gymnasiekompetens. Detta ledde till att den kommunala vuxenutbildningen (komvux), som motsvarade gymnasieskolans utbildning för ungdomar, infördes i slutet av 60-talet. Återkommande utbildning blev också den strategi som låg till grund för utformningen av 1970-talets reformer inom vuxenutbildningen och högskolan.

Under början av 1980-talet tillkom en särskild läroplan för komvux (Lvux 82) och en särskild vuxenutbildningslag med skyldighet för kommunerna att anordna grundvux. Komvux' läroplan skulle senare komma att påverka den gemensamma läroplanen för gymnasieskolan och komvux, Lpf 94.

Riksdagen beslöt 1988 om vuxenutbildningen för psykiskt utvecklingsstörda, Särvox och Svenska för invandrare (sfi), som hade startat på 1970-talet, fick samma år en särskild läroplan.

Grunden för dagens vuxenutbildning inleddes i början på 1990-talet med propositionen Växa med kunskaper – om gymnasieskolan och vuxenutbildningen. En gemensam läroplan för gymnasieskolan och den kommunal vuxenutbildningen fastställdes.

Riktlinjerna för en landsomfattande, särskild satsning på vuxenutbildning presenterades i den s.k. sysselsättningspropositionen *Vissa åtgärder för att halvera arbetslösheten till år 2000* (prop. 1995/96:222). Det s.k. kunskapslyftet (1997–2002), som bl.a. hade till syfte att varaktigt reformera och förnya det offentliga skolväsendet för vuxna, avsåg att under en femårsperiod årligen ställa statliga medel till förfogande för 100 000 årsstudieplatser inom kommunal vuxenutbildning och folkbildning. För att befästa den förnyelse som ägt rum i kommunerna samt för att upprätthålla tillgången till vuxnas lärande beslutade riksdagen att ett riktat statsbidrag till kommunerna för kommunal vuxenutbildning skulle utgå för åren 2002–2005.

Hälso- och sjukvård

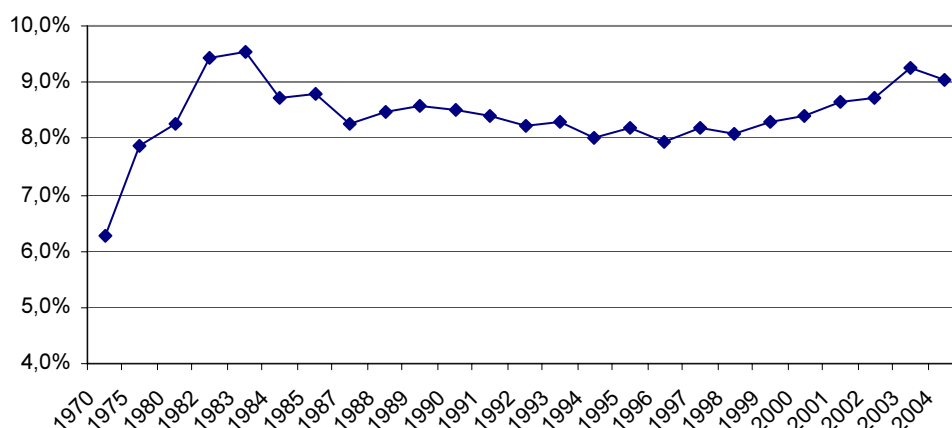
Allt mer vård ges i öppna vårdformer

Inom hälso- och sjukvården har det skett stora förändringar sedan 1970-talet. Sjukvården tar emot och behandlar allt fler och allt äldre patienter samtidigt som utvecklingen varit snabb när det gäller forskning, kvalitetsregister, metoder m.m. Enligt olika internationella jämförelser erbjuder den svenska hälso- och sjukvården en hög kvalitet till en lägre kostnad än i många andra länder i Europa. Idag omfattar hälso- och

sjukvården ca nio procent av BNP inklusive kommunernas kostnader för vård och omsorg av äldre.

Följande avsnitt redovisar utvecklingen inom tre områden; förskjutningen från slutenvård till öppenvård, läkemedelsanvändningen samt den psykiatriska vården. Prestationen inom sjukvården beskrivs här i minskade vårdtider, färre behandlingsdagar och färre platser. Detta är en positiv utveckling för den enskilde som i allt större omfattning ges avancerad vård utan att ligga inne på sjukhus vilket möjliggjorts tack vare såväl läkemedelsbehandling som specialistvård inom den öppna vården.

Diagram 3.12 Kostnader för hälso- och sjukvård som andel av BNP

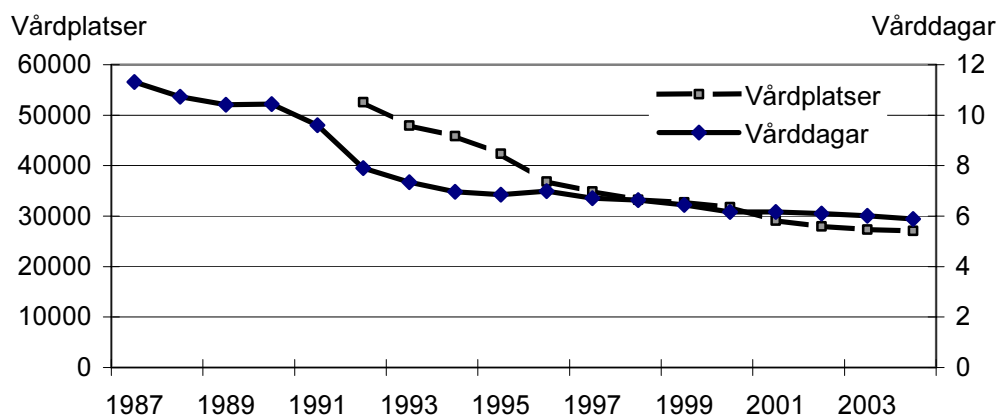


Källa: Statistiska centralbyrån.

Allt mer vård ges i öppna vårdformer

Antalet vårdtillfällen per år, där patienten varit inskriven för slutna vård (inklusive psykiatri), minskade under perioden 1987–2004 från ca 1,5 till 1,4 miljoner (ca 5 procent). För att bemöta strukturomvandlingarna inom den slutna vården har öppna vårdformer byggts ut och förstärkts. Dagkirurgi - operationer som genomförs över dagen utan att patienten behöver skrivas in - har ökat kraftigt i omfattning. Denna omstrukturering innebär såväl kostnadsbesparingar i systemet som ett mervärde för patienten som kan komma hem samma dag och slipper bli inlagd på sjukhus.

Den medicinteknologiska utvecklingen har bidragit till att det blivit möjligt att i allt större utsträckning behandla patienterna i öppen vård. Antalet vårdplatser och vård dagar i den slutna vården har i princip sjunkit sedan slutet på 1980-talet. Utvecklingen av dagkirurgi vid exempelvis ljumskbräck, visar även på en förskjutning mot mer öppenvård. Andra verksamheter med samma utveckling är starr, korsbands- och inkontinenskirurgi.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Ett av de områden där genomförda strukturförändringar har gett goda resultat är kataraktoperationer (grå starr). Sverige är det land inom EU som enligt tillgänglig statistik genomför flest gråstarroperationer per 100 000 invånare. Antalet utförda operationer mot gråstarr har stigit kraftigt under 1990-talet och fram till 2002. Andelen gråstarroperationer som görs i öppenvård (dagkirurgi) har också ökat under samma period. I dag genomförs i stort sett samtliga operationer mot gråstarr i öppenvård.

Tack vare de genomförda strukturförändringarna har det också blivit möjligt att nå allt fler och allt äldre patienter. Så har exempelvis antalet höft- och knäledsoperationer på patienter äldre än 85 år tredubblats på tio år.

Antalet sjukhus har minskat successivt under 1900-talet. I mitten av 1960-talet fanns 115 akutsjukhus i Sverige. År 1990 fanns det 87. Enligt Landstingsförbundets definition återstod 76 akutsjukhus 2003. Detta har till övervägande del kompenseras genom att allt mer vård bedrivs i öppna vårdformer.

Läkemedelsanvändning och läkemedelskostnader

Åren 1970–2004 ökade antalet personer över 65 år från 13,8 procent 1970 till 17,2 procent av befolkningen 2004. Med stigande ålder ökar intaget av antal läkemedel. Studier har visat att mest påtagligt är det i särskilda boendeformer där äldre i dag använder i medeltal åtta till tio olika läkemedel.

Den historiska utvecklingen av läkemedelsanvändningen följer medicinska upptäckter på läkemedelsområdet. Under de senaste årtiondena har exempelvis nya magsårsläkemedel, nya läkemedel mot högt blodtryck, epilepsi, migrän samt flera preparat mot psykiska sjukdomar utvecklats. En annan faktor som påverkat användningen över tiden är att till följd av att det har kommit fram nya läkemedel ökar gruppen av individer som kan få behandling. Ett exempel på detta är patienter med insulinkrävande diabetes. Tack vare att nya läkemedel utvecklas så förbättras behandlingen för patienten på olika sätt. Den ekonomiska konsekvensen av utvecklingen av nya läkemedel har historiskt sett inneburit en ökad kostnad för läkemedel.

En jämförelse mellan antalet utfärdade reciper, d.v.s. antalet enskilda läkemedel som förskrivits på recept, visar att en ökning skett kontinuerligt från att 1970 vara cirka 37,5 miljoner till att uppgå till drygt 61 miljoner 2005.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna inklusive förbrukningsartiklar ökade åren 1985-2002 med i genomsnitt fem procent per år i fasta priser. I och med att Läkemedelsförmånsnämnden inrättades, generikareformen infördes och patentskyddet på vissa viktiga läkemedel har upphört, har kostnadsökningen emellertid bromsats. Sedan 2002 har kostnaderna för läkemedelsförmånerna nästan varit oförändrade.

En jämförelse av läkemedelsförsäljningens andel av bruttonationalproduktionen (BNP) åren 1970–2004 visar att en stadig ökning av läkemedelsandelen skett. 1970 uppgick läkemedelsförsäljningen till 0,64 procent av BNP, motsvarande andel 2004 var 1,11 procent. När det gäller läkemedelskostnadernas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna kan det konstateras att de stigit från 10,3 procent 1970 till 15,4 procent 1999. Därefter har en sänkning skett till 13,4 procent 2004. I detta sammanhang innefattas försäljning av läkemedel till sluten- och öppenvård, d.v.s. både läkemedel förskrivna på rekvisition, på recept och receptfria läkemedel.

Apoteket AB:s totala läkemedelsförsäljning uppgick 1974 till drygt 1,8 miljarder kronor. Motsvarande belopp var år 2004 drygt 29 miljarder kronor. I beloppen ingår både försäljningen till sjukhusen samt försäljning av receptförskrivna och receptfria läkemedel till allmänheten.

Psykiatri

Under slutet av 1960-talet påbörjades utskrivningarna från mentalsjukhusen till andra vård- och boendeformer. När stängningen av mentalsjukhusen inleddes fanns ca 35 000 vårdplatser inom psykiatrisk slutenvård. År 2005 hade antalet platser inom psykiatrin i landet minskat till 4 114, varav 939 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. Förskjutningen från slutenvård till öppen vård var till huvuddelen vårdideologiskt betingad. Målsättningen var att minska den psykiatriska vårdens särställning och att integrera denna vård med övrig hälso- och sjukvård samt stärka samarbetet med socialtjänst. Under samma period skedde en påtaglig omvärdering av den slutna vårdens verkningar och biverkningar, med en förskjutning mot insatser som ingriper mindre i det normala livet och med ett stärkt medinflytande för patienten. Nya behandlingsmetoder utvecklades också med sikte på stöd och hjälp i sådana former att patienterna aktiveras till eget ansvarstagande.

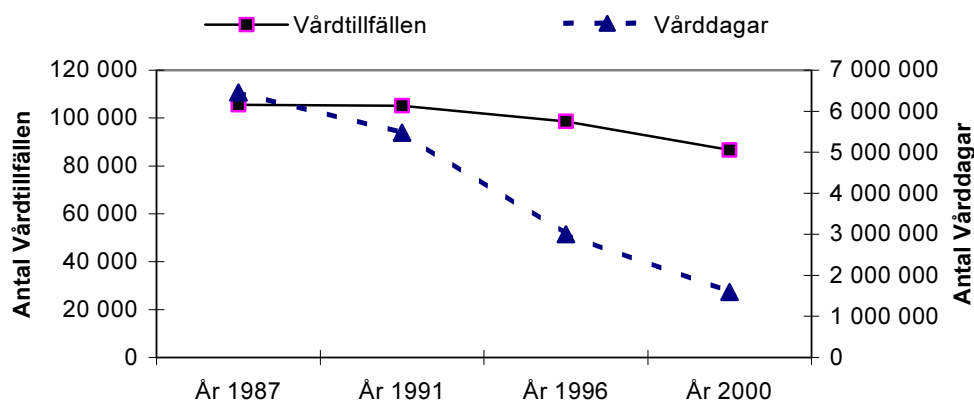
Antalet vårddagar minskade under perioden 1987–2000 från 6 miljoner till ca 1,5 miljoner per år. Under motsvarande tid minskade emellertid antalet vårdtillfällen med endast ca 20 procent. Den kraftiga minskningen av antalet vårddagar beror främst på att vårddiderna kortats.

Psykiatrireformen, som påbörjades 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. I dag har det inrättats sammanlagt ca 8 000 platser med heldygnsboende för psykiskt funktionshindrade personer som kommunerna ansvarar för.

Antalet frivilligt vårdade patienter har minskat kraftigt mellan 1991 och 2005. Att antalet minskat så markant beror, förutom på psykiatrireformen, på andra resursminskningar och omfördelningar som huvudmännen för psykiatrin har genomfört. Inriktningen mot öppna vårdformer har säkerligen haft betydelse för detta. Den stora minskningen medför att vårdtyngden ökar på de kvarvarande platserna eftersom det är de sjukaste patienterna som nu prioriteras för slutenvård.

Antalet kvinnor som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har ökat markant från 58 kvinnor 1994 till 127 kvinnor 2005. För män var motsvarande siffror 667 personer 1994 och 2005 vårdades 812 män enligt LRV.

Diagram 3.14 Antal vårdtillfällen och vård dagar inom psykiatrin



Källa: Socialstyrelsen.

4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

4.1 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 samt
- arbeta för att förebygga ohälsa.

Dessutom skall vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras 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

I ett internationellt perspektiv presterar den svenska hälso- och sjukvården väl på ett flertal områden. Enligt Socialstyrelsen (SoS Hälsa- och sjukvårdsrapport 2005) fick Sveriges hälso- och sjukvård ett flertal positiva omdömen i en granskning som OECD nyligen har genomfört. De positiva omdömena rörde den svenska befolkningens hälsotillstånd, hälso- och sjukvårdens kvalitet och valfriheten inom vården. De svenska kvalitetsregistren får starkt beröm av OECD och registrens bidrag till att sprida kunskap om evidensbaserad vård och till att förbättra medicinsk praxis lovordas. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet beskrivs som flexibelt och innovativt. Trots dessa goda omdömen finns det områden där den svenska hälso- och sjukvården kan bli bättre, som exempelvis inom tillgängligheten till primärvården, olikheterna i vård mellan landstingen samt rehabilitering inom psykiatri och missbruksvård. Det finns en nationell medvetenhet om förbättringsbehovet inom dessa vårdområden och i avsnitten som följer presenteras mer ingående hur svensk hälso- och sjukvård arbetar med detta.

I Socialstyrelsens Hälsa- och sjukvårdsrapport 2005 görs bedömningen att förutsättningarna för att kunna redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet blivit allt bättre. Ett intensivt utvecklingsarbete har under senare år pågått för att kunna följa verksamhetsutvecklingen på

nationell nivå. Detta har genomförts bl.a. genom att Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting inlett ett samarbete för att ta fram indikatorer som skall bidra till att beskriva och följa upp hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen genomför också ett riktlinjearbete som syftar till att främja enhetlig praxis för några av de stora folksjukdomarna. Dessutom har arbetet med de nationella kvalitetsregistren som förs inom ett antal diagnosområden fortsatt. Det finns emellertid fortfarande problem med att beskriva och följa upp hur hälso- och sjukvården fungerar totalt sett och särskilt gäller dessa problem, enligt Socialstyrelsen, ”mjuka” verksamheter där det är svårt att använda kvantitativa resultatmått. Exempel på sådana verksamheter är vård vid psykiatriska sjukdomar och missbruk samt vård och rehabilitering vid olika smärttillstånd.

Befolkningens hälsotillstånd

Den förväntade återstående medellivslängden (vid födelsen) är fortfarande en av de mest utnyttjade indikatorerna på en befolknings hälsostatus. Mellan åren 1960 och 2004 har den förväntade återstående medellivslängden vid födelsen ökat med drygt sju år. År 2004 uppgick medellivslängden för kvinnor till 82,7 år och för män till 78,4 år. Bland männen var det endast två OECD-länder, Japan och Island, som 2003 hade en längre förväntad återstående medellivslängd än Sverige medan de svenska kvinnorna kom på sjundeplats.

En annan vanlig indikator vid internationella jämförelser är spädbarnsdödlighet som speglar hälsotillståndet hos såväl gravida kvinnor som nyfödda barn. Spädbarnsdödligheten i Sverige och Finland är den lägsta inom EU. År 1960 var spädbarnsdödligheten i Sverige 16,6 per 1 000 levande födda, 1990 hade siffran sjunkit till 6,0 och den positiva utvecklingen har fortsatt. År 2003 var spädbarnsdödligheten i Sverige 3,1 per 1000 levande födda medan motsvarande siffra för genomsnittet inom EU var 4,5 samma år.

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet

Tillgänglighetsproblem finns fortfarande i landstingen i form av vårdköer och i vissa fall långa väntetider till planerad vård. Att åstadkomma kortare väntetider och kortare vårdköer är det som befolkningen anser vara viktigast i sitt eget landsting. Jämförelser mellan åren 2002 och 2003 visar att andelen som tyckte att kortare vårdköer var viktigt ökade från 18 till 23 procent. År 2005 fick 85 procent av samtliga patienter träffa en läkare inom sju dagar, vilket är en förbättring jämfört med 2004. Av patienter med ett akut vårdbehov fick 92 procent tid för läkarbesök redan samma dag. Enligt Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport 2005 tyder ingenting på att befolkningen anser att det har skett några förbättringar när det gäller väntetid till besök hos allmänläkare mellan 2002 och 2005. Jämfört med 2002 uppfattas det dock ha blivit lättare att komma fram till vårdcentralerna på telefon. Andelen av patienterna som ansåg att det var mycket eller ganska lätt att komma fram till vård-

centralerna på telefon 2005 ökade med 10 procentenheter jämfört med 2002 till 69 procent.

Även Svenskt Kvalitetsindex⁴ mätning som redovisades i januari 2005 visar att nöjdheten med sjukvården förbättrats. Uppgången är något starkare för den offentliga vården än för den privata. Alla aspekter som mätts i sjukvården uppvisar en förbättring förutom befolkningens förväntningar på sjukvården som har sänkts en aning.

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

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

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

Hälso- och sjukvårdens prestationer

Under de senaste tio åren har den genomsnittliga vårdtiden minskat med 25 procent samtidigt som allt mer vård utförs som öppenvård. Denna förändring har enligt Landstingsförbundet möjliggjorts av den snabba medicintekniska utvecklingen och genom att en högre andel av personalen har specialiserad kompetens.

Utnyttjandet av vårdplatser inom slutenvården har ökat (med nästan 30 procent) och den vård som ges har blivit behandlingsintensivare. Sverige och Finland hade 2001 det lägsta antalet vårdplatser per invånare inom EU. Antalet vårdplatser har sjunkit sedan 1998. Mellan 1998 och

⁴ Svenskt Kvalitetsindex drivs inom ramen för ett konsortium som består av bl.a. Statistiska centralbyrån, Handelshögskolan i Stockholm och Centrum för tjänsteforskning vid Karlstads universitet.

2004 minskade antalet vårdplatser med knappt 4 200 platser och 2004 uppgick antalet till knappt 27 000 platser. Mer vård utförs i dag inom öppenvården. För gråstarrsoperationer ökade andelen operationer som görs i öppen vård under nittioalet från 75 till 95 procent. För ljumskbråcksoperationer ökade andelen inom öppenvården från 37 till 70 procent. Även höftledsoperationer har börjat genomföras i öppenvården.

Det är problematiskt att tala om hälso- och sjukvårdens prestationer då det av naturliga skäl inte finns några entydiga mått. För att uppskatta prestationen kan man studera enskilda sjukdomar eller behandlingar. Det finns dock skäl att vara försiktig i att dra allt för långtgående slutsatser av indikationer, resultat och behandlingar då viss statistisk osäkerhet finns. Ett område där tydliga förbättringar i sjukvårdens prestation kan urskiljas är hos patienter som vårdats på hjärtintensivvårdsavdelningen. Under perioden 1995–2003 minskade dödligheten hos patienter som vårdats på hjärtintensiven från 13 till 8 procent. 30-dagars dödligheten för samma patientkategori minskade från 16 till 11 procent och 1-årsdödligheten minskade från 25 till 23 procent.

Ett annat område där förbättringar skett är i vård vid cancersjukdomar. Den förväntade återstående livslängden för personer med cancer har ökat med sju år sedan mitten av 60-talet. Den relativa femårsöverlevnaden (överlevnaden för cancerpatienter jämfört med en "normalbefolkning" i samma ålder) bland patienter som fått diagnosen cancer har från 1960 till mitten av 1990-talet ökat från 33 till 56 procent bland män och från 47 till 64 procent bland kvinnor. Registren inom sjukvården visar att dödligheten i bröstcancer långsamt minskar, och att dödligheten i prostatacancer inte ökat i samma takt som antalet nya fall.

Ytterligare ett område där stora framsteg gjorts på senare år är i behandling av för tidigt födda barn där sjukvården lyckas få alltfler att överleva. Andelen extremt tidigt födda barn (födda efter 23–26 graviditetsveckor) uppgick 2001 till 0,23 procent av alla födda barn som överlever vilket är en fördubbling jämfört med 1985 då dessa utgjorde 0,12 procent av alla överlevande barn.

Hälso- och sjukvårdens kostnader

Mätt som andel av BNP ökade hälso- och sjukvårdens utgifter under perioden 2000 och 2003. Mellan 2003 och 2004 minskade däremot andelen från 8,5 procent till 8,3 procent (inklusive kommunernas äldre-sjukvård uppgick siffran till 9,0 procent 2004). Den relativt låga ökningen i hälso- och sjukvårdens utgifter, 2,7 procent, jämfört med föregående år är en del av förklaringen till att dess andel av BNP minskade. De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgick 2004 till 214,3 miljarder kronor, inklusive mervärdesskatt. I dessa utgifter ingår, utöver huvudmännens utgifter, också hushållens utgifter för tandvård, läkemedel, sjukgymnastik, patientavgifter m.m. Hushållens konsumtionsandel av de totala kostnaderna var 15,3 procent under 2004, vilket var en liten ökning jämfört med 2003. De senaste fem åren har dock hushållens konsumtionsandel legat relativt stabilt kring 15 procent.

Tabell 4.1 Totala hälso- och sjukvårdskostnader, kostnadernas andel av BNP samt hushållens respektive det offentliga konsumtion Skr. 2005/06:102

Miljarder kronor, löpande priser, inklusive moms respektive procent

	2000	2001	2002	2003	2004
Hälso- och sjukvårdskostnader	170,2	183,4	199,1	208,6	214,3
Årlig förändring	5,7%	7,8%	8,6%	4,8%	2,7%
Andel av BNP, (exklusive kommunernas äldresjukvård)	7,7%	8,0%	8,4%	8,5%	8,3%
Beräknad andel av BNP, inklusive kommunernas äldresjukvård	8,4%	8,7%	9,1%	9,2%	9,0%
Hushållens konsumtion hälso- och sjukvård	25,5	27,9	29,6	31,1	32,8
Hushållens andel av totala kostnader	15,0%	15,2%	14,8%	14,9%	15,3%
Offentligas konsumtion hälso- och sjukvård	135,9	146,8	159,7	167,7	172,1
Offentligas andel av totala kostnader	79,8%	80,0%	80,2%	80,4%	80,3%
Investeringar	8,8	8,8	9,9	9,7	9,4

Källa: Nationalräkenskaperna

Nettokostnaderna uppgick under 2004 till 135,5 miljarder kronor, en ökning med 1,7 procent i förhållande till 2003. Detta var en relativt liten ökning som var lägre än förväntat beroende på en effektivisering samt krav på ökad kontroll över kostnadsutvecklingen. Mellan åren 2002 och 2003 var motsvarande ökning 6,2 procent.

