

Regeringens skrivelse

2002/03:102

Utvecklingen inom den kommunala sektorn

Skr.
2002/03:102

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 3 april 2003

Göran Persson

Lars-Erik Lövdén
(Finansdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

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

Redovisningen av den ekonomiska utvecklingen innefattar i huvudsak utvecklingen av kommunsektorns andel i samhällsekonomin och av sektorns finansiella sparande, resultatutvecklingen för kommuner och landsting samt kommunala koncerner, sysselsättningsutvecklingen, kommunala entreprenader och köp av verksamhet samt effekter av det utjämningsystem som infördes 1996. Vidare presenteras hur kostnaderna fördelas mellan olika kommunala verksamheter 2001.

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

I övrigt redovisas utvecklingen inom folkhälsa och bostadsförsörjning samt ett avsnitt om demokrati och organisation.

Redovisningen av de kommunala verksamheterna avser i huvudsak förhållandena t.o.m. verksamhetsåret 2001. De årtal som redovisas kan variera mellan olika verksamhetsområden, bl.a. beroende på hur den offentliga statistiken samlas in. Det förekommer även skilda möjligheter för de olika verksamhetsområdena att redovisa graden av måluppfyllelse.

1	Sammanfattning	4
1.1	Kommunal ekonomi och personal.....	4
1.2	De kommunala verksamheterna	4
2	Kommunal ekonomi och personal	9
2.1	Inledning.....	9
2.2	Kommunsektorns andel av samhällsekonomin	9
2.3	Försämrat resultat i kommunsektorn 2002	11
2.4	Resultatet i enskilda kommuner och landsting.....	13
2.5	Störst kostnadsökning inom utbildning, äldre- och handikappomsorg och vård	16
2.6	Kommunala företag påverkar kommuners och landstings ekonomi	17
2.7	Kommunala köp av verksamheter fortsätter att öka.....	18
2.8	Utjämningsystemet	19
2.9	Särskilda insatser viktiga för att hjälpa de ekonomiskt svagaste kommunerna och landstingen	21
2.10	Sysselsättning	23
2.11	Sjukfrånvaro	25
2.12	Rekrytering.....	26
3	Hälso- och sjukvårdspolitik	28
3.1	Verksamhetsområde hälso- och sjukvård.....	28
3.2	Verksamhetsområde tandvård	42
4	Socialtjänst.....	49
4.1	Äldreomsorg.....	49
4.2	Personer med funktionshinder.....	56
4.3	Individ- och familjeomsorg	63
4.3.1	Ekonomiskt bistånd	63
4.3.2	Missbrukarvård	68
4.3.3	Barn- och ungdomsvård	71
5	Barnomsorg, skola och vuxenutbildning	75
5.1	Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg	75
5.2	Det offentliga skolväsendet för barn och ungdom	80
5.2.1	Förskoleklass.....	80
5.2.2	Grundskolan	82
5.2.3	Gymnasieskolan	87
5.2.4	Särskolan	94
5.3	Kommunernas vuxenutbildning	94
5.3.1	Kommunal vuxenutbildning.....	95
5.3.2	Vuxenutbildning för utvecklingsstörda.....	98
5.3.3	Svenskundervisning för invandrare	99
6	Demokrati och organisation.....	102
6.1	Valet 2002	102
6.2	Folkomröstningar	102
6.3	Demokratiarbetet på lokal nivå	103
6.4	Organisation	104
7	Övrigt.....	106

7.1	Folkhälsa	106	Skr. 2002/03:102
7.2	Bostadsförsörjning	109	
	Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 3 april 2003	114	

1.1 Kommunal ekonomi och personal

Kommuner och landsting utgör en betydande del av samhällsekonomin. Kommunsektorns utgifter motsvarade 23,1 procent av Sveriges BNP 2001, varav 19,4 procentenheter utgjordes av kommunal konsumtion.

Preliminära uppgifter från SCB avseende kommunernas resultat för 2002 visar på ett positivt resultat på 3,2 miljarder kronor, vilket är en försämring med 7,9 miljarder kronor jämfört med 2001. 178 kommuner har ett positivt resultat eller ett nollresultat 2002 jämfört med 198 kommuner 2000. Om extraordinära poster exkluderas blir resultatet sammantaget för kommunerna 2002, 0,8 miljarder kronor att jämföra med 4,7 miljarder kronor 2001.

Landstingen redovisade 2002 sammantaget ett negativt resultat på 7,6 miljarder kronor, vilket är en försämring med ca 4 miljarder kronor jämfört med året innan. Endast 5 landsting visar ett resultat över noll 2002, en halvering jämfört med 2001. Det försämrade resultatet i kommunsektorn beror på att nettokostnaderna fortsatt att öka i ungefär samma takt som 2001 medan skatteintäkterna ökat betydligt mindre än året innan.

De verksamheter som visar störst kostnadsökningar mellan 2000 och 2001 är utbildning samt omsorg om äldre och funktionshindrade bland kommunerna och primärvården bland landstingen.

Kommunala köp av verksamhet fortsätter att öka, och utgjorde ca 11 procent av kommunernas totala driftskostnader 2001.

Omfördelningen i de utjämningsystem som finns för kommunsektorn fortsatte att öka 2002. Detta speglar en ökande skillnad i inkomstnivåer mellan olika kommuner och landsting, som påverkar inkomstutjämnningen, och ökade skillnader i strukturella faktorer, t.ex. andelen äldre, som påverkar kostnadsutjämnningen.

Efter att ha minskat under åren 1990–1997 har antalet anställda i kommuner och landsting ökat fr.o.m. 1998. Omräknat till årsarbetare var antalet anställda 833 000.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden har ökat från 91 till 93 procent av heltid inom kommunsektorn under perioden 1997–2001. Detta beror främst på ökad sysselsättningsgrad hos kvinnor.

Ökningen av sjukfrånvaron har varit speciellt stor bland kommuner och landsting under de senaste åren, vilket lett till en debatt om orsaker och möjliga sätt att försöka bryta den negativa utvecklingen.

1.2 De kommunala verksamheterna

Hälso- och sjukvård

Den samlade bedömningen är att kvaliteten och innehållet i den svenska hälso- och sjukvården är hög. Under 1990-talet har både tillgängligheten och kvaliteten i vården förbättrats och vårdens insatser nått allt fler och allt äldre patienter. Därutöver har patientens ställning stärkts genom

ökade valmöjligheter och rätt till inflytande och delaktighet i behandlingen. Skr. 2002/03:102

Stora omfördelningar har skett av resurserna inom hälso- och sjukvården de senaste åren. Det har skett en successiv övergång från sluten till öppen vård. Antalet vårdplatser har minskat inom slutenvården och dagkirurgin har ökat.

De satsningar som regeringen har gjort genom den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården är ett resurstillskott på närmare nio miljarder kronor till landsting och kommuner under åren 2001–2004, samt satsningen på ökad tillgänglighet, har främst varit riktade mot systemets bas, dvs. primärvården. Även om det är inom dessa områden som det största behovet av ett förändringsarbete har funnits, leder förändringar i en del av vårdkedjan till att nya krav ställs på övriga delar av vården.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2001 till 172,5 miljarder kronor, inklusive hushållens konsumtion av hälso- och sjukvård, en ökning med 5,8 procent mot året innan. Kostnaderna för läkemedelsförmånen uppgick 2002 till ca. 18,6 miljarder kronor, en ökning med 8,9 procent från 2001.

Egenavgifterna, dvs. patienternas andel av kostnaderna för läkemedel, ökade under motsvarande period med 3,7 procent.

Socialtjänst

Äldreomsorg

Andelen personer 65 år och äldre som får kommunal äldreomsorg i någon form har under de senaste tre åren varit relativt oförändrad. Insatserna riktas framför allt till ensamstående äldre med stora behov av vård och omsorg. Mycket arbete under senare år har skett i kommunerna för att utveckla kvaliteten i verksamheterna.

Brister som konstateras vid Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn rör bl.a. samverkan mellan kommuner och landsting, brist på platser inom särskilda boendeformer samt kompetensförsörjningen. Kostnaderna för äldreomsorgen uppgick 2001 till ca 72 miljarder kronor, en ökning med 4 procent i fasta priser från 2000. Kostnader för vård i särskilt boende står för ca 2/3 delar av de totala kostnaderna.

Insatser för personer med funktionshinder

Antalet personer som beviljas insatser enligt de lagar som reglerar samhällets insatser för funktionshindrade fortsätter att öka. Den största ökningen mellan 2000 och 2001 avser personlig assistans enligt LASS. Det beror främst på att personer över 65 år sedan den 1 juli 2001 har rätt att få behålla sin assistansersättning om de hade sådant stöd före 65-årsdagen.

Resultaten av länsstyrelsernas tillsyn visar på problem främst med att många personer med funktionshinder som har rätt till och beslut om olika stöd inte får tillgång till det stödet. Orsakerna kan vara att kommunerna har svårt att planera för utbyggnad av särskilda boendeformer men även rekryteringsproblem, t.ex. av kontaktpersoner.

Kommunernas kostnader för insatser för personer med funktionshinder uppgick 2001 till 30,4 miljarder kronor, en ökning med 9 procent i löpande priser. Skr. 2002/03:102

Individ- och familjeomsorg

Kostnaderna för socialbidrag fortsätter att sjunka. Mellan 2001 och 2002 var minskningen 6 procent i fasta priser. Det är första gången sedan början av 1990-talet som samtliga komponenter – antalet bidragstagare, bidragsperiodens längd samt genomsnittligt bidrag per hushåll – bidrar till minskningen. Antalet socialbidragstagare motsvarar nu omfattningen 1991.

Omkring 80 procent av vårdinsatserna inom missbruksvården sker i dag i öppenvård. Både antalet vårdade missbrukare och genomsnittlig vårdtid var ungefär oförändrade jämfört med förra året. Kostnaden för missbruksvården har totalt ökat med ca 5 procent (fasta priser) mellan 2000 och 2001. Mest har kostnader för öppenvårdsinsatser ökat.

Antalet barn och unga som under 2001 fick vård utanför det egna hemmet fortsatte att öka som andel av befolkningen 0–20 år. Kommunerna har ofta mycket svårt att rekrytera nya familjehem, vilket leder till negativa konsekvenser för barn i utsatta familjer. Kostnader för barn- och ungdomsvården ökade med 9 procent.

Förskola, skola och vuxenutbildning

Förskola

Behovstäckningen inom förskolan ökade under 2002. De reformer som genomfördes 2001 och 2002 som ger barn till föräldralediga och arbetslösa rätt till förskola minst 15 tim/vecka bidrog till detta.

Andelen inskrivna barn ökade 2002 till 81 procent i åldersgruppen 1–5 år, en ökning med 4 procentenheter mot förra året. För fritidshemmen (åldersgrupp 6–9 år) var andelen inskrivna 75 procent.

Den totala kostnaden för barnomsorgen uppgick 2001 till 40,9 miljarder kronor, vilket är en minskning med ca 3 procent om man tar hänsyn till inflationen. Maxtaxan var införd i 287 av 289 kommuner i januari 2002. Den genomsnittliga gruppstorlek i förskolan är 17,5 barn/grupp. Den har inte förändrats med maxtaxans införande.

Grundskola, särskola och förskoleklass

Förskoleklassen är en egen skolform för 6-åringar. Andelen inskrivna ökade något till 94 procent. Antalet lärare per 100 elever uppgick hösten 2002 till 8,0. Den totala kostnaden för förskoleklassen uppgick 2001 till 3,6 miljarder kronor.

Andelen elever som våren 2002 gick ut grundskolan med behörighet att läsa ett nationellt program på gymnasieskolan uppgick till ca 90 procent, oförändrat jämfört med 2001. Andelen elever som nått målen för godkänt i alla ämnen var oförändrat 2002 och uppgick till ca 75 procent.

Lärartätheten i kommunal grundskola är läsåret 2002/2003 7,9 lärare per 100 elever, en ökning med 0,1 lärare. Skr. 2002/03:102

Kostnaden grundskolan uppgick 2001 till 64,4 miljarder kronor, varav de fristående grundskolornas andel utgjorde 2,8. Kostnaden per elev ökade med 4 procent mellan 2000 och 2001.

Antalet elever i särskolan fortsätter att öka. Sedan hösten 1995 har antalet elever ökat med 40 procent, att jämföra med 10 procents ökning inom grundskolan. Kostnaden för särskolan uppgick 2001 till 4,1 miljarder kronor, en ökning med 12 procent från 2000.

Gymnasieskolan

Våren 2002 lämnade 80,7 procent av eleverna år 3 i gymnasieskolan med slutbetyg, en ökning med 1,6 procentenheter jämfört med 2001. Av dessa hade 86 procent behörighet för universitets- och högskolestudier, en ökning med drygt 1 procentenheter jämfört med 2000. Andelen för kvinnor var 89 procent och för män 83 procent.

Andelen ungdomar som börjar på högskolan före 25 års ålder har nästan fördubblats sedan i slutet av 1980-talet, från 22 till 40 procent.

Andelen elever i fristående gymnasieskolor uppgick till 8 procent.

Kostnaden för gymnasieskolan uppgick 2001 till 22,9 miljarder kronor, en ökning med drygt 4 procent från 2000.

Vuxenutbildning

Det totala antalet studerande i kommunal vuxenutbildning fortsätter efter ökning mellan 1996 och 2000, som berodde på satsningen på kunskapslyftet, att minska. Antalet studerande på komvux läsåret 2001/02 var 288 000, en minskning med närmare 30 000 elever (9 procent) jämfört med året innan.

Under det senaste läsåret slutförde 76 procent av kursdeltagarna den kurs de påbörjat och 18 procent avbröt kursen. Resterande 6 procent deltog vid läsårets slut i kurser som ännu inte var avslutade. Män är starkt underrepresenterade i kommunal vuxenutbildning; enligt Skolverket är det dubbelt så många kvinnor som män som deltar i verksamheten.

Den totala kostnaden för kommunal vuxenutbildning uppgick 2001 till 5,1 miljarder kronor, en minskning med ca 20 procent jämfört med året innan. Antalet studerande i Svenska för invandrare (sfi) var ca 40 000 under läsåret 2001/02. Jämfört med föregående läsår innebär det en ökning med ca 8 procent.

Ungefär en fjärdedel av deltagarna, avbröt utbildningen eller gjorde studieuppehåll under året. Kommunernas totala kostnad för sfi läsåret 2001/02 var 756 miljoner kronor.

Övrigt

Under 2002 skedde inga förändringar i antalet kommuner och landsting, utan antalet uppgår liksom 2000 till 289 kommuner och 20 landsting. I januari 2003 bildades Knivsta kommun genom en delning av Uppsala.

Valdeltagandet i 2002 års kommunalval blev 77,9 procent, en minskning med 0,7 procentenheter jämför med föregående val. Knappt 31 procent av väljarna personröstade i kommunalvalet. Skr. 2002/03:102

Kommunerna och landstingen har genom sina olika ansvarsområden en central roll i folkhälsoarbetet och därmed om folkhälsomålen kan uppfyllas.

Kommunernas bostadsförsörjningsansvar innebär att varje kommun är skyldig att planera för bostadsförsörjningen i kommunen i syfte att skapa förutsättningar för alla invånare att leva i goda bostäder. I landet finns ca 300 kommunala bostadsföretag med omkring 850 000 lägenheter.

De olika kommunernas förutsättningar att bedriva bostadspolitik påverkas i hög grad av den pågående omflyttningen mellan glesbygd och storstads- och högskolekommuner.

2.1 Inledning

Mål för den kommunala ekonomin

Det övergripande målet för den kommunala ekonomin anges i kommunallagen. Kommuner och landsting skall ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs av andra juridiska personer. Det innebär att även kommunala bolag omfattas av bestämmelsen. Enligt förarbetena till lagen är det i normalfallet inte att anse som god ekonomisk hushållning att ta lån för att täcka löpande kostnader. Vidare bör medel från försäljning av anläggningstillgångar användas till nya investeringar eller för att betala igen lån.

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

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

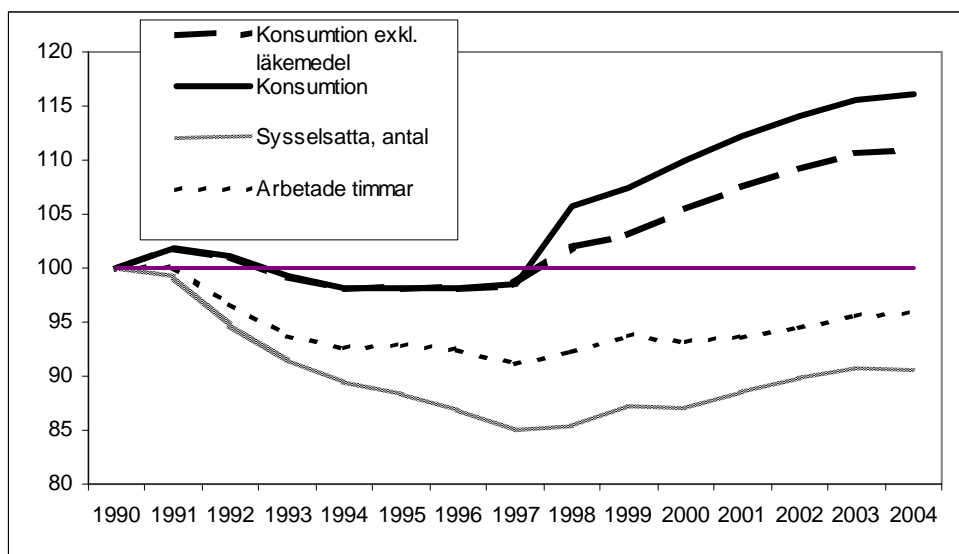
2.2 Kommunsektorns andel av samhällsekonomin

Den svenska kommunsektorn har en större omfattning i förhållande till landets ekonomi än vad som är fallet i flertalet jämförbara länder. Kommunerna och landstingen har även en internationellt sett mycket hög andel egenfinansiering av verksamheterna i form av egna skatteintäkter. År 2001 motsvarade de kommunala utgifterna 23,1 procent av BNP, varav kommunala konsumtionsutgifterna svarade för 19,4 procent. Inkomsterna motsvarade 22,9 procent av BNP, varav kommunalskatter svarade för 15,9 procent och statsbidrag för 5,1 procent.

Kommunsektorns andel av BNP mäts i nominella termer, vilket inte ger någon direkt information om sektorns resurser i reala termer. De kommunala konsumtionsutgifterna redovisas även i fasta priser. Utvecklingen i fasta priser (volymutvecklingen) används ofta som ett grovt mått på resursutvecklingen i kommunsektorn. Vid beräkning av de kommunala konsumtionsutgifterna dras försäljningsinkomster (bl.a. avgifter) bort. Konsumtionsutvecklingen påverkas således även av försäljningsinkomsternas utveckling.

Diagram 2.1 Konsumtions- och sysselsättningsutvecklingen i kommunsektorn. Index 1990=100.

Skr. 2002/03:102



Källa: Nationalräkenskaperna. Prognos för 2003–2004.

Under flera decennier expanderade den kommunala sektorn kraftigt. Denna utveckling bröts under krisåren för den svenska ekonomin i början av 1990-talet. Den kommunala konsumtionen minskade dock inte i samma omfattning som sysselsättningen. Medan konsumtionen minskade med drygt 1 procent mellan 1990 och 1997 minskade antalet arbetade timmar med 9 procent och antalet anställda med 15 procent. Skillnaden i utveckling av antalet arbetade timmar och antalet anställda kan bl.a. förklaras av att andelen deltidsarbetande minskade samt av att sjukfrånvaron gick ned under perioden.

Av betydelse för den mer återhållsamma konsumtionsutvecklingen är också de olika åtgärder som riksdagen beslutade i syfte att motverka kommunalskatteshöjningar. År 1991 infördes ett tvåårigt skattestopp i samband med skattereformen, för att inte höjda kommunalskatter skulle motverka sänkt statlig inkomstskatt. Mot bakgrund av den djupa lågkonjunkturen förlängdes skattestoppet till att gälla även för 1993. År 1994 erhöll kommuner och landsting som inte höjde skatten en särskild kompensation. Mot bakgrund av skattehöjningar 1995 och 1996 infördes sanktioner 1997–1999. De kommuner och landsting som under dessa tre år höjde skatten, fick det generella statsbidraget minskat med ett belopp motsvarande hälften av den intäktsökning som skattehöjningen medförde. Under de därpå följande åren har den genomsnittliga skattesatsen ökat något, främst till följd av att många landsting höjt skatten. År 2003 ökar dock kommunalskatten med i genomsnitt 0,65 procentenheter (65 öre per skattekrone), vilket är den kraftigaste ökningen sedan 1978, främst på grund av skattehöjningar i två av de tre största landstingen och den största kommunen. Sedan det nuvarande kommunala utjämningsystemet infördes 1996 har skillnaden mellan högsta och lägsta kommunalskattesats (sammanlagd kommun- och landstingsskatt) minskat från 7,50 procentenheter 1995 till 4,82 procentenheter 2003. Av störst betydelse för denna utveckling är att

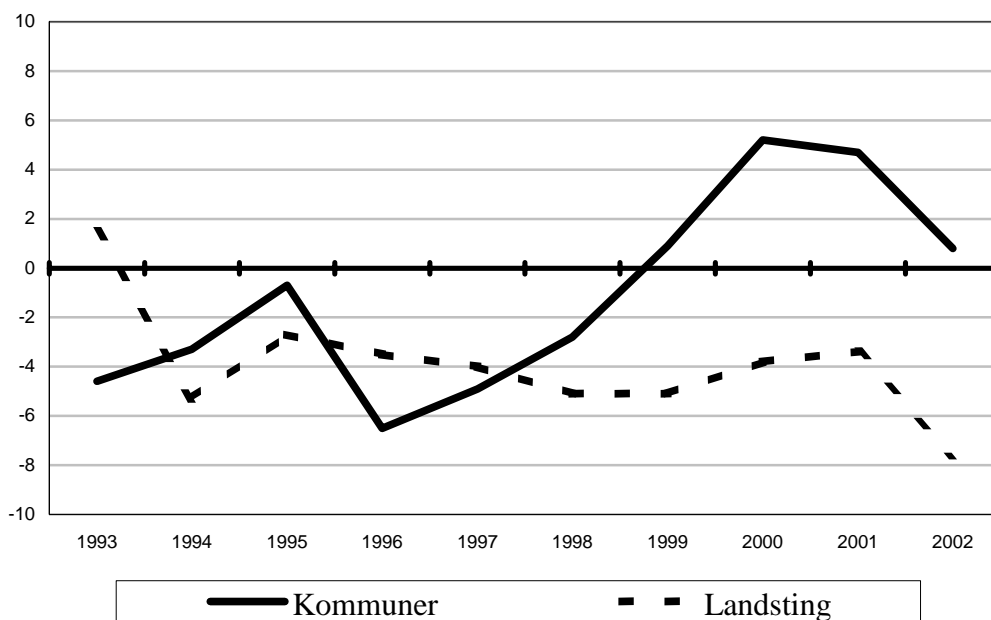
kommunerna med lägst skattesats sedan mitten av 1990-talet har höjt skatten. Skr. 2002/03:102

2.3 Försämrat resultat i kommunsektorn 2002

Kommunernas samlade resultat förbättrades successivt mellan 1996 och 2000 medan landstingens samlade resultat i stort sett var oförändrat. Den positiva resultatutvecklingen i kommunerna bröts 2001. Sedan 2000 har kommunernas samlade resultat försämrats från ca 5 till ca 1 miljard kronor. Landstingen har under samma period försämrat sitt resultat från ca -4 till ca -7,5 miljarder kronor.

Diagram 2.2 Utveckling av kommunernas respektive landstingens samlade resultat.

Resultat före extraordinära poster. Miljarder kronor i löpande priser



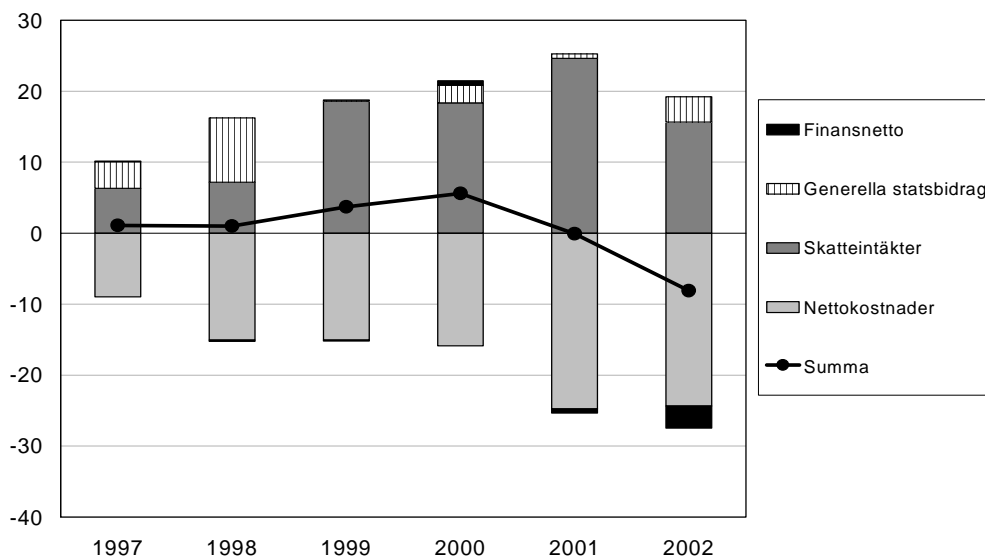
Källa: Statistiska centralbyrån och Landstingsförbundet.

Diagram 2.3 visar resultatutvecklingen för kommunsektorn som helhet och förändringen av de poster som ligger bakom denna utveckling. Åren 1997 till 2000 ökade intäkterna i en successivt snabbare takt, främst som en följd av en gynnsam samhällsekonomisk utveckling och statliga tillskott.

Diagram 2.3 Resultatförändring i kommunsektorn och dess komponenter.

Skr. 2002/03:102

Resultat före extraordinära poster. Miljarder kronor i löpande priser.



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet och Finansdepartementet.

Anm. Beräkningarna avseende 2002 är preliminära.

Nettokostnaderna ökade i en jämn takt 1998–2000, med ca 15 miljarder kronor per år. Denna utveckling i kombination med successivt ökande intäkter medförde att resultatet förbättrades. Därefter skedde ett trendbrott vad gäller utvecklingen av kostnaderna. Åren 2001–2002 ökade nettokostnaderna med ca 25 miljarder kronor per år. Det finns flera förklaringar till de kraftiga kostnadsökningarna 2001–2002, bl.a. kraftiga löneökningar och ökade kostnader för pensioner och avtalsförsäkringar. Den ökande sjukfrånvaron i kommuner och landsting innebär också en påfrestning för den kommunala ekonomin. Därutöver har kostnaderna i fasta priser ökat, d.v.s. verksamhetsvolymen, som en följd av höjda ambitioner när det gäller de kommunala kärnverksamheterna.

Den kraftiga ökningen av skatteintäkterna 2001 motverkade de kraftiga kostnadsökningarna så att resultatet för sektorn som helhet i stort sett blev oförändrat detta år. Skatteintäkterna ökade emellertid inte i samma takt 2002, vilket medförde att resultatet försämrades. En bidragande förklaring till den svaga utvecklingen av skatteintäkterna 2002 var att sysselsättningen, som är en viktig faktor för det kommunala skatteunderlaget, minskade.

Den svaga börsutvecklingen under 2002 bidrog också till att försämra resultatet 2002 genom att det bokförda värdet på aktieinnehavet skrevs ned.

Tabell 2.1 Kommunernas respektive landstingens samlade resultaträkningar Skr. 2002/03:102

Miljarder kronor

År	Kommuner			Landsting		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Verksamhetens nettokostnader	-263,4	-279,4	-295,2	-122,6	-131,5	-140,7
Skatteintäkter	226,0	243,4	255,9	107,8	118,0	124,6
Generella statsbidrag ¹	41,3	39,4	40,2	10,8	10,5	10,6
Finansiella poster	1,3	1,3	-0,2	0,2	-0,4	-2,1
Resultatet före extraordinära poster	5,2	4,7	0,8	-3,8	-3,4	-7,6
Extraordinära poster	3,5	6,3	2,4	-0,1	-0,1	0,0
Årets resultat	8,7	11,1	3,2	-3,9	-3,5	-7,6

Källa: Statistiska centralbyrån och Landstingsförbundet.

Anm. Resultaträkningarna för 2002 avseende kommunerna är preliminära

¹) Inklusivt momsavgift.

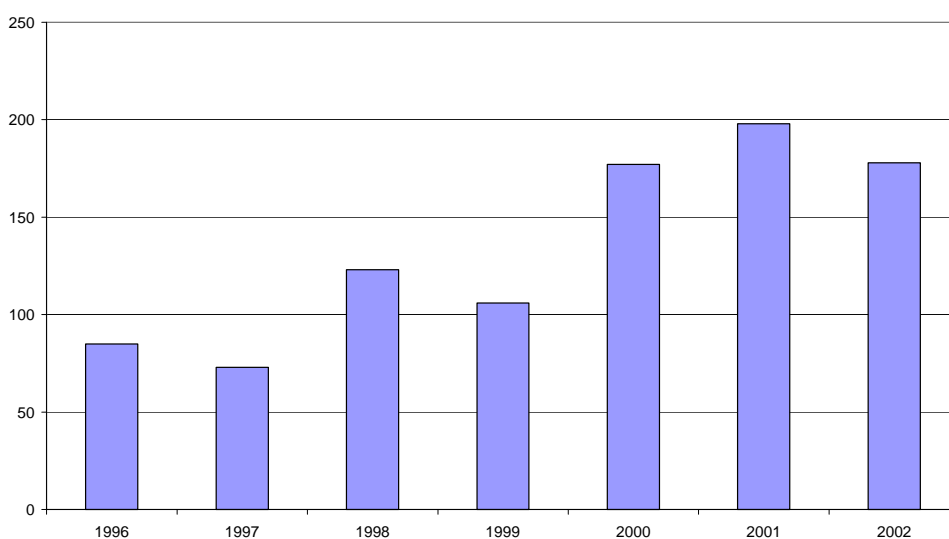
2.4 Resultatet i enskilda kommuner och landsting

Kommunerna

Mellan 1996 och 2001 ökade antalet kommuner med positivt ekonomiskt resultat från ca 80 till ca 200. Bidragande orsaker till detta torde förutom en gynnsam intäktsutveckling vara införandet av balanskravet och regeringens arbete med de ekonomiskt svagaste kommunerna genom Kommundelegationen.

Trots att antalet kommuner med underskott minskat kraftigt sedan 1996 finns det fortfarande ett stort antal kommuner som har ekonomiska svårigheter. Ett orosmoment är dessutom att den positiva utvecklingen bröts 2002, då antalet kommuner med underskott ökade något.

Diagram 2.4 Antal kommuner med positivt resultat



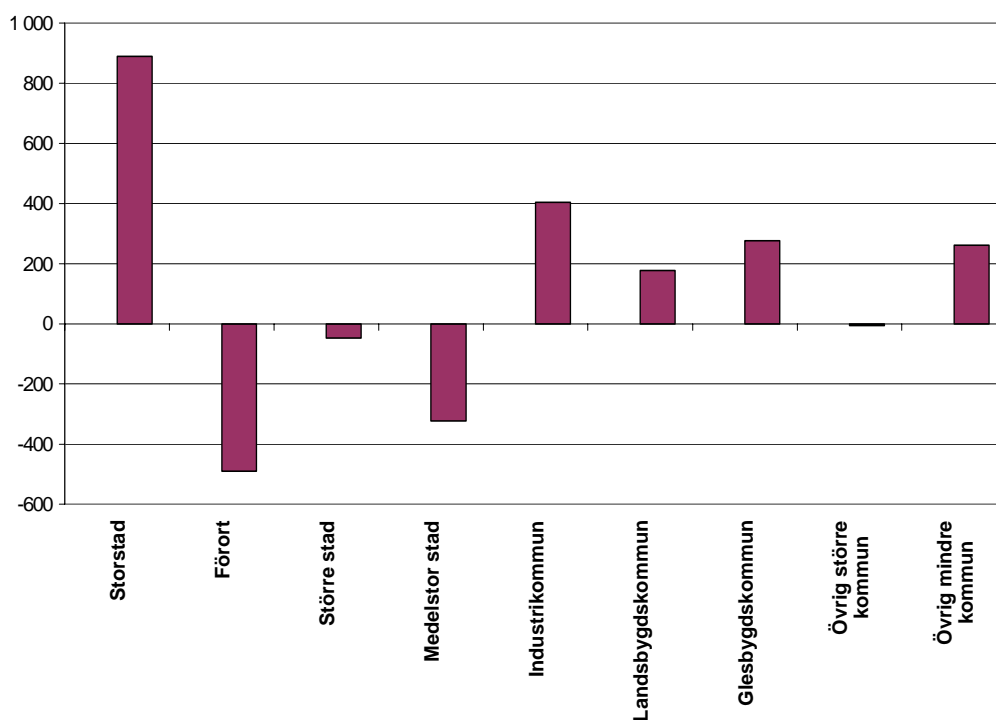
Källa: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet, 2002 prel. av 281 kommuner.

Storstäderna har sammantaget ett bättre resultat 2002 jämfört med övriga kommungrupper. Förorterna har sammantaget försämrat sitt resultat jämfört med 2001 och är den grupp som 2002 har sämst resultat.

Landsbygdskommuner och glesbygdskommuner har sammantaget ett positivt resultat, en klar förbättring jämfört med 2001, då dessa grupper var de enda som sammantaget redovisade negativa resultat. Detta kan bero på att befolkningsminskningen stannat av i många av dessa kommuner. Ett antal kommuner i dessa grupper har även sanerat ekonomin i enlighet med avtal med Kommundelegationen.