Den genomsnittliga nettokostnaden per invånare (exklusive tandvård) varierade i landstingen, under 2004, från 13 050 kronor (Östergötlands läns landsting) till 16 690 kronor (Norrbottens läns landsting). Då vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder är en förklaring till kostnadskillnaderna mellan landstingen skillnader i ålderssammansättningen. Landstingens förutsättningar att bedriva sjukvård påverkas även av förekomsten av särskilt vårdtunga grupper i befolkningen samt av geografiska förhållanden (glesbygd) vilket beaktas i kostnadsutjämningsystemet för landstingen.

Tabell 4.2 Nettokostnader för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård

Miljoner kronor, löpande priser

Verksamhetsområde	2001	2002	2003	2004	2004/03	Andel 2004
Primärvård	23 183	24 049	25 029	26 163	4,5%	19,3%
Specialiserad somatisk vård	68 643	75 846	81 530	82 176	0,8%	60,6%
Specialiserad psykiatrisk vård	12 306	13 473	14 102	14 651	3,9%	10,8%
Övrig hälso- och sjukvård	9 882	10 370	11 597	12 160	4,9%	9,0%
Politisk verksamhet	1 851	1 779	1 054	1 008	-4,4%	0,7%
Läkemedel inom öppenvård	-	-	-	-632	-	-0,5%
Summa	115 865	125 517	133 312	135 526	2,1%	100,0%

Anm: Intäkter och kostnader för läkemedel i öppenvård har brutits ut från delverksamhetsområdena och verksamhetsområdena från och med 2004..

Källa: Sveriges kommuner och landsting.

Mål

En bred implementering och användning av IT-stöd är en av de viktigaste förutsättningarna för att kunna möta samhällets krav på en tillgänglig, effektiv och högkvalitativ vård och omsorg. I en nära framtid skall medborgare, patienter och anhöriga på ett enkelt sätt kunna skaffa sig information om vård och hälsa med hjälp av IT. De skall också kunna kontakta vården via Internet för att få service, rådgivning och hjälp till egenvård. Personal inom vård och omsorg måste ha tillgång till ett väl fungerande och samverkande IT-stöd som underlättar det dagliga arbetet och garanterar patientsäkerheten. Ansvariga för vård och omsorg behöver IT för att följa upp patientsäkerhet och kvalitet inom vården samt för verksamhetsstyrning och resursfördelning. IT erbjuder således många möjligheter till förbättringar för patienter, vårdpersonal och beslutsfattare. Det är regeringens mening att de fortsatta investeringarna i IT-stöd inom vård och omsorg är av ett sådant betydande strategiskt värde att ökad samverkan och koordinering mellan huvudmännen bör stimuleras.

Utveckling

Huvuddelen av arbetet med att effektivisera IT-användningen måste av naturliga skäl utföras av de enskilda landstingen, kommunerna och de privata vårdgivarna. Här bedrivs ett stort arbete och resultat har kunnat redovisas inte minst genom användningen av e-recept och elektroniska patientjournaler ute i landstingen. I internationell jämförelse ligger Sverige långt framme när det gäller användningen av IT inom vård och omsorg. Elektroniska patientjournaler och läkemedelsrecept och andra IT-stöd är en naturlig del av vårdens vardag. Inom primärvården utförs över 96 procent av vårddokumentationen elektroniskt, och inom sjukhusvården är motsvarande siffra omkring 60 procent. Sverige har under 2005 också blivit det land i världen som har högst andel elektroniska läkemedelsrecept (e-recept). I december 2005 var 46 procent av samtliga förstagångsrecept inom primär- och slutenvård elektroniska. Trots detta är användningen av IT i vården fortfarande låg jämfört med många andra samhällssektorer och jämfört med vad som i dag är möjligt. IT-användningen varierar kraftigt mellan landstingen och kommunerna inom vård- och omsorgssektorn och infrastrukturen är i regel ojämnt utbyggd inom verksamheterna. Många av de IT-stöd som används kan inte kommunicera med varandra.

En nationell IT-strategi för vård och omsorg

För drygt ett år sedan enades regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för Dagmaröverenskommelsen om att etablera ett nära samarbete kring IT-utvecklingen inom vård- och omsorgssektorn. I mars 2005 tillsattes den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg. I gruppen ingår representanter för Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket

AB och Carelink. Dessa aktörer har gemensamt utarbetat och enats om grundläggande principer för nationell samverkan på IT-området för att stödja den fortsatta utvecklingen och förnyelsen av vård och omsorg.

Gruppens arbete kommer under 2006 att utmynna i en nationell IT-strategi för vård och omsorg. Den skall fungera som ett stöd för det lokala och regionala arbetet och lägga grunden till en fördjupad samverkan på nationell nivå. Syftet med strategin är att harmonisera lagar och regelverk med en ökad IT-användning, skapa en gemensam informationsstruktur, skapa förutsättningar för samverkande och verksamhetsstödjande IT-system, möjliggöra åtkomst till information över organisationsgränser samt göra information och tjänster lättillgängliga för medborgarna. Genom strategin skapas bättre grundförutsättningar för IT i vård och omsorg och man förbättrar IT-stöden för vårdarbetet och anpassar dem till patienternas behov.

Avsikten är att strategin skall godkännas och tillämpas av staten, landstingen, kommunerna samt övriga vårdgivare och intressenter inom vård- och omsorgssektorn. Den nationella ledningsgruppen har fått förlängt mandat för att under 2006 säkerställa en bred förankring samt föra en strategisk diskussion kring de beslut som behöver fattas på olika nivåer för att målen i IT-strategin skall kunna realiseras.

Genom denna nationella IT-strategi möter Sverige även uppmaningen i EU-kommissionens handlingsplan för e-hälsa om att samtliga medlemsstater senast kring årsskiftet 2005/2006 skall ha presenterat en strategi för arbetet på e-hälsoområdet.

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

Mål

I november 2000 antog riksdagen en nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53). Handlingsplanens målsättning var att stärka primärvård, vård och omsorg om äldre, psykisk ohälsa samt att förbättra tillgänglighet och mångfald i hälso- och sjukvården. För att stimulera utvecklingen omfattade handlingsplanen fyra delar: utvecklingsavtal, resurstillskott, uppföljning samt stöd till forsknings- och utvecklingsarbete.

Måluppfyllelse

Det utvecklingsavtal som legat till grund för den nationella handlingsplanen löpte ut vid årsskiftet 2004/2005 och handlingsplanen avslutades därmed. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen och presenterade i juni 2005 sin fjärde och sista uppföljning av landstingens arbete med handlingsplanen.

Socialstyrelsen konstaterar att förbättringar skett inom flera av de områden som handlingsplanen omfattar, men att mycket arbete fortfarande återstår och att handlingsplanen totalt sett endast tycks ha haft begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling. I kommunerna förefaller kännedomen om handlingsplanen varit bristfällig.

Landstingen har heller inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatri.

Handlingsplanen har dock fått till effekt att landstingen arbetar mer aktivt för att öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Det handlar t.ex. om åtgärder som utbyggnad av sjukvårdsrådgivning, olika slags telefonpassningssystem och sjuksköterskeledda specialmottagningar. De arbetar också för att öka läkartätheten i primärvården och för att förbättra läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen. Socialstyrelsen konstaterar i sin uppföljning att arbetet med den nationella handlingsplanen lett till att antalet allmänläkare har ökat (om än inte lika mycket som var målet) samt att befolkningen upplever att det blivit lättare att komma fram på telefon till vårdcentralen. Utvecklingen inom äldre vården visar att andelen högskoleutbildad personal har ökat. Andelen med grundläggande vårdutbildning har också ökat och två tredjedelar av kommunerna erbjuder sjuksköterskorna vidareutbildning för att fördjupa den medicinska kompetensen. Även inom området psykisk ohälsa har det gjorts insatser, framför allt när det gäller barn och ungdomar. Kommunerna arbetar för att öka kompetensen hos personalen och till viss del med att utveckla anhörigstödet.

När den nationella handlingsplanen avslutades vid årsskiftet 2004/2005 enades staten och Sveriges Kommuner och Landsting om att det är viktigt att det positiva utvecklingsarbete som påbörjats med handlingsplanen bör fortsätta även kommande år. Parterna har därför tecknat två nya överenskommelser, en som avser primärvård och äldrevård samt en om psykiatri. Parterna har i dessa överenskommelser enats om att inriktningen och åtagandena i det ursprungliga utvecklingsavtalet skall ligga fast även kommande år. Sveriges Kommuner och Landsting har åtagit sig att verka för att landstingen och kommunerna genomför insatser i enlighet med överenskommelserna.

Nationell vårdgaranti och tillgänglighet inom vården

Mål

Sedan 1997 finns en besöksgaranti som innebär att primärvården skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras skall väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården skall erbjudas sådant besök inom 90 dagar.

Måluppfyllelse

Mot bakgrund av de olika insatser som under senare år vidtagits för att komma till rätta med väntetidsproblemen, den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, tillgänglighetssatsningen, det fria vårdvalet, utvecklingen av väntetidsdatabasen och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar – har staten och Sveriges Kommuner och Landsting under 2005 tecknat en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar väntetid till behandling. Parterna har kommit överens om att vårdgarantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från

det att beslut om behandling fattats. Garantin gäller fullt ut i hela landet från och med den 1 november 2005 och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

I och med överenskommelsen om införande av en nationell vårdgaranti har staten och Sveriges Kommuner och Landsting också enats om att fortsätta satsningen för att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Anledningen till detta är att de båda satsningarna syftar mot samma mål och stödjer varandra. Vårdgarantin genom att den fastställer en garanterad tidsgräns för behandling vilket stärker patientens krav på tillgänglighet och snabb och effektiv behandling, och tillgänglighets-satsningen genom att den möjliggör för vården att leva upp till denna tidsgräns, genom t.ex. satsningar på effektivare arbetsmetoder och kortande av köer.

För att stödja det fortsatta arbete med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården tillförs landstingen från och med 2005, 1,25 miljarder kronor per år från anslag 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning*.

Psykiatrisk hälso- och sjukvård

Mål

De allmänna bestämmelserna om den psykiatriska vårdens innehåll och utförande finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Vården skall bl.a. vara av god kvalitet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Den särskilda lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården – lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) – ger därutöver bestämmelser om tvångsvårdens bedrivande och förutsättningar. Avsikten med regleringen är bl.a. att inom ramen för tvångsvården tillgodose patientens rätts-säkerhet, att begränsa användningen av tvångsvård samt att minska användningen av tvångsåtgärder inom vården. Ett ytterligare ändamål med lagstiftningen är att upprätthålla samhällsskyddet. Det grundläggande syftet med psykiatrisk tvångsvård är att den som är i oundgängligt behov av sådan psykiatrisk vård som ges efter intagning på en sjukvårds-inrättning skall bli i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

Utveckling

Mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppskattas i dag lida av psykisk ohälsa av varierande svårighetsgrad. Inom ramen för begreppet psykisk ohälsa återfinns allt från psykiska sjukdomar, t.ex. psykos och depression, till psykiska besvär såsom lättare oro, ångest och sömnproblem, vilka orsakar personligt lidande men inte kvalificerar för en psykiatrisk diagnos. Cirka 10–15 procent av befolkningen beräknas ha allvarliga besvär som skulle kunna medföra behov av psykiatrisk behandling. Ungefär 3–4 procent av befolkningen söker psykiatrisk vård under ett år.

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

Som tidigare nämnts (*se avsnitt 3.2*) är ett av de utmärkande dragen för den psykiatriska vården att den slutna vården under en lång period minskat i omfattning till förmån för vård och behandling i öppna vårdformer. Det totala antalet vård dagar har minskat, främst beroende på väsentligt kortare vårdtider inom slutenvården. Denna utveckling har fortsatt också under senare år. Mellan 1998 och 2003 minskade det totala antalet vård dagar från 2,1 miljoner till 1,6 miljoner per år, en minskning med drygt 22 procent. Antalet vårdtillfällen under samma period minskade från 87 456 till 84 319 per år, vilket motsvarar knappt fyra procent. Medelvårdtiden inom den psykiatriska vården minskade från cirka 28 dagar till 19 dagar under samma period, vilket till viss del förklaras av att antalet patienter som skrevs in och ut samma dag ökade under denna period.

Förskjutningen från sluten vård till öppna vårdformer inom psykiatrin återspeglas också i resursfördelningen mellan sluten vård och öppen vård. Kostnaderna mellan de båda vårdformerna är i princip jämnt fördelade, 52 procent för sluten vård respektive 48 procent för öppen vård. Detta kan jämföras med den somatiska vården där den slutna vårdens andel av kostnaderna är cirka 63 procent medan öppna vården står för 37 procent.

Förändringen i antalet vårdplatser i sluten vård är ett annat sätt att beskriva denna utveckling. Tabell 4.3 visar antalet inneliggande i psykiatrisk slutenvård efter vårdform vid Socialstyrelsens inventeringar av slutenvården 1991, 1994, 1997 och 2005. År 1992 trädde de nya psykiatriska tvångsvårdslagarna i kraft och 1995 genomfördes den s.k. psykiatrireformen.

Tabell 4.3 Antal inneliggande i psykiatrisk slutenvård efter vårdform, exkl. barn och ungdomspsykiatriska insatser, enskilda vårdhem och familjehem

Vårdform	1991		1994		1997		2005	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Frivilligt	4 270	4 659	3 218	3 396	1 884	2 141	2 320	
LPT	1 003	919	557	551	522	409	394	461
LRV	731	106	667	58	699	71	812	127
Summa	6 004	5 684	4 442	4 005	3 105	2 621	4 114	
Andel LPT samt LRV	24%		22%		30%		44%	

Anm. Uppgifter om fördelning mellan kön saknas 2005 för frivilligt vårdade.

Källa: Socialstyrelsen.

Som framgår av tabellen har det totala antalet inneliggande patienter i psykiatrisk slutenvård minskat kraftigt sedan 1991. Vidare har

fördelningen mellan frivilligt vårdade och patienter inom tvångsvården (LPT och LRV) förskjutits mot en allt större andel tvångsvårdade. År 2005 upptogs ca hälften av platserna inom den psykiatriska slutenvården av patienter som vårdas enligt LPT och LRV, vilket är en kraftig ökning jämfört med tidigare inventeringar. Detta kan ses som en naturlig följd av psykiatrireformen, vars mål är att fler patienter skall kunna klara sig ute i samhället med stöd från såväl öppenvård som socialtjänst. Slutenvården skall endast vara till för dem som på grund av sin sjukdom inte klarar sig på annat sätt. Det kan även konstateras att de pågående vårdtiderna för LRV-patienter har ökat under de senaste åren. Fler platser tas därigenom i anspråk av denna patientkategori, vilket innebär att platserna i mindre utsträckning än tidigare kan användas för frivilligt vårdade.

Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen har i olika sammanhang utvärderat psykiatrin. Styrelsen har bl.a. pekat på att det begränsade antalet slutenvårdsplatser och den begränsade tillgången till akut vård, förmedlad av specialister, kan medföra en risk för att patienter inte får den vård de skulle behöva, särskilt i det akuta skedet. Andra bristområden som uppmärksammats 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 uppmärksammats.

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

Regeringen tillkallade i oktober 2003 en nationell psykiatrisamordnare. Den nationella psykiatrisamordnaren lämnade i juni 2004 rapporten "En översikt av dagsläget inom svensk psykiatri". Psykiatrisamordnarens genomgång av situationen inom psykiatrin visar att tillgången på vård- och stödinsatser inte svarar mot målgruppens behov. Problem med tillgänglighet, behovstäckning och utbud av insatser är mer omfattande i storstäder och i små kommuner. Enligt psykiatrisamordnaren måste ambitionsnivån höjas beträffande användningen av moderna metoder och kunskapsbaserade insatser, effektivt resursutnyttjande, samverkan, uppföljning och jämförelser av resultat och levnadsförhållanden för psykiskt funktionshindrade. Psykiatrisamordnaren anser att det i det rådande ekonomiska läget är nödvändigt med ett statligt engagemang för att stimulera kommuner och landsting att göra för målgruppen nödvändiga prioriteringar och satsningar.

Psykiatrin utgör ett fortsatt 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. Regeringen har med utgångspunkt i psykiatrisamordnarens förslag beslutat om en satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder. Under 2005 och 2006 satsas totalt 700 miljoner kronor på landstingens och kommunernas arbete med att förbättra vård, sysselsättning och boende samt verksamhetsutveckling för dessa grupper.

Socialstyrelsens första uppföljning av satsningen visar att samtliga landsting och kommuner, med några undantag, har ansökt om medel för satsningar på projekt inom en rad områden, t.ex. metodutveckling och utbildning. Nästan alla projekt genomförs i samverkan mellan landsting och kommuner. Särskilda målgrupper som har uppmärksammats av huvudmännen är bl.a. personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder och samtidigt missbruk, barn, ungdomar och unga vuxna samt personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Satsningen kommer att följas upp av Socialstyrelsen med en andra uppföljning under 2006 och slutredovisning 2007.

Med överenskommelserna under 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 fortsatt ett av de prioriterade utvecklingsområdena.

Läkemedel

Mål

Behandling med läkemedel är en viktig del av hälso- och sjukvården och den målsättning om vård på lika villkor som anges i hälso- och sjukvårdslagen gäller även på läkemedelsområdet. Det är av avgörande betydelse att läkemedel ses som en integrerad del i hälso- och sjukvården och att läkemedelskostnaderna finns med i landstingens samlade prioriteringar för vården. När det gäller läkemedelsförsörjningen så finns det i lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. krav på att den skall bedrivas rationellt och på ett sådant sätt att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. I fråga om receptbelagda läkemedel skall de enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. omfattas av läkemedelsförmånerna om kostnaderna för användning av läkemedel framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhälls-ekonomiska synpunkter.

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

Kostnadsutveckling

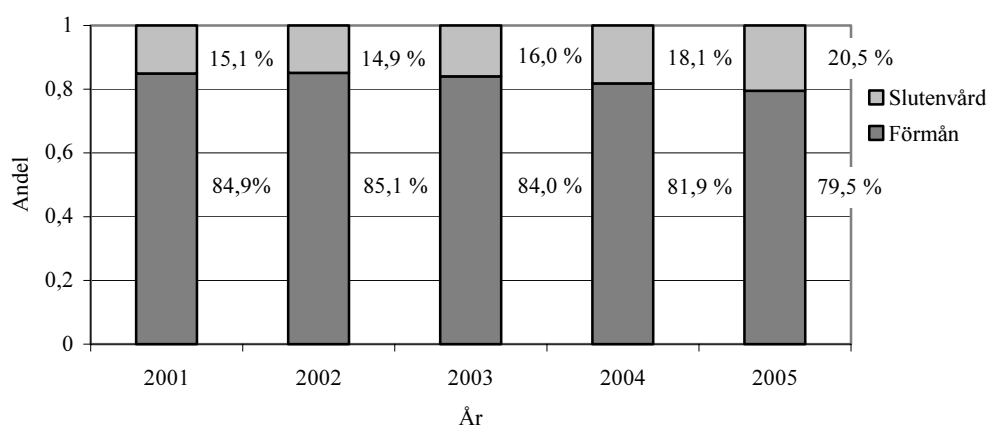
Läkemedel finansieras från tre källor; offentligt genom sjukvårdshuvudmännen med statsbidrag (läkemedelsförmånerna), offentligt enbart genom sjukvårdshuvudmännen (slutenvård) samt genom patienternas egenavgifter.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna inklusive förbrukningsartiklar ökade tidigare med i genomsnitt fem procent per år (fasta priser), men med stora variationer mellan åren. Efter ändringar i reglerna för läkemedelsförmånerna 2002 har kostnaderna varit nästan oförändrade. År 2005 minskade kostnaderna för läkemedelsförmånerna med 0,3 procent jämfört med 2004.

Enligt Socialstyrelsen är immunsuppressiva medel (som används för att behandla bl.a. reumatoid artrit) den för läkemedelsförmånerna mest kostsamma läkemedelsgruppen för 2005. Den kraftiga ökningen beror dels på ökad användning av vissa preparat dels på introduktion av nya preparat. Samtidigt minskade kostnaderna för antidepressiva läkemedel, trots att volymen ökade. Kostnadsminskningen beror till stor del på att priset har sjunkit på grund av generikakonkurrens (läkemedel med samma aktiva substans). Kostnaderna för insulin ökade 2005 på grund av ändrade behandlingsprinciper, som bland annat innebär ökad användning av långverkande och mycket kortverkande insulin.

Läkemedelskostnaderna i slutenvården ökar allt snabbare. Orsaken är dels introduktion av nya läkemedel, dels att landstingen i större utsträckning upphandlar läkemedel som tidigare skrevs ut på recept och som då ingick i läkemedelsförmånskostnaderna.

Diagram 4.1 Kostnadsfördelningen mellan läkemedelsförmånerna och slutenvårdsläkemedel



Källa: Apoteket AB.

Egenavgifternas andel av summan av egenavgifterna och läkemedelsförmånerna har varit relativt oförändrade de senaste tre åren och uppgår till drygt 21 procent. År 2005 uppgick kostnaderna för egenavgifterna till 5 miljarder kronor.

Den vanligaste behandlingsformen för äldre är läkemedel. Det naturliga åldrandet i kombination med ökad sjuklighet medför en ökad användning av läkemedel. Äldre (över 80 år) använder i genomsnitt cirka fem läkemedel per person, vilket är två preparat fler än för 15 år sedan. Läkemedelsgenomgångar inom hälso- och sjukvården, dvs. samarbete mellan läkare och apotekare med specifik kompetens inom diagnos och terapi respektive läkemedelskunskap, har visat att det på vissa sjukhem används så mycket som tio läkemedel per person i genomsnitt.

Flera studier pekar på att läkemedelsbiverkningar är orsaken till 10–20 procent av inläggningarna av äldre på sjukhus. Behandling av äldre med läkemedel är komplicerad och kan medföra risker. Bland annat mot bakgrund av ovanstående gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp och utvärdera läkemedelsanvändningen inom äldreområdet och, om brister konstaterades, lämna förslag till åtgärder för att avhjälpa dessa. Uppdraget redovisades i januari 2005. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att det finns stora brister i läkemedelsbehandlingen av äldre. För att höja kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning avser Socialstyrelsen att tydliggöra att den fasta läkarkontakt, som alla skall ha tillgång till i primärvården enligt hälso- och sjukvårdslagen, skall ha ett samordnande ansvar för patientens läkemedelsanvändning. Myndigheten avser också att tydliggöra vårdgivarnas ansvar för att organisera regelbundna uppföljningar av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare avser Socialstyrelsen att verka för att de kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi som myndigheten utarbetat kommer till rutinmässig användning i förskrivarstöd och vid uppföljning av läkemedelsbehandlingen hos äldre.

En viktig del i att uppnå en rationell läkemedelsanvändning är att ge läkare och andra som förskriver läkemedel verktyg för att kunna fatta korrekta beslut om vilken behandling som är mest lämplig. Möjligheten för förskrivare att ta del av uppgifter om vilka läkemedel som en patient använder har hittills varit mycket begränsad. För att avhjälpa denna informationsbrist och öka patientsäkerheten överlämnade regeringen i februari 2005 till riksdagen propositionen Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet (prop. 2004/05:70).

I juli 2005 trädde lagen (2005: 258) om läkemedelsförteckning i kraft. Lagen innebär bland annat att Apoteket AB skall inrätta en förteckning med uppgifter om vad en patient har hämtat ut för läkemedel på recept på apotek de senaste 15 månaderna. Registreringen är obligatorisk, men för att en förskrivare eller en farmaceut på Apoteket skall få tillgång till uppgifterna krävs patientens samtycke. Alla som får läkemedel förskrivna på recept kan genom den nya lagen få en bättre, samlad överblick över vilka läkemedel han eller hon använder. Läkare kan också se alla läkemedel som en aktuell patient använder innan nya recept skrivs ut. Syftet med förteckningen är att den skall leda till ökad säkerhet och nytta för de personer som använder receptbelagda läkemedel.

En annan pågående process som underlättar hanteringen vid läkemedelsförskrivning är det utvecklingsarbete som Apoteket AB och landstingen bedriver för att skapa möjligheter för att öka användningen av elektroniska recept. Elektroniska recept är numera en vanligt före-

kommande företeelse. Ökningstakten har under de senaste tre åren, 2002–2005, varit dramatisk.

Enligt Socialstyrelsen frångår många patienter den läkemedelsordination som de fått på ett sådant sätt att läkemedel kan komma att kasseras. Patienterna kan t.ex. ta ut läkemedel som de sedan inte använder på grund av biverkningar, utebliven effekt, bristande sjukdomsinsikt eller allmän misstro mot läkemedel. Forskning visar att högst 50 procent av de patienter som har en kronisk sjukdom följer läkemedelsordinationen på ett tillfredsställande sätt. I Socialstyrelsens rapport "Kasserade läkemedel" föreslås bland annat att information om bristande följsamhet gentemot läkemedelsordinationer och hur detta kan förebyggas bör ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens grund- och fortbildning. Vidare anför myndigheten att patienters läkemedelsanvändning måste följas upp kontinuerligt så att behandlingseffekten säkerställs, att startförpackning förskrivs i inledningen av en längre läkemedelsbehandling samt att läkemedelsförteckningen bör vara tillgänglig för både förskrivare och expedierande farmaceut.

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna

Statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna har sedan 1998 reglerats genom överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Nuvarande överenskommelse reglerar statens ersättning till landstingen för åren 2005 t.o.m. 2007. Enligt överenskommelsen ersätter staten landstingen för läkemedelsförmånskostnaderna med 19,8 miljarder kronor för 2005, 20,7 miljarder kronor för 2006 och 21,5 miljarder kronor för 2007.

Från och med den 1 januari 2005 finansieras inte längre kostnaderna för dosdispensering av läkemedel genom Apoteket AB:s handelsmarginal. I de överenskomna beloppen för perioden 2005 t.o.m. 2007 ingår en ersättning till landstingen motsvarande en kostnad för 155 000 dospatienter, varför landstingen numera betalar för det faktiska utnyttjandet av dosdispensering. Parterna är eniga om att ersättningen till landstingen från och med 2005 fullt ut skall fördelas enligt den behovsmodell som successivt införts. Genom avtalet har landstingen fått goda förutsättningar att under den kommande perioden hantera läkemedel på ett rationellt sätt. En förändring jämfört med föregående avtal är att landstingen nu själva står för det belopp som eventuellt överstiger det avtalade bidraget.

Parterna enades också om att mycket kostsam läkemedelsbehandling för vissa sjukdomar, som är ojämnt fördelade mellan landstingen och som innebär en hög belastning på det enskilda landstingets budget, fr.o.m. 2005 skall finansieras solidariskt av landstingen genom en ny utjämningsmodell. Denna innebär att endast landsting med betydande merkostnader skall omfattas. Landstingen får i framtiden dessutom stå för kostnaderna för sin egen förskrivning i större utsträckning än tidigare, vilket skapar incitament för en rationell förskrivning. Vidare ställer den nya modellen högre krav på de landsting som drabbas av sådana kostnader att påtala detta.

Mål

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

Måluppfyllelse och kvalitet

Barn- och ungdomstandvården

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen för att barn och ungdomar erbjuds fullständig och avgiftsfri tandvård t.o.m. det år de fyller 19 år. De flesta barn och ungdomar i Sverige, ca 90 procent, behandlas hos folktandvården, men landstinget kan också sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget och folktandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen. Landstingens nettokostnader för barn- och ungdomstandvården 2004 uppskattas till 2,5 miljarder kronor.

Tandhälsan hos barn och ungdomar följs upp genom att förekomsten av karies registreras. Statistik från landstingen sammanställs sedan av Socialstyrelsen. Andelen barn som bedömts kariesfria i mjölktdandsbettet ökade för 3- och 6-åringar mellan åren 1985 och 2000. Någon direkt förändring skedde inte under åren 2001–2004 (data för 2004 är fortfarande preliminära). Andelen kariesfria 2004 var 93 procent för 3-åringarna och 69 procent för 6-åringarna. På riksnivå ger inte statistiken stöd för att tandhälsan försämrats hos förskolebarnen, även om andelen kariesfria är ett relativt trubbigt mått som snarare anger tandläkarens bedömning om fyllningsterapi behöver utföras eller inte.

Den procentuella andelen kariesfria 12-åringar ökade relativt kraftigt med 39 procentenheter mellan åren 1985 och 2000, men minskade något mellan 2000 och 2004. En trolig förklaring är enligt Socialstyrelsen att landstingen i allt större utsträckning kallar enbart så kallade riskpatienter årligen.

Uppgifterna om 19-åringar är speciellt intressanta eftersom den åldersgruppen representerar slutet på den avgiftsfria organiserade barn- och ungdomstandvården. Sedan 1985 har andelen ungdomar som är kariesfria approximant (dvs. på kontaktytor i tandbågen) ökat med drygt 23 procentenheter. Den största förbättringen skedde under 1980–90-talet, men en liten ökning av andelen kariesfria approximant skedde även mellan åren 2000 och 2004. Det är de approximanta kariesskadorna som är de som framför allt ger upphov till ett framtida vårdbehov genom att många fyllningar behöver göras om.

Några landsting har redovisat uppgifter om tandhälsan i olika befolkningsområden. De visar att tandhälsan är sämre i områden med en hög andel av socioekonomiskt svaga grupper (bl.a. familjer som har utländsk bakgrund, låg utbildning och hög arbetslöshet). I dessa områden sker en förstärkning av de förebyggande insatserna, inte enbart de individbaserade förebyggande åtgärderna utan ofta också genom generella åtgärder, t.ex. fluorsköljningar. Det finns inte någon uttalad skillnad avseende karies mellan pojkar och flickor i någon av de inrapporterade åldersgrupperna.

Tandvård för särskilda patientgrupper

Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa patientgrupper. Det är huvudsakligen fråga om äldre och personer med funktionshinder i särskilda boendeformer samt personer som bor i egen bostad men har stort behov av vård och omsorg. I landstingens ansvar ingår också tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Efter att successivt ha ökat under hela perioden 1999–2002 sjönk kostnaderna för verksamheten under 2003. År 2004 ökade kostnaden återigen något och uppgick totalt till 639 miljoner kronor.

Under 2004 uppsöktes 90 000 personer, vilket innebar en obetydlig förändring jämfört med 2003. Antalet undersökta under 2004 motsvarade ungefär hälften av dem som av landstingen hade bedömts kunna komma i fråga för erbjudande om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Andelen varierade under 2004 mellan 32 och 79 procent. Antalet personer som fick nödvändig tandvård ökade med 5 000 och uppgick under 2004 till knappt 98 000. Kostnaden per patient uppgick till ca 3 500 kronor, vilket var i princip oförändrat jämfört med de två föregående åren. Som förklaring till att den genomsnittliga kostnaden inte ökat trots de prishöjningar som förekommit anges i en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting dels att ett uppdämt vårdbehov tidigare tillgodosetts, dels att översynen av bestämmelserna har medfört en restriktivare syn på vilken tandvård som anses vara nödvändig.

Antalet personer som fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling 2004 uppgick till 35 000, vilket var samma nivå som under 2001–2003. Kostnaden per patient ökade något 2004 jämfört med 2003, men var lägre än 2002. Skillnaderna mellan landstingen har minskat de senaste två åren, men det skiljer fortfarande ungefär 4 000 kronor mellan den högsta och den lägsta genomsnittliga kostnaden. Medelkostnaden för hela landet var ca 5 600 kronor, med en variation mellan ca 7 800 kronor i Stockholms läns landsting och ca 3 800 kronor i Norrbottens läns landsting.

I rapporten från Sveriges Kommuner och Landsting om uppföljningen av tandvårdsreformen 2004 konstateras, liksom föregående år, att vissa avvikelser från medelvärdena är så stora att de är svåra att förklara enbart med de naturliga variationer i förutsättningarna som finns mellan landstingen. Sveriges Kommuner och Landsting avser att fortsätta

diskussioner med landstingens ansvariga för tandvårdsreformen för att få en enhetligare tillämpning av reglerna. Skr. 2005/06:102

Socialstyrelsens uppföljning av tandvården

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en uppföljning av verksamheten. Resultatet av uppföljningen redovisades i en rapport i december 2005. Av rapporten framgår att ungefär 40 procent av personkretsen inte hade erbjudits någon munhälsobedömning under 2004. Knappt hälften hade fått munhälsobedömning och individuell rådgivning om munvård, men variationerna mellan landstingen var stora. Drygt en tiondel av personkretsen hade fått ett erbjudande om munhälsobedömning men tackat nej. Socialstyrelsen anser att det är otillfredsställande att verksamheten inte fått större omfattning trots att det gått sex år sedan bestämmelserna om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård infördes. Verksamheten fungerar sämst för dem som bor i ordinärt boende och landstingen uppger att det bl.a. är svårt att nå personer med psykiska funktionshinder. I rapporten framkommer att det finns brister när det gäller samarbetet och samordningen mellan kommuner och landsting.

Den genomsnittliga kostnaden per person för nödvändig tandvård är större för män än för kvinnor. En förklaring till detta kan enligt Socialstyrelsen vara att män besöker tandvården något mera sällan än kvinnor, vilket kan medföra ett ackumulerat tandvårdsbehov som avspeglar sig i högre kostnader när besöken väl sker.

Tillgänglighet

Tandvårdens tillgänglighet sammanhänger med sådana faktorer som tillgång på personal, geografisk fördelning av vårdresurser, väntetider för att få vård men även med den enskildes ekonomiska möjligheter att kosta på sig den vård man har behov av.

Tillgången och efterfrågan på vissa yrkeskategorier, bl.a. tandläkare och tandhygienister, bedöms årligen av Socialstyrelsen inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS). I den senaste rapporten från januari 2006 gör Socialstyrelsen bedömningen att arbetsmarknaden för tandläkare är i kraftig obalans, eftersom efterfrågan överstiger tillgången. En aviserad utbyggnad av tandläkarutbildningen kommer enligt Socialstyrelsens prognos att ge ett tillskott med cirka 220 tandläkare till tandvården fram till 2020. Socialstyrelsen bedömer dock att detta är för lite för att säkra en långsiktig tillgång på tandläkare och förordar en fortsatt utvidgning av tandläkarutbildningen.

Arbetsmarknaden för tandhygienister bedöms i nuläget vara i balans. Tillväxten av antalet tandhygienister kommer att fortsätta. En fortsatt utveckling som innebär att tandhygienisterna övertar mer av det förebyggande arbetet från tandläkarna kan medföra att efterfrågan på tandhygienister fortsätter att öka.

Försäkringskassan överlämnade hösten 2005 en rapport om prisutvecklingen från april 2004 t.o.m. maj 2005. I rapporten redovisas bl.a. att den genomsnittliga ökningen av vårdgivarpriset inom folktandvården var 1,6–3,7 procent för de flesta av de behandlingspaket som undersökningen omfattade. Priset för de behandlingspaket som innehöll protetik hade ökat mest, och den allra största ökningen gällde det behandlingspaket som inkluderade implantat, vilket hade ökat med 6,2 procent. Vid en jämförelse med privattandvården kan det konstateras att prisökningarna generellt sett hade varit större inom den privata sektorn. Där var det emellertid de enkla behandlingarna, såsom undersökningar, förebyggande åtgärder och lagningar, som hade ökat mest. Den genomsnittliga ökningen av vårdgivarpriset varierade mellan 3,6 och 7,6 procent för de olika behandlingspaket som undersökningen omfattade.

Landstingsförbundet har följt upp den årliga utvecklingen av folktandvårdens priser för allmäntandvård. Prisökningarna på olika åtgärder har i Landstingsförbundets undersökningar vägts samman med hur vanligt förekommande de olika åtgärderna är. I den senaste rapporten redovisas prisutvecklingen mellan januari 2005 och januari 2006. Under denna period var den genomsnittliga prisökningen 3,1 procent. Det var något lägre än prisökningen under 2004, som uppgick till 3,7 procent. Den ackumulerade prisökningen mellan 1998 och 2006 var 70,9 procent. Prisjämförelserna försvåras av latituder i landstingens prislistor, dvs. att en tandvårdsåtgärd kan ha priser i olika nivåer beroende på hur svår åtgärden är att utföra. Vid beräkningen av den genomsnittliga prisförändringen 2005–2006 har i sådana fall "normallatituderna" använts, med vilket i första hand avses de priser som angetts för normalsvåra åtgärder. Prisökningarna mellan 1998 och 2006 har varit störst på oral-kirurgiska behandlingar och konserverande behandlingar (tandfyllningar) och lägst på undersökningar, diagnostik och rådgivning samt på förebyggande åtgärder.

Väntetider

Under 2004 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning om väntetiderna inom folktandvårdens allmäntandvård. Den visade att drygt hälften av de redovisade klinikerna hade möjlighet att direkt ta emot nya vuxenpatienter. Ytterligare tio procent av klinikerna kunde ta emot nya vuxenpatienter inom högst sex månader. Detta innebar en förbättring jämfört med undersökningar som genomfördes 2001 och 2003, men fortfarande var det omkring tio procent av klinikerna som angav att väntetiderna för nya patienter överstiger 24 månader. Väntetiderna varierar fortfarande kraftigt mellan landstingen.

Kostnader

Enligt preliminära uppgifter för 2004 ökade tandvårdens totala kostnader med närmare 9 procent jämfört med 2003. Den totala ökningen avsåg huvudsakligen patientavgifterna och utgifterna för tandvårdsförsäkringen. Patientavgifterna ökade med ungefär 9 procent, vilket

motsvarade en miljard kronor, men deras andel av de totala kostnaderna var oförändrad. Utgifterna för tandvårdsförsäkringen ökade med en halv miljard kronor, vilket berodde på ökade utgifter för högkostnadsskyddet för protetik för personer som är 65 år eller äldre. Landstingens nettokostnader har under de senaste åren ökat i långsammare takt. Skr. 2005/06:102

Tabell 4.4 Tandvårdens kostnader

Miljoner kronor, löpande priser. Uppgifter från 2004 är preliminära

	2000	2001	2002	2003	2004
Patientavgifter	9 056	9 862	10 614	11 451	12 466
därav					
Offentlig tandvård	2 198	2 036	2 156	2 366	2 581
Privat tandvård	6 858	7 826	8 458	9 085	9 885
Patientavgifter som andel av totala kostnader	61,8%	63,3%	63,2%	61,1%	61,1%
Landstingens nettokostnader	3 411	3 471	4 257	4 354	4 466
Landstingens investeringsutgifter	151	147	153	136	175
Tandvårdsförsäkringen	1 462	1 515	1 604	2 607	3 129
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	0	0	0
Administrationskostnader för försäkringen	163	168	169	204	175
Summa	14 648	15 568	16 797	18 752	20 411
Årlig förändring av de totala kostnaderna	7,9%	6,3%	7,9%	11,6%	8,8%

Källor: Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och RSV.

5 Socialtjänst

Socialtjänsten består av vård och omsorg om äldre, stöd och service till personer med funktionshinder samt individ- och familjeomsorg. Kommunernas kostnader för socialtjänsten var drygt 139 miljarder kronor 2004, vilket är en ökning med tre miljarder kronor (ca två procent) jämfört med 2003. Sedan 2000 har kostnaderna ökat med nära 22 procent i löpande priser.

Diagram 5.1 Kommunernas kostnader för socialtjänst

Miljarder kronor, löpande priser

Verksamhet	2000	2001	2002	2003	2004
Individ- och familjeomsorg	24	24	25	26	27
Insatser till funktionshindrade	23	25	29	32	33
Äldreomsorg	67	71	76	78	79
Totalt	114	121	130	136	139

Källa: Socialstyrelsen.

5.1 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 inflyttningskommunen. En sådan ansökan skall behandlas som om personen var

bosatt i inflyttningskommunen. 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.

Måluppfyllelse och kvalitet

De äldres och de anhörigas upplevelser av kvalitet i äldreomsorgen

En central fråga när kvaliteten i kommunernas vård och omsorg undersöks är hur de äldre och de anhöriga själva upplever kvaliteten. Socialstyrelsen har låtit sammanställa resultaten från ett antal lokala studier som genomförts under perioden 1998–2005.

De äldre och deras anhöriga ger generellt positiva omdömen om kommunernas vård och omsorg. De äldre och deras anhöriga rapporterar överlag att de får insatser från hemtjänsten vid de tidpunkter de önskar, och att personalen håller tiderna. De ger personalens bemötande och förhållningssätt mycket goda vitsord, trots att de samtidigt framhåller att de saknar möjligheten att påverka insatserna. De sjukvårdande insatserna får också mycket positiva omdömen, de äldre och deras anhöriga upplever att de vid behov kan få hjälp med läkarkontakter.

En återkommande kritik är att det är för många olika personer som ger insatserna. Personkontinuiteten framtonar som ett generellt problemområde i den kommunala äldreomsorgen, där kritiken dessutom förefaller att öka över tid. Ytterligare ett område där kritiken förefaller att öka gäller de äldres möjligheter att påverka hur hjälpen utförs.

Planering och samverkan

Brister i samarbetet mellan huvudmännen kvarstår. Länsstyrelsernas tillsyn visar på brister i dokumentationen, informationsöverföringen och kontinuiteten i läkarkontakten. Olika regelverk gäller för dokumentation av hälso- och sjukvård och av socialtjänst, vilket enligt tillsynsmyndighetens uppfattning bidrar till att försvåra utvecklingen av en ändamålsenlig dokumentation inom äldrevården. I omvårdnadsjournalen saknas ofta planering av vården samt uppföljning av de åtgärder man vidtagit. Det görs allt för sällan någon regelbunden översyn av läkemedelsanvändningen, vilket bl.a. resulterar i att många äldre använder för många läkemedel samtidigt.

Samtidigt finns positiva exempel på pågående förbättringsarbete. Länsstyrelserna rapporterar att det i flera kommuner pågår utvecklingsarbete som gäller individuell planering av genomförandet av beviljade insatser samt dokumentation av genomförandet av insatser. Ett samverkansområde där det pågår en successiv omstrukturering är rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatser för äldre.

Det pågår en omfattande omstrukturering av äldreomsorgen som innebär att allt fler får vård och omsorg hemma. Antalet platser i särskilda boenden minskade mellan 2003 och 2004. I många kommuner går omvandlingen för fort och besluten är inte ordentligt underbyggda, enligt länsstyrelsernas tillsyn 2004. Vissa kommuner bygger inte alls ut de insatser som stödjer kvarboende, utan låter snarare utvecklingen gå i motsatt riktning. Bostadsstandarden i de särskilda boendeformerna har dock förbättrats, rapporterar länsstyrelserna.

Vidare rapporterar länsstyrelserna att det sker en förskjutning från omsorg till vård, som bl.a. innebär att man enbart tillgodoser praktiska och medicinska behov, medan psykiska och sociala behov inte beaktas. Det sociala innehållet i omsorgen, och möjligheterna till aktiviteter, blir mycket begränsat. I flera kommuner finns behov av fler bostäder i gruppboendeenheter och speciella dagverksamheter för personer med demens.

Socialstyrelsen har under 2005 genomfört en studie om levnadsförhållanden och livskvalitet hos gruppen äldre med stora hjälpinsatser i hemmet. Överlag var intervjupersonerna nöjda med den hemtjänst som de fick och med personalen. De kände sig trygga med de insatser de fick. Den kritik som de äldre tog upp handlade framför allt om möjligheten att påverka hur vården och omsorgen utformades. De påpekade att de hade små möjligheter att påverka vem som kom, när hemtjänsten kom eller vad som skulle göras. En annan källa till kritik var att för många olika personer var inblandade. De som var närstående till vårdtagarna uttryckte sig mer kritiskt om hemtjänsten än vad vårdtagarna själva gjorde.

Stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående

Enligt Socialstyrelsens uppföljning av hur stödet till anhöriga utvecklas i kommunerna har andelen kommuner som arbetar med att utveckla anhörigstöd sjunkit från 90 procent 2002 till ca 75 procent 2004. Tre stödformer fanns i över 90 procent av landets kommuner 2004. Samtliga är olika former av avlösning: korttidsboende, dagverksamhet och avlösning i hemmet. Dessa blir oftast tillgängliga efter en formell biståndsbedömning. Övriga stödformer som efterfrågades – t.ex. anhörig-cirklar, utbildning av anhörigvårdare, enskilda samtal – var inte lika vanligt förekommande som avlösningensinsatserna och hade dessutom blivit mindre vanliga jämfört med 2002. Den bredd av stödformer som fanns när den statliga satsningen Anhörig 300 avslutades visar alltså tecken på att minska. Socialstyrelsens undersökning visar också att anhörigstödet varierar mellan olika kommuner. Möjligheten för anhöriga att få del av det stöd de önskar kan alltså vara beroende av i vilken kommun de bor.

Riksdagen har i december 2005 beslutat om att förstärka stödet till anhöriga som hjälper och vårdar närstående. Totalt 105 miljoner kronor per år utgår under 2006 och 2007 för detta ändamål. Den största delen av dessa medel går till kommunerna för att de skall utveckla varaktiga former av stöd till anhöriga.

Sjukfrånvaron och arbetsskadorna ligger på en hög nivå inom äldreomsorgen jämfört med andra sektorer. Samtidigt visar rapporter att anställda inom äldreomsorgen upplever arbetet som meningsfullt. Den stora frånvaron och den stora andelen timavlönade inom äldreomsorgen inverkar menligt på kvaliteten. Dels begränsas personkontinuiteten, dels får många nyrekryterade bristfälliga arbetsvillkor.

Chefer och arbetsledare har en avgörande betydelse för verksamhetsutveckling och för att skapa en god arbetsmiljö. Enligt länsstyrelsernas tillsyn satsar flera kommuner på fler arbetsledare med mindre personalgrupper att leda. Arbetsledarna är en av de yrkesgrupper som har ökat mest sedan 2000.

En central kvalitetsfråga är tillgången på yrkeskompetent personal. Kommunerna uppger att rekryteringsläget har förbättrats mellan 2003 och 2004. Men det är fortfarande svårt att rekrytera utbildad vård- och omsorgspersonal. Av alla månadsavlönade vårdbiträden och undersköterskor som rekryterades under 2004 hade 53 procent någon vård- eller omvårdnadsutbildning.

Som ett led i arbetet med att höja kompetensen i äldreomsorgen tillkallade regeringen 2004 en kommitté, Kompetensstegen, med uppgift att utveckla principer samt utarbeta strategier för stöd till kommunerna för kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen. Under perioden 2005–2007 har riksdagen avsatt 1 050 miljoner kronor för denna satsning.

Som en del i det statliga åtgärdspaketet mot arbetslösheten görs en tvåårig satsning för att höja kompetensen för bl.a. omvårdnadspersonal. Genom denna satsning blir det möjligt för i genomsnitt 5 000 anställda per månad att genomgå en grundläggande eller specialiserad utbildning för sitt yrke, samtidigt som 5 000 arbetslösa personer i genomsnitt per månad ges anställning som vikarier. Arbetsgivarna ersätts för vikariekostnaden och upp till halva utbildningskostnaden. För åren 2006 och 2007 har riksdagen avsatt två miljarder kronor för vikarieersättningar och 480 miljoner kronor för utbildningsinsatser.

Tillgång till god vård och omsorg

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har vid flera tillfällen, på uppdrag av regeringen, följt upp och redovisat ej verkställda beslut och domar enligt socialtjänstlagen. I redovisningarnas totalsumma ingår alla ej verkställda beslut, oavsett hur lång tid som har förflutit sedan beslutet fattades. Den 31 december 2004 uppgick antalet ej verkställda beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen till 3 100, vilket var ca 1 000 fler än vid samma tidpunkt året innan. Dessa beslut avser nästan uteslutande bistånd till personer över 80 år. I december 2004 hade 34 procent av de enskilda som beviljats bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen och väntar på verkställighet, väntat i mer än tre månader på att beslutet skulle verkställas. Enligt Socialstyrelsen och länsstyrelserna går det inte att utläsa någon trend vad gäller antalet ej verkställda beslut.

De främsta orsakerna till att beslut av kommuner och landsting inte verkställs är bristande resurser samt brister i planering och uppföljning

av besluten. Att ett gynnande beslut inte verkställs kan även bero på att den enskilde tackar nej till det boende som erbjuds.

Socialstyrelsens tillsyn av hemsjukvården har visat att det finns brister i läkartillgängligheten. Även tillgången till sjuksköterskor dygnet runt varierar, vilket innebär att hemtjänstpersonalen får ta ett stort ansvar för att bedöma patienternas hälso- och sjukvårdsbehov. Det har också visat sig att läkemedelsbehandlingen av äldre ofta brister, och att man inte gör läkemedelsrevisorer i tillräckligt stor omfattning, vilket äventyrar patientsäkerheten.

Prestationer

Omfattning av kommunernas vård och omsorg

År 2004 fick 237 000 personer, 65 år och äldre, hemtjänst eller bistånd i form av särskilt boende. Det innebär att dessa insatser omfattade drygt 15 procent av de invånare som är 65 år och äldre.

Tabell 5.2 Antal och andel av befolkningen, 65 år och äldre som den 1 oktober fick insatser från hemtjänst eller i särskilt boende.

	Hemtjänst		Särskilt boende (permanent)		Totalt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
2000	120 900	7,9	118 300	7,7	239 200	15,6
2001	121 700	7,9	118 600	7,7	240 300	15,6
2002	125 200	8,2	115 500	7,5	240 700	15,7
2003	128 000	8,3	110 900	7,2	238 900	15,5
2004	132 300	8,5	104 800	6,7	237 100	15,1

Källa: Socialstyrelsen.