Diagram 2.5 Resultat före extraordinära poster 2002

Kronor per invånare



Källa: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

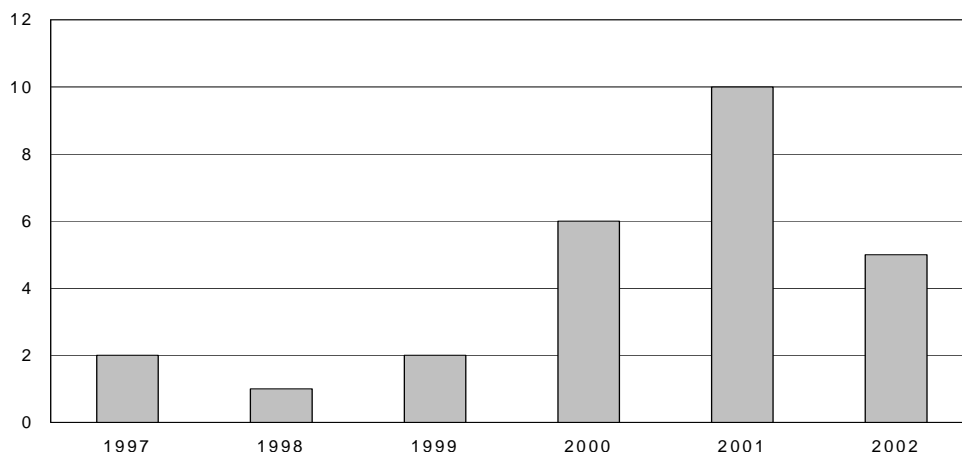
Landstingen

Även antalet landsting med positiva resultat ökade fram till och med 2001. Detta år hade tio, d.v.s. hälften av landstingen, en ekonomi i balans. År 2002 minskade antalet landsting med överskott till fem.

Diagram 2.6 Antal landsting med positivt resultat.

Skr. 2002/03:102

Resultat före extraordinära poster

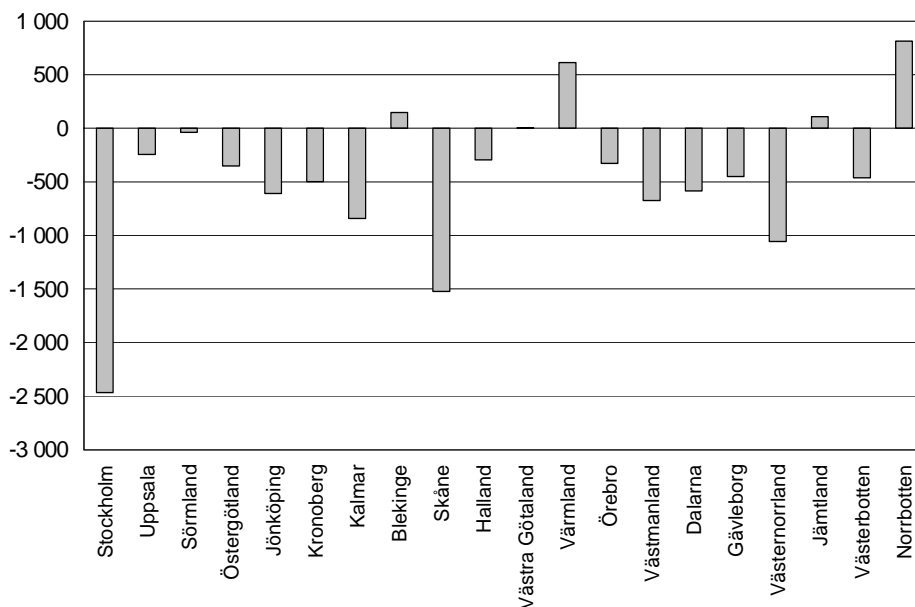


Källa: Landstingsförbundet.

Diagram 2.7 visar de enskilda landstingens resultat 2002. De största underskotten svarade Stockholm, Skåne och Västernorrland för. Stockholm och Skåne med sammanlagt ca tre miljoner invånare svarade också för en stor andel av landstingssektorns totala underskott, ca 80 procent. Norrbotten och Värmland svarade för de största positiva resultaten.

Diagram 2.7 Landstingens resultat före extraordinära poster 2002.

Kronor per invånare



Källa: Landstingsförbundet och Finansdepartementet.

Viktiga faktorer för att få en ekonomi i balans

Det omstruktureringsarbete som nu pågår i ett 40-tal kommuner och landsting i enlighet med avtal med Kommundelegationen ger viktiga erfarenheter. För att ta tillvara dessa har Göteborgs universitet åtagit sig ett forskningsuppdrag som syftar till att belysa de faktorer som är viktiga för en framgångsrik förändring av ekonomi och verksamhet. I en rapport

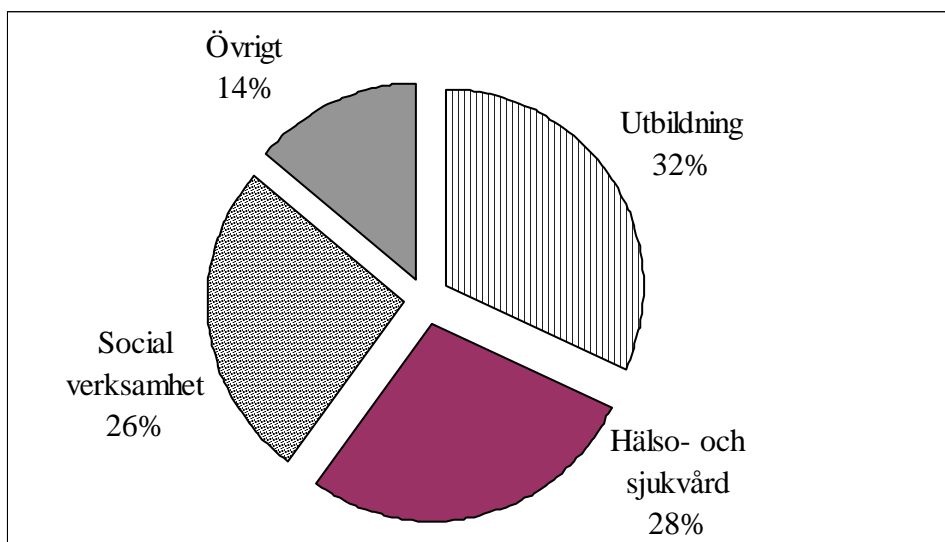
som redovisades i september 2002 har forskarna studerat fem kommuner med goda utsikter att klara avtalet med staten. Skr. 2002/03:102

De tänkbara förklaringar som rapporten pekar på när det gäller att lyckas vända en kommuns ekonomi i positiv riktning är bland annat politiskt och administrativt ledarskap, politiskt samförstånd, probleminsikt, god information om förändringsarbetet, tydliga ekonomiska spelregler och fokus på uppföljning. Det rör sig således om interna snarare än externa faktorer.

2.5 Störst kostnadsökning inom utbildning, äldre- och handikappomsorg och vård

Diagram 2.8 totala kostnader i kommunsektorn 2001

Summa kostnader 490 miljarder kronor



Källa: SCB

Till social verksamhet räknas omsorg om äldre- och funktionshindrade samt individ- och familjeomsorg.

Tabell 2.2 Procentuella förändringar av kostnaden för några av kommunernas verksamheter, åren 1998–2001

Nettokostnader, i löpande priser

Verksamhet	1998–1999	1999–2000	2000–2001
Utbildning	7,5	4,7	7,0
Äldre- och handikappomsorg	8,5	6,6	7,0
Barnomsorg	0,6	0,2	2,9
Individ- och familjeomsorg	-0,5	0,4	1,1

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

Utbildning och äldre- och handikappomsorg har under en rad år haft ökande kostnader. Barnomsorgen har 1998–2000 haft relativt oförändrade kostnader, men ökade något 2000–2001. Kostnaderna för vården fortsatte att öka även 2000. Ändringar i statistiken gör emellertid att jämförbara data för 2001 inte kan redovisas. För fylligare beskrivning

av orsakerna till kostnadsförändringarna hänvisas till respektive avsnitt Skr. 2002/03:102 längre fram i skrivelsen.

Tabell 2.3 Procentuella förändringar av kostnaden för några av landstingens verksamheter, 1996–2000

Nettokostnader, miljarder kronor i löpande priser

Verksamhet	1996–1997	1997–1998	1998–1999	1999–2000
Läns- och regionsjukvård	2,3	4,5	5,8	6,0
Primärvård	7,7	11,8	7,1	8,7
Tandvård	-4,1	4,8	-0,6	4,0
Läkemedel	-17,3	19,9	11,0	6,4

Källa: Landstingsförbundet.

2.6 Kommunala företag påverkar kommuners och landstings ekonomi

Kommuner och landsting är ägare till drygt 1 500 företag. För att ett företag ska räknas som kommun- eller landstingsägt ska minst 50 procent av röstetalet innehas av en kommun eller ett landsting. Omsättningen i de kommun- och landstingsägda företagen har ökat under perioden 1999–2001.

Tabell 2.4 Kommunägda och landstingsägda företag

Ägare	Antal företag den 31 dec. resp. år					Omsättning, miljoner kr		
	1997	1998	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Kommun	1 471	1 450	1 435	1 431	1 447	118 858	129 706	134 559
Landsting	105	79	97	93	90	14 131	20 747	24 246
Totalt	1 576	1 529	1 532	1 524	1 537	132 989	150 453	158 805

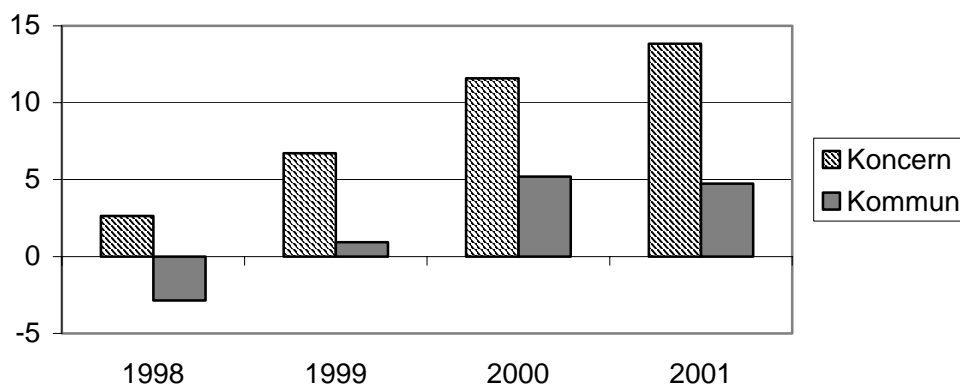
Källa: Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2001. Statistiska centralbyrån.

Hälften av de kommunägda företagen var verksamma med fastighetsförvaltning. Det näst största verksamhetsområdet var energi och vattenförsörjning som uppgick till 22 procent av antalet företag. Företagens betydelse för kommunernas ekonomi är stor. En kommun eller ett landsting som äger ett företag som ger vinst kan ta en del av denna vinst och satsa på verksamheten, medan en kommun som äger ett förlusttyngt bolag kan tvingas ge ägartillskott. Företagens resultat påverkar därmed kommunernas ekonomi och verksamhet. I tabellen nedan visas koncernernas respektive kommunernas resultat före extraordinära poster.

Diagram 2.9 Resultat före extraordinära poster

Skr. 2002/03:102

Miljarder kronor i löpande priser



Källa: Statistiska centralbyrån och Finansdepartementet.

Kommunkoncernernas resultat uppgick till 13,8 miljarder kronor 2001, att jämföra med kommunernas resultat, som var 4,7 miljarder kronor. Resultatet för både kommun och koncern har blivit bättre för varje år under perioden, förutom kommunernas resultat som minskade något mellan 2000 och 2001. Resultatet varierar emellertid kraftigt mellan olika kommuner.

2.7 Kommunala köp av verksamheter fortsätter att öka

Kommunerna bedriver i stor utsträckning sin verksamhet i egen regi. Av de totala verksamhetskostnaderna 2001 på 350 miljarder kronor härrörde elva procent av köp från olika entreprenörer (köp mellan kommuner ingår inte här). I jämförelse med 2000 innebar det en redovisad ökning med 5 miljarder kronor. Större delen, 80 procent, avser verksamhet som finansieras via skatter medan den resterande delen avser verksamhet som brukarna huvudsakligen själva finansierar, t.ex. vattenförsörjning och avfallshantering.

År 1997 svarade den totala entreprenadverksamheten för 18 miljarder kronor, och har sedan ökat till 37 miljarder kronor 2001. De områden där entreprenadverksamheten främst tilltagit under senare delen av 1990-talet och i början av 2000-talet är omsorgen om äldre och funktionshindrade samt utbildning. Deras andel utgjorde tre femtedelar av den totala entreprenadverksamheten 2001.

Köp av verksamhet, som andel av de totala driftskostnaderna, har ökat kontinuerligt, från ca sju procent 1997 till elva procent 2001. Jämförs enskilda kommuner är det stor skillnad på hur vanligt det är att köpa verksamhet i stället för att utföra den i egen regi. Oftast förekommer entreprenader i gruppen större städer och i synnerhet bland kommunerna i stockholmsregionen. (Avsnittet bygger i sin helhet på material från Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2001, Statistiska centralbyrån.)

Tabell 2.5 Kommunernas köp av kommunal verksamhet 2001, miljoner kronor Skr. 2002/03:102

Verksamhet	Totalt ¹	Från Föreningar och stiftelser	Kommun-ägda företag	Övriga företag	Kommunalförbund m.m.	Landsting	Staten	Enskilda
Förskoleverks- och skolbarnomsorg	4 158	2 448	26	1 575	..	10	10	94
Utbildning (inkl. förskoleklass)	10 166	2 615	349	4 498	1 666	757	117	164
Vård och omsorg om äldre och funktionshindrade	11 552	1 469	147	8 447	57	952	72	408
Individ- & familjeomsorg	4 816	563	66	2 665	45	230	706	547
Övrig verksamhet	4 009	334	1 232	1 560	476	45	67	308
Summa egentlig verksamhet	34 234	7 403	1 464	18 709	2 223	1 979	966	1 515
Affärsverksamhet	2 743	14	849	1 718	139	4	8	11
Totalt	37 444	7 443	2 669	20 526	2 225	2 068	980	1 533

Källa: Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2001, Statistiska centralbyrån.

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

2.8 Utjämningsystemet

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

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

Tabell 2.6 Omslutning i det kommunala utjämningsystemet 2002

Miljarder kronor

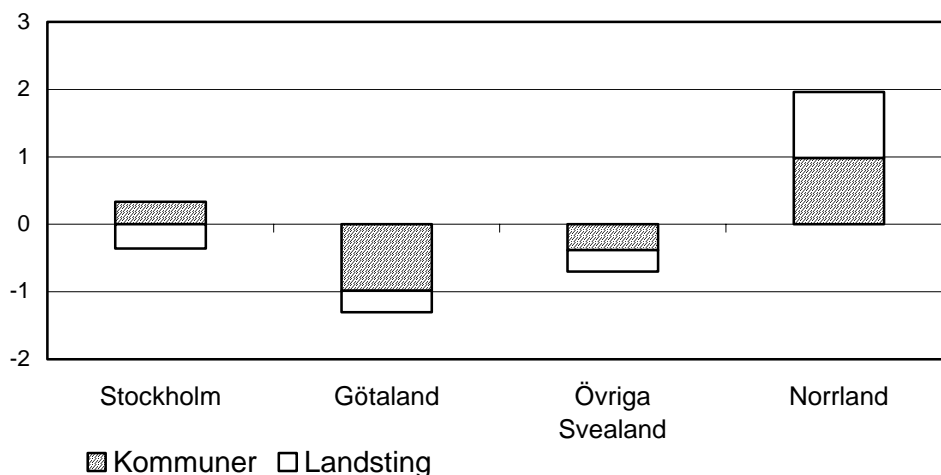
	Kommuner	Landsting
Inkomstutjämnings	12	5
Kostnadsutjämnings	5	1
Införanderegler	2	2
Totalt utjämnings	14	4
Generella statsbidrag	35	8

Något förenklat kan man säga att omfördelningen i inkomstutjämnningen sker från kommunerna i storstadsregionerna till övriga kommuner. Skr. 2002/03:102

Omfördelningen i kostnadsutjämnningen är inte lika enkel att beskriva. I diagrammet nedan visas omfördelningen i kostnadsutjämnningen mellan fyra olika delar av landet. Kommunerna i Stockholms län och Norrland erhåller sammantaget ett bidrag medan övriga landet betalar en avgift. Bland landstingen är det bara Norrlandslandstingen som sammanlagt får ett bidrag och övriga landsting betalar totalt sett en avgift.

Diagram 2.10 Omfördelning i kostnadsutjämnningen 2002

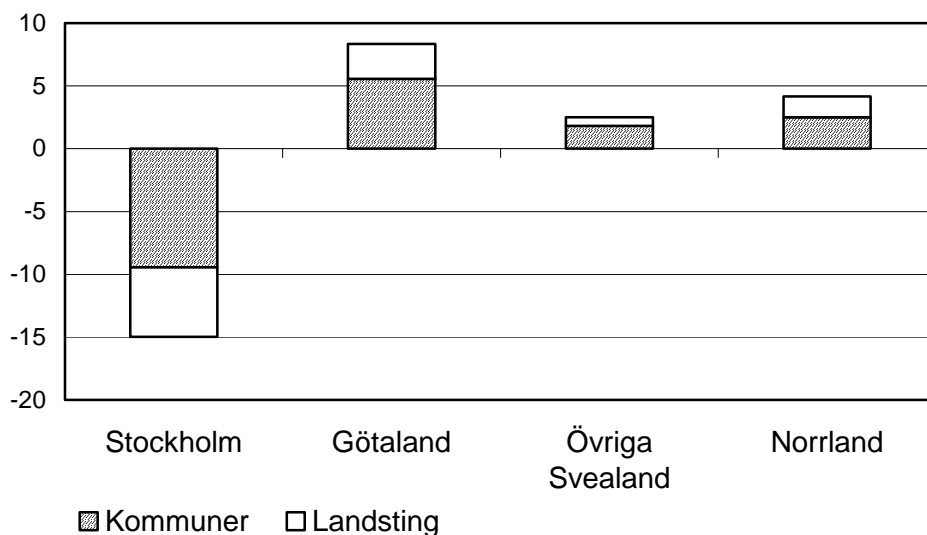
Miljarder kronor



När det gäller den sammanlagda omfördelningen i utjämningsystemet, dvs. både kostnads- och inkomstutjämnning, är det kommunerna och landstinget i Stockholms län som sammantaget betalar en avgift. Denna uppgår till totalt ca 15 miljarder kronor. Det finns dock kommuner i Stockholms län som sammanlagt får ett bidrag och det finns även kommuner i övriga landet som får betala en sammanlagd avgift i utjämningsystemet.

Diagram 2.11 Omfördelning i inkomst- och kostnadsutjämnningen 2002

Miljarder kronor



Den 27 september 2001 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentarisk kommitté för att utreda vissa frågor rörande det kommunala statsbidrags- och utjämningsystemet (dir. 2001:73). Utredningen ska bl.a. analysera hur kommuner och landsting med kraftig befolkningsminskning ska kunna upprätthålla en likvärdig verksamhet jämfört med övriga kommuner och landsting. Dessutom ska utredningen se över möjligheterna att förenkla systemet och se över hur intäktsförändringar för enskilda kommuner och landsting till följd av ändringar i statsbidrags- och utjämningsystemet efter 2004 ska hanteras. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 oktober 2003.

2.9 Särskilda insatser viktiga för att hjälpa de ekonomiskt svagaste kommunerna och landstingen

Från 1996 har särskilda medel ställts till regeringens förfogande för att skapa möjligheter att i rekonstruktivt syfte tillfälligt bistå kommuner och landsting som på grund av speciella omständigheter kan hamna i en särskilt svår ekonomisk situation. De beslut som fattats avseende 2002 redovisas i tabell 2.7.

Tabell 2.7 Medel som fördelats av regeringen avseende 2002

Miljoner kronor

Bidrag	
Översvämningar	86
LSS	450
Omställningsbidrag landsting	172
Hiv/aids	84
Kommundelagationen	404
Uppdrag	1
Summa	1 197

Källa: Finansdepartementet.

Förtida utbetalning av 10 kommundelegationsärenden samt utbetalning av 25 procent av bidraget

Det är 36 kommuner och 4 landsting som via Kommundelagationen har ingått en överenskommelse med staten om att sänka sina bruttokostnader med ett visst belopp och att uppnå ekonomisk balans senast i bokslut för 2002. Staten skall betala ut ett statsbidrag när åtagandena fullgjorts. Om åtagandena uppfylls dessförinnan kan bidrag utges tidigare. Ett förskott om 25 procent av de utlovade statsbidragen har utbetalats till berörda kommuner och landsting under första halvåret 2002. Efter bokslut för 2001 har 10 kommuner och 1 landsting aviserat att de vill erhålla slutlig utbetalning av statsbidraget.

Överenskommelsen kräver att kommunen eller landstinget skall inkomma med en redogörelse när åtagandena enligt åtgärdsplanen har

fullgjorts och ekonomisk balans har uppnåtts. Kommunens revisorer skall bekräfta att åtagandena i överenskommelsen har uppfyllts.

Samtliga 10 kommuner och 1 landsting har inkommit med redogörelser och revisorsintyg. Regeringen har beslutat att utbetala bidraget redan 2002 till kommunerna.

Översvämningar

Under hösten/vintern 2000 drabbades ett flertal kommuner i Värmland och Västra Götaland av översvämningar. Regeringen utlovade stöd till de berörda kommunerna och riksdagen uttalade att dessa kommuner skulle hanteras enligt samma principer som de kommuner som drabbades av översvämningar under sommaren 2000. Regeringen beslutade under 2002 att bevilja bidrag på ca 86 miljoner kronor till de berörda kommunerna.

Tillfälligt statsbidrag för LSS-verksamhet

År 2002 utbetalades 350 miljoner kronor till 51 kommuner för höga kostnader enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det var andra året som regeringen beslutade om detta bidrag för verksamheten och det var tämligen stora förändringar, dels beträffande vilka kommuner som erhöll bidrag, dels vilka belopp som betalades ut till berörda kommuner.

Vad gäller det andra statsbidraget som administreras av Socialstyrelsen erhöll 63 kommuner bidrag. Socialstyrelsens analys visar att 26 kommuner erhöll bidrag från såväl 350 miljoner kronor-systemet som 100 miljoner kronor-systemet. 30 procent av kommunerna som erhöll bidrag från Socialstyrelsen var små kommuner, 30 procent stora kommuner. Socialstyrelsens beslut om bidrag under 2002 avsåg 251 individer. Socialstyrelsens framhåller i sin rapport till regeringen att det är svårt att analysera om de båda statsbidragen ger någon effekt eftersom systemen inte bygger på samma faktorer och kostnadsbegrepp.

Omställningsbidrag landsting

Under 2001 och 2002 utgick ett omställningsbidrag till landsting med kraftig befolkningsminskning. Under 2002 fick åtta landsting dela på 172 miljoner kronor. Riksdagen fattade i december 2002 beslut om att stödet ska utgå även 2003 och 2004. Bidraget utgår med 60 kronor per invånare för varje procentenhet som minskningen överstiger två procent under en femårsperiod.

Hiv/aids

Ett tillfälligt bidrag till förebyggande hiv/aidsverksamhet i storstadsregionerna har utgått alltsedan 1998. Regeringen föreslog i budgetpropositionen för 2002 att 84 miljoner kronor skulle utgå även 2002. Riksdagen ställde sig sedan bakom regeringens förslag. Under året beslutade regeringen om bidrag på sammanlagt 84 miljoner kronor för

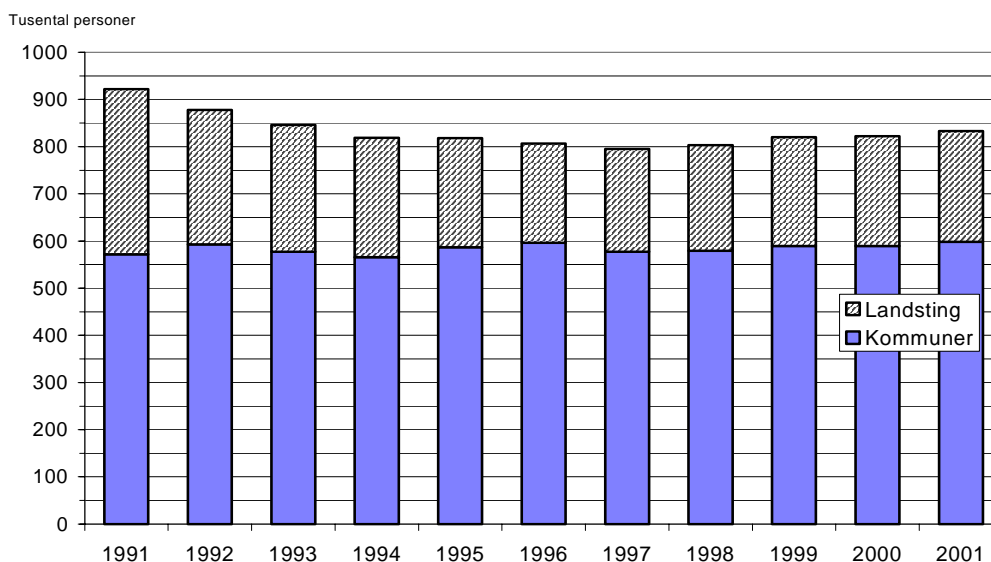
Samverkansbidrag

För att främja samverkan mellan kommuner och landsting med befolkningsminskning beviljade regeringen 2002 bidrag om sammanlagt 25 miljoner kronor till 46 projekt, som tillsammans omfattar 135 kommuner och 7 landsting.

2.10 Sysselsättning

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

Diagram 2.12 Antal årsarbetare i kommuner och landsting 1991–2001



Antalet sysselsatta i kommunsektorn var som högst 1991. Därefter minskade antalet sysselsatta fram till början av 1997, bl.a. som en följd av de försämrade ekonomiska förutsättningarna under första hälften av 1990-talet.

Sedan 1997 har sysselsättningen ökat med ca 40 000 årsarbetare, främst beroende på bättre ekonomiska förutsättningar och ökat antal äldre och yngre. Samtidigt har kommunernas och landstingens köp av tjänster ökat under 1990-talet. Framförallt utvecklingen av entreprenader inom vård och omsorg samt skolor som drivs av andra än kommuner påverkar antalet anställda i kommunsektorn utan att verksamhetens omfattning påverkas.

Under perioden 1997 till 2001 har kommunernas kostnader för köp av verksamhet ökat från ca 7 procent av totala driftkostnaderna till ca. 11 procent. Denna ökning motsvarar ca 30 000–40 000 årsarbetare, en utveckling som inte syns i diagrammet ovan.

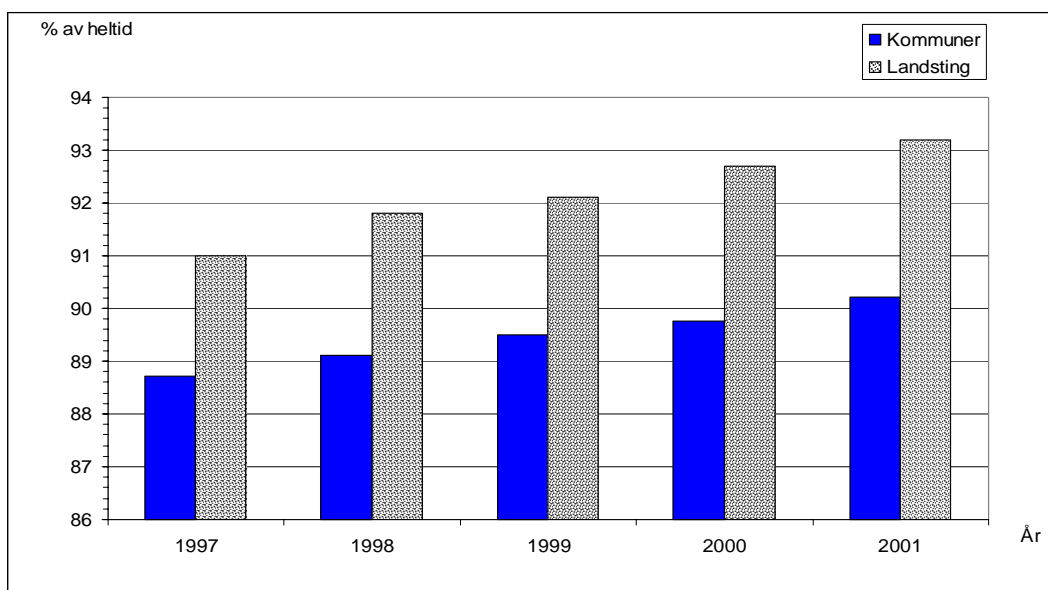
Sysselsättningsutvecklingen påverkas även av att delar av verksamheten som tidigare bedrevs i förvaltningsform i stället organiseras i aktiebolagsform (s.k. bolagisering). Antalet anställda i kommunala och landstingskommunala bolag har dock inte förändrats nämnvärt de senaste åren. Skr. 2002/03:102

Sysselsättningsgrad

Att i ökad grad erbjuda heltidsanställningar hos kommuner och landsting är en målsättning, som har formulerats bl.a av den s.k. Vårdkommissionen, som har flera syften. Dels kan det ses som en jämställdhetsfråga. De flesta som har deltidsanställningar i kommun- och landstingssektorn är kvinnor och många av dem vill ha högre sysselsättningsgrad. Dels har staten kostnader för deltidsarbetslöshet. Dessutom underlättas nyrekrytering om de arbeten som erbjuds i högre utsträckning är heltidstjänster.

I januari 2003 har deltidsarbetslösheten inom vård och omsorg sjunkit med 50 procent, eller från 30 000 till 15 000 personer, jämfört med november 1999 som var startpunkten för Vårdkommissionens och regeringens halveringsmål. Målet har alltså uppnåtts men på längre tid. Timanställningarna inom vård och omsorg har samtidigt sjunkit med 26 procent.

Diagram 2.13 Genomsnittlig sysselsättningsgrad 1997–2001



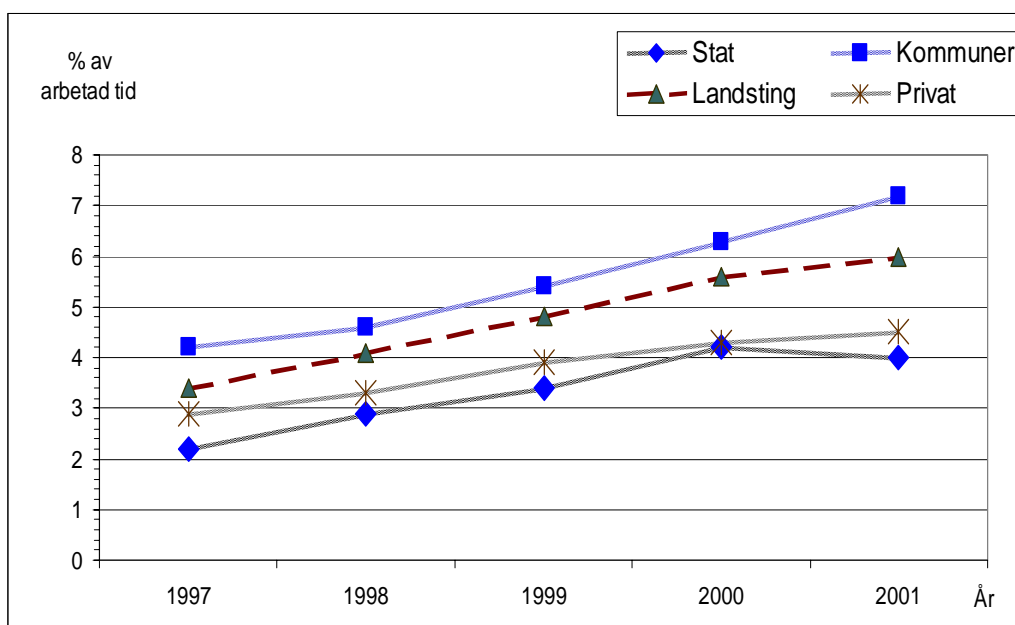
Källa: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Den ökade sysselsättningsgraden beror på att kvinnor i mindre utsträckning arbetar deltid. Skillnaden mellan män och kvinnor har i genomsnittlig överenskommen sysselsättningsgrad under perioden 1997–2001 minskat från ca 8 till ca 6 procentenheter. Mäns sysselsättningsgrad har varit ungefär oförändrad på 96 procent medan den för kvinnor ökat från ca 88 procent till ca 90 procent under perioden.

Sjukfrånvaron har ökat markant på hela arbetsmarknaden under de senaste åren. Ökningen har varit speciellt stor bland kommuner och landsting, vilket lett till en debatt om orsaker och möjliga sätt att försöka bryta den negativa utvecklingen.

Att sjukfrånvaron är högre bland äldre än bland yngre är ett välkänt och naturligt faktum. Dessutom har kvinnor högre sjuktal än män generellt. En del av förklaringen till de olika utvecklingstendenserna mellan arbetsmarknadens sektorer kan alltså bero på skillnader i ålders- och könsfördelning. Kommunförbundet uppskattar att ungefär hälften av den ökade differensen under perioden beror på dessa faktorer. I början av 1990-talet hade dock kommun- och landstingssektorn lägre sjukfrånvaro än privat sektor om man korregerar för skillnader i ålders- och könsfördelning. Den stora skillnaden mellan sektorerna skulle alltså kunna bero på andra faktorer som påverkar sjuktalen exempelvis ändrade attityder till sjukskrivning, arbetsmiljöfaktorer, rehabiliteringsarbetets framgång m.m.