Det totala antalet personer som får hjälp av något slag har varit nära nog oförändrat under de senaste fem åren. Däremot var det 11 400 fler personer som fick hemtjänst (en ökning med drygt 9 procent) och 13 500 personer färre som bodde i särskilt boende (en minskning med drygt 11 procent). Med stigande ålder ökar behoven av insatser från äldreomsorgen. Det innebär att huvuddelen av äldreomsorgens hjälpmottagare återfinns bland personer som är 80 år och äldre. Drygt 178 000 personer, 80 år och äldre, fick 2004 hemtjänst eller bistånd i form av särskilt boende. Det motsvarar ca 37 procent av denna åldersgrupp. Motsvarande andel 2000 var ca 38,5 procent.

Strukturen inom vården och omsorgen om äldre

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

Tabell 5.3 Antalet kommuner som ökat respektive minskat utbudet av särskilt boende och hemtjänst i relation till befolkningen som är 80 år och äldre, 2000-2004.

	Särskilt boende			Totalt	
	Ökat*	Oförändrat	Minskat**		
Hemtjänst	Ökat*	2	31	99	132
	Oförändrat	2	33	62	97
	Minskat**	7	21	32	60
	Totalt	11	85	193	289

*Ökat=Ökad täckningsgrad 10 procent eller mer 2000-2004

**Minskat=Minskad täckningsgrad 10 procent eller mer 2000-2004.

Källa: Socialstyrelsen.

Av tabell 5.3 framgår att 193 kommuner (67 procent av kommunerna) har minskat platsantalet i särskilt boende i relation till befolkningen under den angivna perioden. Av dessa har 99 kommuner samtidigt ökat antalet personer som får hemtjänst. Om man läser tabellen på diagonalen finner man att två kommuner har ökat täckningsgraden, att i 33 kommuner är täckningsgraden oförändrad och att 32 kommuner har minskat täckningsgraden i både särskilt boende och i hemtjänsten.

Tabell 5.4 visar hur insatser i hemmet fördelar sig mellan olika timintervall (insatsnivåer). Närmare 80 procent av hemtjänstmottagarna får mellan 1 och 49 timmars hemhjälp i månaden.

Tabell 5.4 Andel personer, 65 år och äldre i ordinärt boende som erhåller hjälp (timmar hjälp per månad) 2000-2004, procent.

Antal timmar hjälp per månad	2000	2001	2002	2003	2004
1-9 timmar	35,2	37,3	37,2	38,2	38,5
10-49 timmar	41,9	42,7	42,2	41,6	41,4
50-119 timmar	15,5	15,6	15,4	15,8	17,1
120-199 timmar	2,8	2,4	2,5	2,8	2,6
200- timmar	0,6	0,5	0,7	0,8	0,5

Källa: Socialstyrelsen.

Den nationella statistiken om insatser i hemmet bygger på hur många timmar hemtjänst som kommunerna beviljar de äldre. Däremot saknas uppgifter om hur stor del av de beviljade insatserna som den enskilde faktiskt får. Socialstyrelsen har därför gjort en studie av detta. I allt för många kommuner finns det stora skillnader mellan bedömd tid för att utföra beviljade insatser och utförd tid. Detta tyder på att det finns brister i styrning, organisering och uppföljning av kommunernas vård och omsorg om äldre. Det riskerar att leda till kvalitetsbrister och rättsförluster för brukarna.

Personal

I november 2004 var ca 239 500 personer anställda inom vården och omsorgen om äldre, i kommuner och privata företag. I begreppet anställda ingår även tjänstlediga, långtidssjukskrivna och timanställda. Det finns uppskattningsvis 100 000 anställda inom landstingen som arbetar med äldre innebär att det totalt är ca 340 000 personer som i sitt arbete ger vård och omsorg till äldre.

Vård- och omsorgsarbetet är en kvinnodominerad verksamhet. Över 90 procent av dem som arbetar inom kommunernas vård och omsorg är kvinnor. Medelåldern bland de anställda i kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade är relativt hög. Det kommer att leda till många pensionsavgångar och ett ökat rekryteringsbehov under de kommande åren.

Kostnader

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre har successivt sjunkit de senaste åren. Kostnaderna, uttryckta i 2004 års priser, minskade med 1,5 miljarder kronor från 2000 till 2004. År 2004 uppgick de till 79,6 miljarder kronor. Äldreomsorgens andel av kommunernas totala kostnader, exklusive affärsverksamhet, har minskat från 21,6 procent 2000 till 21,2 procent 2004. Av de totala kostnaderna utgör särskilt boende 66 procent, medan vård och omsorg i ordinärt boende utgör 32 procent. De resterande två procenten går till öppen verksamhet som inte förutsätter ett biståndsbeslut, t.ex. kaféverksamhet och andra former av träffpunkter.

Kostnadsförändringarna inom äldreomsorgen visas i tabell 5.5 som speglar den omstrukturering som pågår i kommunerna, mot att fler får vård i hemmet samtidigt som antalet platser i särskilt boende minskar. Det innebär att kostnaderna för hemtjänst har ökat medan kostnaderna för särskilt boende har minskat. Kostnaderna för hemtjänst i ordinärt boende, inklusive korttidsboende, kommunal hemsjukvård och dagverksamhet, har ökat med mer än 17 procent mellan 2000 och 2004. Kostnaderna för vård och omsorg i särskilt boende har minskat med över 7 procent under samma period. Kostnaden per person, medianvärdet, är mer än dubbelt så stor för en person i särskilt boende som för en person med insatser i ordinärt boende. Kostnaden per person i särskilt boende har ökat väsentligt i jämförelse med motsvarande kostnad 2003.

Tabell 5.5 Kostnadsutveckling för vård och omsorg till äldre.

Miljoner kronor, löpande priser

Verksamhet	2000	2001	2002	2003	2004	Förändring 2003-2004
Vård och omsorg i ordinärt boende	18,1	20,3	22,8	24,0	25,6	7%
Vård och omsorg i särskilt boende	47,2	49,2	51,6	52,8	52,6	-4%
Öppen verksamhet	2,0	1,9	1,3	1,5	1,4	-7%
Totala kostnader	67,3	71,4	75,7	78,3	79,6	2%

Källa: Statistiska centralbyrån.

Landstingens hälso- och sjukvård för personer som är 65 år och äldre är omfattande. Sammantaget kan kommunernas och landstingens kostnader för vård och omsorg till personer som är 65 år och äldre beräknas uppgå till drygt 158 miljarder kronor, vilket motsvarar 6,5 procent av BNP 2004.⁵ De sammantagna kostnaderna mätt i fasta priser för landstingens

⁵ Den officiella statistiken innehåller inte någon åldersuppdelning av kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård. En sådan uppdelning finns däremot i Skåne läns landsting. Beräkningen baseras bl.a. på dessa uppgifter.

hälso- och sjukvård för äldre, samt kommunernas vård och omsorg om äldre, har ökat med 3,9 miljarder kronor eller 2,5 procent under perioden 2000–2004.

Sedan 2000 har kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård till äldre stadigt ökat, medan kostnaderna för den kommunala äldreomsorgen har minskat. Under perioden har man totalt sett satsat mer resurser på äldres vård och omsorg, även om man ser till hur stor andel av BNP som går till detta. Gruppen 80 år och äldre har dock ökat i snabbare takt än vad resurser har tillförts vården och omsorgen om denna grupp.

Kommunala skillnader

Variationerna mellan kommunernas kostnad för vård och omsorg om äldre är fortfarande stora. Kostnaden per invånare 2004 var dubbelt så stor i den kommun där äldreomsorgen kostade mest som i den kommun där den kostade minst. Skillnaderna i kostnad per hjälpt person var också mycket stora. Skillnaderna mellan kommunerna beror på flera faktorer, t.ex. strukturella skillnader och att kommunerna bedriver verksamheten på olika ambitions- eller effektivitetsnivå. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i en fördjupad analys belysa vad som kan förklara kostnadsökningar och kommunala kostnadsskillnader inom äldreomsorgen.

5.2 Insatser för personer med funktionshinder

Nationella mål

De nationella målen för kommunernas socialtjänst, som berör personer med funktionshinder, regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och i socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Verksamhet enligt LSS skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för personer med stora och varaktiga funktionshinder. Målet är att enskilda får möjlighet att leva som andra. Enligt SoL skall kommunerna verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Måluppfyllelse och kvalitet

Kommunala skillnader i verksamhetens omfattning

I Socialstyrelsens senaste lägesrapport om tillståndet och utvecklingen för stöd och service till människor med funktionshinder i Sverige konstateras att det finns stora variationer mellan kommuner när det gäller omfattningen av stödet och servicen till funktionshindrade. En del av variationerna kan förklaras med skillnader i befolkningens sammansättning. Kommuner som tidigare haft vårdhem och mentalsjukhus har exempelvis mer omfattande verksamheter för personer med funktionshinder än andra kommuner. Det förekommer också att vissa kommuner har enskild verksamhet med en specialinriktning och därmed har en nationell eller regional upptagning. Ett exempel på en sådan kommun är

Finspång som har en stor verksamhet för dövblinda personer vid Mo Gårds resurscenter. Socialstyrelsen konstaterar också att i kommuner där utflyttningen är stor har relativt fler personer med funktionshinder insatser enligt LSS/SoL.

Riktlinjer och andra tillämpningsfrågor

Några länsstyrelser har i sin tillsyn uppmärksammat att kommunala riktlinjer för insatser enligt LSS förekommer i större utsträckning än tidigare. Riktlinjerna verkar i vissa fall begränsande på grund av att de innehåller schablonmässiga avgränsningar för exempelvis antalet timmar som man kan beviljas ledsagarservice eller hur ofta stöd av en ledsagare kan beviljas för semesterresor.

I en rapport från Socialstyrelsen, Kompetenta föräldrar – beroende av socialtjänstens stöd, uppmärksammas andra exempel på brister i tillämpningen av lagen som kan påverka rättssäkerheten. En del föräldrar till barn med omfattande funktionshinder upplever ofta en osäkerhet om tillämpningen av lagen följer lagstiftarens intentioner. Föräldrarna ger talrika uttryck för brist på respekt och lyhördhet samt kontroll och ifrågasättande från tjänstemännens sida. De föräldrar som har positiva erfarenheter av samhällsstödet talar om frekventa kontakter mellan tjänstemän och familjen, en gemensam målsättning, en förståelse för varandras situation samt hur man gemensamt verkar för att hantera planering, uppföljning och problemlösning.

Ej verkställda beslut och domar

Sammanlagt fanns 2 448 ej verkställda beslut enligt LSS den 31 december 2004, vilket är 150 fler än året innan. Av dessa ärenden berör 40 procent barn och ungdomar, vilket är en något högre andel än deras andel av samtliga som beviljas insatser (33 procent). För 72 procent av besluten hade den enskilde vid mättillfället väntat mer än tre månader på att beslutet skulle verkställas och 61 procent hade väntat i mer än 6 månader. Antalet avslag trots bedömt behov av insatser enligt LSS var lägre både jämfört med 2001 och 2003. Antalet ej verkställda domar har minskat från 173 stycken 2001 till 108, 2004.

Enligt Socialstyrelsen och länsstyrelserna går det inte att utläsa någon trend vad gäller antalet ej verkställda beslut. De ej verkställda besluten minskade mellan 2001 och 2003 och ökade sedan 2004. Orsaken till dessa fluktuationer har inte kunnat fastställas. Endast minskningen av antalet ej verkställda domar visar på en trend över åren. Variationen mellan länen är mycket stor även efter det att hänsyn tas till befolkningens storlek. Av de ej verkställda besluten enligt socialtjänstlagen gällde 7 procent personer under 65 år vid det senaste mättillfället.

Planering och styrning av stöd till personer med psykiska funktionshinder

I och med psykiatrireformen 1995 förtydligades kommunernas ansvar när det gäller att planera och samordna de insatser som personer med funktionshinder behöver samt att utveckla boendeformer och verk-

samheter för sysselsättning. Under 2002–2004 har länsstyrelserna och Socialstyrelsen gjort en gemensam kraftsamling kring tillsynen av kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. I slutrapporten konstaterar tillsynsmyndigheterna bl.a. att psykiatrireformen inte är tillräckligt förankrad i kommunernas ledning. Lokala politiker och chefstjänstemän saknar i många kommuner kunskap om målgruppens behov av socialtjänstens insatser. Det har ändå visat sig att så gott som alla kommuner kan erbjuda verksamheter för sysselsättning och anpassade boendelösningar. En utbyggnad av dessa verksamheter pågår dessutom. Men trots ett varierat utbud av boende- och sysselsättningsinsatser får många individer inte det stöd de behöver och har rätt till. Det gäller framför allt på sysselsättningsområdet. Många människor saknar sysselsättning eller får inte tillgång till ett tillräckligt och anpassat stöd. I vissa kommuner saknar enskilda personer med psykiska funktionshinder även tillgång till en bostad med särskild service. För många saknas en individuell planering utifrån helheten av hans eller hennes behov. De brister som kvarstår behöver i första hand åtgärdas genom förbättrad planering och styrning. Förstärkning av samverkan mellan berörda huvudmän och av personalens kompetens framhålls också av tillsynsmyndigheterna, liksom behoven av en fortsatt utbyggnad av verksamheter och insatser med kvalitet för att motsvara målgruppens varierande behov.

Riksdagen beslutade hösten 2004 att avsätta 500 miljoner kronor för 2005 i syfte att förbättra möjligheterna för personer med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder att få tillgång till såväl nödvändiga vårdplatser som socialt anpassade stödinsatser i form av sysselsättning och särskilda boendeformer. En del av medlen skall även gå till att stimulera verksamhetsutveckling.

Personliga ombud ger positiva effekter

Socialstyrelsen har följt upp och utvärderat verksamheten med personliga ombud. Verksamheten finansieras med ett riktat statsbidrag om 89,5 miljoner kronor per år. Några resultat som lyfts fram i rapporten Personligt ombud 2000–2004 är att såväl behovet av slutenvård som av öppenvård har minskat bland personerna som får stöd av ett personligt ombud. Den självskattade livskvaliteten har ökat genom att den psykosociala situationen har förbättrats och den enskildes ställning har stärkts. Sammantaget pekar resultaten således på att tillgången till ett personligt ombud har varit en viktig faktor för att förändra deltagarnas hälsa och sociala situation.

Socialstyrelsen har dessutom tillsammans med Länsstyrelsen i Skåne län genomfört en utvärdering av de ekonomiska effekterna av de personliga ombudens arbete i två kommuner, Kristianstad och Lund. Enligt beräkningarna i studien Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personliga ombud, som omfattar 40 personer som har haft kontakt med ett personligt ombud i minst 18 månader, ger verksamheten med personliga ombud en besparing på 17 gånger insatsen sett över en femårsperiod. Slutsatserna bygger delvis på journaldata som har samlats in för de 5 åren innan klienterna fick kontakt med ett personligt ombud och för hela tiden efter denna tidpunkt fram t.o.m

tredje kvartalet 2004 då undersökningen genomfördes. En viktig förklaring till de minskade kostnaderna för kommunerna är enligt rapporten att öppnare vård- och behandlingsformer får en större andel av de totala kostnaderna och att dessa är mindre kostsamma än slutenvårdsinsatser.

Tillsyn av personlig assistans

I ett delbetänkande (SOU 2005:100) har den statliga Assistanskommittén kartlagt och analyserat tillsynen av insatsen personlig assistans enligt LSS och lagen om assistansersättning. Kommittén konstaterar att länsstyrelserna endast har ett fåtal tillsynsärenden per år som gäller personlig assistans och att de som förekommer i huvudsak gäller kommunalt anordnad assistans. Anmälningar och ärenden som berör utförande av personlig assistans handlar ofta om bemötandefrågor, att insatsen i allt för stor grad liknar hemtjänst, att assistansersättningen inte hanteras korrekt eller att den inte redovisas för den assistansberättigade. Länsstyrelserna tar också emot telefonsamtal om personlig assistans som vissa länsstyrelser uppfattar som en följd av bristande information till de assistansberättigade. Assistanskommittén lyfter fram möjligheterna med organiserad samverkan mellan länsstyrelse, Försäkringskassan, kommuner och landsting för att föra värdefull information om LSS vidare till kommuner och andra berörda.

Kostnader och prestationer

År 2004 hade ca 52 900 personer insatser enligt LSS, exklusive insatsen rådgivning och annat personligt stöd. Insatsen råd och stöd tillhör som regel landstingens ansvarsområde och den redovisas därför separat i statistiken. År 2004 hade 10 400 personer beviljats råd och stöd enligt LSS, vilket innebär en fortsatt minskning. I övrigt är det endast den personliga assistansen som minskar räknat i antal personer som får insatser enligt LSS. Det förklaras enligt Socialstyrelsen av att definitionen av insatsen förtydligades vid insamlingen 2004. Utöver dessa personer var omkring 12 700 personer beviljade statlig assistansersättning enligt LASS, eftersom deras grundläggande behov omfattade 20 timmar eller mer per vecka. Antalet assistansberättigade med assistansersättning har ökat kontinuerligt sedan 1999, men redovisas inte i tabell 5.5. Kvinnor representerades med en högre andel om man ser till personer som enbart beviljas personlig assistans som kommunen står för 2004, medan män var i majoritet bland personer som beviljas assistansersättning. Sedan 1999 har antalet personer med insatser enligt LSS ökat i 80 procent av landets kommuner.

År 2004 var också 16 400 personer i åldrarna 0–64 år beviljade hemtjänst enligt socialtjänstlagen (SoL) och ytterligare 5 300 personer i samma åldersintervall var beviljade särskilt boende enligt SoL. I drygt hälften av landets kommuner har insatser enligt SoL till personer under 65 år ökat sedan 1999. I ungefär var tionde kommun har det sammanlagda antalet personer med insatser enligt LSS eller SoL (0–65 år) minskat sedan 1999.

Tabell 5.5 Antal personer med beslut om insats enligt LSS, med individuell plan eller med personligt ombud, 1999–2004

Skr. 2005/06:102

Insats	1999	2002	2003	2004	Förändring 1999–2004
Daglig verksamhet	19 800	21 700	23 200	24 100	+22 %
Boende, vuxna	16 500	18 000	19 000	19 800	+20 %
Kontaktperson	13 400	14 500	15 200	16 100	+20 %
Korttidsvistelse	9 400	9 900	10 400	10 500	+12 %
Råd och stöd	18 600	11 900	11 700	10 400	-44 %
Ledsagarservice	7 400	8 500	9 200	9 400	+27 %
Personlig assistans ¹	4 500	4 300	4 300	3 900	-13 %
Avlösarservice	3 600	3 500	3 600	3 700	+3 %
Korttidstillsyn	2 800	3 400	4 000	4 400	+57 %
Boende, barn	1 200	1 200	1 300	1 300	+9 %
Individuell plan	---	---	3 200	---	---
Personligt ombud	---	1 200	2 600	3 200	+167 %

¹ Grundläggande behov mindre än 20 timmar per vecka.

Källa: Socialstyrelsen, Lägesrapport 2005 – Handikappomsorg.

Verksamhet enligt LSS finansieras av kommunerna, landstingen och staten. I de flesta län finansieras råd och stöd av landstinget. För detta utgår ett statsbidrag med 199 miljoner kronor per år. Staten finansierar merparten av assistansersättningen. Övrig verksamhet finansieras helt av kommunerna. Kommunernas kostnader för LSS uppgick 2004 till ca 26,4 miljarder kronor. I fasta priser var kostnadsökningen 17 procent mellan 2000 och 2004.

Kostnaderna varierar stort mellan landets kommuner precis som när det gäller antal personer med insatser. Kostnaden var som mest 16 gånger större i kommuner med högst kostnad jämfört med kommuner med lägst kostnad. År 2004 infördes ett utjämningsystem för LSS-kostnader. Se vidare avsnitt 3.11.

Tabell 5.6 Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionshinder, miljarder kronor, 2000–2004*Miljarder kronor, löpande priser*

Verksamhet	2000	2001	2002	2003	2004	Andel av kostnaderna 2004
Insatser enligt SoL/HSL					6,7	20,0 %
Särskilt boende	2,4	2,5	2,8	2,8	2,8	8,5 %
Ordinärt boende	2,2	2,5	2,9	3,0	3,2	9,5 %
Öppen verksamhet	-	-	0,7	0,7	0,7	2,0 %
Insatser enligt LSS och LASS					26,4	80,0 %
Bostad med särskild service	10,4	11,1	12,0	13,3	13,8	42,0 %
Daglig verksamhet	3,2	3,5	3,8	4,1	4,2	13,0 %
Personlig assistans enligt LSS och kommunernas andel av LASS	3,0	3,2	4,0	4,6	5,1	15,0 %
Övriga insatser enligt LSS	2,2	2,5	2,7	3,1	3,3	10,0 %
SUMMA	23,5	25,3	28,9	31,6	33,1	

Källa: Statistiska centralbyrån.

5.3 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.

I budgetpropositionen för 1999 satte regeringen upp målet att halvera antalet socialbidragsberoende senast 2004. Individ och familjeomsorgens (IFO) verksamhetsområde omfattar socialt arbete som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och föräldrabalken, i kommunens regi eller med kommunal finansiering. Inom individ- och familjeomsorgen vidtas insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. kvinnor och män med behov av socialbidrag, barn och familjer i socialt utsatta situationer, hemlösa, missbrukare, personer i prostitution och kvinnor som utsätts för hot och våld.

Övergripande frågor

Mer än en halv miljon människor har årligen kontakt med individ- och familjeomsorgen (IFO). Medan kostnaderna för socialtjänsten som helhet har ökat sedan slutet av 1990-talet ligger kostnaderna för IFO i stort sett kvar på samma nivå. Under 2004 uppgick kostnaderna för IFO till 26, 7 miljarder kronor, en ökning med 1,2 procent sedan 2000.

I Socialstyrelsens rapport Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2005 konstateras att verksamheten inom IFO genomgått stora förändringar och att det pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Resurserna, kompetensen, lösningarna och kostnaderna varierar dock mycket mellan kommunerna.

IFO:s ansvarsområde har i praktiken vidgats, samhällsutvecklingen och politiska beslut har gett IFO nya målgrupper. Nya behov aktualiseras också av att andra samhällsaktörer fått nya uppdrag och förändrat sina ansvarsområden. Socialstyrelsen ser en tendens till förskjutning av ansvaret för vissa grupper från andra myndigheter till individ- och familjeomsorgen.

Skillnaderna mellan kommunerna ökar. Kostnaderna per invånare är tio gånger högre i kommuner med de högsta kostnaderna jämfört med de kommuner som har de lägsta kostnaderna. Kostnadsskillnaderna har i huvudsak strukturella orsaker, men kan även bero på skillnader i ambitionsnivå och effektivitet. En särskild studie som Socialstyrelsen genomfört visar att kvalitetsaspekter är viktiga för kostnadsnivån. Tydliga mål, styrning och riktlinjer för verksamheten är viktiga delar. Även stabilitet och kontinuitet liksom en flexibel organisation som kan anpassas till enskilda individers behov poängteras. Hög personaltäthet och tillräckligt med klienttid är också viktiga faktorer som spelar in på kostnadseffektiviteten.

Ekonomiskt bistånd

Måluppfyllelse och kvalitet

Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och prövas i varje enskilt fall. Ekonomiskt bistånd är tänkt som ett yttersta skyddsnät för personer med tillfälliga försörjningsproblem. Målet är att den enskilde så snabbt som möjligt skall bryta biståndsmottagandet och försörja sig på egen hand.

Det långvariga biståndsberoendet har ökat, särskilt bland ungdomar och utrikes födda. Målet att halvera socialbidragsberoendet har ännu inte uppfyllts och kvarstår därför. Minskningen av antalet s.k. helårsekvivalenter uppgick till 26 procent mellan 1999 och 2004.

Det finns en nära koppling mellan behovet av ekonomiskt bistånd och sysselsättningsutvecklingen. I februari 2005 tillkallade regeringen en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av de insatser samhället erbjuder personer i arbetsför ålder som är beroende av socialtjänstens försörjningsstöd och som med hjälp av olika insatser bedöms kunna få ett arbete (dir. 2005:10). Utredaren skall lämna förslag på åtgärder som underlättar övergången från bidragsberoende till försörjning genom eget arbete. Övergripande utgångspunkter för utredningen är att samhällets resurser skall utnyttjas effektivt med tydliga incitament för både individ och samhälle så att etableringen på arbetsmarknaden sker utan dröjsmål. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 1 november 2006.

Antalet barn som lever i ett biståndshushåll varierar kraftigt i landet. Nästan vart fjärde barn i Malmö, men endast ett av hundra barn i Danderyd, levde i hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd. Nära en

tredjedel av alla hushåll som fick bistånd under 2004 var barnfamiljer. När föräldrar inte kan försörja sina barn genom eget arbete kan det få konsekvenser för hela familjen, speciellt om de är beroende av ekonomiskt bistånd under längre tid.