Diagram 2.14 Andel sjukfrånvarande per sektor



Regionala skillnader i sjukfrånvaro

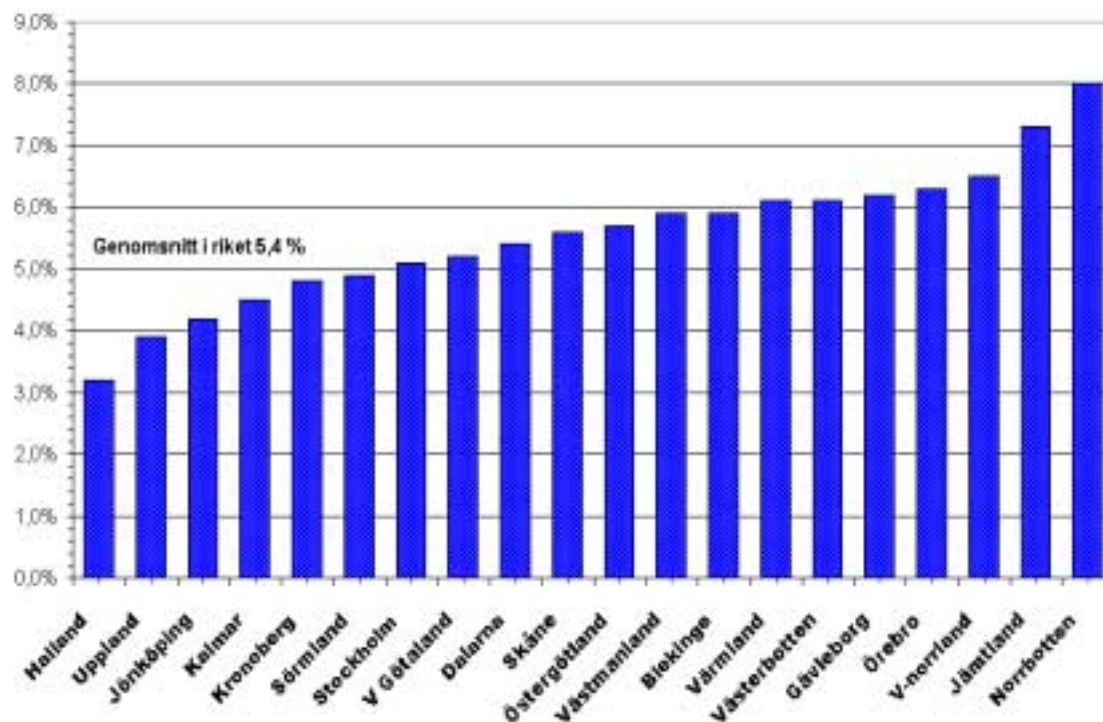
Nivån på sjukfrånvaron uppvisar stora skillnader när man jämför olika delar av landet. Detta gäller såväl för hela arbetsmarknaden som om man enbart tittar på kommun- och landstingssektorn. Generellt har kommuner och landsting i norra delen av landet högre sjuktal än i söder.

Dessa skillnader förklaras inte av olikheter i ålders- eller könsammansättning hos personalen. Den s.k. HpH-utredningen (Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, SOU 2002:5) finner de regionala skillnaderna anmärkningsvärda och anser att de sannolika förklaringarna ligger i traditioner och inställning till sjukskrivning som ett försörjningsmedel, både bland medborgare, läkare och försäkringskassor.

På kommunnivå finns stora skillnader inom länen, även där den totala nivån är hög. Enstaka kommuner i Norrland kan ha sjuktal som är bland de lägsta i landet. Detta indikerar att sjukfrånvaron till stor del är påverkbar och att aktiva åtgärder från arbetsgivare, försäkringskassan och hälso- och sjukvård i samverkan har goda möjligheter att bryta den negativa utvecklingen som skett under de senaste åren.

Även landstingen visar en stor spridning av antalet sjukpenningdagar per anställd, med högre frånvaro i Norrland.

Diagram 2.15 Sjukfrånvaro över 30 dagar bland landstingsanställda
November 2001



Källa: Landstingsförbundet

2.12 Rekrytering

Det råder en stor brist på utbildad arbetskraft inom vård- och omsorgsyriken samt inom läraryriken. Kommunerna har ökat antalet anställda under de senaste åren för att tillgodose ett stigande behov av vård och service påverkat bl.a. av det ökande antalet äldre i befolkningen. Inom skolan har det skett en kontinuerlig ökning av antalet elever under en lång rad av år, något som framför allt styr behoven av lärare. Dessutom sker satsningar både i form av utökningar av antalet utbildningsplatser samt genom regeringens extrapengar till att öka antalet vuxna inom skolan.

Bristen på personal påverkar kvalitén på verksamheten, och i extrema fall även omfattningen genom t.ex. stängda sjukvårdsavdelningar.

Personalbristen slår även mot de anställdas arbetsförhållanden, genom ökat övertidarbete, uteblivna raster m.m. Den pressade arbetssituationen kan i sin tur slå igenom i ett ökat antal långtidssjukskrivningar.

För att möta bristen framförallt på högutbildad personal bedrivs ett långsiktigt arbete av bl.a. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet för att öka attraktionen för ungdomar att välja utbildningar som efterfrågas inom respektive sektor.

Under 2002 ökade både antalet sökande och antalet utbildningsplatser markant till vissa bristyrken. Till sjuksköterskeutbildningar antogs exempelvis 850 fler elever 2002 än 2001, en ökning med 18 procent.

För att öka tillgången på lärare sker satsningar på utökade utbildningsplatser inom lärarutbildningen och på kompletterande lärarutbildningar, där t.ex. friställda ingenjörer ges möjlighet att gå vidare i en karriär som lärare i skolan. Rekryteringen till lärarutbildningen har ökat med nära 50 procent sedan mitten av nittiotalet.

Även arbete med att rekrytera personal med utländska utbildningar som sedan valideras pågår. Målsättningen är att ta tillvara de resurser som bl.a. utländska sjuksköterskor och läkare utgör. Kraven för svensk legitimation fastställs i varje enskilt fall av Socialstyrelsen som med hjälp av olika högskolor anordnar nationella prov i svenska språket och i författningskunskap. År 2002 fick ca 650 läkare med utländsk utbildning svensk legitimation, varav ca 220 från länder utanför EU/EES. Detta kan jämföras med 2000 då motsvarande antal var ca 420 respektive 145 läkare.

3.1 Verksamhetsområde hälso- och sjukvård

Nationella mål

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det övergripande målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare anges att hälso- och sjukvården ska:

- 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.

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

Den samlade bedömningen är att kvaliteten och innehållet i den svenska hälso- och sjukvården är hög. Trots den svaga utvecklingen av samhällsekonomin under framför allt första hälften av 1990-talet har både tillgängligheten och kvaliteten i vården förbättrats och vårdens insatser nått allt fler och allt äldre patienter. Därutöver har patientens ställning stärkts genom ökade valmöjligheter och rätt till inflytande och delaktighet i behandlingen.

Mätt som andel av BNP och med hänsyn tagen till huvudmannaskapsförändringar har de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården legat relativt konstant under senare delen av 1990-talet.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård ökade, i löpande priser, under 2001 med 5,8 procent jämfört med 2000 vilket ligger i paritet med den kostnadsökning som kunnat noteras under de senaste fem åren, (tabell 3.1) Den offentliga konsumtionens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna ökade något under år 2001 men har i ett längre perspektiv legat på drygt 80 procent. I de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård ingår, utöver huvudmännens kostnader, också hushållens utgifter för tandvård, läkemedel, sjukgymnastik, patientavgifter m.m.

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

Miljarder kronor, löpande priser

	1997	1998	1999	2000	2001
Hälso- och sjukvårdskostnader	136,2	144,2	153,6	163,1	172,5
Andel av BNP	7,5%	7,6%	7,7%	7,8%	8,0%
Hushållens konsumtion hälso- och sjuv	20,5	22,1	23,4	24,8	25,2
Hushållens andel av totala kostnader	15,1%	15,3%	15,2%	15,2%	14,6%
Offentligas konsumtion hälso- och sjuv	109,6	116,1	122,5	131,6	140,2
Offentligas andel av totala kostnader	80,5%	80,5%	79,8%	80,7%	81,3%
Investeringar	6,1	6,0	7,7	6,7	7,0

Källa: Nationalräkenskaperna

Uppgifterna i tabell 3.1 inkluderar inte kostnader för vård och omsorg av äldre. Ansvaret för detta överfördes genom ädelreformen 1992 till primärkommunerna. Kostnaderna för denna verksamhet beräknas uppgå till mellan 0,6–0,8 procent av BNP. De totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige under 2001 blir således, inklusive denna beräkning, ca 8,7 procent av BNP.

Internationella jämförelser när det gäller länders hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP är normalt sett förknippade med en viss osäkerhet. Detta bl.a. på grund av att hälso- och sjukvårdens struktur kan variera mellan länderna och därmed ge upphov till skillnader i definitioner etc. Trots detta är det vanligt att hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av BNP används som ett jämförande mått länder emellan. Det är dock viktigt att komma ihåg att detta mått inte säger någonting om t.ex. hälso- och sjukvårdens kvalitet eller resursfördelning. I ”bästa fall” blir den ett mått på den totala produktionen av hälso- och sjukvård.

Två länder som, liksom Sverige, har en hälso- och sjukvård huvudsakligen baserad på skattefinansiering är Danmark och Storbritannien. Deras hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP var under 2000, enligt OECD Health Data 2002, 8,3 respektive 7,3 procent.

En mer försäkringsbaserad hälso- och sjukvård bedrivs i bl.a. Belgien, Frankrike, Holland samt Tyskland. Deras respektive hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP var under 2000, enligt OECD Health Data 2002, 8,7 procent, 9,5 procent, 8,1 procent samt för Tyskland 10,6 procent av BNP-andelen. Den genomsnittliga BNP-andelen tycks vara något högre i de länder som har en mer försäkringsbaserad hälso- och sjukvård. Skillnaderna mellan dessa länders BNP-andel och länder med i huvudsakligen skattefinansierad vård är dock för små för att man ska kunna dra några slutsatser av huruvida de olika systemen genererar olika stora BNP-andelar eller inte.

Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård är till följd av en förändring i landstingens verksamhetsindelning inte direkt jämförbar med tidigare år. I tabell 3.2 redovisas hur kostnaderna (exkl.

tandvård) fördelades under 2001. Ca 20 procent av de totala nettokostnaderna avsåg primärvård medan den specialiserade vårdens andel av totalkostnaderna uppgick till knappt 70 procent. Skr. 2002/03:102

Tabell 3.2 Nettokostnader för hälso- och sjukvård, exkl tandvård, 2001

Miljoner kr

Verksamhetsområde	2001
Primärvård	23 183
därav allmänläkarvård	11 357
Specialiserad somatisk vård	68 643
Specialiserad psykiatrisk vård	12 306
Övrig hälso- och sjukvård	9 882
Politisk verksamhet	1 851
Summa exkl tandvård	115 865

Källa: Landstingsförbundet

Stora omfördelningar har skett av resurserna inom hälso- och sjukvården de senaste åren. Det har skett en successiv övergång från sluten till öppen vård. Antalet vårdplatser har minskat inom slutenvården och dagkirurgin har ökat. Medelvårdtiderna i slutenvården har minskat och kapacitetsutnyttjandet har ökat (Socialstyrelsen – Vårdens värde). Exempelvis har antalet starr-, kranskärl- och höftledsoperationer ökat. En allt större del av vården tillhandahålls utan att patienterna behöver vårdas inneliggande på sjukhus (Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet – Landstingsförbundet). Detta kan delvis åskådliggöras med hjälp av en tabell som visar antal vårdtillfällen samt läkarbesök i specialistsjukvård respektive primärvård under tiden 1998–2001.

Tabell 3.3 Prestationsmått i sjukvården, 1998-2001

Procentuell förändring

Prestationsmått	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Vårdtillfällen	-2,2	-1,1	-0,9
Läkarbesök i specialistsjukvård	-0,5	0,4	-0,2
Läkarbesök i primärvård	-1,2	-2,8	2,5

Källa: Landstingsförbundet

Antalet vårdtillfällen inom slutenvården har, som framgår av tabell 3.3, minskat under perioden 1998–2001. Antalet läkarbesök till specialister har under perioden hållit sig relativt oförändrade, medan läkarbesöken i primärvården totalt sett över hela perioden har sjunkit. Dock skedde, efter en relativt stor minskning i antal primärvårdsbesök mellan åren 1999–2000, en viss uppgång under 2001. Den totala minskningen över tiden av antalet läkarbesök i primärvården kan ha flera förklaringar, en är att andra personalgrupper på vårdcentralerna successivt tar över arbetsuppgifter från läkarkåren (Landstingens ekonomi, december 2002 Landstingsförbundet).

Den genomsnittliga DRG-vikten (DRG=DiagnosRelaterade Grupper) vid ett sjukhus speglar sjukhusets blandning av patienter med olika diagnoser ("case mix"). Genom att analysera ett sjukhus "case mix" tillsammans med antalet vårdtillfällen, kan man få fram antalet producerade DRG-poäng, dvs. ett mått på vårdtyngden, eller, hur resurskrävande sammansättning av patienter sjukhuset i fråga har.

Tabell 3.4 Utveckling av vårdtillfällen, "case mix" och sammanvägd produktion inom slutenvården, 1998-2001

Procentuell förändring			
Prestationsmått	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Vårdtillfällen	-2,2	-1,1	-0,9
Förändring "case mix"	0,9	1,3	2
Förändring DRG-poäng	-1,4	0,2	1

Källa : Landstingsförbundet

Antalet vårdtillfällen har, enligt tabell 3.4, under 1998–2001 minskat med ca 4,2 procent medan "case mixen" i slutenvården ökat med lika mycket under samma period. Sammantaget innebär detta att den totala vägda vårdtyngden (förändring DRG-poäng) under perioden 1998–2001 i stort sett är oförändrad. Slutsatsen av detta är att antalet patienter som behandlas inom den slutna vården blir färre, men att dessa samtidigt tenderar att bli alltmer vårdtunga och resurskrävande.

Utvecklingen under 1990-talet har inneburit att allt mer vård ges till allt äldre patienter. Av Landstingsförbundets rapport Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, framgår att 1 500 kvinnor äldre än 85 år genomgick en höftledsoperation 2000, vilket är 650 fler jämfört med 10 år tidigare. Enligt Landstingsförbundet gäller denna förskjutning mot de äldsta åldersgrupperna även vid behandling av hjärtinfarkt och stroke. Behandlingar som starr- och kranskärlsoperationer ökade också för de allra äldsta under 1990-talet. Situationen har kunnat hanteras genom en medicinsk utveckling som möjliggjort successivt kortare vårdtider.

Att starroperationerna ökat drastiskt under 1990-talet beror enligt Landstingsförbundet bara delvis på att en allt större del av befolkningen är äldre och därför får starr. Huvudförklaringen anges vara en ständigt höjd ambitionsnivå där behandling sätts in tidigare vilket leder till höjd livskvalitet, särskilt för många äldre. Den äldre delen av befolkningen har fått tillgång till allt mer avancerade behandlingar. Landstingen och kommunerna har dock, enligt Landstingsförbundet, betydande problem med att säkra tillgången till grundläggande medicinsk behandling i hemmet för patienter som har behov av kontinuerliga insatser.

Tillgänglighetsproblem finns i landstingen i form av vårdköer och i vissa fall långa väntetider till planerad vård. Dessa köer och väntetider riskerar att bli ett trovärdighetsproblem för vården. Det finns också tecken på att hälso- och sjukvårdens resurser inte alltid utnyttjas på bästa sätt. Det saknas övergripande information om sjukvårdens prestationer, kostnader och kvalitet eftersom det inte finns någon heltäckande verksamhetsuppföljning, vilket sannolikt bidrar till effektivitetsbrister i vården.

Personal- eller brukarkooperativ, ideella organisationer samt privata företag och aktiebolag har i ökad utsträckning slutit avtal med landstingen om att utföra hälso- och sjukvårdstjänster. Den ökade mångfalden av vårdgivare återfinns framförallt inom primärvården.

De satsningar som regeringen har gjort på hälso- och sjukvården genom den nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården samt satsningen på ökad tillgänglighet, har främst varit riktade mot systemets bas, dvs. primärvården. Även om det är inom dessa områden som det största behovet av ett förändringsarbete har funnits, leder förändringar i en del av vårdkedjan till att nya krav ställs på övriga delar av vården.

Den nationella handlingsplanen utgör en ytterst central del när det gäller utvecklingen av den framtida svenska hälso- och sjukvården. Med anledning av detta ägnas det följande avsnittet åt att beskriva utgångspunkter och mål i den nationella handlingsplanen samt de, än så länge relativt begränsade, uppföljningar som hittills gjorts.

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

Mål

I den nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149 bet. 2000/01:SoU5 rskr. 2000:01:35) som antogs av riksdagen i november 2000 anges hur hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning skall utvecklas genom insatser på strategiska områden som primärvård, vård och omsorg om äldre, psykiatri samt tillgänglighet och mångfald. Målsättningen är att åstadkomma positiva systemeffekter för hälso- och sjukvården som helhet, dvs. att skapa bättre förutsättningar för primärvården och den specialiserade vården att i samverkan förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. Genom att bl.a. utveckla samarbetet mellan sjukhus och primärvård skall huvudmännen kunna erbjuda befolkningen en hälso- och sjukvård som är mer tillgänglig och präglas av förbättrad kontinuitet och kvalitet. Inriktningen för att utveckla hälso- och sjukvården uttrycks av regering och riksdag på följande sätt:

- Landstingens primärvård utvecklas till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet.
- Hälso- och sjukvårdsinsatserna för äldre förbättras genom ökad läkarmedverkan, förbättrad samverkan och i övrigt utvecklad kvalitet av medicinska insatser i den kommunala primärvården.
- Insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa förbättras och stödet till personer med psykiska funktionshinder stärks.
- Mångfalden av vårdgivare inom vården och omsorgen ökar genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

För att stimulera utvecklingen av hälso- och sjukvården i denna riktning omfattar den nationella handlingsplanen fyra centrala delar:

- Ett resurstillskott på närmare nio miljarder kronor skall fördelas till landsting och kommuner under 2001–2004.
- Ett utvecklingsavtal som styr inriktningen av medlens användning har träffats mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.
- Genom uppföljning på såväl lokal som nationell nivå skall utvecklingen följas fortlöpande.
- Stöd till forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvård, äldreomsorg och äldresjukvård stimuleras.

Av de lokala handlingsplaner som upprättats av respektive landsting framgår hur de områden som lyfts fram i den nationella handlingsplanen och utvecklingsavtalet skall förverkligas på landstingsnivå. Vissa områden framstår som särskilt viktiga i landstingens fortsatta arbete. Inom primärvården gäller det ökad tillgänglighet, läkarförsörjning/fast läkarkontakt och förbättrad äldrevård. När det gäller psykiatri ligger tyngdpunkten på psykisk ohälsa hos barn och ungdom.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att på nationell nivå följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen. Socialstyrelsen skall årligen, senast den 30 juni under 2002–2005, till regeringen redovisa en samlad bedömning av hur utvecklingen i landsting och kommuner överensstämmer med intentionerna i handlingsplanen.

I december 2005 skall en samlad uppföljning redovisas till regeringen. I arbetet samverkar Socialstyrelsen med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Måluppfyllelse och kvalitet

Eftersom den Nationella Handlingsplanen trädde i kraft först under 2001, fokuserar Socialstyrelsen i sin första årsrapport i huvudsak på förhållanden som rådde innan handlingsplanen trädde i kraft samt på en sammanfattning av landstingens lokala handlingsplaner.

Socialstyrelsen konstaterar i sin första uppföljning av de lokala handlingsplanerna att dessa planer mer ger uttryck för ambitioner och inriktning än konkreta mål. Landstingen har sällan angivit uppföljningsbara mål och handlingsplanerna är också mycket olika i struktur och omfattning. Detta kan försvåra såväl landstingens egna uppföljningar av sina målsättningar som Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering. Socialstyrelsen avser därför att, tillsammans med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, initiera en diskussion om det fortsatta uppföljningsarbetet.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen genomförde under våren 2002 en enkätundersökning med syfte att få en bild av befolkningens och patienternas uppfattningar om bl.a. tillgängligheten i primärvården. Enkätresultaten visar att hälften av befolkningen under ett år besöker läkare vid en vårdcentral. Totalt

genomförs i Sverige omkring tolv miljoner läkarbesök per år inom primärvården.

Fyra av tio personer uttryckte i enkätsvaren att det var ”mycket eller ganska svårt att komma fram på telefon” till personal för tidsbeställning. Ett statistiskt säkerställt samband som framkom i enkäten var att ju svårare det var att få kontakt på telefon, desto längre tid tog det innan man fick tid för ett besök, från det att man fått kontakt. Trots detta ansåg de flesta som hade beställt tid för läkarbesök att de fått besöka läkare inom acceptabel tid. Tillgängligheten för besök på vårdcentralen tycks således vara ganska god när man väl kommit fram på telefon.

Resultatet från Socialstyrelsens enkätundersökning bekräftas av Landstingsförbundets rikstäckande undersökning, Vårdbarometern, där befolkningen får ge ett sammanfattande betyg på sina kontakter med vården. I denna undersökning, genomförd under senare delen av 2001, angav tre av tio personer att de hade haft svårt eller mycket svårt att komma fram till vårdcentralen per telefon.

Socialstyrelsen konstaterar att alla landsting avser att vidta åtgärder för att förbättra tillgängligheten både när det gäller besök på vårdcentral och för att komma fram på telefon.

Att döma av de lokala handlingsplanerna är en tydlig inriktning inom primärvården i dag att patienterna skall kunna få behandling med god kvalitet av andra yrkeskategorier än läkare, i vissa fall där kontakt med läkare tidigare varit det vanliga. På många håll inför man s.k. teambaserat arbete och specialistmottagningar som leds av sjuksköterskor med läkarstöd. Detta har visat sig förbättra vårdcentralernas kapacitet och därmed också öka tillgängligheten.

Fast läkarkontakt

Landstingen är enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skyldiga att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till, och kan välja, en fast läkarkontakt.

I Socialstyrelsens enkät, våren 2002, angav en majoritet, 67 procent, att de ansåg det mycket eller ganska viktigt att ha en fast läkarkontakt vid vårdcentralen. Ca 42 procent angav att de hade en sådan fast läkarkontakt. Det är emellertid stora skillnader mellan landstingen när det gäller hur de svarar upp mot skyldigheten att erbjuda befolkningen fast läkarkontakt i primärvården. Andelen personer med fast läkarkontakt varierade från 28 procent i det landsting med lägst andel, till 80 procent i det landsting där flest personer angav att de hade en sådan kontakt.

Landstingen ser läkarrekrytering och ökad läkartäthet som den viktigaste förutsättningen för att klara målen om ökad tillgänglighet, fast läkarkontakt och förbättrad äldrevård. Landstingen har tagit många initiativ för att underlätta rekrytering och göra sig attraktiva som arbetsgivare. Bl.a. utökas antalet utbildningstjänster för specialiseringstjänstgöring (ST) inom allmänmedicin. Fördelningen av ST-tjänster inom hälso- och sjukvården är i ett långsiktigt perspektiv avgörande för läkarförsörjningen i primärvården. Landstingen vidtar också åtgärder för att rekrytera utländska läkare och erbjuda andra specialister kompletteringsutbildning för att tjänstgöra inom primärvården. Satsning på bättre arbetsmiljö, stöd i ledarskap samt

förbättrade löne- och anställningsvillkor är ytterligare exempel på åtgärder för att öka primärvårdens attraktionskraft. Skr. 2002/03:102

Äldrevården

Socialstyrelsen beskriver i sin "Lägesrapport 2002, Vård och omsorg om äldre" att den offentliga omsorgens insatser framför allt riktas till ensamboende äldre med stora behov av vård och omsorg. Detta innebär att anhöriga har fått ta ett allt större ansvar för en växande grupp äldre personer med mindre omfattande hjälpbehov.

Omstruktureringen inom sjukhusvården har vidare inneburit att fler uppgifter och ett större ansvar har förts över till den kommunala vården och omsorgen. Vårdtyngden hos de personer som i dag flyttar in i särskilda boendeformer är större än vad som var fallet för ett antal år sedan.

Samverkan mellan kommuner och landsting i omsorgen och vården om äldre fortsätter att utvecklas. Av de lokala handlingsplanerna framgår att landstingen, tillsammans med kommunerna, arbetar för att systematisera samverkan genom samarbetsavtal, gemensamma vårdprogram, informationsöverföring och genom att utveckla en samsyn om vad som är vårdkvalitet. De insatser som hittills genomförts har dock inte varit tillräckliga för att avhjälpa bristerna i det medicinska omhändertagandet av människor som har hemsjukvård eller bor i särskilda boendeformer. Därför är det viktigt att de åtgärder som anges i de lokala handlingsplanerna genomförs.

I "Lägesrapport 2002" nämns att bristen på läkare i det särskilda boendet och hemsjukvården är ett problem. På många håll har huvudmännen upprättat lokala samarbetsavtal vilket kan avläsas i en förbättring av läkarstödet i den kommunala vården och omsorgen, framför allt när det gäller äldreboendet. Det är emellertid, enligt Socialstyrelsens lägesrapport, viktigt att anlägga en bredare och mer gemensam syn på samverkan när det gäller att tillgodose den äldre befolkningens behov av medicinska insatser. Mycket talar för att man, förutom läkare, måste lyfta fram sjuksköterskor och paramedicinsk personal som centrala resurser.

En annan central samverkansfråga är, enligt Socialstyrelsens lägesrapport, att säkerställa de äldres tillgång till rehabilitering. Rehabiliteringen i ordinärt boende är uppdelad mellan olika huvudmän och fungerar olika bra beroende på var den äldres behov aktualiseras samt vilka insatser som krävs. Bristen på samordning – speciellt i kommuner som inte har tagit över hemsjukvårdsansvaret – försvårar de äldres möjligheter till rehabilitering. Ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting måste här tydliggöras.

Psykisk ohälsa

Det allmänna hälsoläget för barn och ungdomar i Sverige är generellt sett mycket bra. Det finns emellertid, enligt Socialstyrelsens Årsrapport 2002, (uppföljning av den Nationella Handlingsplanen) tecken som tyder på att det psykiska hälsoläget har försämrats. Under 1990-talet

fördubblades antalet barn som sökte hjälp hos den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården. Antalet unga i åldrarna 18–24 år som vårdas inom den psykiatriska slutenvården har också ökat.

Inom området psykisk ohälsa ligger tyngdpunkten i de lokala handlingsplanerna på insatser till barn och ungdom. Man betonar vikten av att samordna insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri för att i möjligaste mån minska risken för kontinuitetsbrott i den psykiatriska vården. Barn- och ungdomspsykiatri förstärks dessutom för att kunna ge handledning och stöd till barnomsorg och skolor och för att psykiatrisk kompetens skall kunna bli tillgänglig vid vårdcentraler.

När det gäller äldre människors behov vid psykiska besvär tenderar de ibland att hamna lite i skymundan. Detta på grund av att det kan vara svårt att skilja på problem som beror på ålder och på problem som beror på just psykisk ohälsa. Enligt Socialstyrelsens Årsrapport 2002 är det därför inte ovanligt att personer med demenssjukdomar eller andra psykiska sjukdomar inte får rätt vård och behandling. Fram till 2000 hade få särskilda initiativ tagits av landstingen för att identifiera psykiatriska vårdbehov hos äldre. Den nationella handlingsplanen tycks i detta avseende haft en stimulanseffekt, eftersom en övervägande del av landstingen har formulerat målsättningar för det kommande arbetet inom området.

Många landsting ger uttryck för höga ambitioner när det gäller stöd till personer med psykiska funktionshinder. Landstingen har däremot inte konkretiserat dessa ambitioner i reella åtgärder i samma utsträckning som för barn och ungdom. För att förbättra stödet i öppen vård till personer med psykiska funktionshinder planerar landstingen bl.a. resursförstärkning till, eller omstrukturering av, den psykiatriska vården. Det finns också exempel på att kommuner och landsting inrättar gemensamma vårdenheter såsom rehabiliteringsenhet, psykosenheter och särskilt boende för personer med dubbeldiagnos.

Kunskapsbaserad vård

Förkortade vårdtider inom den slutna vården har lett till att en allt större del av patienterna vårdas och följs upp inom den öppna vården. Detta har accentuerat behovet av forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvårdsområdet. FoU-center har redan tidigare byggts upp inom äldreområdet, med kommuner, eller kommuner och landsting gemensamt, som huvudmän. Denna satsning fortsätter nu inom ramen för den nationella handlingsplanen.

Under 2002 bildades det familjemedicinska institutet, Fammi. Institutet skall vara en central aktör när det gäller kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning inom primärvårdens område. Fammi skall också i samarbete med Socialstyrelsen arbeta kring frågor som avser fortbildning för personalen inom primärvården. Vidare skall institutet verka för att utveckla kompetens och teamarbete i kommunernas och landstingens primärvård.

Under 2000 uppgick, enligt Socialstyrelsens Årsrapport 2002, (uppföljning av den Nationella Handlingsplanen), andelen läkarbesök hos privata vårdgivare inom primärvården till 23 procent. Den ökning som skett sedan 1997 (då 20 procent av besöken skedde hos privata vårdgivare) förklaras i huvudsak av privata vårdcentraler som har tecknat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen.

Variationerna i andelen privata läkarbesök var betydande mellan landstingen. Från ca ett besök på hundra i de landsting som redovisade lägst andel, till närmare vartannat besök i det landsting som hade högst andel privata läkarbesök i primärvården.

I stort sett alla landsting har, i sina lokala handlingsplaner, som mål att andelen alternativa driftsformer skall öka i primärvården. Jämfört med övriga områden i de lokala handlingsplanerna är det dock sparsamt beskrivet hur dessa mål skall uppnås och engagemanget är, enligt Socialstyrelsens Årsrapport 2002, ”relativt svalt, när det gäller konkreta åtgärder för att uppnå målsättningen”. Det är, enligt Socialstyrelsen, i huvudsak landsting som redan har ett relativt stort utbud av privata vårdgivare som ger uttryck för ökade ambitioner när det gäller att stimulera alternativa driftsformer.

Tillgänglighetssatsningen

Mål

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

Enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet tillförs landstingen 1,25 miljarder kronor årligen under perioden 2002–2004. Fördelningen av medel sker utifrån antal invånare i respektive landsting. Redovisningar av landstingens användande av de extra resurserna skall ske årligen 2002–2004. Överenskommelsen innebär vidare ett åtagande från landstingen att förbättra uppföljningen av tillgängligheten samt att förbättra informationen till patienter om väntetider och valmöjligheter.

I överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet anges att landstingens redovisningar skall innehålla en beskrivning av:

- de insatser som vidtagits för att successivt minska väntetiderna,
- hur rapporteringen till databasen Väntetider i Vården utvecklas,
- hur patienter informeras om väntetider och valmöjligheter,
- hur väntetiderna utvecklats, särskilt på de områden som bedöms ha allvarliga väntetidsproblem.

Syftet med projektet Väntetider i Vården, inom vilket samtliga landsting/regioner deltar, är att förbättra tillgängligheten inom den

Projektets insatser kan indelas i tre huvudområden:

1. Mätning och redovisning av aktuella och faktiska väntetider.
2. Förslag till riktlinjer och administration av väntelistor och väntetider.
3. Kunskapsuppbyggnad när det gäller väntetidernas omfattning, orsaker samt åtgärder för att förbättra tillgängligheten.

Måluppfyllelse och kvalitet

I december 2001 lämnade landstingen en åtgärdsplan för 2002–2004 och den 1 november 2002 lämnades en redovisning av det första årets åtgärder samt deras effekter på tillgängligheten. Landstingens redovisningar skiljer sig mycket åt både redovisningsmässigt och när det gäller vidtagna åtgärder men ligger i stort sett i linje med vad som angavs i 2001 års åtgärdsplaner. Utifrån redovisningarna har en avstämning skett mellan representanter för staten och Landstingsförbundet.

I stort sett samtliga landsting har försökt att uppskatta effekterna av genomförda satsningar. I vissa fall är dessa effekter mätbara i form av antal behandlade patienter eller antal dagar som väntetiden minskat. I många fall påpekas dock att satsningarna ännu inte hunnit ge resultat.

Frågan om det är fler eller färre patienter som väntar kortare eller längre tid i dag än för tio år sedan är till viss del svår att besvara. Detta beror på att sjukvården i dag kan behandla fler tillstånd och även framgångsrikt behandla patienter högre upp i åldrarna. Som nämnts tidigare så har man, trots en mycket omfattande ökning av vissa typer av operationer, därför inte kunnat minska vare sig väntetider eller antalet väntande. Ett exempel på detta är att studera antalet genomförda operationer mot grå starr under 1980 (8 000 operationer) respektive 2001 (72 000 operationer).

Den typ av tillgänglighetssatsningar som det rör sig om, är såväl långsiktiga insatser som kortsiktiga punktinsatser. Tyngdpunkten ligger dock på de långsiktiga åtgärderna. De mer kortsiktiga insatserna utgörs ofta av inhyrd extrapersonal samt av uppköp av vård från annan vårdgivare. Dessa åtgärder vidtas för att avhjälpa akuta köproblem.

De mer långsiktiga åtgärderna utgörs t.ex. av uppbyggnad av ny verksamhet, öppnande av ny klinik eller avdelning, satsningar på nya administrativa rutiner och nya former för organisering av arbetet. En hel del resurser läggs också på att förbättra informationen till allmänheten om väntetider och valmöjligheter. Insatser har gjorts i syfte att underlätta informationsutbyte mellan olika vårdgivare och i många fall satsas det även på sjukvårdsupplysning per telefon.

Vidtagna åtgärder i kombination med övriga satsningar t.ex. på ett fritt vårdval och en utökad nationell vårdgaranti beräknas inom de närmaste åren få en mycket positiv inverkan på tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Kapaciteten inom vården förbättras och möjligheten för allmänheten att komma i kontakt med sjukvården och få information om behandling och väntetider förväntas förbättras avsevärt.

Mål

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

Måluppfyllelse

I formell mening övergick kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna till landstingen redan den 1 januari 1998. Samtidigt infördes emellertid ett särskilt statsbidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Genom att ett förlustdelningssystem tillämpas riskerar landstingen att själva få stå för en del av de totala årliga kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Landstingen har genom överenskommelserna mellan staten och Landstingsförbundet om statens ersättning för läkemedelsförmånernas kostnader gradvis fått ökade incitament för att arbeta med att öka kostnadsmedvetenheten hos landsting och förskrivare. En ökad kostnadsmedvetenhet hos landsting och förskrivare har troligen motverkat vissa av de faktorer som pressar kostnaderna uppåt.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna skiljer sig väsentligt åt mellan landstingen och detta gäller även vid en jämförelse av läkemedelskostnader per invånare i landstingen. Förklaringar till kostnadsskillnaderna kan bl.a. vara regionala variationer i faktorer som påverkar läkemedelskostnaderna såsom exempelvis skillnader i åldersstruktur och förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. I december 2001 träffades en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hur statens ersättning för kostnaderna för läkemedelsförmånen skall fördelas mellan landstingen. Parterna enades om att statens ersättningar skall fördelas mellan landstingen efter en modell som beaktar befolkningens sammansättning med avseende på kön, ålder och vissa socioekonomiska variabler. Överenskommelsen innebär att de enskilda landstingen i högre utsträckning än tidigare kommer att ersättas utifrån sin befolkningsstruktur. Tidigare har de enskilda landstingen ersatts utifrån faktisk, historisk kostnad för läkemedlen, vilket har inneburit begränsade incitament till kostnadsmedvetenhet.