I länsstyrelsernas tillsyn 2004 konstateras att handläggningen av ekonomiskt bistånd blivit alltmer formaliserad och restriktiv, på bekostnad av individuella bedömningar.

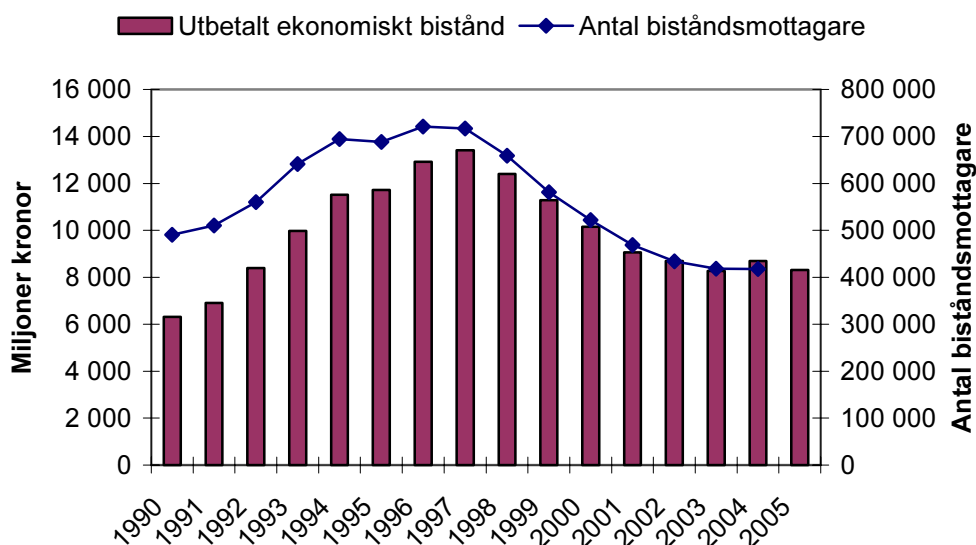
Barnets situation skall uppmärksammas också när vuxna ansöker om ekonomiskt bistånd. Regeringen gav 2005 Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa hur barnperspektivet beaktas i handläggningen av det ekonomiska biståndet. Av Socialstyrelsens årsredovisning för 2005 framgår att handläggningen fortfarande präglas av ett vuxenperspektiv och i den allt striktare behovsbedömningen riskerar barnen att inte synas.

I oktober 2005 presenterade Utredningen om vräkning och hemlöshet bland barnfamiljer sitt betänkande Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn (SOU 2005:88). Utredaren gör bedömningen att minst 1 000 barn vräktes under 2004 och konstaterar att problematiken är mångfacetterad varför det både krävs insatser inom socialtjänsten samt en förbättrad bostadspolitik.

Kostnader och prestationer

Jämfört med 1997, då kostnaderna var som störst, har kostnaderna för ekonomiskt bistånd minskat med ca 35 procent (i fasta priser). Efter flera års minskning vände dock kostnaderna för ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till flyktingar) uppåt under 2004 och ökade med knappt 5 procent. Under 2005 minskade kostnaderna återigen och då med 2 procent. Variationen mellan kommunerna är stor, från en minskning med 43 procent till en ökning med 82 procent.

Diagram 5.1 Utbetalt ekonomiskt bistånd samt antal biståndsmottagare, 1990-2005.



Källa: Socialstyrelsen.

Uppgifter över antal biståndsmottagare finns ännu bara fram till 2004. Under 2004 ökade antalet personer med långvarigt ekonomiskt bistånd med 10 procent. Biståndsmottagarna är ofta unga. Under 2004 var nästan 40 procent av dessa i åldern 18–29 år, en liten ökning jämfört med 2003. Även utrikes födda är överrepresenterade. Drygt 42 procent av det ekonomiska biståndet betalades ut till hushåll med minst en utrikes född.

Av Socialstyrelsens lägesrapport 2005 framgår att många faktorer som kommunerna inte råar över påverkar kostnaderna för IFO. Förändringar i andra myndigheters agerande är tydliga exempel, som arbetsförmedlingens och försäkringskassans omdefinitioner och förändrade bedömningsgrunder kring ersättningar och insatser för arbetslösa och sjuka.

Barn och ungdom

Måluppfyllelse och kvalitet

Bilden av barn- och ungdomsvården är sammansatt. Generellt sett har det under senare år skett stora positiva förändringar, med ett tydligare barnperspektiv, mer delaktighet för de berörda, mer varierande insatser, en tydligare struktur i handläggningen och en satsning på att nå familjer med erbjudanden om stöd i ett tidigare skede än tidigare. Problemen med att rekrytera personal finns inte längre. Ibland ges insatserna utan föregående utredning och biståndsprövning, och därmed utan krav på dokumentation och uppföljning. Bristande krav på dokumentation kan dock leda till sämre uppföljningsmöjligheter och rättsosäkerhet. Det finns även en trend att göra färre utredningar, men med bättre kvalitet och ökad delaktighet. Det stora intresset för nya utredningsmetoder och det strukturerade systemet Barns behov i centrum (BBIC) för utredning och uppföljning är tecken på en sådan utveckling.

Den sociala barn- och ungdomsvårdskommittén överlämnade nyligen sitt betänkande (SOU 2005:81). Kommittén föreslår en handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården med fokus på tidigt stöd, kompetenta utredningar, vård och uppföljning av god kvalitet samt en verksamhet som vilar på kunskap och beprövad erfarenhet. Betänkandet har remissbehandlats och bereds inom regeringskansliet.

Värdet av vård i familjehem eller HVB (hem för vård och boende) för barn som behöver stöd och skydd är en fråga som fått ökad uppmärksamhet under senare tid. Här pågår ett utvecklingsarbete i kommunerna, med fokus på barnens situation, planering och uppföljning. I en del kommuner finns socialsekreterare med särskilt ansvar för kontakterna med HVB för att förbättra kvaliteten genom ökad samverkan och styrning. Familjehemsverksamheten förstärks också på olika sätt, t.ex. genom ett utökat stöd till familjehemmen i form av utbildning och handledning, och i vissa fall med kompletterande behandlingsinsatser för familjehemsplacerade ungdomar. Länsstyrelserna tar dock i tillsynsrapporten 2005 upp att många kommuner har svårigheter att rekrytera familjehem.

Kommunernas kostnader för barn- och ungdomsvården fortsätter att öka. Under 2004 var kostnaderna för insatser på området ca 10,9 miljarder kronor. Mellan 2000 och 2004 har kostnaderna ökat med 18 procent mätt i fasta priser. Mest ökade kostnaderna för vård i familjehem, som ökade med 20,3 procent. Institutionsvården ökade med 9,6 procent. Kommunernas kostnader varierar dock stort.

Under 2004 ökade de omedelbara omhändertagandena av barn med ca 11 procent jämfört med 2003. Ökningen var särskilt stor när det gäller tonårsflickor (13–17 år), sett ur ett längre perspektiv. Det finns anledning att noga följa utvecklingen för flickorna vars situation visar flera problematiska tecken.

Tabell 5.7 Kommunernas kostnader för placering av barn och unga

Miljoner kronor, löpande priser

	2000	2001	2002	2003	2004
Institutionsvård	3 582	3 927	4 313	4 581	4 533
Familjehemsvård	2 325	2 514	2 710	3 038	3 179
Summa	5 907	6 441	7 023	7 619	7 712
Öppna insatser	2 156	2 359	2 753	2 975	3 199
Totalt	8 063	8 800	9 776	10 594	10 911

Källa: Statistiska centralbyrån.

Den 1 november 2004 hade 28 600 barn minst en registrerad öppenvårdsinsats. Antalet barn som får öppenvårdsinsatser har inte ökat de senaste åren men antalet öppenvårdsinsatser har ökat markant, vilket kan beror på att varje barn får fler insatser. Sedan 2000 har insatser i form av strukturerade öppenvårdsprogram ökat med 57 procent.

Den 1 november 2004 var nästan 14 900 barn och ungdomar placerade i heldygnsvård. Antalet placerade någon gång under 2004 var drygt 20 200. Det pågår ett arbete ute i kommunerna för att utveckla vården i familjehem och hem för vård och boende (HVB), med fokus på barnens situation, planering och uppföljning. Länsstyrelserna tar i sin tillsynsrapport för 2005 upp att många kommuner har svårigheter att rekrytera familjehem.

Tabell 5.8 Antal och andel barn och unga i befolkningen med öppenvårds- och heldygnsinsatser

Ålder	Öppenvårdsinsatser			Heldygnsinsatser		
	Totalt	Andel		Totalt	Andel	
		pojkar	flickor		pojkar	flickor
0-12	13 983	55 %	45 %	5 300	54 %	46 %
13-17	10 877	55 %	45 %	6 861	52 %	48 %
18-20	3 751	52 %	48 %	2 765	56 %	44 %
Totalt	28 611	55 %	45 %	14 926	53 %	47 %

Källa: Socialstyrelsen.

Måluppfyllelse och kvalitet

Av Socialstyrelsens lägesrapport 2005 framgår att familjerättens utredningar om vårdnad, boende och umgänge har blivit mer komplicerade. Många gånger handlar det om komplexa problem i familjer med våld, missbruk, sociala problem eller psykisk sjukdom, vilket innebär att många barn far illa när föräldrarna tvistar. Det pågår allt oftare flera utredningar parallellt med familjerättens utredning, t.ex. barnavårdsutredning, barn- och ungdomspsykiatrisk utredning eller polisutredning.

Det är stora skillnader mellan kommuner avseende väntetider, utredningstider, samtal med barn och uppföljning. Omkring 50 000 barn berörs årligen av föräldrarnas separation. Länsstyrelserna konstaterar i sin tillsyn 2005 att barnperspektivet och hur barnets bästa tas till vara har utvecklats positivt, men har fortfarande brister. Flera kommuner har verksamhet till stöd för barn i samband med separation. Det konstateras att det kan vara svårt för kommunerna att rekrytera kontaktpersoner för övervakat umgänge och att en stor omsättning av kontaktpersoner leder till otrygghet för barnet.

Under 2004 gjordes ca 2 000 medgivandeutredningar för utlandsadoptioner, en ökning med 150 från 2003. Totalt adopterades 992 barn. Under 2004 lämnades 188 yttranden över nationella adoptioner, de flesta avseende styvbarnsadoptioner. Socialstyrelsen har kartlagt den tid det tar från det att de sökande kontaktar socialnämnden till att socialnämnden fattar beslut i ärendet. Den genomsnittliga tiden är 7,5 månader men variationerna är stora mellan kommunerna.

Familjerådgivning*Måluppfyllelse och kvalitet*

Efterfrågan på familjerådgivning fortsätter att öka. Under 2004 ökade antalet ärenden med sju procent. Väntetiderna varierar mellan kommunerna, från en till åtta veckor för första besöket. Småbarnsfamiljer, familjer som väntar barn och familjer där det förekommit våld prioriteras i regel. Avgifterna för familjerådgivning varierar från noll till 500 kr per samtal. De flesta par som söker familjerådgivning gör det för att fortsätta att leva tillsammans.

Kostnader och prestationer

Kostnaderna för socialtjänstens arbete med familjerådgivning, fastställande av faderskap/moderskap, samarbetsavtal, utredning samt avtal om vårdnad, boende och umgänge uppgick till 461 miljoner kronor under 2004. Kostnaderna har ökat med drygt 11 procent sedan 2000 mätt i fasta priser. De varierar dock kraftigt mellan kommunerna. Vissa kommuner har inga kostnader alls medan någon har en kostnad om 1 406 kr per barn.

Måluppfyllelse och kvalitet

Utredningen Personer med tungt missbruk (SOU 2005:82) uppskattar att drygt 100 000 personer har ett tungt alkohol- respektive narkotikamissbruk. Personer med tungt missbruk är en utsatt och sårbar grupp, med väsentligt större sjuklighet och dödlighet än andra grupper. Omkring 90 procent av dem som injicerar narkotika bär på hepatit C. Enligt Socialstyrelsens register mer än fördubblades den narkotikarelaterade dödligheten under 1990-talet. Sammantaget innebär utvecklingen en ökad belastning på bl.a. socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Det är stora skillnader mellan kommunerna när det gäller organisation och dimensionering av och personaltäthet i missbrukarvården. Personer som har både ett missbruk och psykiska störningar tillhör dem som enligt bl.a. Socialstyrelsen har svårast att få sina behov tillgodosedda.

För att stimulera kommunerna att utveckla och stärka missbrukarvården har riksdagen avsatt 820 miljoner kronor under 2005–2007. Av dessa är 300 miljoner kronor avsatta för att stärka vårdkedjan i anslutning till tvångsvården, 400 miljoner kronor utgår till kommunerna som ett särskilt statsbidrag för att ge bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk samt 120 miljoner kronor för insatser inom kriminalvården. Statsbidraget skall användas till att utveckla arbetssätt och organisation, bl.a. införande av lokala behandlingsgarantier. Den omfattande satsningen har enligt Socialstyrelsen redan visat positiva effekter.

Staten lämnar därutöver stöd till kommuner och landsting för insatser mot alkohol- och drogmissbruk med omkring 500 miljoner kronor årligen i form av särskilda tidsbegränsade statsbidrag.

Under hösten 2005 presenterade regeringen en nationell alkoholhandlingsplan och en nationell narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010. För att genomföra de särskilda satsningarna som föreslås i planerna har riksdagen beslutat att avsätta 250 miljoner kronor för 2006. Regeringen avser att föreslå riksdagen att ytterligare 260 miljoner kronor avsätts för 2007.

Kostnader och prestationer

Kommunernas samlade kostnader för missbrukarvården uppgår till ca 4,5 miljarder kronor. Sedan 2000 har kostnaderna ökat med 9,6 procent mätt i fasta priser. Öppna insatser har ökat med drygt 28 procent, varav boende som bistånd med 68 procent. Enligt preliminära beräkningar inom ramen för Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för missbrukarvården uppskattas att ungefär en tredjedel av kostnaderna för kommunernas barn- och ungdomsvård samt ca 15 procent av kostnaderna för ekonomiskt bistånd är missbruksrelaterade.

Tabell 5.9 Kommunernas kostnader för missbrukarvården, vuxna

Skr. 2005/06:102

Miljoner kronor, löpande priser

	2000	2001	2002	2003	2004
Institutionsvård	1 883	1 994	1 951	2 187	2 046
Familjehemsvård	132	130	119	132	129
Summa dygnet-runt vård	2 015	2 124	2 070	2 070	2 175
Öppen vård	1 645	1 813	1 906	2 244	2 424
Totalt dygnet-runt- och öppenvårdsinsatser	3 660	3 936	3 976	4 562	4 599

Källa: Statistiska centralbyrån.

Antalet personer med missbruksproblem som fått bistånd till vård har i stor sett legat på samma nivå under de senaste fem åren. Fler får insatser inom öppenvården och färre får dygnsvård, i familjehem eller på institution.

Den 1 november 2004 fanns nästan 3 200 personer i heldygnsvård, vilket är en minskning med knappt 10 procent sedan 2003. I de flesta fall var vården frivillig, bara sex procent av dem med heldygnsvård vårdades enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Den 1 november 2004 fick knappt 12 000 personer behovsprövade öppna insatser på grund av missbruk. Under hela året gavs det sammanlagt närmare 25 000 öppenvårdsinsatser.

Tabell 5.10 Antal vuxna i missbrukarvård*Den 1 november respektive år*

	2000	2001	2002	2003	2004
Individuellt behovsprövad öppenvård	11 477	10 287	10 987	11 221	11 931
- kvinnor	3 542	3 064	3 323	3 435	3 606
- män	7 935	7 223	7 664	7 786	8 325
Bistånd för boende	5 756	5 628	5 928	6 276	6 154
- kvinnor	1 483	1 362	1 389	1 474	1 437
- män	4 273	4 266	4 539	4 802	4 717
Frivillig institutionsvård	2 404	2 388	3 084	3 120	2 781
- kvinnor	842	794	759	800	695
- män	2 404	2 388	2 325	2 320	2 086
Tvångsvård på institution ¹	269	302	289	226	206
- kvinnor	82	79	94	74	66
- män	187	223	195	152	140

¹ Inkl. familjehemsvård LVM

Källa: Socialstyrelsen.

Hemlöshet

Den senaste kartläggningen av hemlöshet genomfördes 2005 av Socialstyrelsen. Som hemlös brukar den räknas som saknar egen eller förhyrd bostad och som inte bor i något stadigvarande inneboende förhållande eller andrahandsboende samt är hänvisad till tillfälliga boendeanternativ eller är uteliggare. Kartläggningen visar att antalet personer utan egen bostad har ökat i Sverige under de senaste åren. Minst 17 800 personer

var hemlösa under vecka 17, 2005. Det finns hemlösa personer i 86 procent av landets kommuner, men problemen är störst i Stockholm, Göteborg och Malmö. Tre fjärdedelar av personerna är män. Merparten är födda i Sverige, men personer med utländsk bakgrund är överrepresenterade. Av de 17 800 hemlösa personerna befinner sig 3 600 i en akut situation. De sover ute eller bor tillfälligt på t.ex. härbärgen, kvinnojourer eller campingplatser.

I februari 2005 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta det utvecklingsarbete man bedrivit på regeringens uppdrag sedan 2002. Arbetet syftar till att ta fram kunskap om problemets omfattning, karaktär samt verk samma metoder för att långsiktigt komma till rätta med problem som är kopplade till hemlöshet. Utvecklingsarbetet skall ske i nära samarbete med kommuner, frivilligorganisationer, hälso- och sjukvård och bostadsföretag.

De flesta hemlösa har andra problem utöver bristen på bostad. Många har missbruksproblem och/eller psykiska problem. De åtgärder som regeringen genomför för att förbättra missbrukarvården och den psykiatriska vården har därför stor betydelse för att komma till rätta med hemlösheten.

Våld mot kvinnor

Våld mot kvinnor är ett allvarligt samhällsproblem och ett hot mot kvinnors hälsa och välbefinnande. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen ansvar för att våldsutsatta kvinnor får det stöd de behöver. Enligt både Socialstyrelsen och länsstyrelserna har det skett en positiv utveckling av socialtjänstens arbete med stöd till våldsutsatta kvinnor de senaste åren. Det finns idag handlingsplaner för arbetet med våldsutsatta kvinnor i 70 procent av landets kommuner.

Det finns en omfattande ideell verksamhet med fokus på mäns våld mot kvinnor. Det finns ca 160 kvinnojourer och 40 tjejjourer i landet. Många kommuner har också inrättat verksamheter för barn som bevittnat våld. Mottagningarna för våldsbenägna män har ökat och finns idag på ett 25-tal platser i landet.

Enligt länsstyrelsernas tillsynsrapport 2005 konstateras att barnen inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning i fall där kvinnor utsatts för våld. Det är vanligt att barnen är närvarande när kvinnor misshandlas men att deras situation inte uppmärksammas. Det konstateras också att kvinnor med psykiska funktionshinder eller missbruk behöver uppmärksammas mer.

Även om arbetet har förbättrats finns det dock fortfarande mycket kvar att göra. Regeringen har tillkallat en särskild utredare för att göra en översyn av socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor (dir. 2005:32). Utredaren skall kartlägga och analysera hur kommunernas stöd till våldsutsatta kvinnor och deras barn ser ut och bl.a. lämna förslag till hur socialtjänstens stöd kan stärkas och förbättras. Uppdraget skall redovisas i juni 2006. För 2003-2007 har riksdagen avsatt 180 miljoner kronor på att utveckla olika insatser mot hedersrelaterat våld.

I december 2005 beslutade riksdagen om en särskild satsning för att öka stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn. Totalt 81,5 miljoner kronor satsas på kvinnojourverksamhet. Av dessa skall 77,5 miljoner

kronor fördelas av länsstyrelserna till kvinnojoursverksamhet. Resterande 4 miljoner kronor skall fördelas till riksorganisationer som organiserar ideella kvinno- och tjejjourer. Kommunerna kan tillsammans med ideella kvinno-, tjej- och brottsofferjourer ansöka om medel hos länsstyrelsen.

Även ideella jourer i kommuner som inte är villiga att göra en gemensam ansökan kan efter en prövning av länsstyrelsen beviljas medel. En kommun där det saknas verksamhet för våldsutsatta kvinnor kan också på egen hand ansöka om medel för uppbyggnad av sådan verksamhet.

Prostitution och människohandel

Kommunerna har det yttersta ansvaret för dem som vistas i kommunen. Detta ansvar inbegriper självklart även personer i prostitution och offer för människohandel. Regeringen har tillsatt en interdepartemental arbetsgrupp som har utarbetat ett förslag till en nationell handlingsplan för det fortsatta arbetet med att bekämpa prostitution och handel med människor för sexuella ändamål, särskilt kvinnor och barn. Förslaget presenterades i mars 2006. Många av förslagen har bäring på kommunernas ansvar för dessa utsatta grupper.

6 Förskoleverksamhet, skolbarnomsorg, skola och vuxenutbildning

I kapitlet redovisas förskoleverksamhet, skolbarnomsorg, förskoleklass, grundskola, obligatorisk särskola, gymnasieskola och gymnasiesärskola. Sameskolans och specialskolans verksamhet är statlig och redovisas inte i denna skrivelse. De statistiska uppgifterna som avser 2005 bygger på preliminär statistik och kan komma att ändras.

6.1 Förskoleverksamhet och skolbarnomsorg

Förskoleverksamhet omfattar förskola och familjedaghem som vänder sig till barn i åldrarna 1–5 år samt öppen förskola. Skolbarnomsorgen 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.

Proposition om förskolan

Regeringen presenterade i september 2004 en förskoleproposition, *Kvalitet i förskolan* (prop. 2004/05:11). Propositionen innehåller ett antal förslag och bedömningar som syftar till att öka kvaliteten i förskolan. För att stödja kommunerna i arbetet med att utveckla förskolans kvalitet har ett särskilt statsbidrag till personalförstärkning i förskolan införts. Målet med bidraget är att öka personaltätheten i förskolan och ge förutsättningar för att minska barngruppernas storlek. Bidraget är treårigt och omfattar en miljard kronor 2005 och 2 miljarder kronor per år 2006 och 2007. Därefter skall bidraget inordnas i det generella statsbidraget till kommunerna.

Genom bidraget kan antalet anställda i förskolan öka med 6 000 förskollärare, barnskötare och annan personal. Utformningen av statsbidraget överensstämmer till stor del med den som gäller för bidraget till personalförstärkning i skola och fritidshem. Regelverket har hållits så enkelt som möjligt utan att göra avkall på tydliga mål och möjlighet till en ändamålsenlig uppföljning. Bidraget fördelas med barnomsorgsmodellen i kostnadsutjämningsystemet som grund. Skolverket kommer att följa upp det första bidragsåret under hösten 2006.

I förskolepropositionen gör regeringen bedömningen att förskolan bör göras till en egen skolform som bl.a. innebär att förskolan ska ledas av en rektor och lärare ska ha det övergripande pedagogiska ansvaret. Ett sådant förslag skulle ytterligare bekräfta förskolans roll som det första steget i det livslånga lärandet.

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

Skollagen (1985:1100) föreskriver att kommunerna är skyldiga att tillhandahålla förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för barn i åldrarna 1 t.o.m. 12 år i den omfattning det behövs med hänsyn till föräldrarnas förvärvsarbete eller studier eller barnets eget behov. 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, vars föräldrar är arbetslösa eller föräldralediga för vård av annat barn, omfattas också av kommunernas skyldighet att tillhandahålla plats i minst 15 timmar per vecka. Barn i åldern 4-5 år har rätt till avgiftsfri allmän förskola under minst 525 timmar per år.

Måluppfyllelse och kvalitet

Måluppfyllelse

Enligt läroplanen för förskolan skall man bedöma hur verksamheten utvecklas i relation till strävansmålen. Drygt hälften av landets kommuner har tagit initiativ till egna utvärderingar i relation till läroplanens mål. I många kommuner genomförs enkätundersökningar där föräldrar får svara på frågor om hur de uppfattar förskolans verksamhet. Föräldrar är i hög grad nöjda med den omsorgsform deras barn deltar i. Detta bekräftas även av svenskt kvalitetsindex där kundnöjdheten är på hög nivå.

Svensk förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg framhålls ofta som ett internationellt föredöme såväl inom EU som i andra 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.

Statens skolverk har i sin tillsyn kunnat konstatera att förskolornas arbete med barnens utveckling och lärande överlag är av god kvalitet i förhållande till läroplanens mål. När det gäller fritidshemmen konstaterar Skolverket att i de flesta fall erbjuds en varierad verksamhet med såväl fri lek som planerade aktiviteter. För att fritidshemmet ska kunna komplettera skolan är det väsentligt att personalen har möjlighet att

planera och reflektera över den egna verksamheten. Denna möjlighet finns inte i samtliga inspekterade kommuner. Från hösten 2005 omfattas kommunernas förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg av kravet på kvalitetsredovisningar. Syftet är att främja ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete och att vara ett stöd i ett ständigt pågående förbättringsarbete.

Behovstäckning

Skolverket följer vart annat år upp hur kommunerna uppfyller kravet på plats utan oskäligt dröjsmål. Uppföljningen för 2005 visar att nästan alla kommuner uppfyllde detta. Skolverkets tillsyn visar att kommunernas ekonomiska situation kan påverka i vilken utsträckning kommunerna fullgör denna skyldighet. Det ökande barnantalet ställer krav på utbyggnad av förskoleverksamhet i många kommuner.

Barngruppernas storlek och personaltäthet

Barngruppernas storlek har stabiliserats på en hög nivå jämfört med 1990-talets början. Det genomsnittliga antalet barn per avdelning har minskat med 0,2 barn per avdelning till 17,0. I hälften av grupperna fanns mellan 16 och 20 barn. Den genomsnittliga gruppstorleken är minst i små kommuner. I småbarnsavdelningarna (barn i åldern 1–3 år) är gruppstorlekarna mindre och i 40 procent av dessa grupper fanns färre än 14 barn. Resultatet från en nationell utvärdering av förskolan som Skolverket genomfört (Förskola i brytningstid, 2004) visar att det främst är ekonomiska prioriteringar som avgör barngruppernas storlek. Faktorer som personalens kompetens, upptagningsområdets karaktär och pedagogiska mål samt ambitioner uppges ha minst betydelse. Antalet barn per årsarbetare har ökat i förskolan sedan början av 1990-talet. Ökningen har dock avstannat de senaste åren och 2005 minskade antalet barn per årsarbetare med 0,2 till 5,2. En viktig förklaring till förbättringen är det tillskott av personal som finansierats med statsbidraget till personalförstärkning i förskolan. Skillnaderna mellan olika kommuner är stora, men har minskat något. I 80 procent av kommunerna är personaltätheten mellan 4,8–5,8 barn per årsarbetare.

Uppföljning av reformen maxtaxa allmän förskola m.m.

Skolverkets årliga uppföljning av reformen maxtaxa och allmän förskola m.m. visar på små förändringar jämfört med året innan i användningen av statsbidraget för kvalitetssäkrande åtgärder i förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg. Statsbidraget omfattar 500 miljoner kronor och får användas till både personalförstärkningar och kompetensutveckling. Under 2005 har totalt 430 miljoner kronor av statsbidraget använts till personalförstärkningar, vilket är en minskning med 15 miljoner kronor jämfört med 2004. Merparten, 450 miljoner kronor, har använts i förskoleverksamheten.

Skolverket genomför regelbundet en föräldraenkät för att bl.a. undersöka närvarotider och föräldrarnas uppfattning om sina barns

omsorgsform. Enkäten från 2005 visar på små förändringar jämfört med den som gjordes 2002. De allra flesta föräldrarna är nöjda med sina barns nuvarande omsorgsform. Den genomsnittliga närvarotiden har minskat i och med att antalet barn till arbetslösa och föräldralediga har ökat. Närvarotiden för barn vars föräldrar arbetar eller studerar är oförändrad.

Fritidshemmen

Personaltätheten i fritidshemmen halverades nästan mellan 1990 och 1998. Hösten 2005 var antalet barn per årsarbetare 18,6 vilket är en försämring med 0,4 jämfört med året innan. Spridningen i gruppstorlekar, personaltäthet och personalens utbildningsnivå är dock så stor mellan landets olika fritidshem att innehållet och kvaliteten i verksamheterna varierar så mycket att likvärdigheten kan ifrågasättas.

I en rapport från Skolverket 2003 konstateras att den negativa bild som tecknades i rapport från 1998 rent av hade förvärrats och att kvaliteten på fritidshemmen är hotad. Myndighetens har också ifrågasatt om huvudmännen vid planeringen utgår ifrån skollagens formuleringar om att fritidshemmens uppgift är att erbjuda en meningsfull fritid, att komplettera skolan och ge stöd till barnens utveckling. Detta innefattar mer än trygghet och omsorg – barnen ska lära sig något – inte bara förvaras. I lägesbedömningen 2005 konstaterar Skolverket att gruppstorlekarna fortsatt att öka. System för planering, styrning, uppföljning och utvärdering krävs för att bedöma måluppfyllelsen mot de nationella målen. Samtidigt har det i myndighetens inspektioner visat sig att skolbarnsomsorgen sällan finns med i kommunernas måldokument och kvalitetsredovisningar.

Personaltätheten har ökat i skolan men den har fortsatt minska i fritidshemmen. Regeringen har betonat fritidshemmens viktiga roll och framhållit att det särskilda bidraget till personalförstärkningar även är till för att öka personaltätheten i fritidshemmen. Kommunerna har dock valt att inte rikta detta bidrag till fritidshemmen i någon större utsträckning. Inte heller kvalitetssäkringsmedlen i maxtaxan har riktats till fritidshemmen i någon större grad.

Personalens utbildningsnivå

Behovet av personal i förskolan kommer enligt Skolverkets bedömning att öka. Andelen personal med pedagogisk högskoleutbildning i kommunal förskola är oförändrat och i genomsnitt 51 procent 2005. För förskola i enskild regi har andelen minskat till ett genomsnitt på 44 procent 2005. I fritidshemmen är andelen högskoleutbildad personal 59 procent 2005. Antalet anställda i förskolan har ökat med knappt 5 000 personer. Hälften av ökningen är ett resultat av det ökade antalet inskrivna barn och den andra hälften beror på ökad personaltäthet.

Tabell 6.1 Antal årsarbetare samt andel årsarbetare med pedagogisk utbildning

Skr. 2005/06:102

År	Förskola antal	Årsarbetare		
		Förskola andel ped.	Fritidshem antal.	Fritidshem andel ped.
2001	58 690	51 %	19 379	59 %
2002	63 104	49 %	19 107	57 %
2003	65 498	51 %	18 778	58 %
2004	67 328	51 %	17 937	60 %
2005	72 257	51 %	17 414	59 %

Källa: Skolverket.

Avgifter förskola och fritidshem

Alla landets kommuner har infört maxtaxa i förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. Skolverkets kartläggning av avgifterna "Avgifter i förskola och fritidshem 2004" visar att allt fler kommuner (80 procent) tar ut avgift tolv månader om året. Mer än hälften av kommunerna har också tagit bort tidsintervallen i taxan och infört så kallad enhetstaxa. Även detta är en ökning jämfört med 2002. Den allmänna förskolan för fyra- och femåringarna skall vara avgiftsfri och kommunerna har bara rätt att ta ut avgift för den del av verksamheten som överstiger 525 timmar per år. Hur avgiften reduceras för dessa barn varierar mellan kommunerna. Medelkommunen gör ett avdrag på 31 procent av avgiften för de barn som är i förskolan 40 timmar i veckan.

Barn till arbetslösa och föräldralediga skall erbjudas minst 15 timmars förskoleverksamhet i veckan. Endast ett fåtal kommuner ger dessa barn möjlighet till en längre vistelsetid.

Kostnad och prestationer

Inskrivna barn

Andelen inskrivna barn i förskolan har successivt ökat under de senaste fem åren och är nu 77 procent av 1-5 åringarna. Antalet inskrivna barn i förskolan har ökat med 13 000 till 379 000 sedan året innan. En stor del av ökningen kan förklaras av att antalet barn har ökat. Skillnaderna mellan kommunerna minskar och i 8 av 10 kommuner är mellan 65 och 82 procent inskrivna. Andelen inskrivna 1-5 åringar i familjedaghem har minskat med en procentenhet till sex procent. Antalet barn inom skolbarnsomsorgen minskade med 16 000 till 326 000 barn mellan 2004 och 2005. Minskningen är ett resultat av att antalet 6–12 åringar minskar.

Tabell 6.2 Andel barn inskrivna i förskoleverksamhet och skolbarnomsorg i respektive åldersgrupp

Skr. 2005/06:102

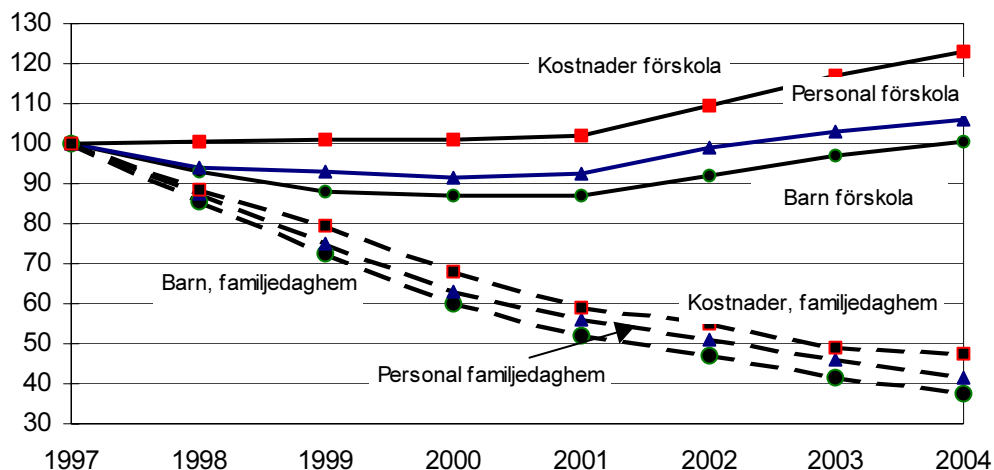
År	Åldersgrupp 1-5 år	Åldersgrupp 6-9 år	Åldersgrupp 10-12 år
2001	77	69	9
2002	80	75	9
2003	82	74	10
2004	83	74	10
2005	83	77	11

Källa: Skolverket.

Kostnader för verksamheten

Den totala kostnaden för förskolan uppgick 2004 till drygt 34 miljarder kronor. Personalkostnadens andel av den totala i den kommunala förskolan har ökat från 71 procent 1998 till 75 procent 2004. Avgiftsfinansieringen var i genomsnitt 8 procent. Den totala kostnaden för fritidshem 2004 var drygt 10 miljarder kronor. För fritidshemmen har personalkostnaden ökat från 72 procent till 73 procent mellan 1998 och 2004. Avgiftsfinansieringen var i genomsnitt 16 procent. För 2004 fick kommunerna 3 660 miljoner kronor i statsbidrag som ersättning för de minskade avgiftsintäkter maxtaxan innebar samt till kvalitetssäkrande åtgärder.

Diagram 6.1 Utveckling inom förskolan



Indexerad utveckling av antalet inskrivna barn och personal i årsarbetskrafter inom förskola och antal dagbarnvårdare i familjedaghem hösten 1997-hösten 2004 samt kostnadsutveckling kalenderåren 1997-2004. Index, 1997=100.

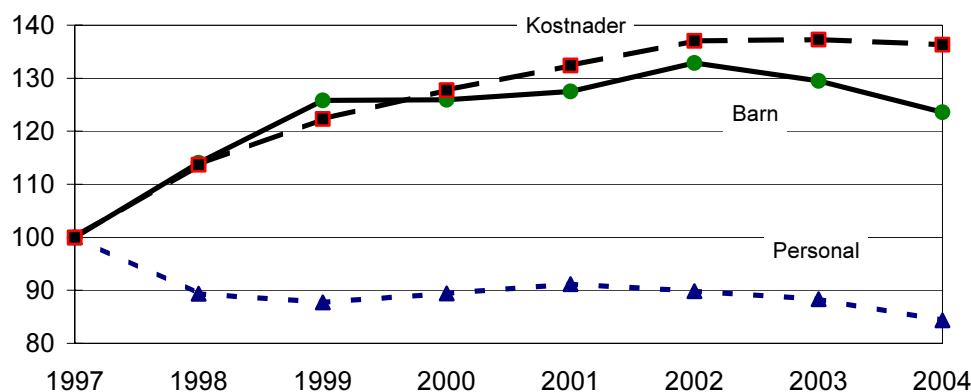
Källa: Skolverkets lägesbedömning 2005 (rapport 264).

Kostnad per barn

Ett inskrivet barn i förskolan kostade 2004 i genomsnitt 94 700 kronor, en ökning med 1 300 kronor jämfört med året innan. Motsvarande siffra för barn i familjedaghem är 78 000 kronor vilket är en ökning med 6 100 jämfört med året innan. Ett inskrivet barn i fritidshem 2004 kostade i genomsnitt 31 400 kronor vilket är en ökning med 1 000 kr jämfört med

2003. I fritidshemmen har antalet anställda inte följt utvecklingen av antalet inskrivna barn. Skr. 2005/06:102

Diagram 6.2 Utveckling i fritidshem



Indexerad utveckling av antalet inskrivna barn och personal (i årsarbetskrafter) inom fritidshemmen hösten 1997-hösten 2004 samt kostnadsutveckling kalenderåren 1997-2004. Index, 1997=100.

Källa: Skolverkets lägesbedömning 2005 (rapport 264).

6.2 Förskoleklass

Förskoleklassen är en frivillig skolform inom det offentliga skolväsendet och verksamheten skall betraktas som undervisning i samma mening som i övriga skolformer. En avsikt med förskoleklassreformen som innebar integration av förskola, skola och fritidshem var att implementera förskolans pedagogiska tradition i skolan, så att lek, skapande och barnens eget utforskande ges större utrymme. Skolverkets utvärdering av reformen visar dock att sexåringarna har fått en mer kunskapsorienterad och ämnesindelad verksamhet än vad som var tänkt. 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.

Nationella mål

Hösterterminen 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 15 timmar i veckan eller 525 timmar per år och vara avgiftsfri för sexåringar den tiden. Enligt skollagen (1985:1100) skall utbildningen i förskoleklassen stimulera varje barns utveckling och lärande samt ligga till grund för fortsatt skolgång. Från 1998 gäller Lpo 94 även förskoleklassen, vilket innebär att grundskolan och förskoleklassen har en gemensam läroplan. Där anges värdegrund tillsammans med mål att sträva mot och riktlinjer. Läroplanen skall stödja integrationen av förskoleklassen, den obligatoriska skolan och fritidshemmet.

Många kommuner har valt att integrera förskoleklassen med grundskolan. Kvaliteten på undervisningen i förskoleklassen är delvis kopplad till personalens utbildningsgrad. Personal med pedagogisk högskoleutbildning är viktig för att verksamheten i förskoleklassen skall bli mer planerad, målstyrd och differentierad. Andelen pedagogiskt högskoleutbildad personal i förskoleklassen ligger fortfarande på en relativt hög nivå. För läsåret 2005/06 är andelen i den kommunala förskoleklassen 86 procent, vilket är ökning med en procentenhet. Skillnaderna mellan kommunerna är stor, i åtta av tio kommuner varierar andelen högskoleutbildad personal mellan 56 och närmare 100 procent. Andelen personal med pedagogisk högskoleutbildning i fristående skolor var i genomsnitt 65 procent vilket är en ökning med tre procentenheter.

Kostnader och prestationer

Läsåret 2005/06 går 88 407 barn i förskoleklass, vilket är en minskning med 900 barn jämfört med föregående läsår. Sju procent av eleverna går i förskoleklass med annan huvudman än kommunal. 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 i stort sett oförändrat sedan ett par läsår tillbaka och utgör ungefär en procent av det totala antalet. Den genomsnittliga personaltätheten i kommunal förskoleklass har minskat i jämförelse med föregående läsår och uppgår läsåret 2005/06 till 7,1 årsarbetare per 100 barn. Personaltätheten i fristående skolor är något högre, 7,7 årsarbetare per 100 barn. Skillnaderna mellan kommunerna är stora. 80 procent av kommunerna ligger inom intervallet 9,6 – 5,2 årsarbetare per hundra elever. Kostnaden för förskoleklass uppgick 2004 till 3,8 miljarder kronor, vilket motsvarar tre procent av skolväsendets totala kostnader. Resurserna för förskoleklass har minskat med 100 miljoner kronor sedan föregående år. Kostnaden per elev i förskoleklass är i genomsnitt totalt 42 800 kronor. Den genomsnittliga ersättningen till fristående förskoleklass var 39 000 kronor. Skillnaden i kommunernas kostnad per elev är dock mycket stor.

6.3 Grundskola

Barn mellan 7 och 16 år som är bosatta i Sverige skolpliktiga, vilket motsvaras av en rätt till utbildning. Som ett komplement till detta har föräldrar rätt att begära att deras barn ska få börja skolan vid sex års ålder och kommunerna en skyldighet att ta emot dem. Utöver grundskolan kan skolplikten fullgöras i särskolan eller specialskolan. Elever med samisk bakgrund kan också delta i sameskolans undervisning i årskurserna 1–6.

Nationella mål

Utbildningen i grundskolan skall enligt skollagen 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 godkänd fristående skola. De mål som styr grundskolan finns fastställda i skollagen, läroplanen för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94) och i kursplanerna. 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 att uppnå 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 alternativt svenska som andraspråk, engelska och matematik eller motsvarande kunskaper. Av dem som lämnade grundskolan våren 2005 var 89,3 procent behöriga till gymnasieskolan, vilket är en liten minskning jämfört med året innan. Var fjärde elev inte målen i alla ämnen och det är stora betygsskillnader mellan flickor och pojkar.

Tabell 6.3 Genomsnittligt meritvärde 2002/01 – 2004/05

Läsår	Totalt	Flickor	Pojkar
2000/01	202,9	214,6	191,8
2001/02	204,6	215,6	194,0
2002/03	205,4	216,0	195,0
2003/04	206,9	218,1	196,3
2004/05	206,3	217,3	195,8

Källa: Skolverket.

Betygsstatistiken visar att elever med utländsk bakgrund hade något sämre resultat från grundskolan våren 2005 än motsvarande grupp våren 2004. Meritvärdet för elever med utländsk bakgrund var 188,9 för de elever som våren 2005 avslutade skolår nio.

Tabell 6.4 Andel elever som är behöriga till gymnasieskolan

Läsår	Samtliga elever	Flickor med utländsk bakgrund	Pojkar med utländsk bakgrund
2003/04	89,6	80,8	76,5
2004/05	89,3	79,3	75,7

Källa: Skolverket.

Andelen behöriga till gymnasieskolan bland elever med utländsk bakgrund minskade från 78,6 procent till 78 procent. Minskningen står både pojkar och flickor för. Liksom tidigare år finns stora variationer mellan kommunerna. I åtta av tio kommuner varierar meritvärdet mellan 192 och 215 och andelen behöriga till gymnasieskolan varierar mellan 84 och 95 procent. Variationen i resultat mellan kommunerna beror bl.a. på att andelen elever med utländsk bakgrund varierar mellan kommunerna.

Variationen beror också på vilka land eleverna kommer ifrån, vilken studievana som finns i hemmet samt hur gamla eleverna var när de kom till Sverige.

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

Arbete mot segregationen

I många kommuner i Sverige finns utsatta områden som är präglade av social och etnisk segregation. I dessa områden finns en kraftig överrepresentation av elever som har svårigheter att nå utbildningens mål. Regeringen beslutade därför i maj 2003 att ge Myndigheten för skolutveckling som sitt största och viktigaste uppdrag att arbeta för en förbättrad förskole- och skolsituation i segregerade områden. I november 2004 lämnade myndigheten sin andra delrapport av uppdraget. I rapporten beskrivs bl.a. hur myndigheten använt s.k. utvecklingsdialoger för att stödja de kommuner som valts ut inom uppdraget. Myndigheten framhåller i rapporten att det fortsatta arbetet bör inriktas på bl.a. att utveckla svenskundervisningen för elever med annat modersmål än svenska samt utbildningssituationen för elever som kommer till Sverige under grundskolans senare årskurser. Uppdraget har slutredovisats i november 2005. Regeringen har bedömt att det behövs ytterligare insatser för att förstärka resurserna till skolor i segregerade områden. I budgeten för 2005 aviserade regeringen därför att det under 2006 och 2007 avsätts sammanlagt 225 miljoner kronor till detta ändamål.

Likvärdigheten i svensk skola

Både PISA-studier⁶ och annan internationell forskning (Eriksson och Jonsson 1996) har upprepade gånger visat att Sverige är ett av de ledande länderna i världen när det gäller likvärdighet i frågan om utbildningsmässiga möjligheter. Få andra länder kan uppvisa en lika stor social rörlighet i kombination med likvärdighet i samhället som helhet.

Skolverket konstaterar dock i två studier (*Vad händer med likvärdigheten i svensk skola och Om skolors olikheter och deras betydelse för elevernas resultat*) som publicerats under 2006 att vilken skola en elev går på får allt större betydelse för hur eleven lyckas i skolan. Det finns samtidigt skolor som lyckas bättre än förväntat med hänsyn till elevernas

⁶ Likvärdighet i Utbildningen, OECDs landrapport om Sverige 2005

bakgrund. De kännetecknas bl.a. av att man satsar både på kunskap och omsorg och av nära och förtroendefulla relationer mellan lärare och elev. Detta medför att stödsatser lättare kan anpassas till eleverna. Skr. 2005/06:102

Utbildning utan timplan

I november 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 november 2005 lämnade delegationen sitt slutbetänkande 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 temaundervisning. Delegationens uppfattning är att timplanen passar dåligt i en mål- och resultatstyrd skola. Därför anser delegationen att timplanen både kan och bör avskaffas. Förslaget remissbehandlas under våren 2006.

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 åren. Läsåret 2005/06 är antalet elever i grundskolan 995 000, vilket är en minskning med 29 000 elever sedan föregående läsår. Andelen elever i fristående grundskolor är 7,6 procent vilket är en ökning med 0,7 procentenheter sedan läsåret 2003/04. Andelen elever i fristående skolor har ökat varje år. Koncentrationen av fristående skolor är särskilt stor i landets tre storstäder med kranskommuner.

Sedan mitten av 1990-talet har vi kunnat se en ökning av antalet lärare per 100 elever. Lärartätheten uppgår läsåret 2005/06 till 8,1 lärare per 100 elever i kommunala grundskolor, vilket är oförändrat i jämförelse med föregående läsår. Räknar man med all pedagogisk personal har dock personaltätheten ökat något till 8,6 heltidstjänster per 100 elever. Av de tjänstgörande lärarna hade 86 procent pedagogisk utbildning, vilket är en ökning med en procentenhet jämfört med föregående läsår. I de kommunala skolorna varierade lärartätheten mellan kommuner från 6,2

till 10,8 lärare per 100 elever. Lärartätheten i de fristående skolorna var 7,5 och andelen lärare med pedagogisk utbildning 65 procent.

De senaste årens utveckling i grundskolan med minskat elevantal, ökad lärartäthet och ökad tillgång till lärare med pedagogisk utbildning och specialpedagoger ger en positiv bild av rekryteringsläget. Det finns dock en brist på yrkeserfarna grundskollärare 1-7 matte/no.

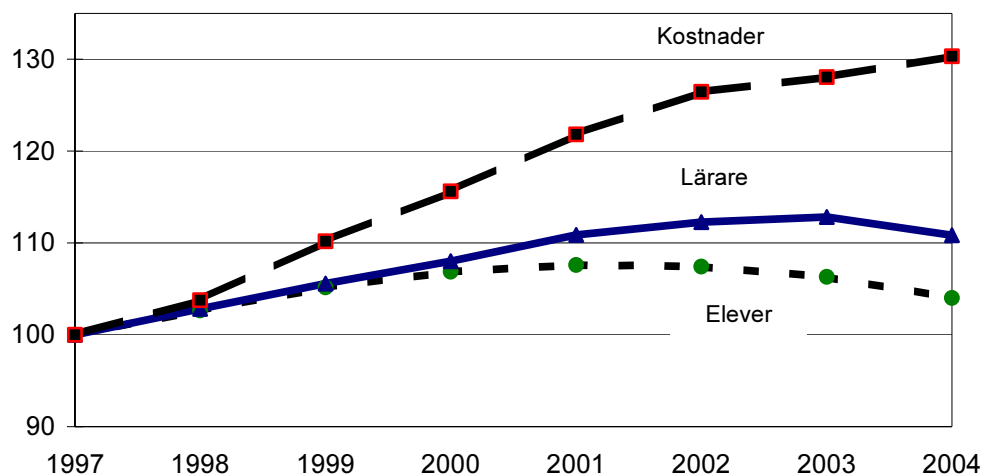
Riktat statsbidrag till personalförstärkning i förskoleklass, skolbarnsomsorg, grundskola, särskola och gymnasieskola

År 2001 beslutades att ett statsbidrag till kommunerna för personalförstärkningar i skola och fritidshem skulle införas under fem år t.o.m. läsåret 2005/06. Totalt beräknades ca 15 000 nya lärare och andra specialister kunna anställas i kommunerna. Bidraget har årligen ökats med en miljard kronor. Den 1 januari 2005 överfördes tre miljarder kronor av bidraget till det generella stödet till kommunerna. Den planerade ökningen av bidraget fortsätter. För läsåret 2004/05 har i stort sett samtliga kommuner tilldelats statsbidrag. Uppföljning av höstterminen 2004 visar att 96,8 procent av statsbidraget har använts i enlighet med förordningen. Av nitton kommuner har Skolverket återkrävt utbetalat bidrag eller hållit inne delar av utbetalningen för bidragsåret 2005/06 eftersom deras kostnader för personalförstärkningar understigit tilldelat statsbidrag. Summan av återkraven och innehållandena uppgår till drygt 24 miljoner kronor, vilket motsvarar 1,3 procent av de beviljade bidragen under höstterminen 2004. För vårterminen 2005 är motsvarande andel 1,4 procent. Höstterminen 2004 var 7 200 fler anställda i skola och fritidshem än 2000/01.