Landstingens organisation av hälso- och sjukvården samt vilket genomslag läkemedelskommittéernas rekommendationslistor har fått kan också ha inverkan på kostnadsutvecklingen. Samtliga landsting har i dag minst en fungerande läkemedelskommitté. Det övergripande målet för läkemedelskommittéernas verksamhet är att verka för en säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel baserad på vetenskap och

beprövad erfarenhet. Läkemedelskommittéerna har en viktig funktion genom utarbetandet av terapirekommendationer. Förskrivarkåren har behov av producentobundna informationskällor vid sidan av industrins marknadsföring. Läkemedelskommittéerna är en av dessa källor och det är av största vikt att kommittéernas råd når ut till kliniker, specialistmottagningar och primärvårdsenheter.

Landstingsförbundet redovisade i oktober 2001, i enlighet med tidigare överenskommelse, dels landstingens strategier och målsättning för arbetet med att förbättra effektiviteten och rationaliteten i läkemedelsanvändningen, dels vilka informations-, utbildnings- och uppföljningsinsatser som landstingen genomfört på läkemedelsområdet. Landstingen har bl.a. arbetat med att skapa möjligheter för att integrera ansvaret för läkemedel i hälso- och sjukvårdsorganisationen och att decentralisera budgetansvaret.

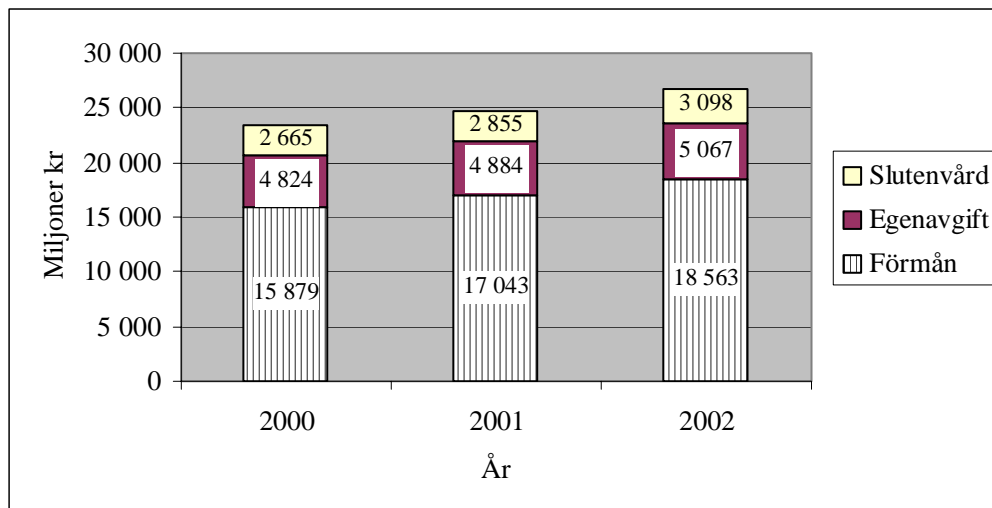
Den 1 oktober 2002 fick landstingen ökade möjligheter att följa upp läkemedelsanvändningen genom att obligatorisk arbetsplatskod infördes. Ett recept måste vara försett med en arbetsplatskod för att ett läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånerna. Koden identifierar den arbetsplats som förskrivaren tjänstgör vid. Arbetsplatskoden ger landstingen möjlighet till bättre planering och uppföljning av verksamheten och målet är en förbättrad förskrivning av läkemedel.

Enligt det avtal mellan staten och Landstingsförbundet som reglerar statsbidraget för läkemedelskostnaderna avseende perioden 2002–2004, skall en kontrollstation upprättas gemensamt av parterna under våren 2003.

Kostnader

Kostnaderna för läkemedel har ökat under en lång rad år. De totala kostnaderna för läkemedel, dvs. läkemedelsförmånerna, patienternas egenavgifter samt kostnader för läkemedel i slutenvården uppgick 2002 till ca 26,7 miljarder kronor. Detta innebär en ökning med knappt 8 procent jämfört med motsvarande kostnader för 2001 (i beloppet ingår inte kostnaderna för receptfria läkemedel).

Diagram 3.1 Totala läkemedelskostnader, 2000–2002



Källa: Apoteket, Socialstyrelsen.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna samt läkemedel i slutenvården ökade under 2002 med 8,9 respektive 8,5 procent jämfört med 2001. Egenavgifterna, dvs. patienternas andel av kostnaderna, ökade under motsvarande period med 3,7 procent.

De totala läkemedelskostnadernas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna har under flera år legat relativt stabilt, ca 15,4 procent. Tittar man på enbart läkemedelsförmånernas motsvarande andel ligger den på ca 9,7 procent.

Kostnaden för läkemedelsförmånerna uppgick under 2002 till ca 18,6 miljarder kronor. Det särskilda statsbidrag som fördelades under 2002 uppgick, enligt det treåriga avtalet mellan staten och landstingsförbundet, till 17,8 miljarder kronor, vilket innebär att landstingssektorn totalt sett överskred det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmånerna med närmare 0,8 miljarder kronor. Endast tre landsting lyckades under 2002 hålla läkemedelsförmånernas kostnader inom den ram som fördelades via statsbidraget.

Som redan nämnts varierar kostnaderna per invånare avsevärt mellan landstingen när det gäller läkemedelsförmånerna. Förklaringar till kostnadsvariationerna kan till viss del härledas till skillnader i befolkningssammansättning samt förekomst av sjukdomar som kräver särskilt dyr läkemedelsbehandling. Emellertid är det sannolikt att dessa faktorer inte fullt ut kan förklara kostnadsskillnaderna mellan landstingen. Andra tänkbara orsaker till variationerna kan vara:

- de lokala läkemedelskommittéernas arbete och deras inverkan på förskrivarna,
- lokala förskrivningstraditioner,
- eventuell överföring på slutenvårdens läkemedelskostnader via ökad remittering,
- tillgängligheten till hälso- och sjukvården, befolkningens möjlighet att komma i kontakt med förskrivande läkare.

Tabell 3.5 Kostnad per landsting, läkemedelsförmånerna 2002

Skr. 2002/03:102

Landsting	Förändring jämfört med år 2001	Kostnad läkemedelsförmån per invånare, kr	Kostnad i relation till fördelat statsbidrag	Skillnad mellan kostnad och fördelat bidrag, tkr
Stockholm	+10,1%	2 048	+7,0%	246 915
Uppsala	+9,0%	2 005	+4,7%	26 598
Sörmland	+9,8%	2 090	+4,4%	22 824
Östergötland	+9,5%	2 098	+4,3%	35 700
Jönköping	+10,6%	2 037	+4,4%	27 947
Kronoberg	+8,3%	2 173	+4,4%	16 037
Kalmar	+9,8%	2 141	+7,1%	33 490
Blekinge	+8,5%	1 949	+0,5%	1 356
Skåne	+10,7%	2 171	+6,9%	160 447
Halland	+10,6%	1 919	+3,0%	15 608
Västra Götaland	+6,3%	2 130	+2,6%	82 125
Värmland	+5,9%	2 038	-1,0%	-5 868
Örebro	+7,5%	1 848	-1,8%	-9 104
Västmanland	+8,1%	1 904	+0,0%	180
Dalarna	+10,2%	2 090	+4,2%	23 548
Gävleborg	+9,0%	2 105	-0,5%	-2 944
Västernorrland	+11,0%	2 232	+6,3%	32 347
Jämtland	+10,3%	1 982	+2,2%	5 409
Västerbotten	+10,3%	2 080	+6,5%	32 247
Norrbottn	+2,8%	2 095	+2,6%	13 303
Gotland	+9,4%	2 031	+4,5%	5 008
TOTALT	+8,9%	2 077	+4,3%	763 171

Källa: Apoteket.

Läkemedelsförmånernas kostnadsnivå i ett landsting är alltså beroende av flera faktorer och det är, utan att beakta helheten i det enskilda landstingets arbete med läkemedel, svårt att bedöma huruvida landstinget i fråga kan sägas ha en låg eller hög läkemedelskostnad. Det är vidare inte heller givet att en låg totalkostnadsnivå för läkemedel enbart är någonting positivt. Med tanke på diskussionen ovan om tillgänglighet kan en låg läkemedelskostnad vara ett tecken på underförskrivning som i sin tur kan generera större kostnader i någon annan del av hälso- och sjukvårdssystemet. Det är med andra ord inte säkert att de landsting som redovisar låga läkemedelsförmånskostnader per invånare kan betraktas som föredömen. Man måste således vara försiktig med att dra några slutsatser på basis av de redovisade kostnaderna per landsting. Kunskapsnivån om helheten när det gäller läkemedelskonsumtion samt vad som är att betrakta som en optimal läkemedelsanvändning är därtill alltför dålig.

3.2 Verksamhetsområde tandvård

Mål

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

Barn- och ungdomstandvården

Enligt tandvårdslagen har landstingen ansvaret för att barn och ungdomar erbjuds fullständig och avgiftsfri tandvård t.o.m. det år de fyller 19 år. Folk tandvården kan sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra de uppgifter som landstinget och folk tandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen.

Tandhälsan hos barn och ungdomar har förbättrats kraftigt under den tid som det har funnits en heltäckande avgiftsfri barn- och ungdomstandvård. Förebyggande insatser som t.ex. användande av fluortandkräm har sannolikt spelat en stor roll. (I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) från 2002 konstateras att det finns starka vetenskapliga bevis för att användningen av fluortandkräm har en kariesförebyggande effekt på de permanenta tänderna hos barn och unga vuxna.) Även om utvecklingen generellt har varit positiv finns dock stora skillnader mellan landstingen. De allra senaste åren har också förbättringstakten mattats av.

Socialstyrelsens sammanställning från 2002 över tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2001 visar att den procentuella andelen kariesfria 12-åringar har ökat kraftigt under denna period. Medelvärdet för antalet kariesskadade och fyllda tänder (DFT) har samtidigt minskat kraftigt. På riksnivå uppgick detta medelvärde till 3,1 tänder 1985 och 1,0 tänder 2000. År 2001 uppgick värdet till 0,9 för patienter som behandlats inom folk tandvården. För patienter som behandlats inom privattandvården var DFT i stort sett detsamma, 1,0.

Skillnaderna mellan landstingen är betydande. Andelen kariesfria av samtliga undersökta 12-åringar varierade 2001 från 74 procent i landstingen i Jönköpings län och Värmland till 51 procent i Stockholms läns landsting. Något fler pojkar än flickor var kariesfria, 63 procent respektive 59 procent. Uppgifter saknas dock från flera landsting.

Kostnader

De totala kostnaderna för tandvård är, på grund av en förändrad verksamhetsindelning, fr.o.m. 2001 inte helt jämförbara över tiden. Det är landstingens nettokostnader samt investeringsutgifter som påverkats av den nya indelningen och som därför inte är direkt jämförbara med tidigare års uppgifter. I tabell 3.6 framgår att de ökade kostnaderna för tandvård mellan 1998–2001 till stor del kan förklaras av ökande kostnader för den privata tandvården, finansierad av patienterna själva via patientavgifterna. Landstingens nettokostnader för tandvården har (med reservation för den nya indelningen) över tiden varit i stort sett oförändrade.

Tabell 3.6 Tandvårdens totala kostnader, 1998-2001

Miljoner kr	1998	1999	2000	2001
Patientavgifter	7 345	7 961	8 426	8 661
därav				
Offentlig tandvård	2 300	2 319	2 264	2 194
Privat tandvård	5 045	5 642	6 162	6 467
Landstingens nettokostnader	3 302	3 284	3 411	3 592
Landstingens investeringsutgifter	137	186	151	143
Tandvårdsförsäkringen	1 755	1 463	1 414	1 487
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd			405	405
Administrationskostnader för försäkringen	99	151	163	168
Summa	12 638	13 045	13 970	14 456

Källa: Socialstyrelsen, SCB, RFV

Tandvård för särskilda patientgrupper

De totala kostnaderna för landstingens ansvar avseende uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling ökade under 2001 jämfört med föregående år. En orsak var att den uppsökande verksamheten nådde ut till ett större antal patienter. Även kostnaderna per undersökt och behandlad patient steg dock.

Generella förklaringar till de ökade kostnaderna är att det har tagit tid att komma i gång med den uppsökande verksamheten samt att landstingen under de senaste åren har haft ökade kostnader för löner m.m. Tandvårdspriserna har genomsnittligt ökat mycket kraftigt sedan prisregleringen på tandvård avskaffades 1999. Fortfarande är emellertid skillnaderna mellan landstingens prestationer anmärkningsvärt stora. Det gäller såväl andelen personer som erbjuds uppsökande verksamhet som kostnader per patient för den uppsökande verksamheten, nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling.

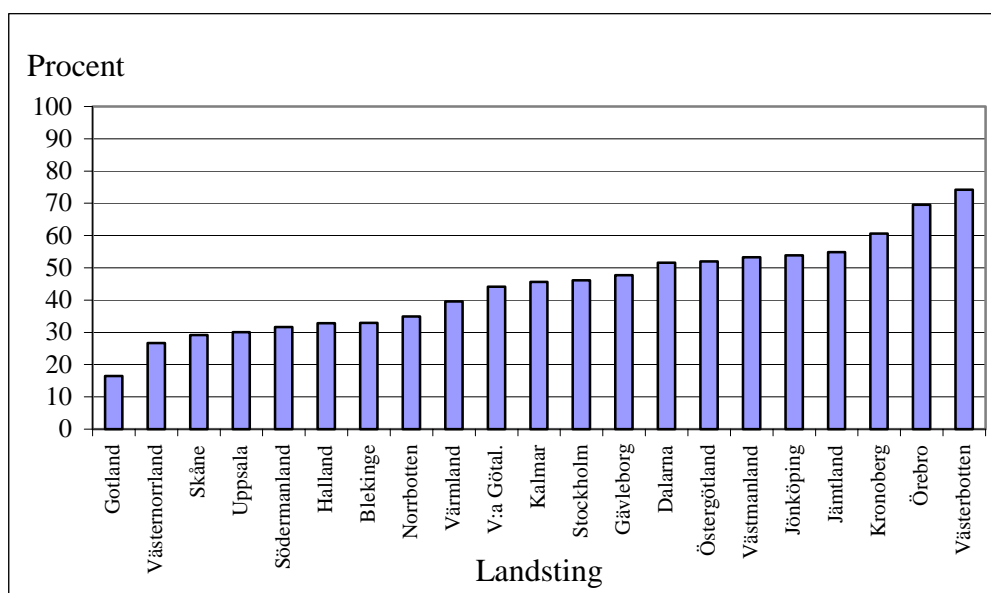
Socialstyrelsen har i en rapport avseende 2001 konstaterat att det finns stora tolkningsproblem när det gäller vilka personer som skall anses berättigade till munhälsobedömning respektive nödvändig tandvård. Det finns vidare stora skillnader mellan landstingen i tolkning och tillämpning avseende vilka individer och vilken behandling som skall omfattas av bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Ett annat problem som tas upp i Socialstyrelsens rapport är att kommunerna och landstingen fortfarande under 2001 på många håll hade problem med att samarbeta. Många kommuner anser att munvård är en verksamhet som de inte får ekonomisk kompensation för och inte alltid har resurser för att genomföra fullt ut. Det finns också på många håll en uppfattning om att munvård inte anses ingå i den dagliga omvårdnaden för dem som har behov av vård och omsorg.

I Landstingsförbundets rapport avseende 2001 redovisas att den uppsökande verksamheten ännu inte har kommit igång i full skala. Det mål för en ”fullt utbyggd verksamhet” som landstingsförbundet satt upp

är att 60 procent av de berättigade skall uppsökas under ett år. Denna nivå på verksamheten förväntas man nå under 2004. Skr. 2002/03:102

Graden av utbyggnad varierar dock fortfarande relativt stort mellan landstingen. Det landsting som hunnit längst i utbyggnad sökte, under 2001, upp 74 procent av de berättigade, medan det landsting som hade den lägsta graden av uppsökande verksamhet nådde drygt 16 procent.

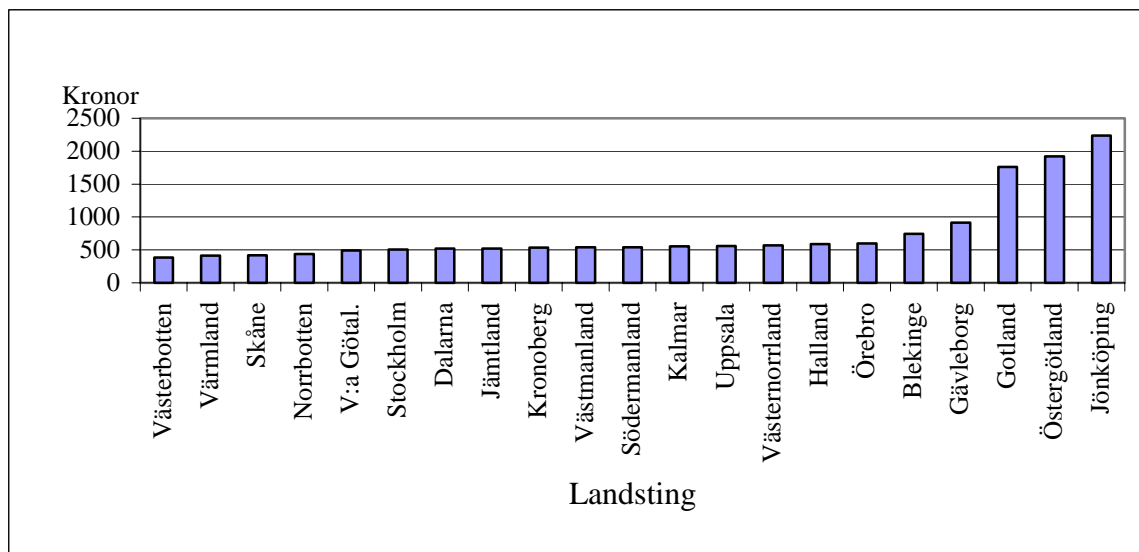
Diagram 3.2 Andel uppsökta av berättigade patienter inom ramen för landstingens ansvar för särskilda patientgrupper, 2001



Källa: Landstingsförbundet.

Även när det gäller kostnaderna för den uppsökande verksamheten rapporteras skillnader mellan landstingen. Kostnadsintervallet sträcker sig från 385 kr per uppsökt i det "billigaste" landstinget till 2 237 kr per uppsökt i det "dyraste" landstinget. Det kan dock noteras att 16 av 21 landsting ligger i intervallet 385 kr–597 kr per uppsökt person och att endast tre landsting redovisar kostnader över 1 000 kr per uppsökt.

Diagram 3.3 Kostnad per uppsökt person inom ramen för landstingens ansvar för särskilda patientgrupper, 2001 Skr. 2002/03:102



Källa: Landstingsförbundet.

Kostnaderna för den ”nödvändiga tandvården” visar, med ett undantag, upp en något mer homogen kostnadsbild. 20 av totalt 21 landsting redovisar kostnader från 1 477 kr till 3 536 kr per behandlad patient. Det landsting som visar upp den högsta kostnaden avviker dock markant från denna bild med en kostnad på 5 900 kr per behandlad. Den genomsnittliga behandlingsskostnaden i samtliga landsting för nödvändig tandvård har, under perioden 1999–2001, ökat från 1 942 kr till 3 057 kr, en ökning med drygt 57 procent.

Tandvård som led i sjukdomsbehandling är den tredje verksamheten inom ramen för avtalet mellan staten och Landstingsförbundet avseende tandvård för särskilda patientgrupper. Också denna verksamhet har under 1999–2001 visat upp en kraftig kostnadsökning. Den genomsnittliga kostnaden per behandlad uppgick 1999 till 2 861 kr och hade under 2001 ökat till 5 101 kr per behandlad, en kostnadsökning på över 78 procent. Kostnadsintervallet för denna verksamhet sträckte sig för 2001 från 2 549 kr till 8 386 kr per behandlad.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att skillnaderna i kostnadsnivåer för de olika verksamheterna varierar betydligt mellan landstingen. Någon entydig förklaring till detta har inte redovisats men några tänkbara orsaker är bl.a. att kostnader i vissa fall är redovisade som delbehandlingar och inte som en ”färdigbehandlad patient”. En annan bakomliggande förklaring kan tänkas vara de upphandlingar som skett av vissa verksamheter i ett antal landsting. Det är emellertid inte fastslaget att detta har bidragit till de stora kostnadsvariationerna. Vidare har, i en del fall, påslag på upp till 40 procent på den vanliga taxan accepterats vilket naturligtvis varit kostnadsdrivande på just den delen av verksamheten.

Den framtida finansieringen av landstingens ansvar avseende tandvård för särskilda patientgrupper är för närvarande föremål för diskussioner mellan staten och Landstingsförbundet.

I en enkät, genomförd av Socialstyrelsen i september 2001, framkom att väntetiden till folktandvården i vissa huvudmannaområden var relativt lång. Eftersom samma enkät visade att behovet av att anställa ytterligare tandläkare inom folktandvården var ganska stort, kan det antas att en av anledningarna till de långa väntetiderna var bristen på tandläkare.

Socialstyrelsen har genom upprepade enkäter till tandvårdshuvudmännen för den offentliga tandvården fortsatt att följa hur behovet av tandläkare och tandhygienister utvecklats. Även om det inte är exakt samma områden som har svarat i de olika enkäterna visar svaren ändå på en förbättring av rekryteringssituationen under 2002. Sammanfattningsvis har utvecklingen sedan 2001 inneburit att behovet av att anställa tandläkare minskat i flertalet huvudmannaområden medan behovet av att anställa tandhygienister tycks ha ökat.

Besöksfrekvens

Frekvensen när det gäller besök hos tandläkare och tandhygienist är en indikation på tandvårdens tillgänglighet för befolkningen. Undersökningar som utförts på uppdrag av bl.a. SCB (ULF) och Socialstyrelsen, tyder på att besöksfrekvensen kan ha minskat något under den senaste tioårsperioden, men det rör sig enligt dessa undersökningar om små förändringar totalt sett. Den största minskningen tycks ha skett bland de yngre. Att man går till tandläkare/tandhygienist mera sällan kan i vissa fall vara en följd av att man har övergått till mera individuella intervaller för kallelser till tandvården.

I en undersökning som Riksförsäkringsverket lät utföra 2000 angav 15,5 procent att man hade haft besvär med tänderna under året utan att söka behandling för det. Det var en ökning med 2,6 procentenheter jämfört med en tidigare undersökning 1998. Den vanligaste orsaken till att man inte hade sökt vård var att man inte hade råd (drygt hälften). Den näst vanligaste orsaken, som angavs av närmare en fjärdedel, var att besvären gick över efter ett tag.

Priser

Sedan prissättningen blev fri inom tandvården den 1 januari 1999 har priserna inom folktandvården i landet i genomsnitt höjts med ca 40 procent jämfört med den nationella taxan som gällde fram till 1999. Detta framgår av uppgifter från Landstingsförbundet. I reala termer, dvs. justerat för allmänna pris- och löneökningar, uppgår prishöjningarna under perioden till ca 34–35 procent. Även om tandvårdsstödet för många behandlingar, framför allt inom bastandvården, förbättrades den 1 januari 1999 har prishöjningarna inneburit en urholkning av tandvårdsstödet på så sätt att patienten får en allt mindre andel av tandvårdskostnaden ersatt av försäkringskassan.

RFV genomförde under 2002, på regeringens uppdrag, en översyn av tandvårdspriserna i såväl folktandvården som den privata tandvården. Syftet med undersökningen är att få en bild av kostnadsutvecklingen generellt sett, samt att utröna huruvida regionala och/eller lokala

prisvariationer förekommer inom tandvården. Analysen av Skr. 2002/03:102 undersökningen beräknas bli klar under våren 2003.

4.1 Äldreomsorg

Nationella mål

Kommunernas ansvar för service och omsorg för äldre regleras i socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) medan ansvaret för hälso- och sjukvård regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 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 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. Socialnämnden 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 ska 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 behövliga insatser. En sådan ansökan skall behandlas som om personen var bosatt i inflyttningkommunen.

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) fastställde riksdagen nationella mål för äldrepolitiken.

Äldre skall:

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

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

Måluppfyllelse och kvalitet

Innehållet i hemtjänsten i såväl ordinärt som särskilt boende har ändrat karaktär jämfört med förhållanden i början av 1990-talet. När det gäller

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

Korttidsvården/-boendet har expanderat kraftigt under 1990-talet, bl.a. på grund av ett ökat behov som följd av allt kortare vårdtider inom sjukvården, platsbrist inom särskilda boendeformer och en ökad vårdtyngd inom hemsjukvården.

Brukarundersökningar och tillsyn

Den tillsynsverksamhet som bedrivs av Socialstyrelsen och länsstyrelserna visar att det på många håll bedrivs vård och omsorg för äldre av god kvalitet. Kommunerna har utvecklat sitt arbete, bl.a. när det gäller anhörigstöd och olika former av kvalitetssäkringssystem. Undersökningar på lokal och regional nivå av hur brukarna upplever kvaliteten i äldreomsorgen har blivit vanligare under senare år. En genomgång och sammanställning av lokala brukarundersökningar inom äldreomsorgen, genomförd hösten 2001 på uppdrag av Nationella rådet för vårdpolitik, visade att 85 procent av brukarna var ganska eller mycket nöjda med äldreomsorgen.

Brukarundersökningar visar dock även att det förekommer att äldre inte får tillgång till den hjälp som de är i behov av. Denna bild bekräftar också av länsstyrelserna och Socialstyrelsen. Kritik som ofta förs fram i samband med brukarundersökningar rör brister i personalkontinuitet och personalens tillgänglighet. Socialstyrelsen och länsstyrelserna rapporterar om brister när det gäller bl.a. samverkan mellan huvudmän samt kompetensförsörjning.

Antalet anställda inom den kommunala vården och omsorgen om äldre har ökat sedan 1995 men rekryteringsbehovet är alltjämt stort och beräknas växa under de närmaste åren. Behoven gäller främst sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal men även utbildade vårdbiträden och undersköterskor. När det gäller arbetsledare har dessa minskat i antal sedan 1995. Många arbetsledare har i dag stora personalgrupper och saknar administrativt stöd för att fungera som ledare och handledare för personalen.

Under senare år har mycket arbete pågått för att komma till rätta med brister i samverkan inom vård och omsorg om äldre mellan kommuner och landsting, vilket också lett till förbättringar i viss utsträckning. Ungefär hälften av kommunerna har centrala, övergripande samverkansavtal och i ungefär samma utsträckning lokalt anpassade avtal för att säkerställa läkarmedverkan inom den kommunala vården och omsorgen. Förbättring av läkarstödet i särskilda boendeformer har skett. Det finns dock fortfarande brister i samverkan, bl.a. när det gäller rehabiliteringsinsatser för äldre.

Brister som rapporteras inom vården och omsorgen om äldre rör också tillgängligheten till vård och omsorg i vissa fall samt äldre personers rättssäkerhet. Länsstyrelserna har tillsammans med Socialstyrelsen på regeringens uppdrag granskat samtliga kommuner i landet i syfte att kartlägga förekomsten av ej verkställda beslut och domar enligt SoL och LSS. Uppdraget redovisas i Socialstyrelsens rapport *Ej verkställda beslut och domar enligt SoL och LSS samt avslag trots bedömt behov 2001*. Den 1 januari 2002 var 2 233 gynnande beslut och 51 domar inte verkställda. Samtliga av de ej verkställda domarna och 90 procent av de ej verkställda besluten avsåg plats i särskilt boende. Vidare fick 2 408 personer avslag på ansökan om bistånd, trots att behov bedömts föreligga. I 95 procent av dessa fall var brist på särskilda boendeformer grunden för avslaget. Jämfört med mätningar som gjordes 1 januari 2000 hade antalet ej verkställda beslut sjunkit med ca 20 procent och antalet avslag trots bedömt behov ökat med ca 10 procent. Antalet ej verkställda domar hade mer än fördubblats under perioden.

Kvalitetsutveckling och förstärkt tillsyn

De allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgen om äldre och funktionshindrade som Socialstyrelsen har utgett har fått stort genomslag. De flesta kommuner arbetar aktivt med att utveckla kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre. Inom många av de områden som behandlas i de allmänna råden har kommunerna redan system och regler, men ofta saknas en samordning av rutinerna. Många kommuner har inrättat nya funktioner för kvalitetsgranskning som t.ex. äldreombudsmän eller äldreomsorgsinspektörer.

För att ytterligare förstärka tillsynen av vård och omsorg om äldre beslutade regeringen i februari 2003 att avsätta medel för inrättande av s.k. äldreskyddsombud vid länsstyrelserna och vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Målet med äldreskyddsombudens tillsyn är – i likhet med målet för den övriga tillsynen – att brister och missförhållanden inom äldreomsorgen skall rättas till samt att kommuner och enskild verksamhet skall ges stöd att utveckla en vård och omsorg av god kvalitet.

Anmälningar enligt Lex Sarah

Länsstyrelsernas och Socialstyrelsens uppföljning 2001 av anmälningar om missförhållanden enligt 14 kap. 2§ i socialtjänstlagen, Lex Sarah, visar att antalet anmälningar ökat betydligt jämfört med föregående år. Totalt gjordes 893 anmälningar, varav 819 avsåg kommuner och 74 enskilda verksamheter. Anmälningarna kan ibland peka ut mer allmänna brister i kommunernas vård och omsorg som t.ex. att mål saknas för olika verksamheter, att det råder brist på personal eller att brister finns vad gäller hur en verksamhet organiseras. En förklaring till ökningen av antalet anmälningar är sannolikt att i stort sett samtliga kommuner och enskilda verksamheter har utarbetat instruktioner och informerat personalen om hur lagen skall tillämpas. Eftersom bestämmelsen

fortfarande är ny är det svårt att dra slutsatser om bestämmelsen har gett effekter på kvaliteten inom vården och omsorgen. Skr. 2002/03:102

Brukarinflytande

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att stödja utvecklingen av metoder som syftar till att öka enskilda äldres inflytande över vård och omsorg. Uppdraget redovisas i rapporten *Avrapportering av Socialstyrelsens projekt om brukarinflytande*. Flertalet kommuner har som mål att förstärka brukarinflytandet, där återkommande brukarundersökningar är en vanligt förekommande metod för att försöka klarlägga brukarnas önskemål. Andra modeller som förekommer för att öka äldre personers inflytande är kundval, timbeslut och kontaktmannaskap. De flesta försöken att förstärka brukarinflytandet har varit inriktade på hemtjänsten och sådana kategorier av brukare som själva kan formulera sina behov och önskemål. Däremot finns det brist på metoder för att klarlägga preferenser och önskemål hos personer med nedsatt autonomi som bor i särskilt boende.

21 projekt har fått stimulansbidrag för att pröva nya idéer och metoder för ökad delaktighet och inflytande inom äldreomsorgen och några resultat har avrapporterats i regeringens skrivelse *Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*. I ett av projekten förfogar den äldre över en tidsbank motsvarande de insatser som beviljats för en bestämd tidsperiod. Brukaren har här möjlighet att själv besluta om när insatserna skall ianspråkta.

Stöd till anhöriga som hjälper och vårdar närstående

Anhöriga svarar för betydande hjälp- och stödinsatser till äldre. Under den senaste treårsperioden har samtliga kommuner utvecklat stödformer för anhöriga med hjälp av statliga stimulansbidrag. Exempel på stödformer som har vidareutvecklats och tillkommit är korttidsvård/växelvård, dagvård/dagverksamhet, ekonomisk ersättning, avlösning i hemmet, anhörgirciklar och enskilda stödsamtal. Två tredjedelar av kommunerna har utvecklat stödformer som inte kräver biståndsbeslut, bl.a. har avlösning i hemmet kunnat ske med hjälp av frivilliga och i viss utsträckning är insatsen kostnadsfri.

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

Uppsökande verksamhet

Trots det lagliga stödet har uppsökande verksamhet sällan bedrivits systematiskt inom äldreomsorgen. Inom ramen för en av staten finansierad försöksverksamhet har 22 kommuner arbetat med att bygga upp kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre.

Över 4 000 äldre personer har regelbundet tagit emot hembesök. Deltagarna har fått information om hur kommunens äldreomsorg fungerar, råd om kost och motion samt demonstrationer av enkla hjälpmedel för att undvika olyckor i hemmet. Försöksverksamheten har fallit väl ut och hälften av de deltagande kommunerna har beslutat att fortsätta med förebyggande hembesök. I andra kommuner pågår diskussioner om hur verksamheten skall kunna bedrivas vidare efter försöksverksamheterna. Socialstyrelsens slutrapport *Förebyggande hembesök* innehåller erfarenheter från de olika projekten och en sammanfattning av resultaten.

Kostnader

Tabellen nedan visar de kommunala kostnaderna som redovisas under verksamhetsområdet äldreomsorg enligt socialtjänstlagen. Omläggningar i statistiken fr.o.m. 1998 medför att kostnadsjämförelser inte kan göras med åren före 1998.

Tabell 4.1 Kostnader för äldreomsorg i kommunerna

Miljarder kronor, 2000-års priser

	1998	1999	2000	2001
Hemtjänst i ordinärt boende	15,3	17,3	18,1	19,9
Vård o omsorg i särskilt boende	44,2	45,2	47,2	48,2
Förebyggande verksamhet	2,1	2,1	2,0	1,9
Summa kostnader	61,6	64,6	67,3	70,0

Källa: SCB, skattning utifrån Kommunala räkenskapsammandraget.

Kostnad= Bruttokostnad-interna intäkter-försäljning till andra kommuner och landsting. Kostnaderna för korttidsvård redovisas under ordinärt boende.

De totala kostnader ökade med 4 procent jämfört med 2000 (i löpande priser var de totala kostnaderna 2001 71,4 miljarder kronor, en ökning med 6 procent). Sedan 1998 har kostnaderna ökat med nästan 14 procent. Det är osäkert vilka orsakerna bakom ökningen är, men en av förklaringarna är sannolikt att det har skett en ökning av antalet anställda inom sektorn.

Merparten av resurserna (knappt 70 procent) inom vården och omsorgen om äldre går till det särskilda boendet. Skattningar pekar mot att ca 14 procent av de kommunala kostnaderna för vård och omsorg för äldre går till sjukvård för äldre (*Den kommunala hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen 2001). Egenavgifterna uppgick till ca 5 procent av de totala kostnaderna under 2001.