Personaltätheten har under perioden ökat från 9,3 till 10,2 heltidsanställda per 100 elever i kommunernas egna organisationer. Samtidigt har elevtalen sjunkit, vilket gör att ökningen i personaltäthet motsvarar 13 900 heltidstjänster. Statsbidraget har finansierat 67 procent av kommunernas kostnader för personalförstärkningar i skola och fritidshem. Motsvarande andel av ökningen i heltidstjänster är ca 9 400 tjänster. Förutom ökad personaltäthet i kommunernas egna skolor har statsbidraget gått till personal i fristående skolor samt gymnasieförbund och gemensamma nämnder. Ökningen i personaltäthet består till 75 procent av pedagogisk personal och den pedagogiska personaltätheten har ökat från 7,7 till 8,4 anställda per 100 elever.

Kostnader

Kostnaden för grundskolan uppgick 2004 till 72 miljarder kronor. Kostnaden per elev i grundskolan var 69 100 kronor. Under större delen av 1990-talet minskade kostnaden per elev men har ökat de senaste åren och är nu högre än 1991. Det är främst kostnaden för undervisning som har ökat mellan 2003 och 2004. Ökningen är ca fyra procent och beror på såväl höjda lärarlöner som ökad lärartäthet. Variationen mellan kommuner i kostnad per elev är stor. I 80 procent av kommunerna varierar kostnaden per elev mellan 61 000 och 80 000 kronor.



Indexerad utveckling av antalet elever och lärare (i årsarbetskrafter) i grundskolan hösten 1997-hösten 2004 samt kostnadsutveckling kalenderåren 1997-2004. Index, 1997=100.

Källa: Skolverkets lägesbedömning 2005 (rapport 264).

En elev i fristående grundskola kostade i genomsnitt 67 500 kronor, dvs. i stort sett detsamma som i kommunala skolor (67 300 kronor). I dessa kostnader ingår inte skolskjuts. Den genomsnittliga kommunala ersättningen till fristående grundskolor ökade från 57 600 till 58 200 kronor mellan 2003 och 2004.

5.4 Gymnasieskola

Gymnasieskolan är en del av det offentliga skolväsendet, avsedd att påbörjas av ungdomar efter avslutad grundskoleutbildning eller motsvarande fram t.o.m. det första kalenderhalvåret det år de fyller tjugو 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.

Den svenska gymnasieskolan håller i ett internationellt perspektiv hög kvalitet, medger en stor valfrihet för eleverna och erbjuder ett brett utbud av utbildningar och kurser. Reformen av gymnasieskolan som genomfördes i början av 1990-talet innebar en väsentlig ambitionshöjning, framförallt för elever på yrkesinriktade utbildningar. Reformen var i stora stycken framgångsrik. I dag går, med få undantag, alla elever i en årskull vidare från grundskolan till gymnasiet. Jämfört med läget före reformen är det nu dubbelt så många som slutför en treårig gymnasieutbildning. Arbetslivet har välkomnat den kompetenshöjning hos eleverna som förlängningen av de tidigare tvååriga yrkesinriktade utbildningarna och de gemensamma kärnämneskurserna medfört. I dag har var femte nybörjare i högskolan gått en yrkesinriktad gymnasieutbildning.

I åldersgruppen 25–34 år har 91 procent i Sverige gymnasieutbildning eller högre utbildning. Endast fem länder i hela OECD har en högre andel i denna åldersgrupp.⁷ En särskilt stor andel av kvinnorna i Sverige

⁷ OECD-EAG 2005

har en utbildning på minst gymnasienivå. Totalt sett bland kvinnor i åldern 25–64 år hade Kanada och Japan samma andelar som Sverige, 84 procent. Endast Norge och USA hade högre andelar.

Beslut om förändringar i gymnasieskolan

För att ytterligare utveckla gymnasieskolan och höja kvaliteten, så att fler elever når målen för utbildningen, överlämnade regeringen i april 2004 propositionen Kunskap och kvalitet – elva steg för utvecklingen av gymnasieskolan (prop. 2003/04:140) till riksdagen. I oktober samma år beslutade riksdagen i enlighet med regeringens förslag Beslutet följs nu av en rad kompletterade beslut av regeringen och skolmyndigheterna.

Nationella mål

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

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

Kommunen är enligt skollagen skyldig att erbjuda alla 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 i ett landsting i enlighet med samverkansavtal. Erbjudandet skall omfatta ett allsidigt urval av nationella program samt specialutformade och individuella program. Antalet platser på de olika nationella programmen och deras inriktningar skall så långt som möjligt anpassas med hänsyn till elevernas önskemål.

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

Måluppfyllelse och kvalitet

Kunskaper och färdigheter

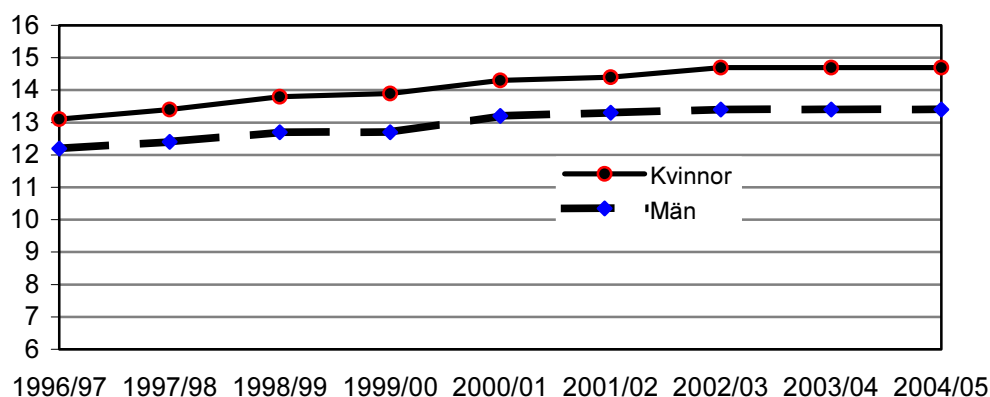
Den genomsnittliga betygspoängen läsåret 2004/05 var 14,1 poäng, vilket är oförändrat jämfört med föregående år. Kvinnorna fick läsåret 2004/05 14,7 poäng och männen fick 13,4 poäng. För elever med utländsk bakgrund var motsvarande siffror 13,7 poäng för kvinnor och 12,6 för män. Den genomsnittliga betygspoängen, dvs. det genomsnittliga värdet av alla betyg som redovisas i elevernas slutbetyg, gör det möjligt att jämföra elevernas betygsresultat och kan ses som ett av flera mått på måluppfyllelse.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda utbildning på individuella program för de elever som inte antagits på ett nationellt eller ett specialutformat program eller som avbrutit en påbörjad utbildning. Ett mål för det individuella programmet är att förbereda för vidare studier på ett nationellt program. Andelen elever som i enlighet med intentionerna för programmet övergått till ett nationellt eller specialutformat program efter år 1 på individuella program är knappt 30 procent.

Slutbetyg utfärdas då eleven fått betyg i alla kurser som ingår i dennes studieväg. Läsåret 2004/05 gick 101 297 elever i årskurs tre i gymnasieskolan. Av dessa lämnade 81,9 procent gymnasieskolan med slutbetyg eller motsvarande. Det är en minskning med knappt 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 minst 90 procent av de gymnasiepoäng som krävs för ett fullständigt program, dvs. 2 250 gymnasiepoäng. Läsåret 2004/05 uppnådde 88,9 procent av de elever som fick slutbetyg grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier, vilket är en minskning med 0,6 procentenheter jämfört med föregående år.

Diagram 6.4 Gymnasieskolan, genomsnittlig betygspoäng



Källa: Statistiska centralbyrån.

Utbildningsinspektionen

Skolverket har i uppdrag att genomföra utbildningsinspektioner i varje kommun och alla skolor (kommunala och fristående) vart sjätte år. En första inspektion genomfördes under 2003. I en andra omgång 2004, vilken baseras på ett betydligt större och mer variationsrikt material, t.ex. inkluderas fler medelstora och stora kommuner, har verksamheten i 34 kommuner med sammanlagt 846 skolor inspekterats. Helhetsintrycket är att mycket fungerar bra. Förutsättningarna för att nå de nationella målen anses goda. Däremot visar resultaten att vid närmare var tredje gymnasieskola känner eleverna inte på ett tillfredsställande sätt till målen för verksamheten.

Elever

I gymnasieskolan har elevantalet ökat med drygt tre procent läsåret 2005/06 jämfört med året innan. 359 415 elever går i gymnasieskolan. Det finns totalt 795 gymnasieskolor i landets kommuner. 499 skolor har kommunal huvudman. Andelen elever som går i en gymnasieskola belägen i en annan kommun än hemkommunen är 28,4 procent.

Utbudet av nationella program varierar mellan kommunerna. Läsåret 2005/06 gick knappt 70 procent av alla elever på något av de nationella programmen. Cirka 9,5 procent av eleverna går på specialutformade program vilket är en ökad andel sedan föregående läsår. Eleverna på individuella program (IV) utgjorde drygt sju procent av det totala antalet elever i gymnasieskolan. På de fristående gymnasieskolorna går 13,2 procent av alla elever i gymnasieskolan. IV förekommer inte på de fristående gymnasieskolorna.

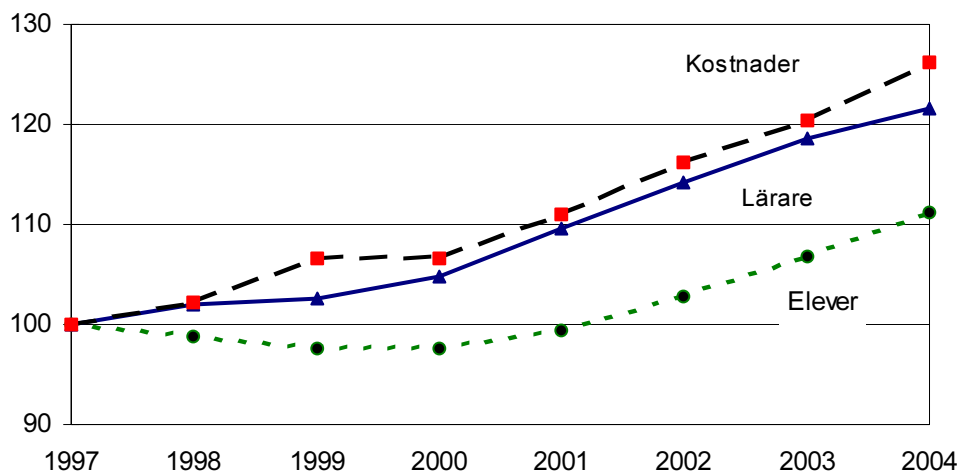
Kostnader

Den totala kostnaden för gymnasieskolan var 28,4 miljarder kronor 2004. Jämfört med föregående år har kostnaden för gymnasieskolan ökat med fem procent i fasta priser. Av den totala kostnaden för gymnasieskolan stod den kommunala gymnasieskolan för ca 87 procent medan landstingens gymnasieutbildningar uppgick till ca två procent. Fristående gymnasieskolor, riksinternatskolor och internationella skolor utgör tio procent av den totala kostnaden.

Den genomsnittliga kostnaden per elev för samtliga huvudmän var 83 500 kronor 2004, vilket innebär att kostnaden ökat med två procent jämfört med föregående år. Skillnaden i kostnad per elev mellan olika huvudmän är påtaglig, vilket till stor del beror på att huvudmännen anordnar olika gymnasieprogram vars kostnader skiljer sig väsentligt åt. En elev i kommunal gymnasieskola kostade (inkl. skolskjuts) ca 82 500 kronor, vilket är en ökning med en procent jämfört med året innan. De fristående gymnasieskolorna har också ökat sin genomsnittskostnad med drygt en procent jämfört med föregående år till 81 200 kronor per elev (exkl. nystartade och nedlagda fristående skolor). Landstingen erbjuder huvudsakligen naturbruksutbildningar, vilka är kostsamma att anordna. Kostnaden per elev blir därför högre än för andra huvudmän som anordnar mindre kostnadskrävande utbildningar.

Diagram 6.5 Utveckling i gymnasieskolan

Index 1991=100



Anm. Personalutveckling avser årsarbetare.

Källa: Skolverkets lägesbedömning 2005 (rapport 264).

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

Lokalkostnaden står för knappt 22 procent av gymnasieskolans totala kostnader. Jämfört med föregående år ökade den i den kommunala gymnasieskolan med knappt en procent.

Kostnaden för läromedel utgör drygt åtta procent av den totala kostnaden. År 2004 var den genomsnittliga läromedelskostnaden i den kommunala gymnasieskolan 6 100 kronor per elev, vilket är en ökning med knappt en procent jämfört med 2003. I den fristående gymnasieskolan ökade kostnaden för läromedel med drygt fyra procent och uppgick till 9 100 kronor per elev 2004.

I den kommunala gymnasieskolan uppgick kostnaden för elevvård till 1 340 kronor per elev 2004. I den fristående gymnasieskolan ökade den genomsnittliga kostnaden för elevvård något och uppgick 2004 till 1 010 kronor per elev.

Kostnaden för skolmåltider per elev var i den kommunala skolan 3 100 kronor 2004. Fristående skolor hade en genomsnittlig kostnad för skolmåltider på 4 700 kronor per elev

Lärare

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgick läsåret 2005/06 till 29 141, vilket är en ökning med fyra procent sedan föregående läsår. Antalet lärare per 100 elever, dvs. lärartätheten, är 8,1, vilket är en liten minskning sedan föregående läsår. Andel lärare med pedagogisk utbildningsbakgrund var 76 procent.

2004 års utbildningsinspektion visar att lärartätheten är god i gymnasieskolan. Resultaten pekar också på att tillgången på lärare med

pedagogisk högskoleutbildning i de inspekterade kommunerna ligger i nivå med riket i sin helhet.

Satsningen på personalförstärkningar i skolan fortgår. Den pedagogiska personalen har ökat i gymnasieskolan. En särskild satsning på lärarutbildning främst inriktad mot yrkeslärare, den s.k. SÄL-utbildningen, startade hösten 2005. Utbildningen omfattar 500 lärare och genomförs som deltidstudier.

6.4 Obligatorisk särskola och gymnasiesärskola

Särskolan består av den obligatoriska särskolan (grundsärskola och träningsskola) och gymnasiesärskola med 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 2005/06 22 182, vilket är en ökning med drygt en procent sedan föregående läsår. Av de 14 397 eleverna i den obligatoriska särskolan är 16 procent integrerade i grundskolan och 28 procent går i träningsskolan. Övriga elever går i grundsärskolan. I gymnasiesärskolan finns 63 procent av de 7 785 eleverna på ett program med yrkesinriktning, 22 procent i yrkesträning och 15 procent i verksamhetsträning. I den obligatoriska särskolan är 39 procent flickor medan motsvarande siffra i gymnasiesärskolan är 42 procent.

År 2004 var kommunernas kostnader för kommunal särskola 5,2 miljarder kronor. Kommunernas ersättningar till fristående särskolor uppgick till 234 miljoner kronor.

Kostnaden per elev är något högre i obligatoriska särskolan än i gymnasiesärskolan, 297 900 kronor jämfört med 241 100 kronor, inklusive kostnaden för skolskjuts. Kostnaden per elev varierar stort mellan kommuner.

I oktober 2004 lämnade Carlbeck-kommittén sitt slutbetänkande (SOU 2004:98) med förslag till hur utbildningen för barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning kan förbättras. I betänkandet föreslår kommittén bl.a. olika insatser för att stärka dels kvaliteten i utbildningen, dels elevers rättigheter.

6.5 Kommunal vuxenutbildning

Vuxenutbildningen ska ge alla vuxna möjlighet att utvidga sina kunskaper och utveckla sin kompetens i syfte att främja personlig

utveckling, demokrati, jämställdhet ekonomisk tillväxt och sysselsättning samt en rättvis fördelning.

Det offentliga måste klara av att erbjuda ett livslångt, kontinuerligt lärande om vi som nation ska klara av att konkurrera i den globaliserade kunskapsekonomin. Samtidigt är vuxenutbildningen viktig för den enskilda individen.

Vuxenutbildningen har genom åren fått en tydligare fokusering på att tillhandahålla utbildning för de med tidigare kort utbildning. Detta syns tydligt i den samlade politiken för vuxnas lärande. Den förordning som styr de statligt finansierade platserna i den kommunala vuxenutbildningen anger att de med kortast utbildnings ska komma först. Det finns särskilda studiestöd, t.ex. rekryteringsbidraget, som tydligt riktar in sig på att rekrytera de med kort tidigare utbildning.

Den kommunala vuxenutbildningen består av 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 till att ge vuxna kunskaper och färdigheter, motsvarande grundskolenivå. Enligt skollagen är grundläggande vuxenutbildning en rättighet för vuxna som saknar sådana färdigheter som normalt uppnås i grundskolan.

Gymnasial vuxenutbildning syftar till att erbjuda vuxna personer kunskaper och färdigheter motsvarande gymnasial nivå. En person är behörig att delta i utbildningen fr.o.m. andra kalenderhalvåret det år man fyller 20 år, eller efter avslutad gymnasieskola.

Påbyggnadsutbildningar syftar till att ge vuxna personer utbildning som avser att leda till fortbildning inom det nuvarande yrket eller till ett nytt yrke.

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

Svenska för invandrare (sfi) skall enligt skollagen ge vuxna invandrare grundläggande kunskaper i svenska språket och om det svenska samhället.

Måluppfyllelse och kvalitet

Det riktade statsbidraget

En omfattande förnyelse av den kommunala vuxenutbildningen ägde rum under perioden 1997–2002 då den särskilda satsningen, det s.k. ”kunskapslyftet” pågick. För att befästa denna förnyelse och för att upprätthålla tillgången till vuxnas lärande beslutade riksdagen att ett riktat statsbidrag till kommunerna för kommunal vuxenutbildning skulle utgå för åren 2002-2005. I budgeten för 2006 beslutades det om en förlängning av det riktade statsbidraget till 2008 för att säkerställa en likvärdig tillgång till vuxenutbildning i alla kommuner.

Det riktade statsbidraget fördelas till kommunerna utifrån andelen ej förvärvsarbetande i åldern 25–64. Fördelningsmodellen är utvecklingsdrivande eftersom villkoren för att erhålla bidraget är att kommunen fortsätter arbetet med att utveckla vuxenutbildningen utifrån riksdagsbeslutet om vuxnas lärande. För att få ta del av bidraget lämnar kommunen in en årlig ansökan till Myndigheten för skolutveckling (MSU) där bl.a. utvecklingsperspektivet tas upp. I anslutning till kommunernas ansökningar har MSU fört en utvecklingsdialog med många kommuner. Efter varje halvår gör MSU en omfördelning mellan kommunerna. Efter beslut av regeringen får en viss andel fördelas till kommuner som berörs av strukturella förändringar på arbetsmarknaden eller till kommuner där antalet kommuninnevånare som saknar treårig gymnasiekompetens utgör en hög andel av arbetskraften. För 2004 fördelades medel för 5 000 årsstudieplatser på detta sätt efter beslut av regeringen.

För 2005 nyttjades ca 97 procent av anslaget för det riktade bidraget enligt Skolverkets uppföljningar, vilket motsvarade 45 962 årsstudieplatser. Samtliga kommuner tog del av bidraget som beräknas ha finansierat 39 241 platser i gymnasial vuxenutbildning vilket innebär att verksamhet motsvarande totalt 82 854 årsstudieplatser har genomförts under 2005 i gymnasial vuxenutbildning. 92 kommuner beräknas ha genomfört mindre verksamhet än planerat och 146 beräknas ha genomfört mer. Högst fem procent av ramen av det totala stödet får användas för stöd till grundläggande vuxenutbildning. 122 kommuner har efter ansökan för 2005 tilldelats medel för grundläggande vuxenutbildning. 29 kommuner utnyttjar inte det statsbidrag de tilldelats. De återstående 93 kommunerna beräknas genomföra 2 349 årsstudieplatser med det riktade bidraget under 2005.

Rekryteringsbidrag till vuxenstuderande

Kommunerna är enligt skollagen skyldiga att bedriva uppsökande verksamhet gentemot personer som saknar kunskaper och färdigheter som normalt uppnås i grundskolan. Dessa personer har rätt till grundläggande vuxenutbildning. Kommunerna skall också erbjuda och informera om möjligheterna till gymnasial vuxenutbildning samt verka för att vuxna deltar i sådan utbildning.

I januari 2003 infördes ett rekryteringsbidrag till vuxenstuderande. Detta bidrag kompletterar studiemedelssystemet och riktar sig till speciella grupper i samhället. Bidraget harmonierar i stora delar med bestämmelserna för studiemedel men administreras av kommunerna. Bidraget är avsett att användas som ett verktyg i kommunernas uppsökande verksamhet för att stimulera till studier på grundläggande och gymnasial nivå. Målgruppen är personer som är minst 25 år och som är eller riskerar att bli arbetslösa eller som på grund av funktionshinder behöver extra tid för att uppnå studiemålen. Bidraget som är skattefritt och pensionsgrundande får lämnas i högst 50 veckor. Under 2004 utbetalades 1,4 miljarder kronor till 26 000 personer i rekryteringsbidrag.

Antalet kommuner som själva anordnar vuxenutbildning har de senaste åren legat på en jämn nivå och var för läsåret 2004/05 276 stycken.

Den totala kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen uppgick 2004 till ca 4,5 miljarder kronor. För 2004 motsvarade de statliga bidragen ca 37 procent av de totala kostnaderna för vuxenutbildning.

Läsåret 2004/05 studerade fyra procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år i kommunal vuxenutbildning, vilket innebär en minskning med närmare två procentenheter jämfört med läsåret 2000/01.

Antalet studerande inom kommunal vuxenutbildning har under de senaste fem åren minskat med ca 20 procent från 287 584 till 229 299. Antalet heltidsstuderande har sjunkit och för läsåret 2004/05 var antalet 143 595, vilket är en minskning jämfört med föregående år (146 327).

Antalet studerande födda utomlands har ökat och deras andel av de studerande var 33,9 % under läsåret 2004/05 att jämföra med föregående år då motsvarande siffra var 32,4 %.

Tabell 6.5 Antal studerande i den kommunala vuxenutbildningen

Läsåret	2002/03		2003/04		2004/05	
	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män
Grundl. vux. utb.	25 277	14 733	24 770	14 111	26 175	14 457
Gymn. vux.utb.	130 448	66 884	120 033	62 081	120 553	63 228
Påbyggn-utb.	3 793	2 942	3 185	2 671	2 892	1 994
Samtl. nivåer	159 518	84 559	147 988	78 863	149 620	79 679

Källa: Skolverket.

Inom den kommunala vuxenutbildningen var ca 65 procent kvinnor och 35 procent män, ett förhållande som varit relativt konstant de senaste åren. En anledning till denna ojämna könsfördelning kan enligt Skolverket vara att man behåller ett kursutbud som till stor del består av ett innehåll som appellerar till kvinnor och att kursutbudet inte baseras på behovsanalyser hos gruppen korttidsutbildade män.

Av de studerande inom den kommunala vuxenutbildningen var 28 procent i åldrarna 20–24 år. Detta innebär en ”föryngring” jämfört med föregående år.

Studieresultat läsåret 2004/05

Drygt 606 329 kursdeltagare, inom den gymnasiala vuxenutbildningen, dvs. ca 75 procent slutförde sina kurser läsåret 2004/05, vilket är i likhet med föregående läsår. En person räknas som flera kursdeltagare om han eller hon deltar i mer än en kurs under läsåret.

Inom gymnasial vuxenutbildning inrapporterades betyg enligt det målrelaterade betygssystemet för drygt 501 212 kursdeltagare. Den genomsnittliga betygsfördelningen var 10,5 procent Icke godkänd, 32,5 procent Godkänd, 33,2 procent Väl godkänd och 23,7 procent Mycket väl godkänd.

Sedan läsåret 2000/01 har andelen kursdeltagare i gymnasial vuxenutbildning som fått betyget Godkänd varit relativt konstant. Väl godkänd

har minskat med ca fem procentenheter och Mycket väl godkänd har ökat med någon procentenhet. Andelen kursdeltagare som fått betyget Icke godkänd har ökat från 6,7 till 10,5 procent. Liksom i grundskolan och gymnasieskolan har kvinnor inom kommunal vuxenutbildning i genomsnitt högre betyg än män. Svenskfödda män och kvinnor har högre betyg än utlandsfödda.

Studieavbrott läsåret 2004/05

Den totala andelen kursavbrott uppgick under året till 21 procent. 23,8 procent av männen avbröt och 19,5 procent av kvinnorna. Utlandsfödda avbryter i något högre grad (23,6 procent varav 45 264 är kvinnor och 28 913 är män) än svenskfödda (19,7 procent varav 77 126 är kvinnor och 49 030 är män).

Kursavbrotten inom den kommunala vuxenutbildningen har legat på i stort sett samma nivå den senaste femårsperioden. Kursavbrott behöver emellertid inte innebära studieavbrott utan 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.

Utvecklingsområden

Det är viktigt att den kommunala vuxenutbildningen också i fortsättningen har en hög ambitionsnivå. Likvärdighet när det gäller tillgång och kvalitet för stöd till vuxnas lärande oberoende av hemkommun är grundläggande om de av riksdagen uppställda målen skall kunna nås. Inriktningen för det riktade statsbidraget som anger att de med kortast utbildning ska prioriteras måste fortsatt styra verksamheten.

Samhällets förändring och individens behov av att lära om och lära nytt ställer krav på att det offentliga skolväsendet för vuxna genom bl.a. ökad flexibilitet inom vuxenutbildningen i riktning mot en ökad och förbättrad samverkan mellan kommuner, andra utbildningsanordnare och näringslivet. Ett snabbt och föränderligt samhälle ställer krav på ett flexibelt utbildningssystem som kan stödja den enskildes lärande utifrån behov och förutsättningar. Navet i detta är en väl utvecklad infrastruktur för vuxnas lärande och inte minst en väl fungerande studie- och yrkesvägledning, som utgår från individens behov, förutsättningar och reella kunskaper. Regeringens bedömning är bl.a. att kommunerna och andra berörda aktörer fortsätter att utveckla infrastrukturen för vuxnas lärande.

Skolverket och Myndigheten för skolutveckling har i en rad rapporter konstaterat att området vuxnas lärande står inför en rad utmaningar. Dessa handlar om att bidra till att tillgodose ett ständigt behov av kompetensförnyelse i arbetsliv och samhällsliv och att i det sammanhanget möta individens behov. Utvecklingen på arbetsmarknaden kräver högre kompetens. Bland annat lyftes bristerna i den geografiska likvärdigheten fram då det gäller tillgång till vuxenutbildning och

olikheterna i hur kommunerna tolkar gällande regelverk. Man pekar också på att förnyelsen har kommit olika långt i kommunerna. Stora behov av validering och vägledning betonas av myndigheterna. Att ta till vara bl.a. invandrares kompetens är viktigt både för snabb integrering i samhälls- och arbetsliv och för att bidra till kompetensförsörjning. Valen blir för den enskilde allt flera och viktigare.

Andra frågor och utvecklingsområden som Myndigheten för skol-utveckling och Skolverket beskriver är rekrytering av prioriterade målgrupper samt en fortsatt utveckling av infrastrukturen. Det sista inte minst för att stärka samarbetet mellan kommunernas utbildningsverksamhet och det lokala arbetslivet. Regeringen rekommenderas även att bevaka den fortsatta utvecklingen av och tillgången till vuxenutbildning för att inte den omfattande satsningen på utvecklingen av infrastrukturen skall gå förlorad. Var fjärde kommun har bedömts att omedelbart behöva vidta åtgärder eller på sikt förbättra tillgången på grundläggande vuxenutbildning, särvox, gymnasial vuxenutbildning samt påbyggnadsutbildningar.

Det finns även behov av strategier för uppsökande verksamhet avseende i första hand rekrytering till grundläggande vuxenutbildning, sfi och särvox. Dessutom påpekas det att behovet av att styrningen av vuxenutbildningen och rollen i tillväxksammanhang behöver förtydligas. Även resultatet behöver följas upp av kommunerna. I det sammanhanget fick Skolverket i uppdrag att föreslå förändringar av det nationella uppföljningssystemet vilket slutredovisades 2005.

Vuxenutbildning för utvecklingsstörda

Nationella mål

Kommunerna är sedan läsåret 1996/97 huvudmän för särvox och 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 särvox liknande den som finns för grundläggande vuxenutbildning.

Måluppfyllelse och kvalitet

Myndigheten för skolutveckling har i rapporten *Statligt stöd för utveckling av vuxenutbildningen för utvecklingsstörda* redovisat att det skett en stark utveckling av särvox de senaste åren. Det statliga bidrag som lämnats till kommunerna i enlighet med förordningen om statligt stöd för utveckling av vuxenutbildning för utvecklingsstörda har, enligt myndigheten, haft en mycket positiv effekt på verksamheten.

Kostnader och prestationer

Kommunernas totala kostnad för särvox 2004 uppgick till ca 146 miljoner kronor, vilket är en minskning med 1 miljon kronor sedan föregående år. Enligt Skolverket bedrevs ingen undervisning för utvecklingsstörda i 46 kommuner.

Antalet studerande inom sÄrvux var 2004/05 nÄra 4 794 personer varav 2 336 var kvinnor och 2 458 var mÄn. Av dessa deltog 24 procent pÅ gymnasiesÄrskolenivÅ. Resterande deltog i grundskolenivÅ samt trÄningsskolenivÅ. Antalet studerande i sÄrvux har 6kat med knappt 2 procent sedan f6regÅende lÄsÅr. Sedan lÄsÅret 1995/96 har andelen studerande pÅ gymnasiesÄrskolenivÅ nÄstan fyrdubblats.

Andelen lÄrare med pedagogisk utbildning lÄsÅret 2004/05 var 91 procent. LÄrartÄtheten omrÄknat till heltidstjÄnster per 100 studerande var 5,2 lÄsÅret 2004/05. Omfattningen av den lÄrarledda undervisningen ligger pÅ i genomsnitt 2,7 timmar i veckan vilket Är en liten 6kning sedan f6regÅende lÄsÅr.

Svenskundervisning f6r invandrare (Sfi)

Nationella mÅl

Sfi Är en viktig verksamhet som bidrar till att uppfylla de integrationspolitiska mÅlen. Varje kommun Är skyldig att erbjuda sfi till vuxna invandrare som saknar grundlÄggande kunskaper i svenska sprÅket fr.o.m. andra halvÅret det År de fyller sexton. De studerande kan pÅb6rja sfi-utbildningen nÄr som helst under Året. Kommunerna Är skyldiga att erbjuda sfi senast inom tre mÅnader frÅn det att invandraren folkbokf6rts i en kommun. Kursplanerna f6r sfi innehÅller tre olika studievÄgar f6r att m6ta deltagarnas olika behov och f6rutsÄttningar. HÄnsyn tas till utbildningsbakgrund och studiemÅl sÅ att mÅlen f6r utbildningen kan nÅs inom rimlig tid.

MÅluppfyllelse och kvalitet

FrÅn och med den 1 januari 2005 mÅste alla studera enligt den nya kursplanen. 6vergÅngen frÅn den gamla kursplanen har skett successivt och gÅtt olika fort i olika kommuner. Skolverkets inspektion h6sten 2003 visade att kÄnedomerna om mÅlen f6r utbildningen var liten bland de sfi-studerande. En f6rklaring kan vara att mÅl och information inte finns 6versatta till de studerandes olika modersmÅl.

Sfi-lÄrare och deras kompetensutveckling

Andelen lÄrare med pedagogisk utbildning lÄsÅret 2004/05 var 75 procent, en 6kning med 2,6 procent frÅn f6regÅende År. Andelen lÄrare med pedagogisk h6gskoleutbildning var 80 procent i sfi i kommunal regi och 54,4 procent hos andra utbildningsanordnare. Antalet lÄrare omrÄknat till heltidstjÄnster var 1 198, vilket Är en liten minskning jÄmf6rt med de tvÅ f6regÅende lÄsÅren.

Den satsning pÅ utveckling av sfi-lÄrares Ämneskompetens som Skolverket hade pÅb6rjat och som Myndigheten f6r skolutveckling i maj 2003 fick i uppdrag att fortsÄtta med har pÅgÅtt under Året. Myndigheten f6r skolutveckling har samarbetat med Nationellt centrum f6r sfi och svenska som andrasprÅk kring upplÄggning, innehÅll och genomf6rande samt finansiering av de insatser som 6verenskommits. Kompetens-

utvecklingen har erbjudits i form av poängsatta högskolekurser och som seminarier, nätverksträffar och handledning i utvecklingsarbete. Myndigheten för skolutveckling skall redovisa uppdraget den 1 dec 2006. Skr. 2005/06:102

Kostnader och prestationer

Kommunernas kostnad för sfi uppgick till 850 miljoner kronor 2004, en ökning med 76 miljoner kronor från föregående år.

Antalet deltagare i svenska för invandrare var under läsåret 2003/04 47 604 varav 28 139 var kvinnor och 19 465 var män. Detta var en ökning med ca 3 700 personer jämfört med föregående år. Könsfördelningen är fortsatt drygt 40 procent män och nära 60 procent kvinnor. Sfi anordnades i 247 kommuner läsåret 2003/04 jämfört med 248 kommuner 2001/02. Av studieanordnarna var 237 kommunala, 14 studieförbund och 24 övriga studieanordnare.

Sfi är en liten verksamhet i många kommuner. I 79 kommuner var elevantalet under 25 och i 49 kommuner var elevantalet under 10. Bara 73 kommuner eller kommunalförbund hade fler än 100 elever under läsåret 2003/04.

Av de elever som påbörjade sina studier 2001/02 (19 160) hade 34,5 procent godkänts t.o.m. läsåret 2003/04. Här ingår de studerande som följt såväl den äldre som den nya kursplanens studieväg. Ytterligare 3,4 procent avslutade kurser med godkänt betyg på lägre nivåer. 13,5 % befann sig 2003/2004 fortfarande i utbildningen. 48,6 procent av nybörjarna 2001/02 hade avbrutit sin utbildning eller gjort studieuppehåll läsåret 2003/04.

7 Övriga verksamheter

7.1 Skydd mot olyckor och krisberedskap

Medborgarens trygghet och säkerhet i samhället har blivit en allt viktigare fråga för kommunerna, landstingen och staten. Samtidigt som kraven ökar på effektiva insatser sätts fokus allt mer på att förebygga och förhindra olyckor och allvarliga störningar i samhället. Den tidigare detaljregleringen på området har, genom nya lagar och avtal, ersatts med en styrning genom nationella, övergripande mål.

Kommunerna är en mycket viktig aktör på det här området, och deras roll har förstärkts och förtydligats i lagen om skydd mot olyckor, lagen om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting och genom det nya krishanteringssystemet.

Skydd mot olyckor

Lagen (2003:778) om skydd mot olyckor som ersatte räddningstjänstlagen trädde i kraft i januari 2004. Bestämmelserna i lagen syftar till att i hela landet bereda människors liv och hälsa samt egendom och miljö ett med hänsyn till lokala förhållanden tillfredsställande och likvärdigt skydd mot olyckor. Vidare skall räddningstjänsten planeras så att räddningsinsatserna kan påbörjas inom godtagbar tid och genomföras på ett effektivt sätt.

En kommun skall se till att åtgärder vidtas för att förebygga bränder och skador till följd därav. Kommunen skall också verka för att åstadkomma skydd mot andra olyckor än bränder. Avsikten är att kommunen i större utsträckning än tidigare även skall ta initiativ till en samordning av olycksförebyggande och skadebegränsade verksamheter.

De nationella målen skall kompletteras med lokala verksamhetsmål. Kommunerna skall vidare ta fram handlingsprogram för både den förebyggande verksamheten och räddningstjänstverksamheten. Handlingsprogrammen skall antas av kommunfullmäktige för varje mandatperiod.

De nationella målen och verksamhetsmålen avser att skapa större handlingsfrihet och flexibilitet för de enskilda kommunerna. Syftet är att den minskade detaljregleringen och en större erfarenhetsåterföring skall leda till en ökad anpassning till de förhållanden som råder lokalt. Även en förbättrad effektivitet väntas bli följden.

Uppföljning av kommunernas arbete med handlingsprogram

Enligt Statens räddningsverks bedömning har övergången från detaljstyrning till målstyrning ännu inte, fullt ut, fått genomslag i kommunerna. Under 2005 har Räddningsverket följt upp hur lagen har implementerats, bl.a. hur kommunerna har antagit handlingsprogrammen. Uppföljningar som genomförts under januari 2006 visar att

ett totalt handlingsprogram ännu inte antagits. Erfarenheterna visar att tiden för omställning från detaljreglering till målstyrning varit knapp.

De handlingsprogram som antagits för förebyggande verksamhet saknar i stor utsträckning tydliga redovisningar av hur kommunerna ordnat och planerat den förebyggande verksamheten mot brand. Handlingsprogrammen för räddningstjänst är generellt sett bättre än handlingsprogrammen för den förebyggande verksamheten. En förklaring kan vara att de tidigare räddningstjänstplanerna i princip endast omfattade kommunernas ansvar för räddningsinsatser.

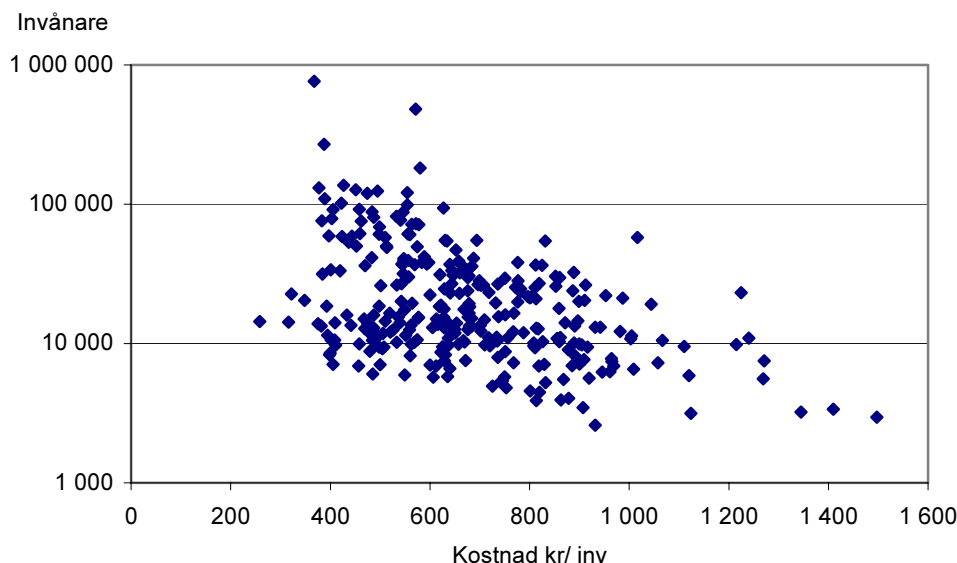
Kommunernas förmåga avseende skydd mot olyckor

Kommunerna har en stor kunskap och erfarenhet när det gäller olycksförebyggande arbete och räddningstjänst. Bland annat genomförs ca 88 000 räddningsinsatser per år eller ca 240 insatser per dag av den kommunala räddningstjänsten. De erfarenheter som finns från större olyckor under senare tid visar att kommunerna har haft förmåga att hantera dessa. En förutsättning har varit att man i stor omfattning utnyttjat möjligheterna till samverkan med andra aktörer.

Lagen om skydd mot olyckor och övergången till målstyrd verksamhet innebär en stor förändring för kommunerna och för den statliga tillsynen. Länsstyrelserna har för 2005 redovisat en första bedömning av kommunernas arbete. De bedömer att kommunernas arbete, i stort, fungerar väl, samt att det inte skett så stora förändringarna avseende räddningstjänst i förhållande till tidigare regelsystem. Kommunerna bedöms ha en god förmåga att genomföra räddningsinsatser. När det gäller den förebyggande verksamheten är förändringarna i regelsystemet större. Det är därför i nuläget svårt att göra en samlad bedömning av den förebyggande verksamheten i förhållande till det nationella målet. Intresset för frågorna är stort i kommunerna och en utveckling av verksamheten sker kontinuerligt. Den nya lagstiftningens intentioner bedöms, i stor utsträckning, kunna slå igenom i nästa mandatperiods handlingsprogram.

Kostnader för räddningstjänst

Kommunernas nettokostnader för räddningstjänst var 2004 cirka 5,2 miljarder kronor. Detta motsvarar ett genomsnitt på 572 kronor per invånare. Kommuner med liten befolkning och stor yta har i allmänhet höga kostnader per invånare. Antalet större tätorter i en kommun är också en kostnadspåverkande faktor. Högsta kostnaderna har Sorsele kommun med 1 497 kronor per invånare medan Hammarö kommun har lägsta kostnaden med 258 kronor per invånare. Kostnadsskillnaderna kan också spegla skillnader i ambitionsnivå och kvalitet i verksamheten.



Källa: Statistiska centralbyrån.

Krisberedskap

Med kommunal krisberedskap avses kommunens förmåga att upprätthålla verksamheten vid kommunen under extraordinära händelser. Inom begreppet ryms förebyggande verksamhet för att minska sårbarheten i den kommunala verksamheten samt förmågan att hantera en kris i ett akut läge.

Krishantering inom en kommun har tidigare utgått från kommunens uppgifter inom det civila försvaret, som det regleras i lagen om civilt försvar. Underhand som det säkerhetspolitiska läget förändrats har tyngdpunkten förskjutits mot beredskap mot fredstida händelser i samhället. År 2003 kom lagen (2002:833) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting som bl.a. stadgar att alla kommuner skall ha ett särskilt politiskt organ, krisledningsnämnd, för ledning vid akuta händelser och en planering för att kunna hantera dessa. Kommunens ansvar enligt kommunallagen och speciallagstiftningen gäller också fullt ut i samband med svåra störningar som kan påverka verksamheten.

Mål för den kommunala krisberedskapen

Kommunerna har en central roll i krishanteringssystemet. Staten och kommunerna träffade därför 2004 en uppgörelse som lägger fast uppgifter samt den statliga ersättning som kommunerna skall erhålla. De nya uppgifterna skall införas i kommunerna under en uppbyggnadsperiod om tre år med början under 2006.

Avtalet är beroende av att riksdagen godkänner det lagstöd som uppgifterna förutsätter. Regeringen har nyligen till riksdagen överlämnat propositionen 2005/06:133 Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle.

Parterna har kommit överens om följande sex mål för kommunernas krisberedskap:

- Kommunen har god kunskap om risker och sårbarhet, som kan påverka kommunens verksamhet. Konsekvenserna för den egna verksamheten har analyserats.
- Kommunen har en planering för hur risker och sårbarhet skall undanröjas eller minskas. Kommunen har också en planering för hur den skall hantera konsekvenserna av en extraordinär händelse.
- Kommunen har god förmåga att hantera en extraordinär händelse, dvs. att vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa samhällsviktig verksamhet som måste upprätthållas och att ge invånare och media tillräcklig och korrekt information om händelsen.
- Kommunen har en samlad bild av risker, sårbarhet och förberedelser för krishanteringen inom sitt geografiska område.
- Kommunen verkar för samordning av all krishantering i det förberedande arbetet och i det akuta skedet, som berörda aktörer inom det geografiska området ansvarar för.
- Kommunen kan vid behov och om så bedöms lämpligt samordna kontakterna med t.ex. länsstyrelsen och centrala myndigheter och andra kommuner.

Kommunernas förmåga avseende krisberedskap

När det gäller förmågan att inrikta, samordna och prioritera arbete vid en kris så har landets kommuner på olika sätt prövats under de senaste åren. De aktuella exemplen från flodvågskatastrofen i Sydostasien och vid stormen över södra Sverige visar på en fungerande lokal krishanterings- och krisledningsverksamhet.

Krisberedskapsmyndighetens samlade bedömning för 2004 är att den kommunala förmågan att hantera extraordinära händelser visar en fortsatt positiv utveckling, men att det fortfarande finns några svagheter.

Utbildningen av krisledningsnämnder är fortfarande otillfredsställande både avseende antal utbildade och utbildningens omfattning.

Vidare är de avsatta resurserna för beredskapssamordnare små i flertalet kommuner. Över 40 procent av kommunerna har mindre än en kvartstjänst för ändamålet och 10–15 procent av en tjänst är inte ovanligt.

Övningsfrekvensen behöver öka betydligt för att nå önskvärd nivå.

Sammanfattningsvis är det Krisberedskapsmyndighetens uppfattning att intresset för krishanteringsfrågorna är stort i kommunerna och att ett betydande arbete pågår med att utveckla förmågan. Övningsverksamheten, som är ett viktigt inslag för utveckling och bedömning av förmågan, visar dock stora brister och kommunernas planer är av mycket ojämn kvalitet.

7.2 Folkhälsa

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. I propositionen preciseras elva målområdena för folkhälsopolitiken som knyter samman folkhälsoarbetet med mål inom andra politikområden. Kommuner och landsting är nyckelaktörer i arbetet med att nå målen för folkhälsa.

Måluppfyllelse och kvalitet

Statens folkhälsoinstitut, FHI, har till uppgift att följa upp, analysera, utvärdera det nationella folkhälsomålet. I oktober 2005 överlämnade institutet Folkhälsopolitisk rapport 2005 till regeringen med en redovisning av hur arbetet med folkhälsofrågor utvecklas med utgångspunkt i s.k. bestämningsfaktorer för hälsa. Remissbehandlingen av rapporten har avslutats. Regeringens avsikt är att återkomma till riksdagen med en folkhälsopolitisk skrivelse som baseras på denna rapport.

Enligt rapporten ökar kommunernas intresse och engagemang för folkhälsofrågorna. Emellertid har endast ett fåtal kommuner har enligt institutet kommit långt i utvecklingen mot ett systematiskt folkhälsoarbete där kunskap om hälsotillståndet kopplas samman med kommunens planerings- och uppföljningsprocesser.

Som en följd av kommunernas ekonomiska situation och i vissa fall ett minskat befolkningsunderlag har dock för folkhälsoarbetet viktiga kommunala verksamheter drabbats av nedskärningar. Samtidigt har nya politikområden som jämställdhet, integration och folkhälsa medfört nya krav på kommunal och regional verksamhet. Genom bl.a. kommunaliseringen av skolan samt ÄDEL-reformen har kommunerna också tagit över verksamheter från stat och landsting som är centrala för folkhälsan.

Kommunerna och den nationella folkhälsopolitiken

Folkhälsofrågorna har enligt FHI:s analys fått ökad tyngd på den kommunala agendan. Allt fler kommuner har folkhälsoplaner och genomför utbildningsinsatser för politiker. Den nationella folkhälsopolitiken har, enligt såväl landstings- som kommunföreträdare, i hög grad bidragit till ett ökat mandat att driva folkhälsofrågorna lokalt och regionalt. I 2004 års enkät uppgav 139 (61 procent) av kommunerna att de särskilt prioriterat något/några av den nationella folkhälsopolitikens målområden. De folkhälsofrågor som prioriteras av flest kommuner är:

- Barns livsmiljö.
- Ökad fysisk aktivitet.
- Alkoholmissbruk.
- Tobaksbruk
- Narkotika.

Samtliga dessa frågor prioriterades av mer än hälften av de svarande kommunerna.

Handlingsplaner

År 2004 hade ungefär hälften (116 st.) av de kommuner, som besvarat FHI:s enkät en plan för folkhälsoarbetet, vilket är en fördubbling jämfört med 1995. Hos ytterligare 33 kommuner ingår folkhälsofrågorna i en mer övergripande plan, t.ex. en plan för hållbar utveckling, demokrati- eller välfärdsfrågor. Ytterligare 50 kommuner angav att en folkhälsoplan höll på att utarbetas. Flertalet av de kommuner som har handlingsplaner har även åtgärdsprogram kopplade till planen. Dessa gäller vanligen målområde 3, 5 och 11. De kommunala folkhälsoplanerna är, i likhet med de nationella målen, oftast formulerade i termer av hälsans bestämningsfaktorer. Dock har inte de mer specificerade bestämningsfaktorer, som FHI kopplat till målområdena och som redovisas i avsnitt 4, ännu nått ut till kommunerna i någon högre grad. Möjligheten att följa upp graden av måluppfyllelse varierar också i planerna.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 6 april 2006

Närvarande: Statsministern Persson, statsråden Ringholm, Sahlin, Pagrotsky, Östros, Messing, Y. Johansson, Bodström, Sommestad, Karlsson, Nykvist, Andnor, Nuder, M. Johansson, Hallengren, Björklund, Holmberg, Jämtin, Österberg, Orback

Föredragande: Statsrådet Österberg

Regeringen beslutar skrivelse Utvecklingen inom den kommunala sektorn.