Maxtaxa införd i juli 2002

I juli 2002 trädde nya bestämmelser i kraft när det gäller avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. Bestämmelserna omfattar dels ett högkostnadsskydd för hemtjänst och dagverksamhet samt för särskilt boende, dels bestämmelser om beräkning av enskildas förbehållsbelopp. Vidare infördes bestämmelser om möjligheter för omsorgstagare att

överklaga individuella avgiftsbeslut. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera de nya bestämmelserna. Av deras första rapport framgår bl.a. att kommunerna i högre grad än tidigare hämtar in de uppgifter som behövs för att bedöma den enskildes avgiftsutrymme.

Prestationer

Vård och omsorg totalt

Antalet och andelen personer 65 år och äldre med kommunal vård och omsorg minskade under större delen av 1990-talet, vilket främst förklaras av ett minskande antal personer med insatser i ordinärt boende. Denna minskning verkar dock ha avstannat under senare år. År 2001 hade knappt 249 000 (16,2 procent) av personer 65 år och äldre insatser i form av hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende. Inkluderas personer med enbart kommunal hemsjukvård 2001 är andelen personer över 65 år med insatser i ordinärt samt särskilt boende 17,4 procent.

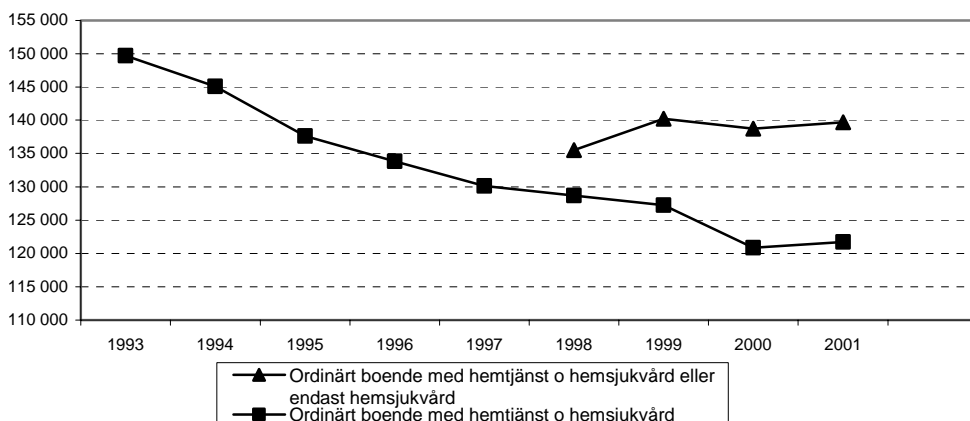
År 2001 fick drygt hälften av omsorgstagarna hemtjänst i ordinärt boende och resterande andel i särskilt boende. Av samtliga personer 65 år och äldre som fick insatser i form av hemtjänst i ordinärt boende och särskilt boende (exklusive korttidsvård) var ca 74 procent 80 år eller äldre.

Ungefär 70 procent av hjälptagarna var kvinnor. En förklaring till att fler kvinnor än män får kommunal vård och omsorg är männens kortare medellivslängd samt att de i stor utsträckning får stöd och hjälp av sin maka. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa upp, analysera och redovisa könsskillnader inom bl.a. socialtjänstens verksamhetsområden. Socialstyrelsen har lämnat en första redovisning från detta uppdrag i rapporten *Vård och omsorg om äldre 2002*.

Insatser i ordinärt boende

Den 1 oktober 2001 var 121 700 personer beviljade hemtjänst i ordinärt boende. Detta var en ökning med ca 800 personer jämfört med 2000. Av de personer som var beviljade hemtjänst i ordinärt boende hade drygt 27 700 (ca 23 procent) även hemsjukvård. Omläggningar i statistiken som genomfördes 1998 har bl.a. inneburit att personer med enbart hemsjukvård fr.o.m. 1998 särredovisas från personer med hemtjänst och hemsjukvård. År 2001 fick 17 920 personer insatser i form av enbart hemsjukvård i ordinärt boende. Detta antal är närmast oförändrat jämfört med 2000. Antalet personer med enbart hemsjukvård rapporteras endast av de kommuner som har övertagit ansvaret för hemsjukvård från landstingen, vilket är ca hälften av landets kommuner.

Diagram 4.1 Antal personer med insatser i ordinärt boende 1993–2001 Skr. 2002/03:102

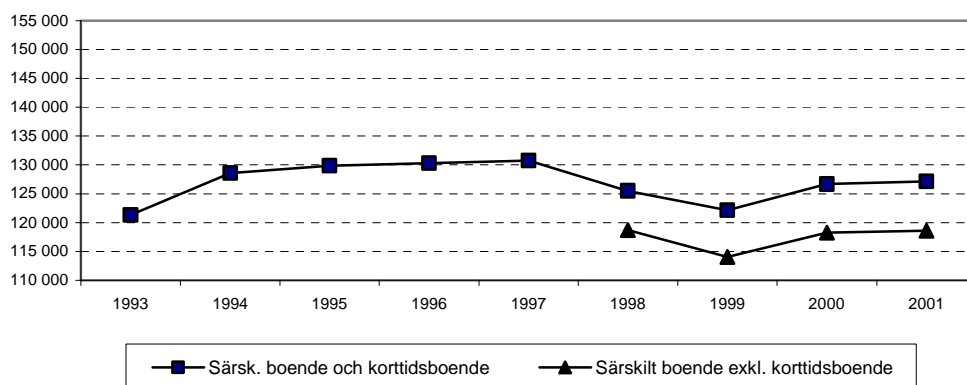


Under 1990-talet ökade andelen äldre personer med omfattande hjälpinsatser (mer än 50 timmar per månad) i ordinärt boende medan andelen äldre med mindre omfattande hjälpinsatser (1–9 timmar per månad) minskade. Denna utveckling har beskrivits som att omsorg och omvårdnad i en ökande omfattning har prioriterats framför service. Enligt det senaste årets statistik har denna förskjutning av hjälpinsatser till de allra mest hjälpbehövande avstannat.

Insatser i särskilt boende

År 2001 uppgick antalet personer 65 år och äldre som bodde permanent i särskilda boendeformer till drygt 118 600 personer. Detta är en ökning med ca 300 personer jämfört med 2000. Från och med 1998 särredovisas personer som bor tillfälligt i särskilda boendeformer från permanent boende. Ungefär 8 500 personer 65 år och äldre erhöll den 1 oktober 2001 korttidsvård/boende, vilket är tillfälligt boende i särskilda boendeformer förenat med rehabilitering och omvårdnad för bl.a. avlösning, växelvård och eftervård. Detta är en ökning med ca 100 personer jämfört med 2000.

Diagram 4.2 Antal personer med insatser i särskilt boende 1993–2001



Boendestandarden inom de särskilda boendeformerna har förbättrats sedan början av 1990-talet. Ca 7 procent av dem som bodde i särskilt boende den 1 oktober 2001 delade bostad med annan/andra än maka/make eller annan nära anhörig. Motsvarande siffra 1993 var 15 procent. Den 1 oktober 2001 hade ca 78 procent av de boende egen toalett och ca 72 procent egen dusch eller bad. Motsvarande siffror år 1993 var 70 respektive 54 procent.

Dagverksamhet

Med dagverksamhet avses individuellt beslutat stöd enligt socialtjänstlagen under dagtid i form av sysselsättning, social gemenskap, rehabilitering, m.m. Stödet ges till personer med t.ex. demens, psykiskt- eller fysiskt funktionshinder. Ca 14 300 äldre personer hade den 1 oktober 2001 beslut om dagverksamhet, vilket är en minskning med drygt 1 100 personer jämfört med samma tid 2000. Utöver dagverksamhet som föregås av individuella beslut bedriver många kommuner s.k. öppen dagverksamhet, i form av exempelvis kaféverksamhet och andra former av träffpunkter.

Vård och omsorg i privat regi

Under 1990-talet skedde det en kraftig ökning av entreprenader och köp av platser i enskild regi inom äldreomsorgen. Statistiken avseende 2001 tyder på en fortsatt tillväxt av äldreomsorg i enskild regi. Den 1 oktober 2001 erhöll omkring 10 procent av äldreomsorgstagarna hjälp från privata vårdgivare, vilket är en ökning med ungefär en halv procentenhet jämfört med 2000.

Äldreomsorg i privat regi är vanligast när det gäller särskilda boendeformer, där andelen personer med vård och omsorg i privat regi var 12,3 procent. Andelen personer med hjälp i privat regi i ordinärt boende var 2001 7,8 procent. Äldreomsorg i enskild regi förekommer främst i storstäder, förortskommuner och större städer.

4.2 Personer med funktionshinder

Nationella mål

Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken Från patient till medborgare (prop.1999/2000:79) antogs av riksdagen den 30 maj 2000. Den utgår från FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. De nationella målen för handikappolitiken är enligt handlingsplanen:

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

För att nå upp till dessa mål bör följande arbetsområden prioriteras under de närmaste åren:

- att se till handikapperspektivet genomsyrar alla samhällssektorer,
- att skapa ett tillgängligt samhälle,
- att förbättra bemötandet.

Kommunerna ska enligt socialtjänstlagen verka för att människor med funktionshinder får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska kommunerna främja jämlika och goda levnadsvillkor samt full delaktighet i samhällslivet för personer med stora och varaktiga funktionshinder så att de kan leva som andra.

De lagar som reglerar kommunernas uppgifter inom socialtjänsten som berör personer med funktionshinder är SoL, LSS och till viss del hälso- och sjukvårdslagen. Kommunerna ansvarar för en rad insatser för personer med funktionshinder enligt dessa lagar, bl.a. boende, meningsfull sysselsättning, stöd och service (inkl. hemtjänst, ledsagning, kontaktperson, uppsökande verksamhet), assistans samt hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering och hjälpmedel i vissa boendeformer. Individuella planer enligt LSS, som innehåller alla beslutade och planerade insatser av kommunen och andra, ska upprättas i samråd med brukaren på dennes begäran. Kommunerna skall också verka för att offentliga lokaler och allmänna kommunikationer blir lätt tillgängliga för alla.

Måluppfyllelse och kvalitet

De mål som ställs upp i lagarna och i den nationella handlingsplanen är generella och därmed kan måluppfyllelsen vara svår att mäta. Här redovisas främst de indikatorer på måluppfyllelse och kvalitet som länsstyrelserna uppmärksammar vid sina tillsyner av verksamheter enligt SoL och LSS i kommunerna. I årsrapporter beskriver länsstyrelserna brister som uppmärksammas och sin samlade bedömning av utvecklingstendenser.¹

År 2001 genomfördes 1 105 granskningar avseende verksamheten för personer med funktionshinder i 199 kommuner, motsvarande ca en tredjedel av länsstyrelsernas samtliga granskningar inom socialtjänsten. I 36 procent av granskningarna inom verksamhetsområdet konstaterades brister. Det var en minskning från föregående år, då närmare hälften av granskningarna inom området visade på brister. Det var bl.a. brister i handläggning och dokumentation, i insatser och i verkställighet av beslut som gav upphov till kritik.

Av drygt 2 200 klagomål från enskilda personer totalt under 2001, berörde 472 klagomål insatser för personer med funktionshinder. Klagomålen resulterade i 364 enskilda tillsynsärenden som i 42 procent av fallen avslutades med kritik.

¹ Social tillsyn 2001 – Resultat av länsstyrelsernas tillsyn, Socialstyrelsen.

Att förbättra bemötandet är ett prioriterat arbetsområde för genomförandet av den nationella handlingsplanen. Flera kommuner genomför projekt i samverkan med andra inblandade aktörer för att genom kompetensutveckling förbättra mötet mellan anställda och brukare. Länsstyrelserna gjorde 184 granskningar av bemötandet inom kommunernas verksamheter för personer med funktionshinder under 2001 (regeringsuppdrag). Femton kommuner fick kritik på grund av brister i bemötandet. Länsstyrelserna uttalade även kritik i 31 av totalt 76 fall av klagomål från enskilda på grund av bristande bemötande.

Boende

Mer än hälften av länsstyrelserna beskriver brister i planeringen på olika nivåer i kommunerna och för olika grupper. Bristerna i kommunernas planering för funktionshindrade är som störst när det gäller boende med särskild service. Efter att ha beviljats bostad med särskild service är väntan på att erbjudas en plats i sådant boende i många fall alltför lång.

I samband med att LSS infördes 1994 beslutade riksdagen att de institutionsliknande vårdhemmen för personer med utvecklingsstörning skulle avvecklas och ersättas med boenden med särskild service, dvs. gruppboenden och liknande, senast per den 31 december 1999. Några länsstyrelser noterade under 2001 att denna process inte var avslutad eftersom det fortfarande fanns personer som bodde på vårdhem. (Västerbotten, Västernorrland, Västra Götaland och Skåne). Det pågår nu ett arbete med att påskynda avvecklingen. Samtidigt har ett par länsstyrelser observerat att några kommuner tenderar att skapa institutionsliknande boenden, vilket strider mot målen för handikappolitiken (Stockholm och Västra Götaland).

Icke verkställda beslut och domar

Det har sedan flera år varit ett allvarligt problem att många personer med funktionshinder som har rätt till olika stöd inte får tillgång till det stödet. En sådan situation uppstår när kommunerna inte verkställer egna gynnande beslut eller inte verkställer gynnande domar, s.k. domstolstrots. Den tillgängliga statistiken är inte helt jämförbar över tid. Det är dock troligt att det förstnämnda, icke verkställda beslut, ökat sedan länsstyrelserna 2000 fick möjlighet att förelägga kommunerna vite för domstolstrots. I stället för att neka en insats och få en dom emot sig som måste verkställas för att inte drabbas av ett vitesföreläggande, tar kommunerna sannolikt i större utsträckning gynnande beslut som sedan inte verkställs. Den 1 juli 2002 skärptes lagstiftningen och vitesföreläggande har ersatts med sanktionsavgift, som kan förväntas vara en mer effektiv åtgärd mot kommunalt domstolstrots.

Den 1 januari 2002 var ca 2 800 beslut om insatser enligt LSS inte verkställda. Det var en ökning från 2001 med 10 procent. Närmare hälften, 1 300, av alla icke verkställda beslut den 1 januari 2002 gällde insatsen kontaktperson, en ”kompiskontakt” för att bryta social isolering som främst beviljas personer med utvecklingsstörning eller autism

(personkrets 1). De icke verkställda LSS-besluten den 1 januari 2001 utgjorde 2,5 procent av samtliga beslut enligt LSS vid samma tidpunkt. För insatsen kontaktperson var drygt 8 procent av alla beslut inte verkställda. Problem med rekrytering är en vanlig orsak till att beslut om insatsen kontaktperson inte verkställs. Det är enligt kommunerna svårt att få tag på personer som vill ta uppdraget och dessutom svårt att rekrytera rätt kontaktperson till den som ska ha insatsen - ”matchningsproblem”.

Domstolstrotset omfattade den 1 januari 2002 171 domar avseende insatser enligt LSS (år 2001: 129, år 2000: ca 80, år 1999: ca 100). Av dessa gällde 134 domar beslut om boende för vuxna och 13 daglig verksamhet och 10 korttidsvistelse.

Under 2001 resulterade 19 överklaganden av beslut enligt LSS eller SoL i förelägganden från länsstyrelserna. Två av dessa var vitesförelägganden.

Individuella planer

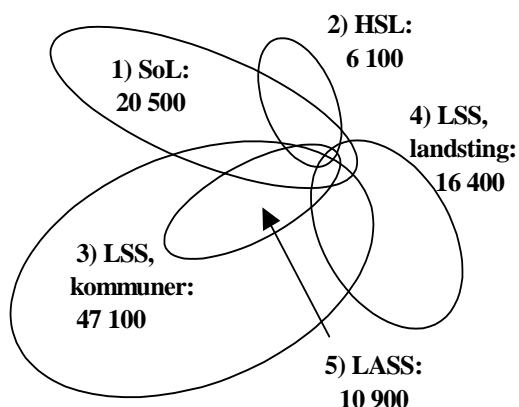
När samhällets stöd till en funktionshindrad person ges i form av olika insatser från olika håll är det viktigt att samverka för att nå bästa resultat. Socialstyrelsen har under de senaste åren följt upp arbetet med individuella planer i kommunerna och har funnit att de individuella planerna är ett värdefullt verktyg för den enskildes överblick, känsla av sammanhang och inflytande över sin egen livssituation. De anställda blir skickligare i att förstå och bedöma behov och samarbetet blir mer effektivt. Socialstyrelsen konstaterar också att individuell plan skulle kunna användas oftare, men att det fordrar ett nytänkande kring arbetssätt och en bred och systematisk förankring hos flera aktörer på flera nivåer samtidigt. Endast ca 5 procent av de personer som har LSS-insatser har en individuell plan.

Kostnader och prestationer

Uppgifterna som redovisas här om insatser enligt LSS (exkl. råd och stöd) utgår från uppgifter på individnivå medan uppgifterna om råd och stöd samt kommunernas insatser enligt SoL och HSL utgår från mängddata. Det går alltså inte att uttala sig om hur många personer som samtidigt har insatser enligt LSS, SoL och HSL.

Insatser enligt LSS redovisas oavsett brukarens ålder. Redovisningen av insatser enligt SoL och HSL innehåller däremot endast uppgifter om stöd till personer i åldrarna 0–64 år för att undvika dubbelredovisning av insatserna i detta avsnitt och i avsnittet om äldreomsorg.

Bild 4.1: Antalet funktionshindrade personer med insatser enligt SoL (0–64 år), HSL (0–64 år), LSS (uppdelat efter kommun resp. landsting) och LASS år 2001 Skr. 2002/03:102



- 1) Personer (0-64 år) beviljade hemtjänst samt boende tillfälligt eller permanent i särskilda boendeformer, 1 okt.
- 2) Personer (0-64 år) med hemsjukvård, 1 okt.
- 3) Personer med stöd enligt LSS, exkl. personer med råd och stöd som enda insats, 1 sept.
- 4) Personer med LSS-insatsen råd och stöd, 1 sept. 2000
- 5) Personer med assistansersättning enligt LASS, 1 dec.

Insatser enligt SoL

Den 1 oktober 2001 var 14 100 personer yngre än 65 år beviljade hemtjänst (54 procent kvinnor). Det var ca 300 personer färre jämfört med året innan. Fördelningen efter antalet hjälptimmar var i stort sett densamma. I genomsnitt var antalet hjälptimmar per person 28 timmar. Kommunerna har redovisat att ca 6 100 personer yngre än 65 år var mottagare av hemsjukvård den 1 oktober 2001. Två tredjedelar var i åldern från 45 till 64 år. Något fler var kvinnor än män.

Ekonomisk ersättning i form av anhörigbidrag för att betala anhörig/närstående för utförd hjälp i hemmet utgick till knappt 1 500 personer yngre än 65 år. Anhörigbidrag beviljades till lika delar kvinnor som män.

Mellan åren 1997 och 2001 ökade antalet personer som antingen bodde permanent eller tillfälligt i bostäder med särskild service med ca 18 procent. Ökningstakten har mattats av de senaste åren i förhållande till de närmaste åren efter 1995, då psykiatrireformen trädde i kraft och antalet boende ökade kraftigt. Den 1 oktober 2001 bodde ca 5 500 personer yngre än 65 år permanent i särskilda boendeformer. Två tredjedelar av dessa var i åldrarna 45 till 64 år och resterade var i huvudsak i åldrarna 20–44 år. En mycket liten del var barn och ungdomar upp till 19 år.

Närmare 2 900 personer yngre än 65 år var beviljade behovsprövad dagverksamhet enligt SoL och/eller HSL den 1 oktober 2001.

Insatser enligt LSS

Antalet personer med insatser enligt LSS, exklusive råd och stöd (Landstinget), var ca 1 500 fler 2002 jämfört med 2001. Totalt hade ca 48 600 personer en eller flera insatser exklusive råd och stöd den 1 september 2002.

Motsvarande 79 procent av alla personer med insatser enligt LSS och ca 85 procent av samtliga insatser exklusive råd och stöd, gick till personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1). Motsvarande 18 procent av alla med LSS-insatser var

beviljade stöd och service enligt bedömningsgrunderna för personkrets 3 (varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder).

Uppgifter från 2001 visar att andelen män bland alla med insatser enligt LSS var 56 procent. Det var fler män än kvinnor som hade varje särskild insats. De enda undantagen var insatserna personlig assistans och ledsagarservice som något fler kvinnor än män i personkrets 3 hade.

Av alla insatser enligt LSS gällde ca 28 procent barn och ungdomar yngre än 23 år, ca 66 procent av insatserna gällde personer i åldersgruppen 23–65 år och ca 6 procent gällde personer som var 65 år eller äldre.

Motsvarande 47 procent av alla personer som fick insatser enligt LSS hade enbart en insats, 33 procent hade två insatser och 18 procent hade tre insatser.

Tabell 4.2 Antal personer med beslut om insats enligt LSS (exkl. personlig assistans)

Insats	1 jan 1997	1 jan 1998	1 jun 1999	1 jun 2000	1 sept 2001	1 sept 2002
Daglig verksamhet	18 400	19 100	19 800	20 500	21 100	21 500
Boende, vuxna	15 100	15 600	16 500	16 900	17 500	17 900
Råd och stöd	23 100	22 100	18 600	16 400	---	12 000*
Kontaktperson	11 800	13 100	13 400	13 600	14 000	14 500
Korttidsvistelse	8 000	8 500	9 400	9 800	9 600	9 900
Ledsagarservice	4 600	5 600	7 400	7 800	8 100	8 500
Avlösarservice	2 800	3 200	3 600	3 700	3 600	3 500
Korttidsstillsyn	2 700	2 700	2 800	3 000	3 100	3 400
Boende, barn	1 500	1 500	1 200	1 200	1 100	1 200

*Uppgiften är preliminär och gäller för 1 november 2002.

Källa: Socialtjänst 2002:2, Statistik över kommunernas insatser enligt LSS den 1 september 2002, Socialstyrelsen.

Ca 1 000 personer eller 6 procent av dem som hade insatsen bostad med särskild service för vuxna bodde i en annan kommun än den kommun som betalade för insatsen. Samma andel var betydligt högre, 33 procent, bland de drygt 1 100 barn och ungdomarna i åldrarna 0–22 år som bodde i familjehem eller bostad med särskild service.

Personlig assistans enligt LASS och LSS

I december 2001 var 10 849 personer beviljade assistansersättning enligt LASS. Det var en ökning med 1 165 personer från föregående år. Den kraftiga ökningen beror främst på att personer över 65 år sedan den 1 juli 2001 har rätt att få behålla sin assistansersättning om de hade sådant stöd före 65-årsdagen. I genomsnitt beviljades ersättning för 89 timmar per vecka. Fler män än kvinnor beviljas assistansersättning. Männerna beviljas också fler timmar. Skillnaden är dock relativt liten och konstant över tiden. Utöver de som var beviljade LASS-ersättning redovisade kommunerna att ca 4 300 personer hade personlig assistans enbart enligt LSS (upp till 20 timmar/vecka).

Enligt en arbetsgrupp vid Socialdepartementet som har sett över rekryteringen av personliga assistenter arbetade ca 40 000 personer som

personliga assistenter år 2000.² Av dem var ca 70 procent kommunanställda. Skr. 2002/03:102

Insatser enligt LSS till psykiskt funktionshindrade

Ca 2 700 personer med psykiska funktionshinder (54 procent män) hade insatser enligt LSS 2001 (exkl. råd och stöd). Det var 5 procent fler jämfört med föregående år. I förhållande till hur många som uppskattas tillhöra gruppen psykiskt funktionshindrade totalt, omkring 43 000 personer enligt Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrireformen, är de som får stöd fortfarande relativt få. De vanligast förekommande insatserna var bostad med särskild service för vuxna eller kontaktperson. Bortsett från råd och stöd hade de flesta, 85 procent, endast en insats enligt LSS.

Enskild verksamhet

Av alla som var beviljade hemhjälp i ordinarie boende i åldern 0–64 år fick ca 6 procent hemtjänsten utförd av anställda i enskild regi. Av de permanent boende i särskilda boendeformer som var yngre än 65 år bodde motsvarande 24 procent i bostäder som drevs i enskild regi. Bland personliga assistenter var det enligt Socialdepartementets arbetsgrupp ca 18 procent som var anställda av kooperativ och ca 13 procent som var privatanställda. Antalet tillståndspliktiga och enskilda verksamheter för personer med funktionshinder enligt SoL och LSS ökade med 11 procent under 2001 och omfattade därmed 7 728 platser.

Samlade kostnader

Uppgifterna från SCB:s sammanställning av kommunernas räkenskapssammandrag för 2001 visar en total kostnad om 25,4 miljarder kronor för insatser till funktionshindrade (30,4 inkl. statens ersättning för assistansersättning). Det är en ökning med 1,8 miljarder (2,5 miljarder) jämfört med 2000.

² Ds 2001:72 Rekrytering av personliga assistenter

Tabell 4.3 Kommunernas kostnader för insatser till funktionshindrade inkl. statsbidrag till assistansersättning, miljarder kronor Skr. 2002/03:102

Löpande priser

Verksamhet	1998	1999	2000	2001	Förändr 2000- 2001
Vård och omsorg enl. SoL och HSL:	1,9	2,1	2,2	2,5	14%
– i ordinärt boende					
– särskilt boende	2,3	2,3	2,4	2,5	4%
Insatser enligt LSS och LASS, totalt	18,0	21,2	23,2	25,4	9%
därav: <i>boende enl. LSS</i>	8,6	10,0	10,4	11,1	
<i>personlig assistans enl. LSS och LASS</i>	4,5	5,8	7,3	8,2	
<i>daglig verksamhet enl. LSS</i>	2,9	3,1	3,2	3,5	
<i>övriga insatser enl. LSS</i>	2,0	2,3	2,2	2,5	
Totalt	22,1	25,4	27,8	30,4	9%
varav ersättning från försäkringskassan för personlig assistans utförd av kommunen	2,6	3,6	4,3	5,0	16%

Källa: SCB, Den offentliga sektorns finanser och Socialdepartementet.

Av statens utgifter för personlig assistans gick 5 miljarder kronor till kommunerna och drygt 1 miljard kronor gick till kooperativ och andra privata anordnare.

Kostnadsskillnaderna är stora mellan olika kommuner. Åren 2001 och 2002 har två tillfälliga statsbidrag lämnats till vissa kommuner som kompensation för höga kostnader avseende verksamhet enligt LSS.

4.3 Individ- och familjeomsorg

4.3.1 Ekonomiskt bistånd

Nationella mål

Ekonomiskt bistånd (socialbidrag) utgör det yttersta skyddsnätet för personer som inte klarar sin försörjning på annat sätt. Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen. Ansökningar om försörjningsstöd prövas och beslutas av den kommunala socialtjänsten. Principen om barnets bästa skall alltid vägleda bedömningar om bistånd.

Målet för försörjningsstödet är att tillförsäkra individen en skälig levnadsstandard och biståndet skall utformas så att det stärker dennes möjligheter till att leva ett självständigt liv.

Under första delen av 1990-talet ökade antalet socialbidragsberoende kraftigt, vilket kan ses som en indikation på minskad rättvisa och välfärd. Utvecklingen har nu vänt och som ett led i det fortsatta arbetet för ökad rättvisa och välfärd har regeringen formulerat ett mål om att halvera antalet socialbidragsberoende.

Socialbidragstagandet fortsätter att minska

Under 1990-talets första hälft ökade socialbidragstagandet kraftigt. År 1997 förbättrades arbetsmarknaden vilket medverkade till ett minskande socialbidragstagande.

Regeringens mål att minska socialbidragsberoendet innebär att antalet helårsekvivalenter ska halveras mellan 1999 och 2004. Helårsekvivalenter anger det antal vuxna personer mellan 20 och 64 år som vid en viss given kostnad skulle kunna ha försörjts under ett år med fullt socialbidrag. Med fullt socialbidrag avses den ersättning som hushållet maximalt är berättigat till med hänsyn till dess sammansättning. Introduktionsersättning till flyktingar ingår inte vid beräkningen av helårsekvivalenterna.

Dagens nivå av socialbidragstagare motsvarar omfattningen 1991. Inströmningen³ i socialbidragssystemet uppgick 2001 till 2,1 procent, vilket är den lägsta sedan 1981. Även genomsnittligt bidrag per hushåll liksom genomsnittlig bidragstid har minskat mellan 2000 och 2001. Även om de två sistnämnda faktorerna förklarar endast en mindre del av nedgången, kan noteras att det handlar om ett trendbrott. Det är första gången sedan början av 1990-talet som samtliga komponenter – antalet bidragstagare, bidragsperiodens varaktighet samt genomsnittligt bidrag per hushåll – bidrar till minskningen. Även om kostnaderna för ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning fortsätter att minska har andelen långvariga biståndsmottagare varit i stort sett oförändrad sedan 1999.

Ekonomiskt bistånd och bidragsberoende

Socialbidraget är tänkt att fungera som det yttersta skyddsnätet vid tillfälliga kriser och inte som ett långvarigt försörjningsstöd. Den största andelen av bidragshushållen är också korttidsmottagare; 43 procent fick bidrag under högst tre månader under 2001. Långtidsmottagarna utgjorde 28 procent av socialbidragshushållen men stod för 5,4 miljarder kronor eller 62 procent av den totala kostnaden.

Socialstyrelsens statistikrapport för ekonomiskt bistånd under 2001 pekar på tydliga skillnader mellan olika kategorier av enskilda biståndsmottagare. I åldersgruppen 20–24 år är kvinnor betydligt oftare långvarigt biståndsmottagare än män, mätt i antal per invånare. Detta förhållande gäller även för åldersgruppen 65–74 år. I åldersgruppen 40–49 år är förhållandet det omvända. Utrikes födda är långvariga biståndsmottagare i större utsträckning (47 procent) än svenskfödda (18 procent) men andelen långvariga biståndsmottagare för de utrikes födda avtar med ökad vistelsetid i landet.

En kategori som ofta erhöll långvarigt ekonomiskt bistånd under 1990-talet var vissa äldre personer som inte kvalificerat sig för en pension som gav en tillräcklig försörjning. Riksdagen har därför beslutat om ett statligt äldreförsörjningsstöd vilket trädde i kraft den 1 januari 2003.

³ Avser hushåll i relation till befolkningen som mottog socialbidrag ett år men inte gjorde det närmast föregående år.

Stödet är inkomstprövat och skattebefriat och innebär att personer som är 65 år och äldre inte skall behöva ekonomiskt bistånd som försörjningskälla. Skr. 2002/03:102

Samverkan och samordning minskar bidragsberoendet

Det finns flera goda exempel på att man genom myndighetssamverkan på lokal nivå har kunnat utveckla framgångsrika metoder som minskat det långvariga behovet av ekonomiskt bistånd. Det är framför allt olika former av samverkan mellan socialtjänsten, de allmänna försäkringskassorna och arbetsförmedlingen som bidragit till att långtidsarbetslösa biståndstagare kommit ut i arbetslivet och fått en egen försörjning. Ett exempel är SOCSAM som är en försöksverksamhet med politisk och finansiell samordning mellan sjukförsäkring, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Försöksverksamheten som pågått under ett antal år har förlängts till utgången av 2003. Syftet med verksamheten är att underlätta samordningen av rehabiliteringsinsatser för individer med komplex problematik. Andra exempel på verkningsfulla samverkansstrategier finns i de utvecklingsavtal som staten tecknat med ett antal storstadskommuner inom ramen för storstadspolitiken. Storstadspolitiken syftar till att ge storstäderna goda förutsättningar för tillväxt och att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen. Ett målområde som särskilt lyfts fram är att socialbidragsberoendet bör minska i de aktuella stadsdelarna. Nedgången i biståndstagandet har varit betydligt större i dessa områden jämfört med respektive storstadsregion i sin helhet.

Enligt vissa beräkningar skulle generella förändringar inom socialförsäkringarna eller inom skattesystemet vara förenat med höga kostnader men endast i begränsad omfattning leda till ett minskat behov av ekonomiskt bistånd. Anledningen är att många som uppbär ekonomiskt bistånd är arbetslösa utan arbetslöshetsersättning. De får inte heller del av socialförsäkringssystemet, vilket gör att regelförändringar inom dessa system i högre grad kommer andra grupper till godo. En slutsats som kan dras är att det är viktigt att öka arbetskraftsdeltagandet hos personer som i dag står långt från arbetsmarknaden.

Barns bästa och individuella behov skall beaktas

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsrapport för 2001 visar att det i många fall finns en ökad medvetenhet om barnperspektivet i hanteringen av ekonomiskt bistånd. En del kommuner har tagit in barnperspektivet i sina lokala riktlinjer. Hälften av länsstyrelserna anser emellertid att barnperspektivet inte har fått tillräckligt genomslag. Länsstyrelserna har funnit brister i 78 procent av granskningarna när det gäller barnperspektivet.

Rapporten visar också att kommunerna i många fall inte tar hänsyn till individuella behov när biståndsansökan behandlas, t.ex. våldsutsatta kvinnor som har tvingats att fly sina hem och är i behov av utökad ekonomiskt bistånd. En del kommuner arbetar med att ta fram handlingsplaner och att bilda nätverksgrupper som ska effektivisera

arbetet med kvinnor som har utsatts för våld. Mycket återstår dock att göra på detta område. Skr. 2002/03:102

Återkommande brister i handläggning och beslut

Handläggning och beslut visar fortfarande på stora brister. Det konstaterar Socialstyrelsen och länsstyrelserna i sin tillsynsrapport för 2001. Bristerna yttrar sig exempelvis i att formella beslut saknas, att ansökan inte prövas, att det tar orimligt lång tid innan den som ansökt om ekonomiskt bistånd får ett beslut. Vidare rapporteras om brister i journalföring och att kommunen uppvisar ett passivt förhållningssätt vid t.ex. vräkning.

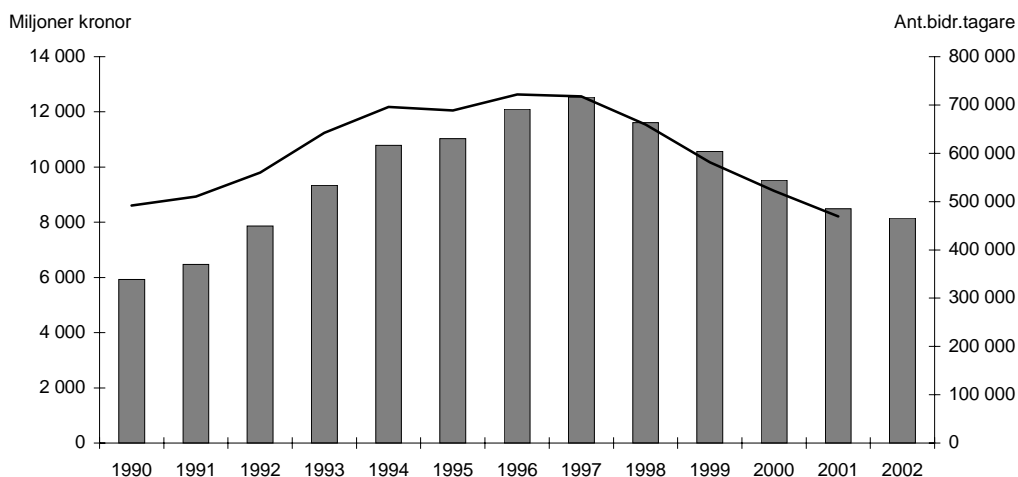
Kostnader och prestationer

År 2002 utbetalades drygt 8,5 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning till flyktingar, vilket innebär en minskning med 4 procent jämfört med föregående år. Bistånd och introduktionsersättning till flyktingar uppgick till 1,3 miljarder kronor, vilket är en ökning med 6 procent jämfört med föregående år. Under de senaste fem åren har arbetslösheten minskat kontinuerligt, vilket har haft stor betydelse för det minskade socialbidragstagandet.

Antalet biståndstagare fortsätter att minska

Under år 2001 fick ca 253 000 hushåll bestående av 469 000 individer ekonomiskt bistånd någon gång under året. Ca 6,4 procent av hushållen i befolkningen fick ekonomiskt bistånd vid någon tidpunkt under året. Antalet biståndshushåll minskade med 26 000 eller med 9 procent jämfört med 2000. Antalet biståndsmottagare i befolkningen har minskat kraftigt under senare år; från 1,91 per 100 i befolkningen 1997 till 1,33 2001.

Diagram 4.3 Utbetalt ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning samt antal biståndstagare 1990–2002



Källa: Socialstyrelsen. Fasta priser enl. KPI, basår 2000.
Anm. För 2002 saknas uppgift om biståndstagare.

Ensamstående kvinnor med barn kraftigt överrepresenterade

Biståndsmottagarna är i stor utsträckning yngre människor. Antalsmässigt är de flesta biståndshushållen ensamstående utan barn. I förhållande till befolkningsgruppens storlek är dock ensamstående kvinnor med barn den vanligaste hushållstypen. Ungefär en tredjedel av alla biståndshushåll var barnfamiljer och nästan var tolfte barn under 18 år levde under år 2001 i en familj som fick ekonomiskt bistånd någon gång under året. Det finns stora regionala skillnader.

Utrikesfödda biståndsmottagare är överrepresenterade men antalet minskar

Jämfört med föregående år minskade under 2001 antalet svenskfödda vuxna biståndsmottagare med 11 procent medan antalet vuxna utrikesfödda, exklusive flyktingar, minskade med 14 procent. Svenskfödda hushåll utgör 56 procent av de bidragsmottagande hushållen, flyktingar 7 procent och övriga utrikes födda 37 procent. Eftersom utrikes födda utgör ca 12 procent av befolkningen är överrepresentationen i bidragsmottagandet stort.

Vad gäller fördelningen av kostnader mottar flyktingar 14 procent och övriga utrikes födda 48 procent. Det förklaras bl.a. av att det bland utrikes födda och flyktingar är en större andel sammanboende och att bidragsperioderna är något längre än för svenskfödda hushåll.

Nationella mål

Kommunens socialnämnd skall enligt bestämmelser i socialtjänstlagen arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och unga skall ägnas särskild uppmärksamhet. Nämnden skall genom information och uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Socialnämnden skall vidare aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.

Vården skall planeras i samförstånd med den enskilde. I den mån missbrukarvård inte kan komma till stånd på frivillig väg skall socialnämnden enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ansöka om tvångsvård, om de förutsättningar som anges i lagen är uppfyllda. Syftet med tvångsvården är att motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling för att komma ifrån sitt missbruk.

Måluppfyllelse och kvalitet

Under 1990-talet har användningen av institutionsvård minskat till förmån för öppenvård av olika slag. Enligt en rapport från Socialstyrelsen som kartlägger behandlingsenheter inom missbrukarvården har emellertid antalet enheter med institutionsvård under 2001 ökat något jämfört med 1999. De specialiserade öppenvårdsenheterna för missbruksbehandling utgör den största enskilda kategorin av behandlingsenheter (38 procent). Institutionsvården är dock av betydande omfattning, och utgör en lika stor andel (38 procent) om man räknar in de enheter som kombinerar institutionsvård och öppenvård.

Narkotikakommissionen har påtalat att det finns brister i samtliga de delar som berör en tänkt vårdkedja, från uppsökande verksamhet över vård och behandling till eftervård och uppföljning. De ekonomiska svårigheterna för kommuner och landsting pekas ut som en tänkbar orsak till att vården av missbrukare på många håll är otillräcklig. Kommissionen har utifrån identifierade brister i helhetssynen på såväl den enskilde missbrukaren som på vårdinsatserna betonat behovet av en helhetssyn.

Omkring 80 procent av vårdinsatserna sker i dag i öppenvård. Det har under senare tid framkommit uppgifter på att omedelbara omhändertaganden med stöd av LVM har ökat, samt att dessa i många fall inte följs upp med ansökan om vård. Det kan tyda på att lagen i ökad utsträckning används för tvångsavgiftning, vilket inte är i enlighet med intentionerna bakom lagen.

Av Socialstyrelsens och länsstyrelsernas rapport som redovisar resultatet av länsstyrelsernas tillsyn 2001 framgår att barnperspektivet och barnets bästa ofta uppmärksammas i kommunerna. Vissa länsstyrelser påpekar dock att barnperspektivet inte är särskilt framträdande i kommunernas arbete med vuxna missbrukare och att barns bästa beaktas dåligt.

Kostnader

År 2001 har kostnaden för insatser till personer med missbruksproblem ökat något jämfört med föregående år – från 3,7 till drygt 3,9 miljarder kronor i fasta priser. Olika former av öppna insatser utgör merparten av socialtjänstens utbud till denna grupp. Däremot utgör kostnaden för institutionsvården en större andel av den totala kostnaden för missbrukarvården än kostnaden för de öppna insatserna. Bortsett från familjehemsvården svarade kostnaden för institutionsvården för drygt 50 procent av den totala kostnaden för missbrukarvården och den öppna vården för ungefär 46 procent. Kostnaden per invånare i åldern 21–64 år visar på stora skillnader mellan kommunerna. De tre storstäderna hade den högsta kostnaden per invånare 21–64 år – ca 1 300 kronor – och glesbygdskommunerna den lägsta, ca 400 kronor. Medianen för landets kommuner var ca 500 kronor per invånare mellan 21 och 64 år.

Tabell 4.4

Kommunernas kostnader för missbrukarvård (vuxna)

Miljoner kronor, 2000 års priser

Nytt kostnadsbegrepp från 1999, ej helt jämförbar serie

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Institutionsvård	2 408	2 315	2 090	1 835	1 774	1 883	1 954
Familjehemsvård	369	432	293	147	143	132	127
Summa	2 777	2 747	2 383	1 982	1 917	2 015	2 081
Öppen vård	-	-	-	1 657	1 592	1 645	1 776
Totalt dygnet-runt- och öppenvårdsinsatser	-	-	-	3 639	3 509	3 660	3 857

Bruttokostnader - interna intäkter - försäljning till kommuner och landsting - (fr.o.m. 2001) intäkter från externa bostads- och lokalhyror

Källa: 1995-1998 Kommunernas räkenskapssammandrag, SCB, 1999-2001 Den offentliga sektorns finanser, SCB

Prestationer

Socialstyrelsens statistik över socialtjänstens insatser för missbrukare omfattar kategorierna bistånd som avser boende, individuellt behovsprövad öppenvård, frivillig institutionsvård, frivillig familjehemsvård samt tvångsvård med stöd av LVM.

Det totala antalet insatser för missbrukare under år 2001 var knappt 47 000. Av dessa bestod knappt 22 000 (47 procent) av öppenvårdsinsatser och resterande knappt 25 000 (53 procent) av olika andra insatser. Det råder dock stora regionala skillnader i vården av missbrukare.

Den 1 november 2001 hade drygt 5 600 missbrukare bistånd för sitt boende, vilket ligger i nivå med föregående år. Antalet dygn per insats/inskrivning var i genomsnitt 138 dygn vilket är i nivå med föregående år.

Vid ovan nämnda mätdatum var knappt 10 300 personer föremål för någon typ av individuellt behovsprövad öppenvårdensinsats. Under året

genomfördes omkring 21 900 insatser och räknas som den vanligaste behandlingsformen för missbrukare.

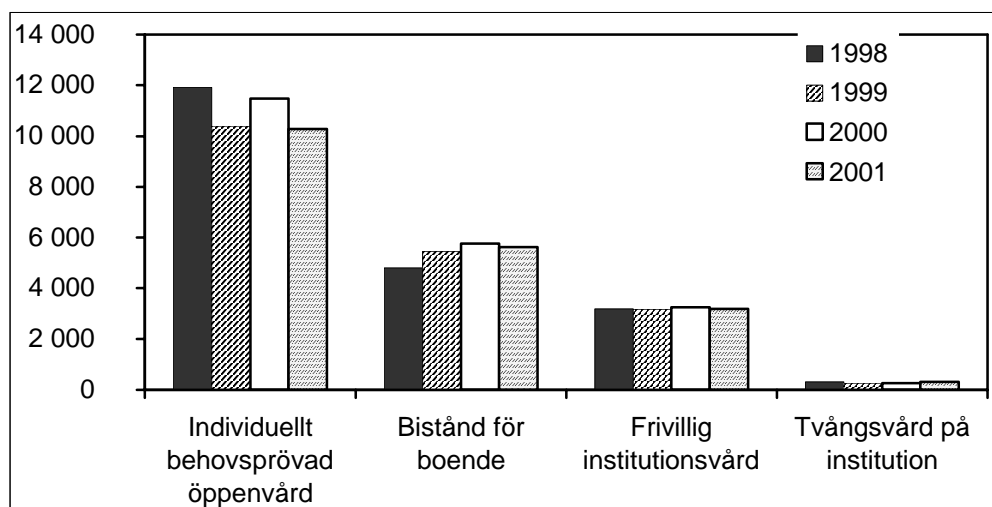
Vid mätdatumet vårdades omkring 2 300 personer missbrukare frivilligt på institution. Under året ökade den frivilliga institutionsvården såväl antalet personer (knappt 9 000 personer) som antalet vård dygn (drygt en miljon vård dygn) med drygt 6 procent jämfört med föregående år. Inom denna vårdinsats var den genomsnittliga vårdtiden under året 92 dagar per inskrivning, vilket innebär en ökning med knappt 5 procent jämfört med föregående år.

Vidare var 286 personer inskrivna i den frivilliga familjehemsvården den 1 november 2001. Under 2001 gjordes 632 inskrivningar i frivillig familjehemsvård och den genomsnittliga vårdtiden var 149 dygn per inskrivning. Den genomsnittliga vårdtiden har därmed ökat med 25 procent.

Den 1 november 2001 var 286 personer inskrivna för tvångsvård på institution. Under år 2001 fattades beslut om insats enligt LVM för 868 personer, vilket är en ökning med ca 8 procent jämfört med föregående år. Totalt fattade socialnämnderna 645 beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVM. Av dessa beslut upphävdes 10 procent efter länsrättens prövning. Av dem som skrevs ut under året var den genomsnittliga vårdtiden 126 dagar, vilket är i nivå med föregående år.

Diagram 4.4 Antalet vuxna i missbrukarvård, 1 november¹

1)Antalet tvångsvårdade på institution för 1998 saknas. Här anges 1997 års uppgift.



Kategorin "individuellt behovsprövad öppenvård" motsvarades år 1998 av kategorierna "stukturerad öppenvård" och "övrig öppenvård".

Källa: Socialstyrelsen.

Under hela 1990-talet har antalet personer som tvångsvårdats på institution minskat, vilket till stor del beror på att antalet intagna på grund av alkoholmissbruk har minskat kraftigt. Av samtliga tvångsvårdade (286 personer) den 1 november 2001 rapporteras 38 procent vara enbart alkoholmissbrukare medan 38 procent är narkotikamissbrukare. Missbruk av alkohol i kombination med narkotika förekom hos 22 procent av de vårdade. Andelen kvinnor i vård enligt LVM ökade under 1990-talet, från 23 procent 1990 till 30 procent 2001.

Nationella mål

Kommunen har enligt socialtjänstlagen ett ansvar för att barn och ungdomar växer upp under trygga förhållanden. Barn och ungdomar som riskerar en ogynnsam utveckling skall, i nära samarbete med hemmen, ges det skydd och stöd de är i behov av, och om det är motiverat, placeras utanför det egna hemmet. I de fall där åtgärder rör barn skall särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Barnets inställning skall så långt det är möjligt klarläggas. Hänsyn skall tas till barnets vilja med beaktande av barnets ålder och mognad. Vid en planering skall i första hand övervägas om barnet kan tas emot av någon anhörig eller annan närstående.

Om socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd skall en barnavårdsutredning bedrivas skyndsamt och vara slutförd inom fyra månader. Utredningen kan förlängas för en viss tid om det finns särskilda skäl.

Måluppfyllelse och kvalitet

Rekryteringsproblem inom familjehemsvården

En studie utförd av Riksdagens revisorer visar att det finns stora problem inom familjehemsvården. Revisorerna menar att det sker en utveckling mot en professionalisering av familjehemsvården men att det saknas kunskap om denna utveckling på regional och nationell nivå. Revisorerna konstaterar vidare att kommunerna ofta har mycket svårt att rekrytera nya familjehem. Bristen på familjehem leder till en rad negativa effekter: barn får bo kvar hemma alltför länge; barn och unga placeras på institution i stället för i familjehem; barn placeras alltför långt bort från sina föräldrar.

Socialstyrelsens och länsstyrelsernas rapport som redovisar resultatet av länsstyrelsernas tillsyn 2001 visar att kommunerna allt oftare anlitar släkting- eller nätverkshem för familjehemsplaceringar. Denna utveckling är i linje med lagstiftarens intentioner.

Barnets bästa och barnets inställning

Socialstyrelsen konstaterar att barnperspektivet och begreppet barns bästa har fått bättre genomslag inom socialtjänsten. Det är allt vanligare att barnavårdsutredningarna överväger barnens behov och de får också i ökad omfattning komma till tals.

Samtidigt rapporterar Socialstyrelsen att man i många kommuner inte synliggör barnens behov och att handläggarna inte har enskilda samtal med barnet utan i stället grundar sin uppfattning om barnet genom andras utsagor. Länsstyrelserna granskade barnets bästa i 204 kommuner och konstaterar brister i 32 procent av fallen.

I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas rapport som redovisar resultatet av länsstyrelsernas tillsyn 2001 konstateras att det i många kommuner pågår arbete för att utveckla handläggningen av barnavårdsutredningar och för att stärka barnperspektivet. Man pekar bl.a. på att kommunerna i ökad utsträckning väljer att göra intensivutredningar i familjens hem eller i särskilda lägenheter. Det noteras även att allt fler utredningar om barn slutförs inom lagstadgade fyra månader. Det förekommer emellertid fortfarande att utredningstiden överskrider fyra månader utan godtagbara skäl.

Länsstyrelserna riktar även kritik mot att beslut att inleda respektive avsluta en utredning saknas, att utredning inte inleds efter en förhandsbedömning i ärenden där man borde ha gjort detta och att placeringar inte övervägs och omprövas inom föreskriven tid.

Vidare är det inte ovanligt att kommunerna tvistar om vem som har ansvaret för ett ärende. Innebörden av vistelsebegreppet tolkas på olika sätt. Exempelvis råder oklarheter om vilken kommun som är ansvarig då båda föräldrarna är vårdnadshavare men bosatta i olika kommuner.

Kostnader och prestationer

År 2001 uppgick den totala kostnaden för socialtjänstens insatser för barn och unga till ca 8,8 miljarder kronor (i löpande priser), vilket är en ökning med 9 procent jämfört med föregående år. Fördelningen mellan olika vårdformer framgår av tabell 4.5.

Medianen för kommunernas kostnad för insatser till barn och unga var ca 3 100 kronor per invånare 0–20 år under 2001. I storstäderna var genomsnittskostnaden 5 100 kronor, vilket var högst bland de olika kommungrupperna. Glesbygdskommunerna hade lägst kostnader med 1 800 kronor per invånare 0–20 år.

Tabell 4.5

Kommunernas kostnader för placering av barn och unga

Miljoner kronor, 2000 års priser

Nytt kostnadsbegrepp från 1999, ej helt jämförbar serie

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Institutionsvård	2 609	2 851	2 890	3 196	3 435	3 582	3 848
Familjehemsvård	1 625	1 771	1 778	2 054	2 160	2 325	2 463
Summa	4 233	4 621	4 668	5 250	5 595	5 907	6 311
Öppna insatser	-	-	-	-	1 995	2 156	2 311
Totalt					7 590	8 063	8 622

Bruttokostnader - interna intäkter - försäljning till kommuner och landsting - (fr.o.m. 2001 intäkter från externa bostads- och lokalyror

Källa: 1995-1998 Kommunernas räkenskapsammandrag, SCB, 1999- 2001 Den offentliga sektorns finanser, SCB

De öppenvårdsinsatser som redovisas är individuellt behovsprövade insatser som kan delas in i strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd och kontaktperson/-familj enligt socialtjänstlagen, SoL.

Tabell 4.6 Barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser enligt SoL någon gång under år 2001

Ålder	Strukturerade öppen- vårdsprogram		Behovsprövat personligt stöd		Kontaktperson/ kontaktfamilj enl SoL	
	Antal barn/unga	Per 1 000 i befolkn.	Antal barn/unga	Per 1 000 i befolkn.	Antal barn/unga	Per 1 000 i befolkn.
0–12	1 500	1	8 500	6	13 000	9
13–17	2 000	4	7 000	12	6 500	12
18–20	1 000	4	3 000	10	2 500	8
0–20	4 500	2	18 500	8	22 000	10

Källa: Socialstyrelsen

Fördelningen av antalet insatser uppvisar små förändringar jämfört med föregående år. Detsamma gäller antalet barn i strukturerade öppenvårdsprogram, medan antalet barn med personligt stöd har minskat med 500 och antalet barn med kontaktperson är oförändrat. Kontaktperson/-familj var den vanligaste insatsen bland de yngre barnen.

Av de barn och unga som någon gång fick kontaktperson och de som fick personligt stöd var ca 55 procent pojkar och 45 procent flickor. Andelen pojkar som hade insatsen strukturerade öppenvårdsprogram var 60 procent.

Dygnsvård

Med heldygnsinsatser avses vård med placering utanför det egna hemmet enligt SoL, omedelbart omhändertagande enligt LVU och vård med placering enligt LVU.

Antalet vårdade utom hemmet enligt SoL har ökat stadigt under hela 1990-talet. Den 1 november 2001 befann sig 72 procent av samtliga placerade barn och ungdomar i familjehem. Tre fjärdedelar av de SoL-vårdade och två tredjedelar av de LVU-vårdade barnen var familjehemsplacerade den dagen. Samma dag var 16 procent var placerade i s.k. HVB-hem, vilket innebär en marginell ökning mot föregående år.

Tabell 4.7. Barn och unga som den 1 november fått vård enligt SoL eller insats enligt LVU per 1000, 0–20 år Skr. 2002/03:102

År	Vård utom hemmet enligt SoL	Insats enligt LVU			Vård utom hemmet enligt SoL och vård enligt LVU
		Omedelbart omhändertagande	Vård	Totalt	
1995	3,67	0,07	1,87	1,94	5,61
1996	3,71	0,06	1,90	1,96	5,67
1997	3,75	0,06	1,90	1,96	5,71
1998	3,81	0,07	1,94	2,01	5,82
1999	3,86	0,09	1,99	2,08	5,94
2000	4,09	0,07	2,08	2,15	6,24
2001	4,16	0,08	2,14	2,22	6,38

Anm: SoL=Socialtjänstlagen, LVU=Lagen om vård av unga. Antal barn/unga avser 0–17 år när det gäller SoL och 0–20 år när det gäller LVU.

Antalet barn/unga i befolkningen avser 0–17 år.

Källa: Socialstyrelsen, Statistik - Socialtjänst 2002:7.

Antalet barn och unga som någon gång under 2001 fick vård utanför det egna hemmet enligt SoL uppgick till ca 14 000. Under detta år var ca 5 000 barn placerade med stöd av LVU. Knappt 1 500 barn och unga blev någon gång omedelbart omhändertagna med stöd av LVU. Det totala antalet barn och unga med vård enligt SoL och/eller insats enligt LVU uppgick 2001 till omkring 18 500.

Av alla som någon gång under året varit föremål för heldygnsinsats var 53 procent pojkar och 47 procent flickor. Större skillnader mellan könen fanns dock när det gäller LVU-insatser, och då särskilt bland de äldre ungdomarna. Av samtliga barn och unga med LVU-vård någon gång under 2001 var 56 procent pojkar och av ungdomarna 18 år och uppåt, som fick vård enligt LVU någon gång under året, var 67 procent pojkar.

5.1 Förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg

Nationella mål

Förskoleverksamhet omfattar förskola, familjedaghem och öppen förskola och vänder sig till barn i åldrarna 1–5 år. Skolbarnsomsorgen bedrivs i form av fritidshem, familjedaghem och öppen fritidsverksamhet för barn i åldrarna 6–12 år. Förskoleverksamhetens och skolbarnsomsorgens uppgift är enligt skollagen (1985:1100) att stimulera barns utveckling och lärande samt att bidra till goda uppväxtvillkor.

I verksamheterna skall det finnas personal med sådan utbildning eller erfarenhet att barnens behov av omsorg och god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Verksamheterna skall utgå från varje barns behov och särskild hänsyn skall tas till barn i behov av särskilt stöd. Barngrupperna skall ha en lämplig sammansättning och storlek och lokalerna skall vara ändamålsenliga.

Förskolan är det första steget i det samlade utbildningssystemet för barn, ungdomar och vuxna. De nationella målen för förskolan finns redovisade i läroplanen (Lpfö 98) som har samma status och delvis samma struktur som övriga läroplaner i utbildningssystemet. Tanken är att de olika läroplanerna skall länka i varandra utifrån en gemensam syn på kunskap, utveckling och lärande. Verksamheten i fritidshemmet och förskoleklassen omfattas av samma läroplan som det obligatoriska skolväsendet (Lpo 94). För övriga verksamheter inom förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen har Statens skolverk utfärdat Allmänna råd.

Kommunerna är skyldiga att tillhandahålla förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för barn i åldrarna 1 t.o.m. 12 år i den utsträckning som behövs för att föräldrarna skall kunna förvärvsarbeta eller studera, eller om barnet har ett eget behov av barnomsorg. Enligt skollagen skall kommunerna erbjuda plats ”utan oskäligt dröjsmål”, dvs. inom tre till fyra månader efter det att föräldrarna anmält att barnet behöver plats. Barn i åldern 1–5 år, vars föräldrar är arbetslösa eller föräldralediga för vård av annat barn, omfattas nu också av denna skyldighet.

Måluppfyllelse och kvalitet

Enligt läroplanen för förskolan skall man inte bedöma enskilda barns prestationer utan hur verksamheten utvecklas i relation till strävansmålen. Det kan i dessa sammanhang vara svårt att skilja resultatet från själva processen. Ett sätt att få underlag för bedömning av verksamhetens kvalitet är att undersöka personalens, föräldrarnas eller andra intressenters uppfattningar om verksamhetens kvalitet. Under 2002 har Skolverket startat en omfattande utvärdering avseende kvalitetsutvecklingen inom förskolan. Syftet med utvärderingen är att belysa läroplanens betydelse för kvalitetsutvecklingen och ge en lägesbeskrivning av förskolans kvalitet. Resultaten presenteras under hösten 2003.

Resultat från tidigare undersökningar pekar dock på att den pedagogiska kvaliteten i verksamheterna är hög. Föräldrar är i hög grad nöjda med den omsorgsform deras barn deltar i och internationella undersökningar framhåller ofta den svenska barnomsorgen som ledande bland världens länder i kvalitetshänseende.

I regeringens utvecklingsplan för kvalitetsarbete i förskola, skola och vuxenutbildning (skr. 2001/02:188) aviserades att en skyldighet att upprätta kvalitetsredovisningar för förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg skall införas, samt att Skolverket skall ges i uppdrag att utveckla enhetliga resultatmått för förskola, skola och vuxenutbildning.

Behovstäckning

De reformer som genomförts 2001 och 2002 har ökat tillgången till förskoleverksamhet. Enligt lagen ska kommunerna erbjuda plats utan oskäligt dröjsmål, det vill säga inom tre till fyra månader. Enligt Skolverkets rapport Plats utan oskäligt dröjsmål 2002 (dnr 2002:1972) bedömde de flesta kommuner att de i september 2002 skulle kunna erbjuda plats inom föreskriven tid. 14 kommuner i landet bedömde att de inte skulle kunna göra det. Det är 4 kommuner fler än motsvarande tid året innan. I ett 30-tal kommuner får barnen plats på särskilda förskolor eller avdelningar i väntan på plats i den "ordinarie" verksamheten.

Barngruppers storlek och personaltäthet

Under 1980-talet låg den genomsnittliga gruppstorleken i förskolan på 13,5 barn. Gruppstorleken har sedan dess successivt ökat. Våren 2001 var den genomsnittliga gruppstorleken 17,5 barn. Skolverket har på uppdrag av regeringen under våren 2003 presenterat en fördjupad studie av gruppstorlekar och personaltäthet i förskola, förskoleklass och fritidshem. Studien visar att ökningen av barngruppernas storlek under senare år gått i betydligt långsammare takt. De senaste två åren har varit oförändrade. År 2003 hade 48 procent av avdelningarna 17 barn eller färre, 36 procent hade 18–20 barn och 16 procent hade 21 barn eller flera. Den vanligaste gruppstorleken på småbarnsavdelningarna (barn 1–3 år) ligger i intervallet mellan 14–16 barn. Mindre än 10 procent av småbarnsavdelningarna har fler än 16 barn.

Antalet barn per årsarbetare har ökat kraftigt i förskolan sedan början av 1990-talet. Ökningen har dock avstannat de senaste åren och 2002 visar ett trendbrott, då antalet barn per årsarbetare i genomsnitt minskat från 5,4 2001 till 5,3 2002. Variationen mellan kommunerna är däremot stor. År 2002 uppmättes personaltätheten till 3,1 barn per årsarbetare i förskola i kommunal regi i den kommun där personaltätheten är som högst och 8,6 i den kommun som har flest barn per årsarbetare. Antalet barn per familjedaghem var 2002 i genomsnitt 5,3, vilket var samma siffra som året innan. Nästan vart tionde barn vistades dock i grupper som bestod av fler än åtta barn.

Tabell 5.1. Antal anställda

År	Årsarbetare		Dagbarn- vårdare
	förskola	i fritidshem	
1996	66 982	20 909	19 389
1997	63 598	21 262	16 691
1998	59 808	18 998	14 638
1999	59 258	18 656	12 497
2000	58 139	19 017	10 545
2001	58 747	19 379	9 323
2002	63 104	19 107	8 493

Källa: Skolverket.

Uppföljningen av maxtaxan m.m.

Inför och under införandet av maxtaxereformen 2002 fanns från vissa håll en oro för hur reformen skulle påverka kösituationen, gruppstorleken, personaltätheten och barns närvarotider. Enligt Skolverkets första uppföljning av maxtaxereformen, som presenterades i mars 2003, ökade antalet barn i förskolan med 18 659 jämfört med föregående år (se tabell 5.3). Den största delen av de nytillkomna barnen (15 000 barn) hade en föräldraledig förälder. Inom den gruppen ökade andelen barn från 26 procent till 47 procent. För barn till arbetslösa föräldrar ökade andelen inskrivna barn från 58 procent till 76 procent. Antalet barn är dock oförändrat eftersom arbetslösheten har minskat.

Det ökade barnantalet har inte påverkat gruppstorlekarna i förskolan. I genomsnitt fanns det 17,4 barn per grupp 2002, samma som året innan. Inte heller personaltätheten har förändrats jämfört med året innan. Den genomsnittliga närvarotiden i förskolan sjönk med en veckotimme mellan 1999 och 2002, från 31 till 30 timmar i veckan. I stort sett hela minskningen beror på att fler barn har närvarotider i intervallet 1–15 veckotimmar som en följd av att barn till arbetslösa eller föräldralediga fått rätt till plats under minst tre timmar per dag. Barn vars föräldrar förvärvsarbetar eller studerar har samma närvarotider som tidigare, i genomsnitt 32 timmar per vecka. Närvarotiderna i förskolan har blivit kortare för alla åldersgrupper utom för femåringarna. De yngsta barnen har de kortaste närvarotiderna.

Även i fritidshemmet ökade barnantalet kraftigt, med ytterligare ca 14 000 barn, efter maxtaxans införande. Ungefär en fjärdedel av de nytillkomna är barn till föräldralediga. Den största delen är dock barn med förvärvsarbetande/studerande föräldrar som tidigare var ensamma hemma eller togs om hand av anhöriga etc. Skolbarnens närvarotider i fritidshem minskade med i genomsnitt två till tre veckotimmar. Enligt Skolverkets bedömning har maxtaxans lägre avgifter sannolikt bidragit till ökningen av antalet barn i fritidshem, men inte till ökningen i förskolan.

Maxtaxan har inneburit att avgifterna sänkts i förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen och att de tidigare stora skillnaderna mellan kommunerna minskat kraftigt. För en tvåbarnsfamilj med genomsnittliga inkomster uppgick skillnaden mellan kommunerna 1999 till nästan 30 000 kronor per år. Efter maxtaxereformen har den minskat till drygt

10 000 kronor per år. Avgiften för en tvåbarnsfamilj är i genomsnitt 1 800 kronor per månad. Skr. 2002/03:102

Kostnad och prestationer

Antal inskrivna barn

Förskoleverksamheten har byggts ut kraftigt under de senaste decennierna. Antalet förskolor ökar medan familjedaghem och öppna förskolor minskar. Antalet inskrivna barn i förskoleverksamheten har under senare delen av 1990-talet minskat. Det beror på att sexåringar från och med 1998 går i förskoleklass och därmed har rätt till skolbarnsomsorg, men också på kraftigt minskande födelsetal. Däremot har andelen inskrivna barn ökat successivt under denna period. Tack vare maxtaxan har antalet inskrivna barn i förskolan nu ökat och uppgår för 2002 till 333 646 barn. Även andelen inskrivna barn i förskolan har ökat markant till 81 procent.

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

År	Åldersgrupp 1-6 år (%)	Åldersgrupp 1-5 år (%)	Åldersgrupp 7-9 år (%)	Åldersgrupp 6-9 år (%)	Åldersgrupp 10-12 år (%)
1996	70		56		6
1997	72		58		7
1998	73		64		7
1999		75		66	7
2000		76		67	7
2001		77		69	9
2002		81		75	

Källa: Skolverket.

¹ Under åren 1992 till 1997 ingick 6-åringarna i statistiken avseende daghemmen. Fr.o.m. 1998 finns 6 åringarna i första hand i skolbarnsomsorgen.

I storstäder är flest barn inskrivna i förskola medan färre skrivs in i familjedaghem. I mindre kommuner och på landsbygden är förhållandena omvända. I storstäderna är skillnaderna i barn- och ungdomars uppväxtvillkor fortfarande stora mellan olika stadsdelar. Inom storstadspolitiken lokala utvecklingsavtal genomförs en mängd insatser i bl.a. förskola och skola för att stärka svenska språket och ge elever bättre förutsättningar att klara grundskolan. Drygt 200 miljoner kronor i särskilda storstadspolitiska medel har under 2002 använts till särskilda insatser inom utbildningsområdet i de 24 stadsdelar som omfattas av lokala utvecklingsavtal.

Förskoleverksamheten har byggts ut och utvecklats med statligt stöd via de lokala utvecklingsavtalen. Alla barn från tre års ålder i de 24 stadsdelarna erbjuds förskola minst tre timmar om dagen. Det kan ses som ett försteg till införandet av den allmänna förskolan 2003, som omfattar barn från fyra år. Förskoleverksamheten bedrivs ofta med en språklig inriktning. Nya metoder och arbetssätt har tagit form som syftar till att bättre stimulera språk- och kunskapsutveckling hos tvåspråkiga

barn. Vidare har en stor andel av medlen använts till kompetensutveckling av personal i förskolan.

Det saknas statistik om hur många barn som deltar i den öppna förskolan. Man kan dock konstatera att antalet öppna förskolor konstant minskar. 1991 fanns mer än dubbelt så många som år 2001 och vid en jämförelse de senaste tre åren hade nästan var femte öppen förskola lagts ned. Antalet barn i familjedaghem har under det senaste decenniet minskat med två tredjedelar. Trots minskningen är det alltjämt den vanligaste omsorgsformen på landsbygden.

Både antalet och andelen barn med plats i förskola med enskild regi fortsätter att öka i storstäder och förortskommuner. I några av dessa kommuner har mer än hälften av förskolebarnen plats i enskild verksamhet. Däremot har landsbygdskommunerna oftast ingen enskild förskola.

Tabell 5.3 Antal inskrivna barn i förskola, familjedaghem och fritidshem

Antal barn

År	Förskola	Fritidshem	Familjedaghem
1996	365 828	239 439	110 196
1997	362 920	263 954	95 876
1998	338 002	301 065	81 987
1999	318 660	332 168	69 300
2000	314 894	332 469	57 762
2001	314 987	336 508	49 724
2002	333 646	350 744	45 260

Källa: Skolverket.

Kostnader för verksamheten

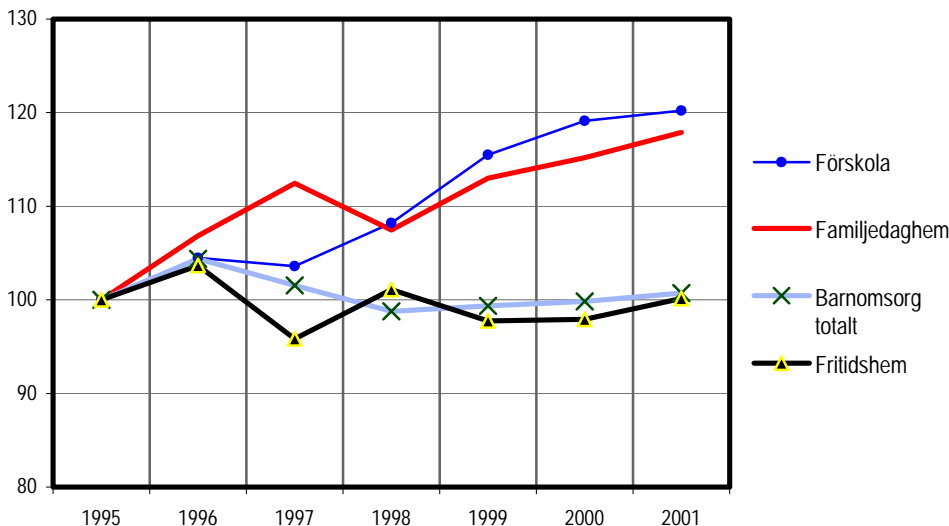
De senaste fem åren har allt större resurser avsatts per barn i förskola och familjedaghem. Sedan 1995 har kostnaderna per plats i förskolan ökat med 20 procent och i familjedaghemmen näst intill lika mycket. Ökningarna bör dock ses mot bakgrund av de kraftiga kostnadsminskningar som ägde rum under första hälften av 1990-talet. Tack vare de senaste årens resurstillskott är kostnadsnivån 2001 i stort sett lika hög som 1991. Kostnadsökningen beror främst på löneutvecklingen.

Den totala kostnaden för barnomsorgen uppgick 2001 till 40,9 miljarder kronor, vilket i stort sett är samma belopp som året innan. Förskolan står för 66,9 procent av kostnaden (27,4 miljarder kr), fritidshemmen för 23,4 procent (9,6 miljarder kr) och familjedaghemmen för 8,6 procent (3,5 miljarder kr). Öppen förskola och öppen fritidsverksamhet för 10–12-åringar svarar tillsammans för endast 1,1 procent av den totala kostnaden (450 miljoner kr).

År 2001 täcktes 18 procent av kostnaden för den kommunala barnomsorgen med föräldraavgifter. I början av 1990-talet var avgifternas andel hälften så stor. Samtliga kommuner som infört maxtaxa har ansökt om och erhållit det särskilda statsbidraget för

kvalitetssäkrande åtgärder. Bidraget för 2002 uppgår totalt till 500 miljoner kronor. Drygt 85 procent av medlen är planerade att användas till att anställa mer personal. Det är i första hand förskollärare som efterfrågas. Skr. 2002/03:102

Diagram 5.1 Kostnad per inskrivet barn i förskola, familjedaghem och fritidshem, 1995–2001 index där 1995=100, fasta priser



Källa: Skolverkets rapport 217, Jämförelsetal för huvudmän del 2, 2001.

I likhet med tidigare år varierar kostnaderna för barnomsorgen stort mellan landets kommuner. Storstäder och glesbygdskommuner har höga kostnader per barn medan till exempel förortskommunerna har lägre kostnader. Detta gäller speciellt för förskolan.

Orsakerna till de stora kostnadsskillnaderna är inte helt självklara. Skillnaderna kan ha sin förklaring i ekonomiska, sociala, demografiska eller andra strukturella förhållanden. Storstädernas höga kostnader brukar ofta hänföras till höga lokalhyror och en högre andel barn i behov av särskilt stöd. Skillnaden kan även bero på kommunens egna prioriteringar mellan olika kommunala verksamheter.

5.2 Det offentliga skolväsendet för barn och ungdom

5.2.1 Förskoleklass

Nationella mål

Från och med höstterminen det år de fyller sex år skall alla barn erbjudas plats i förskoleklass. För barnen är deltagandet frivilligt men obligatoriskt för kommunerna att tillhandahålla. Förskoleklassen infördes 1998 och ska stimulera varje barns utveckling och lärande samt ligga till grund för fortsatt skolgång. Läroplanen för det obligatoriska skolväsendet (Lpo-94) gäller även för förskoleklassen. Där anges värdegrund och grundläggande mål och riktlinjer.

Ett viktigt mål är att förskolan, skolan och fritidshemmet skall knytas närmare varandra och att verksamheterna skall utvecklas i mötet mellan olika pedagogiska traditioner. Enligt skollagen (1985:1100) skall

utbildningen i förskoleklassen stimulera varje barns utveckling och lärande och ligga till grund för fortsatt skolgång. Skr. 2002/03:102

Måluppfyllelse och kvalitet

Precis som för förskoleverksamheten kan man tala om tre aspekter på kvalitet, dels processerna i verksamheten, dels resultatet av arbetet i form av barnens utveckling och dels verksamhetens yttre förutsättningar i form av till exempel organisation och resurser. Eftersom förskoleklassen är en relativt ny verksamhetsform är det svårt att göra generella bedömningar av kvaliteten.

Skolverket följde på uppdrag av regeringen införandet av förskoleklassen under tre år och studien redovisades 2001. I rapporten Att bygga en ny skolform för 6-åringarna (rapport 201) pekar Skolverket på bristande förutsättningar för genomförandet av reformen såväl i hela styrkedjan som i verksamheterna. Flera av bristerna beror enligt rapporten på svårigheterna att följa och genomföra läroplanens mål och riktlinjer och andra statliga dokument som beskriver integrationsreformens intentioner. Organisatoriskt är verksamheterna däremot i hög grad integrerade med varandra. År 2001 hade 98 procent av barnen i förskoleklass samma pedagogiska ledning som grund- eller särskolan.

Studien visade också att förskoleklassen i många fall hade tagit över grundskolans ämnesinriktade kunskapssyn och sätt att organisera verksamheten. Det tycks inte som om grundskolan i någon högre grad har utvecklats mot nya synsätt och arbetsformer där lek, skapande, experimenterande och utforskande har fått en framträdande roll. Många sexåringar har haft svårt att anpassa sig till skolans disciplin och tidsstyrning.

Skolverket lyfter emellertid fram positiva utvecklingstendenser och reformens möjligheter. Även föräldrar har en positiv syn på förskoleklassen och integrerad verksamhet. Kunskapen om integrationsreformens avsikter och engagemanget i frågan är i dag större än för tre–fyra år sedan. Det förekommer strävanden i reformens riktning och ett intensivt utvecklingsarbete på flera håll, liksom en ökande grad av temaarbete, lek och utforskande arbetsätt

Sammanfattningsvis slår Skolverket fast att efter tre år är den tydligaste konsekvensen av reformen att förskoleklassen i det närmaste fungerar som ett första år i den påföljande grundskolan, dvs. att barns skolstart nu sker vid sex års ålder.

Kostnader och prestationer

Läsåret 2002/03 gick 93 829 barn i förskoleklass, vilket är en minskning med 5,2 procent jämfört med föregående år. Andelen sexåringar i förskoleklassen var 94 procent av alla sexåringar, en ökning med en procentenhet jämfört med året innan.

De närmaste fyra åren förväntas antalet barn i förskoleklass minska eftersom antalet sexåringar fortsätter att minska. Av alla barn i förskoleklass fanns 6 procent hösten 2002 i verksamhet i enskild regi

samt vid fristående eller internationell skola. Antalet årsarbetare minskade jämfört med föregående år. Personaltätheten mätt i antalet elever per årsarbetare var 8,0 jämfört med 8,2 året innan.

Genomsnittskostnaden per barn i förskoleklassen uppgick 2001 till 37 000 kronor. Kostnaden per barn varierade kraftigt mellan olika kommuner och kommungrupper. Kostnaden per barn var högst i glesbygdskommuner (48 800 kr) och lägst i storstäderna (33 000 kr).

5.2.2 Grundskolan

Nationella mål

Utbildningen i grundskolan skall syfta till att ge eleverna de kunskaper och färdigheter och den utbildning i övrigt som de behöver för att delta i samhällslivet. Den utgör också basen för fortsatt utbildning i gymnasieskolan. Kommunen har enligt skollagen skyldighet att anordna utbildning i grundskolan för alla elever som har skolplikt och som inte skall gå i särskolan eller specialsolan. En elev har dock rätt att fullfölja sin skolplikt vid en fristående skola som godkänts för ändamålet.

De mål som styr grundskolan finns fastställda i skollagen (1985:1100), läroplanen för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94: SKOLFS1994:1) och i kursplanerna för grundskolan (SKOLFS 2000:165). 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.

De reviderade kursplaner, som började gälla den 1 juli 2000, har en tydligare koppling till kunskapsmål och värdegrund i läroplanen. Kontinuiteten i grundskolans och gymnasieskolans kursplaner har förstärkts.

Måluppfyllelse och kvalitet

Grundskoleelevers kunskaper

Det mål- och kunskapsrelaterade betygssystemet tillämpar en tregradig betygsskala; Godkänd, Väl godkänd och Mycket väl godkänd. Betyget Godkänd motsvaras för varje ämne av de mål som formuleras i kursplanerna. Elever som inte uppnår målen ges inte slutbetyg. Skolverket har utformat betygskriterier för nivåerna Väl godkänd och Mycket väl godkänd. För att vara behörig att söka till ett nationellt gymnasieprogram krävs minst betyget Godkänd i ämnena svenska, svenska som andraspråk, engelska och matematik. Grundskolans läroplan, kursplaner och betygssystem gör att resultaten blir synliga i förhållande till målen.

Tabell 5.4 Betyg i år 9 läsåren 1997/98 – 2001/02

Totalt antal elever

Läsår	Totalt antal elever som avslutat år 9	Andel som är behöriga till gymnasieskolan	Andel som ej nått målen i ett eller flera ämnen
1997/1998	97 258	91,4	20,4
1998/1999	96 647	90,3	22,7
1999/2000	99 957	89,4	24,3
2000/2001	104 762	89,2	25,7
2001/2002	107 134	89,5	25,4

Källa: Skolverkets rapport 226, Barnomsorg, skola och vuxenutbildning i siffror 2003 del 1.

Våren 2002 fick eleverna i genomsnitt bättre slutbetyg från grundskolan än tidigare. Flickorna har som tidigare högre medelbetyg men betygsresultaten har förbättrats även för pojkar. Dessutom når något fler målen i grundskolan och något fler är behöriga till gymnasieskolan. Fortfarande är det dock nästan var fjärde elev som inte blir godkänd i alla ämnen.

Betygsstatistiken från våren 2002 visar att de elever som hade utländsk bakgrund fick något bättre resultat än samma grupp våren 2001. De som klarade kraven för gymnasieskolan ökade från 78,4 procent våren 2001 till 78,9 procent våren 2002. Här stod pojkarna för en större ökning än flickorna, från 76,2 till 77,2 procent. Eleverna med utländsk bakgrund ökade sina betygsmedelvärden från 185,7 till 188. Skillnaderna i betygsresultat mellan elever med svensk bakgrund och elever med utländsk bakgrund är dock fortfarande mycket stora.

Enligt Skolverkets rapport Läsförståelse hos elever med utländsk bakgrund (jan. 2003) kan en del av skillnaderna förklaras av att elever med utländsk bakgrund i högre utsträckning än infödda elever kommer från hem med lägre socioekonomisk status, har större andel lågutbildade och arbetslösa föräldrar samt att pojkar är något överrepresenterade bland elever med utländsk bakgrund. Dessutom talar elever med utländsk bakgrund, i betydligt större utsträckning ett annat språk i hemmet, jämfört med infödda elever, något som också samvarierar med prestationen i läsförståelse.

I Sverige är det s.k. prestationsgapet mellan infödda elever och elever med utländsk bakgrund ungefär lika stort som för ett genomsnittligt OECD-land, men det finns flera länder som har betydligt mindre prestationsgap än Sverige. En orsak till att Sverige har ett större gap än t.ex. de anglosaxiska länderna är att invandringen i Sverige, liksom i Danmark och Norge, framför allt består av flykting- och anhöriginvandring från länder som ligger på ett relativt stort språkligt och kulturellt avstånd från de skandinaviska länderna.

Inom storstadspolitiken är ett viktigt målområde att alla elever bör ges förutsättningar att nå målen i grundskolan. I stadsdelar med lokala utvecklingsavtal är en stor andel av eleverna av utländsk bakgrund. Andelen som lämnade grundskolan med godkända betyg i svenska, engelska och matematik är generellt lägre i dessa stadsdelar i jämförelse med övriga kommunen. Det är viktigt att framhålla att betygen inte alltid mäter hur eleven lyckats i skolan. I betygsstatistiken tas exempelvis

ingen hänsyn till vistelsetid i landet. Flera av insatserna inom avtalen syftar till att stärka föräldrasamverkan och öka deras delaktighet och inflytande i skolan men också stimulera till ett ökat intresse och engagemang i barnens skolgång. I flera skolor har läxhjälp införts. Frivilligorganisationer, lärare från skolan eller skolbibliotekarien erbjuder eleverna stöd i läxläsningen efter skoltid. Medel har även använts till kompetensutveckling av personal.

Den genomsnittliga betygsnivån – meritvärdet – var för våren 2002 204,6 vilket är en förbättring jämfört med föregående år (202,9). Meritvärdet utgörs av summan av betygsvärdena för elevens 16 bästa betyg. Betygsvärdet för Godkänd beräknas till 10, Väl Godkänd 15 och Mycket väl godkänd 20. Det högsta möjliga meritvärdet är således 320. Elever i fristående skolor har fortfarande ett mycket högre genomsnittligt meritvärde än elever i kommunala skolor även om skillnaden minskat något mellan 2001 och 2002. I fristående skolor var meritvärdet i genomsnitt 227,9 våren 2002 jämfört med 228,0 våren 2001.

Elevers tid för lärande

Varje elev har unika förutsättningar, behov och mål för sitt lärande. Hur tiden dimensioneras och används för elevernas lärande har betydelse för vilka resultat som nås. Därför innebär en effektiv tidsanvändning att varje elev får lära i den takt och med de arbetsätt som bäst gynnar hans eller hennes utveckling utan att det blir fråga om enskild undervisning.

Enligt Skolverkets rapport *Tid för lärande* (jan. 2003) inser inte alla skolor behovet av individuella lösningar eller att olika elever kan behöva olika mycket studietid. Skolverkets kvalitetsgranskning har visat att mål- och resultatstyrning på många sätt inte fungerar som avsett. Det sker sällan en förutsättningslös prövning för att nå fram till ändamålsenliga tidslösningar. Kommunalpolitiker, rektorer och lärare utövar i begränsad utsträckning ledarskap genom att aktivt forma tidsanvändningen utifrån målen. En kvantitativ syn på tid råder ofta – mer tid i stället för annorlunda tidsanvändning anses vara lösningen när målen inte nås. Samtidigt finns många tidstjuvar som betydligt reducerar den tid som är avsedd för lärande.

Effekter av de brister som tidsanvändningen uppvisar är att eleverna inte får tillfälle till bästa möjliga lärande utifrån sina förutsättningar och att alla elever inte får en likvärdig utbildning. Den kollektiva tidstilldelningen som dominerar i skolan innebär att stress lätt framkallas hos eleverna av obalansen mellan tid och uppgift. Eleverna tenderar att stöpas i samma form och de känner sig stressade av ojämn arbetsfördelning. En ineffektiv tidsanvändning innebär också att resurser spills och att det uppstår stora kostnader för samhället att reparera det som förlorats, t. ex. genom att eleverna gör om delar av sin utbildning i komvux.

Utbildningsinspektörernas förslag till en effektivare tidsanvändning innebär att staten som uppdragsgivare maximerar friutrymmet för de kommunala och fristående utförarna och att dessa tar ett allt större aktivt ansvar för att utforma och tillämpa funktionella tidslösningar samt kontinuerligt följer upp, utvärderar och förbättrar dem.

Sedan 1999 pågår ett försök, där 900 skolor i 70 kommuner får arbeta utan den nationella timplanens indelning i tid för ämne eller ämnesgrupp i grundskolan. Försöket utvärderas kontinuerligt. Timplanedelegationen skall lämna ett delbetänkande i december 2003, där man skall föreslå om timplanen skall slopas och i så fall hur.

Kvalitetsredovisningar

Förordningen (1997:702) om kvalitetsredovisningar inom skolväsendet trädde i kraft den 1 november 1997. Enligt förordningen är kommunerna skyldiga att årligen lämna skriftliga kvalitetsredovisningar till Skolverket. Kvalitetsredovisningarna utgör en del av mål- och resultatstyrningssystemet för det offentliga skolväsendet. Redovisningarna syftar i första hand till att ge ett förbättrat underlag för verksamhetsutveckling i vid bemärkelse men kan också ge den enskilde möjlighet att bilda sig en uppfattning om verksamhetens kvalitet samt ge underlag för politiska beslut.

En märkbar utveckling har skett under de senaste tre åren när det gäller kommunernas förmåga att upprätta en kvalitetsredovisning och även i fråga om att upprätta denna i enlighet med förordningen. Enligt Skolverket har 279 av kommunerna, dvs. drygt 95 procent, upprättat kvalitetsredovisningar för 2001. Sedan 1999 har andelen ökat med 44 procent. Fortfarande har dock 10 kommuner inte lämnat någon redovisning och därmed inte uppfyllt kraven i förordningen. Av kvalitetsredovisningarna för 2001 svarade ca 64 procent upp mot förordningens krav.

Kostnader och prestationer

Antal elever och lärare

Det totala antalet elever i grundskolan har ökat under hela 1990-talet, och uppgick under läsåret 2002/03 till 1 057 225 elever. Antalet grundskoleelever som läsåret 2002/03 fick sin undervisning i fristående skolor var 52 840, vilket är en ökning med 1 760 elever jämfört med föregående läsår. Detta innebär att 5 procent av alla grundskoleelever undervisades i fristående skolor. Koncentrationen av fristående skolor är särskilt stor i landets tre storstäder med kranskommuner. Hösten 2002 har ytterligare 53 fristående grundskolor startat sin verksamhet och Skolverket har totalt godkänt 147 fristående grundskolor för start läsåret 2002/2003.

Tabell 5.5 Antal elever och lärare 1997/98 – 2002/03

Skr. 2002/03:102

Läsår	Elever i grundskolan	Antal lärare omräknat till heltidstjänster	Lärare per 100 elever
1997/1998	984 171	74 257	7,5
1998/1999	1 010 227	76 359	7,6
1999/2000	1 034 881	78 391	7,6
2000/2001	1 051 929	80 206	7,6
2001/2002	1 059 122	82 330	7,8
2002/2003	1 057 225	83 379	7,9

Källa: Skolverket.

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster ökade med 1,3 procent jämfört med föregående läsår och uppgick under läsåret 2002/03 till totalt 83 379 anställda. Lärartätheten, beräknad som antalet lärare per 100 elever uppgick läsåret 2002/03 till 7,9 vilket är en förbättring i jämförelse med föregående läsår.

Av de tjänstgörande lärarna hade 81 procent pedagogisk utbildning, vilket är en liten minskning jämfört med föregående läsår. Andelen kvinnliga lärare av samtliga tjänstgörande lärare beräknas för läsåret 2002/03 inte ha förändrats nämnvärt jämfört med föregående läsår (73,3 procent). I de kommunala skolorna varierade lärartätheten mellan kommuner från 6,8 till 10,8 lärare per 100 elever. Lärartätheten i de fristående skolorna var 7,6.

Regeringen har för perioden 2001–2007 avsatt totalt 17,5 miljarder kronor i en särskild satsning med syfte att öka personaltätheten i skola och fritidshem. Bidraget ökar årligen med en miljard kronor till dess att det når en nivå om fem miljarder kronor 2006. Totalt fördelades för läsåret 2001/02 en miljard kronor till kommunerna för personalförstärkningar. Kommunerna bestämmer själva vilka personalkategorier som skall rekryteras.

Skolverkets första uppföljning visar att fler lärare har anställts, framför allt i grundskolan. Kommunerna har också satsat på mer personal till elevvård. Nästan 3 000 heltidstjänster har tillkommit under det första bidragsåret.

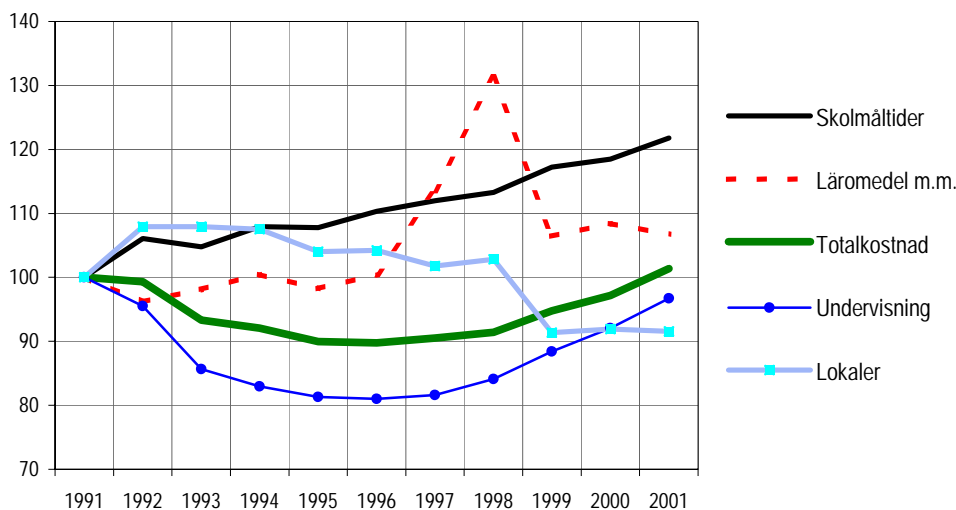
Kostnader

Den totala kostnaden för grundskolan uppgick 2001 till 64,4 miljarder kronor (inkl. kostnader för skolskjuts och nystartade friskolor), vilket är en ökning med 5 procent jämfört med föregående år (fasta priser). Av den totala kostnaden avsåg 61,5 miljarder kronor kommunal grundskola. Kostnaden för fristående grundskola var 2,8 miljarder kronor, vilket motsvarar drygt fyra procent av den totala kostnaden.

Kostnaden per elev ökade med fyra procent mellan 2000 och 2001. År 2001 kostade en elev i kommunal grundskola 59 200 kronor (exkl. kostnad för skolskjuts). Görs en jämförelse längre tillbaka i tiden, minskade kostnaden per elev i kommunal grundskola mellan 1991 och 1995. År 1996 bröts denna trend och mellan 1996 och 2001 ökade kostnaden per elev. År 2001 är kostnaden per elev för första gången är uppe på 1991 års nivå.

Diagram 5.2 Kostnad per elev i kommunal grundskola, totalt och fördelat på olika kostnadslag, 1991–2001

Index där 1991=100, fasta priser



Källa: Skolverkets rapport 217, Jämförelsetal för huvudmän del 2, 2002 Kostnader.

Diagrammet ovan visar utvecklingen mellan 1991 och 2001 av kostnaden per elev och några olika delkostnader i kommunal grundskola. Som framgår av diagrammet har kostnaden för skolmältider och läromedel ökat med 22 respektive 7 procent. Kostnaden för undervisning och lokaler har samtidigt minskat med tre respektive åtta procent. Totalkostnaden per elev i kommunal grundskola sjönk under första delen av 1990-talet, men är nu åter på samma nivå som för tio år sedan.

År 2001 kostade en elev i fristående grundskola i genomsnitt 60 100 kronor, vilket är en ökning från föregående år med fyra procent. De fristående skolorna har i genomsnitt högre kostnader för undervisning, skolmältider och läromedel/utrustning/skolbibliotek än de kommunala skolorna, medan genomsnittskostnaden är lägre för elevvård och lokaler. Fristående grundskolor finansierar sin verksamhet i huvudsak genom bidrag från elevernas hemkommuner. De kommunala ersättningarna till fristående grundskolor ökade med tre procent mellan 2000 och 2001 till 56 900 kronor per elev. Dessa bidrag täcker 95 procent av de fristående grundskolornas totala kostnader 2001 vilket är lika mycket som förra året.

Undervisningskostnaden per elev har mellan 1993 och 1997 varit lägre i fristående grundskolor än i kommunala grundskolor. Undervisningskostnaden i fristående grundskola har dock ökat under hela perioden. Sedan 1998 har kostnaden för undervisning per elev varit högre i fristående grundskola jämfört med i kommunal grundskola. År 2001 var skillnaden 1 900 kronor.

5.2.3 Gymnasieskolan

Nationella mål

Utbildningen i gymnasieskolan skall enligt läroplanen för det frivilliga skolväsendet (Lpf 94) fördjupa och utveckla elevernas kunskaper som

förberedelse för yrkesverksamhet och studier vid universitet och högskolor samt som förberedelse för vuxenlivet, som samhällsmedborgare och ansvariga för sina liv.

Varje kommun är enligt skollagen (1985:1100) skyldig att erbjuda utbildning på nationella, specialutformade eller individuella program i gymnasieskolan för samtliga ungdomar som är bosatta i kommunen och som avslutat grundskoleutbildning eller motsvarande utbildning. Erbjudandet skall avse utbildning som anordnas inom kommunen eller i en annan kommun eller ett landsting i enlighet med samverkansavtal. Erbjudandet skall omfatta ett allsidigt urval av nationella program. Antalet platser på de olika programmen och deras grenar skall anpassas med hänsyn till elevernas önskemål.

För varje kurs i gymnasieskolan finns en kursplan. Denna kompletterar läroplanen och anger målen för undervisningen i varje enskilt ämne. För varje nationellt program finns också nationellt fastställda programmål.

Måluppfyllelse och kvalitet

Fullföljda studier

Våren 2002 lämnade 80,7 procent av eleverna i årskurs 3 gymnasieskolan med slutbetyg. Detta är en ökning med 1,5 procentenheter sedan föregående läsår. Slutbetyg utfärdas då eleven fått betyg i alla kurser som ingår i dennes studieplan, även om ett eller flera kursbetyg är Icke godkänd. Andelen elever med slutbetyg var högst på naturvetenskapsprogrammet med 90,4 procent och lägst på fordonsprogrammet med 64,3 procent.

Av alla elever som började i gymnasieskolan hösten 1998 fick 73 procent slutbetyg inom fyra år, motsvarande andel föregående år var 76 procent. Det finns flera förklaringar till att andelen elever som slutfört gymnasiet inom fyra år har minskat. 1998 infördes krav på minst godkända grundskolebetyg i ämnena svenska, engelska och matematik för att kunna söka till gymnasieskolans nationella program. En elev som inte uppfyller behörighetskraven har rätt att läsa på det individuella programmet för att sedan kunna börja på ett nationellt eller specialutformat program. För många elever kan detta innebära att gymnasietiden förlängs.

Från och med läsåret 2000/01 betygssätts inte elever med stor frånvaro i en kurs, något som var möjligt läsåret 1999/00 då dessa enligt anvisningar från Skolverket fick betyget Icke godkänd. Då slutbetyg inte kan utfärdas om en elev saknar kursbetyg har förändringen inneburit att andelen elever som fått slutbetyg inom fyra år minskat från och med läsåret 2000/01.

Av de elever som fick slutbetyg våren 2002 hade 86 procent grundläggande behörighet för universitets- och högskolestudier (vilket motsvarar drygt 69 procent av samtliga elever i årskurs 3). Detta innebär en ökning med ca 1 procentenhet i förhållande till föregående år. Grundläggande behörighet till universitets- och högskolestudier har den som i slutbetyg från nationellt eller specialutformat program har lägst betyget Godkänd på kurser som omfattar minst 90 procent av de gymnasiepoäng som krävs för fullständigt program.

Andelen elever med grundläggande behörighet är högst på naturvetenskapsprogrammet och hantverksprogrammet med 91,4 respektive 90 procent och lägst på handels- och administrationsprogrammet respektive fordonsprogrammet med 73,2 respektive 77,2 procent.

Om man delar upp statistiken efter kön och utländsk bakgrund framgår att andelen elever med grundläggande behörighet till högskolan för kvinnor var 89 procent och för män 83 procent. För elever utan utländsk bakgrund var andelen 87 procent, för elever med utländsk bakgrund födda i Sverige 80 procent och för elever med utländsk bakgrund födda utomlands 77 procent.

Av eleverna med slutbetyg från fristående gymnasieskolor uppnådde 92 procent grundläggande högskolebehörighet. En bidragande orsak till den högre andelen jämfört med den i kommunala skolor är att programutbudet på de fristående skolorna och de kommunala skolorna skiljer sig åt.

Av de elever som gick i årskurs 3 läsåret 2000/01 började 14 procent i komvux under det efterföljande läsåret 2001/02. Det innebär att andelen elever som fortsatt läsa på gymnasial nivå efter gymnasieskolan minskat något. Andel elever som fortsatte sin utbildning i högskolan inom tre år efter avslutad utbildning i gymnasieskolan 1999 uppgick till 43 procent.

Efter skolan

Resultat ur Skolverkets rapport ”Efter skolan”, en omfattande utvärdering av vad ungdomar gör efter att de studerat i gymnasieskolan, visar att gymnasieeleverna är nöjda med sin skolgång och känner sig väl förberedda inför arbetslivet.

Andelen ungdomar som börjar på högskolan före 25 års ålder har, enligt rapporten, nästan fördubblats sedan i slutet av 1980-talet, från 22 till 40 procent. Nio av tio som slutfört naturvetenskaplig utbildning började på högskola eller universitet kort tid efter gymnasiet medan endast var nionde som gått ett program med yrkesinriktning fortsatte till högskola. Övergången till högskola visar stor skillnad mellan könen. Av kvinnorna från 1978 års kull hade 41 procent av kvinnorna mot endast 31 procent av männen påbörjat högskolestudier inom en fyraårsperiod 4 år efter gymnasiet. Var tredje som började högskoleutbildning hade dessförinnan studerat på komvux.

Det kommunala uppföljningsansvaret

De bestämmelser som idag reglerar kommunens ansvar för ungdomar i åldern 16–20 år som inte går i gymnasieskolan, är mycket otydliga vilket innebär att uppföljningen varierar beroende på hur kommunen tolkat skollagens bestämmelser. De här ungdomarna riskerar därför att inte få det erbjudande om gymnasieutbildning eller det stöd de har rätt till för att påbörja och genomföra utbildningen eller adekvata arbetsmarknadsåtgärder om de avbryter utbildningen. Det konstaterar Skolverket i rapporten ”Det kommunala uppföljningsansvaret – finns det?”. Undersökningen visar att det finns stora brister i ansvarsfördelningen

inom kommunerna. Även om detta till en del kan förklaras av oklarheterna i bestämmelserna är det alltför många kommuner som inte klargjort vem som har ansvar för vad inom här aktuellt område. Skr. 2002/03:102

Kvalitetsredovisningar – se avsnittet om grundskolan.

Kostnader och prestationer

Elever

Tabell 5.6 Elevutveckling läsåren 1997/98-2002/03

Läsår	Gymnasie- skolan totalt	Kommunala skolor	(%)	Landstings- kom. skolor	(%)	Fristående skolor ¹	(%)
1997/98	312 936	286 576	92	16 781	5	6 804	2
1998/99	309 143	284 989	92	13 238	4	8 647	3
1999/00	305 579	286 629	94	5 017	2	11 379	4
2000/01	305 270	283 361	93	4 856	2	14 251	5
2001/02	311 121	287 093	92	5 163	2	17 887	6
2002/03	322 587	291 316	90	4 839	2	25 365	8

¹ Exkl. internationella skolor och riksinternatskolor

Källa: Skolverket

Antalet elever i gymnasieskolan 2002/2003 har ökat med 3,7 procent sedan föregående läsår. Andelen elever som går i en annan kommuns gymnasieskola än den egna är 20,9 procent.

Hösten 2002 startade 54 nya fristående gymnasieskolor i landet. 114 skolor hade beviljats tillstånd fr.o.m. läsåret 2002/03. 46 av dessa har begärt att få uppskjuten start till läsåret 2003/2004 och 14 gymnasieskolor kommer inte att starta över huvud taget. Den vanligaste orsaken till att gymnasieskolorna inte startar är enligt Skolverket bristande elevunderlag.

Det finns 17 nationella program samt specialutformade och individuella program. Utbudet av nationella program varierar mellan kommunerna. De vanligast förekommande programmen är samhällsvetenskapsprogrammet och naturvetenskapsprogrammet som finns representerade i ca 200 kommuner.

Hösten 2002 gick ca 93 procent av alla elever i gymnasieskolan på något av de nationella programmen eller på ett specialutformat program, varav ca 45 procent gick på naturvetenskaps-, teknik- eller samhällsvetenskapsprogrammen.

Sett till de nationella programmen är elever med utländsk bakgrund överrepresenterade på bl.a. handels- och administrationsprogrammet samt omvårdnadsprogrammet. Däremot är andelen elever med utländsk bakgrund lägre än genomsnittet på bl.a. naturbruks- och byggprogrammen.

Hösten 2002 var ca 52 procent av eleverna i gymnasieskolan män och ca 48 procent kvinnor. På de nationella programmen varierar andelen kvinnor från ca 88 procent på omvårdnadsprogrammet till endast ca 2 procent på elprogrammet. Enbart 3 program, nämligen hotell- och restaurangprogrammet, medieprogrammet samt naturvetenskapsprogrammet, hade en relativt jämn könsfördelning.

Kommunerna är skyldiga att erbjuda utbildning på individuella program till de elever som inte tagits in på ett nationellt program eller specialutformat program eller som avbrutit en påbörjad utbildning. Hösten 2002 fanns 26 400 elever på det individuella programmet, en ökning med ca 8 500 elever från 2001. Dessa utgjorde 7,2 procent av det totala antalet elever i gymnasieskolan vilket i stort sett motsvarar andelen föregående år. Ett mål för det individuella programmet är att stimulera till vidare studier på ett nationellt program.

Lärare

Antalet tjänstgörande lärare omräknat till heltidstjänster uppgick enligt Skolverket läsåret 2002/03 till ca 26 300, en ökning med ca 4 procent sedan föregående läsår, varav 90,6 procent tjänstgjorde inom den kommunala gymnasieskolan.

Andelen lärare med pedagogisk utbildning (omräknat till heltidstjänster) var enligt Skolverket 78 procent, vilket är en liten minskning sedan föregående läsår.

Vid de fristående skolorna hade 52 procent av lärarna (omräknat till heltidstjänster) pedagogisk utbildning, vilket är en minskning sedan föregående år.

Kostnader

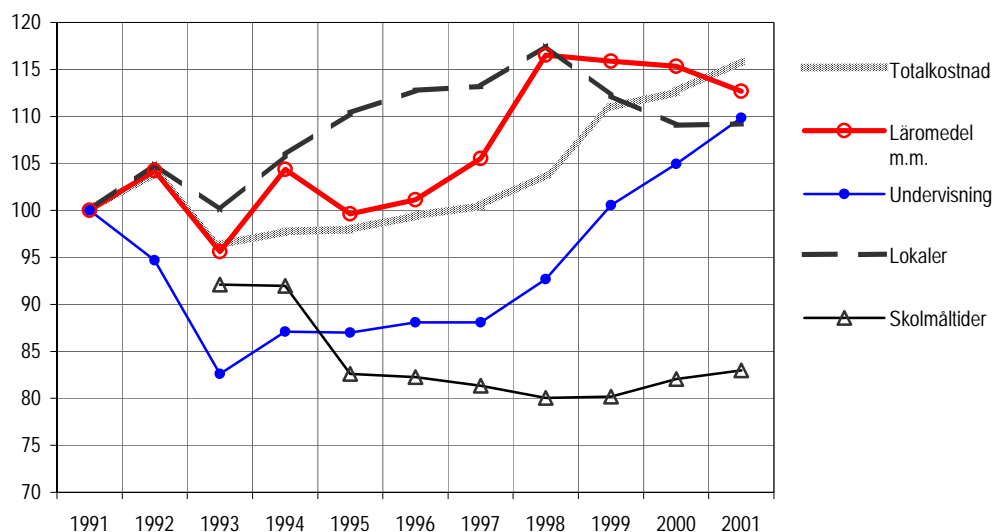
Den totala kostnaden för gymnasieskolan 2001 uppgick till 23,9 miljarder kronor (inkl. kostnad för skolskjuts och nystartade fristående skolor), enligt Skolverkets rapport Beskrivande data om barnomsorg, skola och vuxenutbildning 2002 (rapport 218). Detta är en ökning med drygt fyra procent jämfört med föregående år. Kostnaden per elev var 77 700 kronor (exkl. kostnad för nystartade fristående skolor). 92 procent utgjordes av kostnader för den kommunala gymnasieskolan. Kostnader för landstingens gymnasieutbildningar utgjorde cirka tre procent. Fristående skolor, riksinternatskolor och internationella skolor utgjorde drygt fem procent av den totala kostnaden.

Den största kostnadsposten i gymnasieskolan är undervisningskostnaden, som utgör drygt 40 procent av den totala kostnaden. Undervisningskostnaden utgörs främst av lärarlöner men även av kostnad för kompetensutveckling. Mellan 1991 och 1993 minskade kostnaden för undervisning med drygt 17 procent. Sedan 1997 har dock undervisningskostnaden i kommunala skolor ökat med drygt 25 procent. Mellan 1997 och 2001 har lärartätheten ökat något vilket förklarar en stor del av ökningen i undervisningskostnaden. Även ökade lönekostnader har bidragit till ökningen av undervisningskostnaderna. Mellan 2000 och 2001 har antalet lärare per 100 elever ökat med 0,2 samtidigt som den genomsnittliga månadslönen i primärkommuner stigit med ca 6 procent.

Lokalkostnaden utgör ca 20 procent av den totala kostnaden för gymnasieskolan. Lokalkostnaden i den kommunala gymnasieskolan ökat med drygt 9 procent sedan 1991. Mellan 2000 och 2001 är dock kostnaden i stort sett oförändrad.

Diagram 5.3 Kostnad per elev i kommunal gymnasieskola, totalt och fördelat på olika kostnadslag 1991–2001

Index där 1991=100, fasta priser, KPI



Källa: Skolverkets rapport 217, Jämförelsetal för huvudmän del 2, 2002.

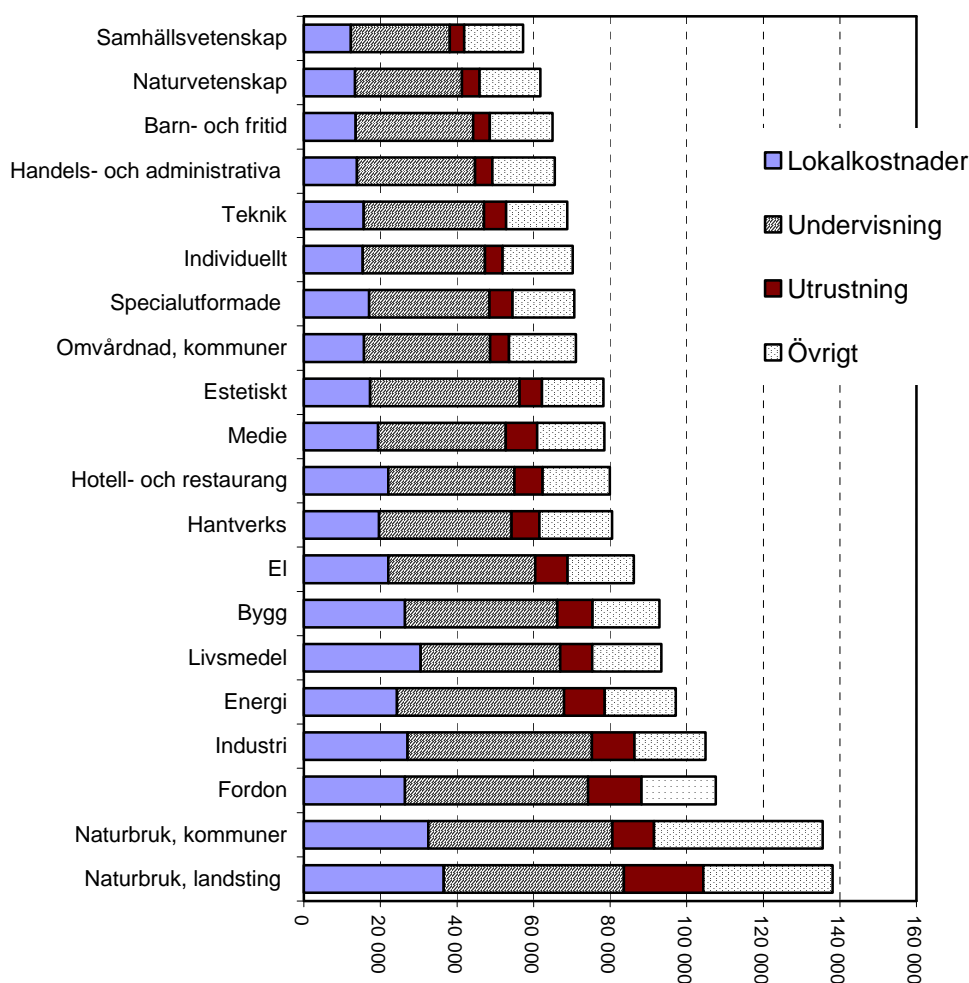
Den totala kostnaden för de fristående skolorna på gymnasienivå var drygt 1 miljard kronor. Kostnaden per elev var 75 700 kronor, vilket är en minskning med drygt 2 procent jämfört med föregående år. Motsvarande kostnad per elev i kommunal gymnasieskola (exkl. skolskjutsar och elevhem) uppgick till ca 70 150 kronor 2001, dvs. en något lägre kostnad per elev än genomsnittet i fristående skolor med nationella program.

Undervisningskostnaden i fristående skolor har minskat med 3 procent jämfört med 2000 till skillnad från de kommunala gymnasieskolorna och uppgick till ca 32 600 kronor per elev 2001.

År 2001 har kommunala gymnasieskolor en undervisningskostnad som är 1 000 kronor högre per elev.

Diagram 5.4 Kostnad per elev och gymnasieprogram 2001

Kronor Källa: Skolverket



Variationen i kostnad per elev mellan olika program är stor. Samhällsvetenskapsprogrammet har den lägsta genomsnittskostnaden på 57 000 kronor per elev. Förhållandevis låga kostnader per elev har också naturvetenskapsprogrammet, barn- och fritidsprogrammet samt handels- och administrationsprogrammet. Den dyraste utbildningen i kommunal regi är naturbruksprogrammet som i genomsnitt kostar 135 500 kronor per elev. Kostnaden för att anordna samma program varierar mellan kommunerna. Den största variationen i kostnad per elev har livsmedelsprogrammet.

De olika programmens kostnader hänger till viss del ihop med skilda lokal- och utbildningsbehov. Utrustning och läromedel kostar t.ex. mindre på samhällsvetenskapsprogrammet där lokalkostnaderna också är lägre. De program som har lägst kostnad per elev är också de som har det största antalet elever medan de program som har högst kostnad har ett färre antal elever. Kommuner med många elever som avser att läsa vidare på universitet eller högskola kan därför sägas ha en gynnsammare kostnadsbild än de kommuner som har fler yrkesinriktade elever, vilket dock det kommunala utjämningsystemet tar hänsyn till.

Särskolan består av den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan. Den obligatoriska särskolan består i sin tur av grundskolan och träningsskolan. Eleverna i gymnasiesärskolan erbjuds utbildning på nationella, specialutformade och individuella program.

Utbildningen i särskolan 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, dvs. 1994 års läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94) och 1994 års läroplan för de frivilliga skolformerna (Lpf 94). Den obligatoriska särskolan och gymnasiesärskolan har även kursplaner som är anpassade till respektive skolform och till de olika behov som skolan skall kunna tillgodose för var och en av särskolans elever.

Läsåret 2002/03 var det totala antalet inskrivna elever i särskolan 20 939, vilket är en ökning med drygt fem procent jämfört med föregående läsår. Av de 14 759 eleverna i den obligatoriska särskolan är 16 procent integrerade i grundskolan och 29 procent går i träningsskolan. I gymnasiesärskolan finns 60 procent av de 6 180 eleverna i yrkesutbildning, 25 procent i yrkesträning och 15 procent i verksamhetsträning.

Det fanns 25,2 lärare per 100 elever i obligatoriska särskolan och det är en liten minskning jämfört med åren innan. Andelen lärare (heltidstjänster) med pedagogisk utbildning oavsett huvudman, var 86 procent i den obligatoriska särskolan.

Kommunernas kostnader för kommunal särskola var, enligt Skolverkets rapport Beskrivande data om barnomsorg, skola och vuxenutbildning 2002 (rapport 218), 4,1 miljarder kronor 2001, en ökning med närmare 12 procent jämfört med föregående år. Kostnaden per elev är något högre i obligatoriska särskolan än i gymnasiesärskolan, 228 900 kronor jämfört med 221 200 kronor (exkl. kostnaden för skolskjuts).

5.3 Kommunernas vuxenutbildning

Det övergripande målet för vuxenutbildningen är att öka vuxnas kompetens samt utveckla infrastrukturen för vuxnas lärande.

Syftet är att främja personlig utveckling, demokrati, jämställdhet mellan könen, ekonomisk tillväxt och sysselsättning samt en rättvis fördelning. Vuxenutbildningen skall stödja ett flexibelt och livslångt lärande och i ökad utsträckning tillgodose människors behov av lärande utifrån den enskilda personens önskemål, behov och förutsättningar. Modern teknik och pedagogik ger möjlighet till långtgående individualisering och geografisk spridning. Denna flexibilitet skall ge både kvinnor och män möjlighet att kombinera fortsatt lärande med yrkes- och privatliv.

Nationella mål

Målen för de olika skolformerna inom vuxenutbildningen anges i skollagen (1985:1100) och i läroplanen för de frivilliga skolformerna (*Lpf 94*) samt i vissa fall i program mål och kursplaner. 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 som de behöver för att delta i samhälls- och arbetsliv och till att lägga en grund för fortsatta studier. Enligt skollagen är grundläggande vuxenutbildning en rättighet för vuxna över 20 år som saknar sådana färdigheter som normalt uppnås i grundskolan. Varje kommun är skyldig att aktivt verka för att nå dem som har rätt till grundläggande vuxenutbildning och motivera dem att delta.

Gymnasial vuxenutbildning syftar till att erbjuda vuxna kunskaper och färdigheter på en nivå som motsvarar den som utbildning i gymnasieskolan skall ge. Varje kommun har skyldighet att informera om möjligheterna till gymnasial vuxenutbildning samt att verka för att vuxna deltar i sådan utbildning. Kommunerna skall sträva efter att utbildningen så långt det är möjligt svarar mot individens efterfrågan och behov. En person är behörig att delta i utbildningen från och med andra kalenderhalvåret personen fyller 20 år, eller efter avslutad gymnasieskola.

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

Kunskapslyftet var en satsning inom den kommunala vuxenutbildningen och folkhögskolan som inleddes den 1 juli 1997 och har pågått till och med 2002. Under året har beslut tagits om ett fortsatt särskilt statsbidrag till kommunal vuxenutbildning. Målen var dels att bidra till ökad jämlikhet, jämställdhet och minskade utbildningsklyftor, dels att skapa ekonomisk tillväxt genom ökad tillgång på kvalificerad arbetskraft. Satsningen skulle dessutom bidra till att utveckla och förnya vuxenutbildningen så att den bättre anpassas till de krav som individ, arbetsliv och samhälle ställer.

Måluppfyllelse och kvalitet

Den kommunala vuxenutbildningen har de senaste åren utvecklats mot en ökad individualisering och en ökad flexibilitet och därmed också ökade möjligheter för personlig måluppfyllelse.

Skolverket har under året överlämnat en rapport som behandlar *grundläggande vuxenutbildning*. Skolverket menar att det är svårt för de studerande inom den kommunala vuxenutbildningen som studerar på både grundläggande och gymnasial nivå att göra en jämförelse mellan sina betygsresultat. Detta beror på att betygen på grundläggande nivå utgörs av en tregradig skala till skillnad från den gymnasiala vuxenutbildningens fyrgradiga skala. Skolverket tar även upp frågan om

studerande inom grundläggande vuxenutbildning verkligen behöver betyg eller om dessa skulle kunna ersättas av intyg.

Antalet studerande inom kommunal vuxenutbildning läsåret 2001/02 var 288 000, en minskning med närmare 30 000 (9 procent) jämfört med året innan. Minskningen förklaras att platserna i Kunskapslyftet successivt minskat. Fr.o.m. januari 2003 har ett riktat statsbidrag som motsvarar ca hälften av de tidigare Kunskapslyftsplatserna införts.

Våren 2002 var 42 procent av de studerande inskrivna vid arbetsförmedlingen i anslutning till kursstart. Trenden för andelen studerande som varit aktuella vid arbetsförmedlingen vid inskrivning är svagt sjunkande.

Under året har Skolverket lämnat en rapport angående *Påbyggnadsutbildning inom kommunal vuxenutbildning 2001–2002*. I denna föreslås att Påbyggnadsutbildning skall finnas kvar som eftergymnasial yrkesinriktning utbildning, men förändringar av nuvarande utformning, regler för riksrekrytering och finansiering behöver göras. Även i påbyggnadsutbildningarna utgörs betygen av en tregradig skala, vilket enligt Skolverket försvårar möjligheterna att läsa på olika nivåer.

Lsåret 2001/02 anordnade 106 kommuner och 8 kommunalförbund kurser inom påbyggnadsutbildning. Föregående läsår var motsvarande siffra 140 kommuner.

Studieresultat och studieavbrott

Av de 1 393 000 kursdeltagarna ¹ fullföljde 77 procent under läsåret den kurs de påbörjat och 17 procent avbröt kursen. Resterande 6 procent deltog vid läsårets slut i kurser som ännu inte var avslutade. Det är i stort samma resultat som under den senaste femårsperioden. Högst andel kursdeltagare som avbrutit kurs finns inom den grundläggande vuxenutbildningen, där 29 procent avbrutit kurs. Inom gymnasial vuxenutbildning var andelen 17 procent. Män avbröt studierna i högre grad än kvinnor.

Betyg

Av det totala antalet kursdeltagare som slutförde kurs inom gymnasial vuxenutbildning, 935 000, saknades uppgift om betyg för 18 procent. Sedan läsåret 1994/95 har andelen kursdeltagare¹ i gymnasial vuxenutbildning som erhållit betyget Godkänd minskat från 47 till 32 procent och andelen som erhållit Mycket väl godkänd ökat från 11 till 24 procent. Andelen som erhållit Icke godkänd och Väl godkänd har varit relativt konstant. Liksom i grundskolan och gymnasieskolan hade kvinnor inom kommunal vuxenutbildning i genomsnitt högre betyg än män.

¹ Med kursdeltagare avses antalet personer som deltagit i varje kurs. En person kan alltså utgöra fler kursdeltagare.

*Lärartäthet och personalkompetens***Tabell 5.7 Lärartäthet och personalkompetens i kommunal vuxenutbildning läsåret 1997/98 – 2001/02**

Antal lärare	Läsåret 1997/98	Läsåret 1998/99	Läsåret 1999/00	Läsåret 2000/01	Läsåret 2001/02
Tjänstgörande	12 600	14 128	12 738	11 146	9 186
Omräknat till heltidstjänster	7 662	8 773	8 059	7 155	6 800
Med pedagogisk utbildning	80 %	74 %	76 %	73 %	75 %

Källa: Skolverket.

Samtidigt som ökad individualisering eftersträvas har lärartätheten minskats med 5 procentenheter på ett år (Skolverkets rapport 225, 2002). Läsåret 2001/02 var andelen lärare per 100 studerande 3,9, jämfört med 5,0 läsåret 1997/98. Det finns en risk att de inrapporterade uppgifterna från externa utbildningsanordnare inte är kompletta.

Andelen lärare med pedagogisk utbildning har ökat marginellt jämfört med föregående år.

Kostnader och prestationer*Kostnader*

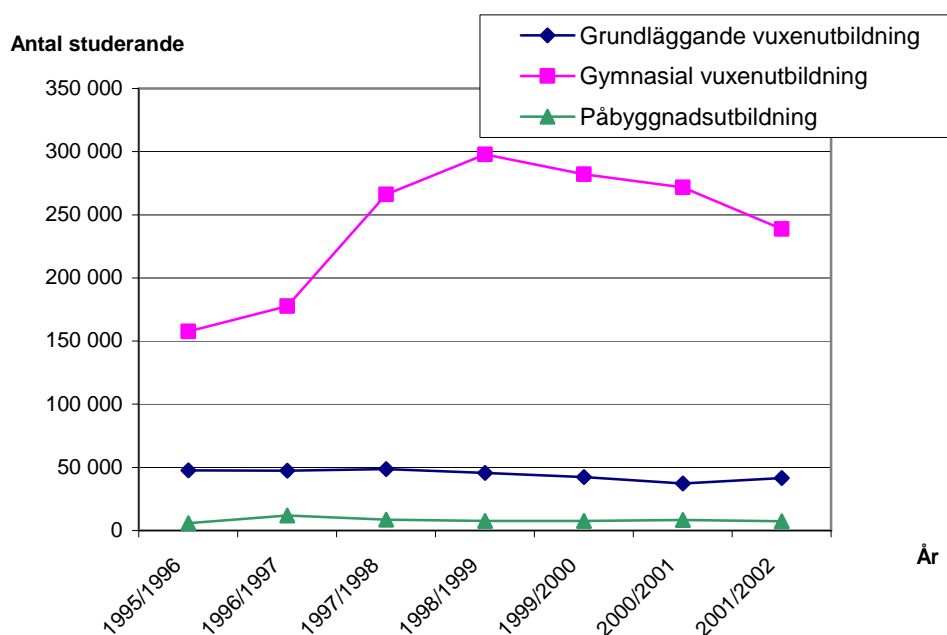
Den totala kostnaden för den kommunala vuxenutbildningen uppgick 2001 till 5,1 miljarder kronor, vilket är en minskning med 20 procent jämfört med föregående år (förklaring se föregående avsnitt). Kommunernas genomsnittliga kostnad per heltidsstuderande var 36 000 kronor vilket kan jämföras med 33 400 kronor 2000.

Genom det särskilt riktade stadsbidraget inom ramen för kunskapslyftet betalade regeringen ut 2,6 miljarder kronor till kommunerna under 2002, vilket motsvarar 70 300 heltidsplatser. Inom ramen för kunskapslyftet avsatte regeringen medel motsvarande högst 4 000 platser för grundläggande vuxenutbildning. Av dessa utnyttjades 2 290 platser av 55 kommuner.

Prestationer

Läsåret 2001/02 studerade 5,3 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år i kommunal vuxenutbildning.

Diagram 5.5 Antal studerande¹ i kommunal vuxenutbildning på olika nivåer läsåret 1995/96-2001/02 Skr. 2002/03:102



Källa: Skolverket.

¹Med studerande avses en fysisk person som deltar i en eller flera kurser.

Andelen kvinnor i kommunal vuxenutbildning har under lång tid varit dubbelt så hög som andelen män. Många kommuner genomför därför riktade insatser för att nå fler män.

De mest efterfrågade utbildningarna var, liksom tidigare år, datakunskap/datorkunskap, matematik, svenska och vårdutbildningar.

Enligt Skolverket har fler individer än någonsin studerat i kommunal vuxenutbildning de senaste fem åren. Trots detta har fortfarande var femte person i åldrarna 20–64 år endast grundskoleutbildning eller lägre.

5.3.2 Vuxenutbildning för utvecklingsstörda

Nationella mål

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

Kommunerna är sedan läsåret 1996/97 huvudmän för särsvux och skall erbjuda utbildning som svarar mot behov och efterfrågan samt informera om möjligheterna till särsvux. Det finns dock inte någon rättighet för den enskilde att delta i särsvux liknande den som finns för grundläggande vuxenutbildning.

Måluppfyllelse och kvalitet

Lsåret 2001/02 studerade 4 400 personer inom särsvux. Av dessa deltog 19,7 procent i gymnasiesärskola. Resterande deltog i grundsärskola och

träningsskola. Antalet studerande i särvox har ökat med 65 procent mellan 1992/93 och 2001/02. Skr. 2002/03:102

Personaltäthet och personalkompetens

Andelen lärare med pedagogisk utbildning läsåret 2001/02 var 91,8 procent. Lärartätheten omräknat till heltidstjänster per 100 studerande var 4,9 läsåret 2001/02, vilket är en liten minskning jämfört med föregående år. Omfattningen av den lärarledda undervisningen ligger på i genomsnitt 2,5 timmar i veckan. Den genomsnittliga gruppstorleken var 2,5. På grundsärskolenivå sker undervisningen oftast i grupper om tre till fem deltagare. På träningsskolenivå är det vanligt med enskild undervisning.

Kostnader och prestationer

Kommunernas totala kostnad för särvox läsåret 2001/02 uppgick till ca 122 miljoner kronor, vilket är en ökning med ca 12 procent sedan föregående år. Enligt Skolverket underlät 49 kommuner att erbjuda vuxna utvecklingsstörda någon plats inom särvox i den egna kommunen eller någon av grannkommunerna.

5.3.3 Svenskundervisning för invandrare

Nationella mål

Svenskundervisning för invandrare (sfi) skall enligt skollagen (1995:1100) ge vuxna invandrare grundläggande kunskaper i svenska språket och om det svenska samhället.

Varje kommun är skyldig att erbjuda sfi till vuxna invandrare som saknar grundläggande kunskaper i svenska språket från och med andra halvåret det år de fyller sexton. Sfi är en skolform där de studerande kan börja och sluta utbildningen när som helst under året. Kommunerna är skyldiga att erbjuda sfi senast inom tre månader från det att invandraren folkbokförts i en kommun. Riktvärdet för undervisningens omfattning i tid är 525 timmar.

Skolverket redovisade 2002, i enlighet med propositionen om vuxnas lärande (prop.200/01:72), ett förslag till ny kursplan för sfi. Regeringen fastställde den nya kursplanen som fick tillämpas redan fr.o.m den 1 augusti 2002 men som trädde i kraft först den 1 januari 2003.

Regeringen har under 2002 tillsatt en utredning som skall pröva hur skolformen sfi kan förnyas och organiseras. Utgångspunkt för arbetet skall bl.a. vara att skapa en högkvalitativ utbildning i svenska språket och anpassa utbildningen och utbildningens mål till individens behov och förutsättningar. Även översynen rörande mottagande av och introduktion för flyktingar behandlar frågor rörande sfi såsom en del av introduktionen.

Måluppfyllelse och kvalitet

Av dem som började under 2001/02 klarade 14 procent sfi-kursens krav redan under det första året. Flertalet deltar i sfi under en betydligt längre tid. Ca 60 procent fortsatte sina studier nästkommande läsår.

En fjärdedel avbröt utbildningen eller gjorde studieuppehåll. Var femte deltagare som avbryter studierna gör det på grund av arbete eller andra studier. Var tionde avbryter på grund av sjukdom eller barnledighet. För närmare 60 procent av dem som avbryter sfi-utbildningen är orsaken inte angiven.

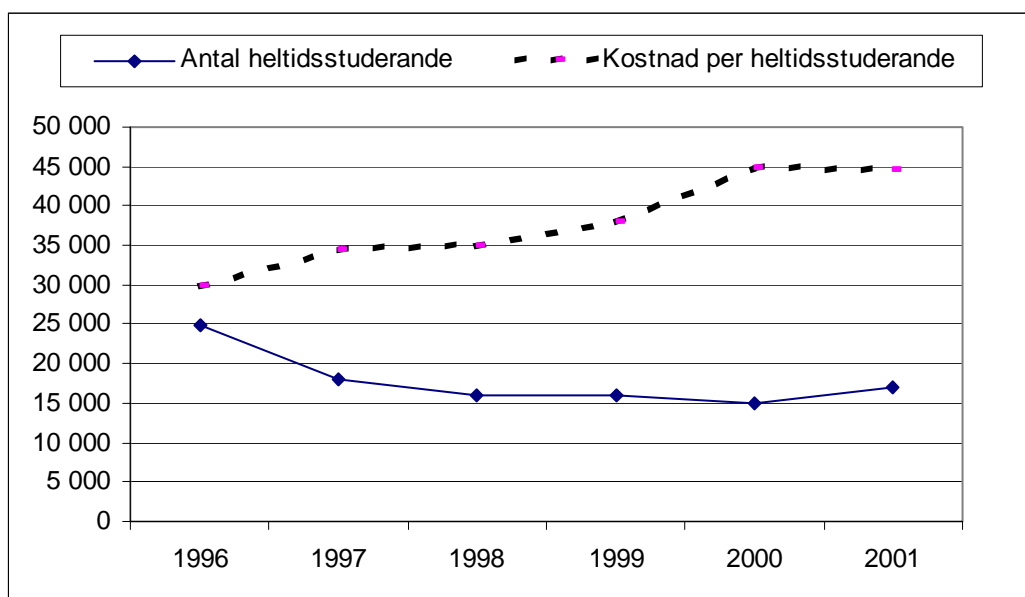
Av nybörjarna 1999/2000 hade 35 procent godkänts t.o.m. läsåret 2001/02. Det är ett något sämre resultat än de närmast föregående åren då 37 procent godkändes i sfi efter lika lång tid. Studerande med lång tidigare utbildning nådde målen för sfi i högre grad än lågutbildade.

Närmare nio av tio sfi-lärare saknar formell utbildning i undervisningsämnet på den nivå som normalt krävs för ämneskompetens i grundskolan, det vill säga minst 40 poäng i svenska som andraspråk. Andelen lärare med pedagogisk utbildning läsåret 2001/02 var 76,3 procent. Antalet lärare omräknat till heltidstjänst var 1 200, vilket är en svag ökning jämfört med föregående läsår.

Kostnader och prestationer

Total kostnad för sfi läsåret 2001/02 var 756 miljoner kronor, vilket är en ökning med 123 miljoner sedan 1997/98.

Diagram 5.6 Sfi: Antal studerande heltid och kostnad per studerande



Antalet heltidsstuderande⁴ under 2001 var 16 927, en ökning med ca 10 procent sedan föregående år. Kostnaden per heltidsstuderande har under 2000 och 2001 legat på samma nivå, d.v.s 44 700 kronor. Antalet studerande i sfi läsåret 2001/02 var 39 987, vilket är en ökning med drygt 7 procent sedan föregående läsår.

Under läsåret anordnade 241 kommuner sfi. Föregående läsår var antalet 242. Närmare 15 procent av studieanordnarna var annan anordnare än kommunerna.

⁴ Antalet sfi-studerande omräknat till heltidsplatser.

Arabiska var det vanligaste modersmålet bland eleverna, det talades av Skr. 2002/03:102
var femte studerande, men sammanlagt fanns 127 olika modersmål
representerade bland de 40 000 deltagarna.

6.1 Valet 2002

Valdeltagandet

I de allmänna valen 2002 fortsatte valdeltagandet att sjunka på såväl nationell som lokal nivå jämfört med tidigare val. Valdeltagandet i årets kommunalval blev 77,9 procent. Intressant är att valdeltagandet i kommunalvalet endast sjönk med 0,7 procentenheter jämfört med valdeltagandet i riksdagsvalet som sjönk med 1,3 procentenheter. Valdeltagandet bland utländska medborgare förblev oförändrat (35 procent) som i kommunalvalet 1998. I flera av de stadsdelar som omfattas av storstadspolitiken utvecklingsavtal ökade valdeltagandet jämfört med förra valet. Mer utförliga analyser kring kommunalvalet presenteras våren 2003.

Valdeltagandet i riksdagsvalet skiljer sig avsevärt mellan landets kommuner. Skillnaden mellan högsta och lägsta valdeltagande är 21 procentenheter. Högst valdeltagande har Lomma med 88,1 procent medan endast 67,1 procent röstade i Haparanda. Valdeltagandet sjönk i 273 av 289 kommuner.

Lokala partier på tillbakagång

I årets kommunalval har de lokala partierna fått minskat stöd, efter en långvarig uppgång under 1980- och 1990-talen. Däremot har de rikstäckande småpartierna som Sverigedemokraterna och Sveriges pensionärers intresseparti, vunnit ökat stöd. Sverigedemokraterna har bland annat gått från 8 mandat i 5 kommuner i 1998 års val till 34 mandat i 18 fullmäktige efter årets val.

Personröster

Drygt 30 procent av väljarna personröstade i årets kommunalval, vilket kan jämföras med drygt 35 procent i valet 1998. 2 450 ledamöter i de nya fullmäktige klarade spärren på 5 procent (av partiets röster) i personvalet. Det är cirka 500 färre än i förra valet. 219 ledamöter, eller 1,6 procent av samtliga, kom in i fullmäktige enbart tack vare personröster, också det är en minskning jämfört med 1998.

6.2 Folkomröstningar

I samband med årets val höll nio kommuner folkomröstning rörande olika kommunala frågor. Valdeltagandet i folkomröstningarna varierade kraftigt. I Essunga kommun deltog 76 procent i folkomröstningen gällande namnbyte, jämfört med 33 procent i Karlstad där folkomröstningen gällde alternativ ekonomisk ersättning för barnomsorg. De kommuner som genomförde folkomröstningar var Haparanda, Essunga, Håbo, Ljusnarsberg, Haninge, Orust, Karlstad, Uppvidinge och Skurup.

Demokratipropositionen

Våren 2002 behandlade riksdagen regeringens proposition "Demokrati för det nya seklet" (prop. 2001/02:80). I propositionen presenterades en långsiktig strategi för att värna och fördjupa den svenska folkstyrelsen. Regeringen redovisade dels övergripande mål och handlingslinjer, dels ett antal konkreta åtgärder med tonvikt på den lokala demokratin. Nedan följer exempel på lagändringar som genomfördes fr.o.m den 1 juli 2002.

Medborgerlig förslagsrätt

Kommuner och landsting har möjlighet att frivilligt införa medborgerlig förslagsrätt, d.v.s. att en person som är folkbokförd i en kommun eller landsting får lov att väcka ärenden i fullmäktige. Detta innebär att även, barn, ungdomar och utländska medborgare som ännu inte fått kommunal rösträtt har rätt att lämna in medborgarförslag.

Ett fyrtiotal kommuner har redan i dag infört medborgarförslag, exempelvis Askersund, Sigtuna, Nykvarn, Kalix och Jönköping. Diskussioner om att införa medborgerlig förslagsrätt pågår i ett hundratal kommuner i landet.

Bättre villkor för de förtroendevalda

För att stimulera fler medborgare till att ta på sig ett förtroendeuppdrag har exempelvis möjligheten till ledighet förbättrats för dem med oregelbundna arbetstider. Likaså har de förtroendevalda fått bättre ekonomiska villkor som till exempel rätt till ekonomisk ersättning för barntillsyn och förlorad arbetslöshetsersättning. Fullmäktige får också besluta att en person får behålla sitt uppdrag trots att denne har flyttat från kommunen.

Självförvaltningsorgan

Fullmäktige kan besluta att nämnder i kommuner och landsting får delegera ärenden till självförvaltningsorgan i samma omfattning som till anställda.

Insatser för att motverka hot mot förtroendevalda

En arbetsgrupp bestående av företrädare från Justitiedepartementet, kommuner och landsting samt vissa berörda myndigheter och organisationer (Rikspolisstyrelsen, SÄPO, Brottsförebyggande rådet, Riksåklagaren, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet) har under 2002 utarbetat och presenterat broschyren "Hot och våld mot politiker" samt en handbok om hot och våld riktat mot politiker ("Ett hot mot demokratin – en skrift för förtroendevalda som utsätts för våld eller hot om våld"). Regeringen överväger för närvarande behovet av

ytterligare åtgärder för att förbättra situationen för landets förtroendevalda i detta avseende. Skr. 2002/03:102

Uppföljning av den svenska demokratins utveckling

Regeringen har gett SCB i uppdrag att ta över ansvaret för och uppdatera den av Statskontoret skapad pilotdatabas som innehåller uppgifter om kommunernas och landstingens förnyelsearbete. SCB skall även lämna förslag på hur en undersökning om förtroendevalda i kommuner och landsting bör genomföras och finansieras. Förnyelsearbetet rör bl.a. den lokala demokratins utveckling och funktionssätt. Rapporten skall vara färdigställd i december 2003.

Tid för demokrati

En huvudaktivitet inom demokratiutvecklingsprojektet Tid för demokrati har varit att ge ekonomiskt stöd till olika demokratiprojekt (SFS 2000:648). Syftet med att ge bidrag till demokratiprojekt har varit att utveckla och fördjupa den svenska folkstyrelsen. Av de ca 1 200 ansökningarna som har inkommit har regeringen beviljat stöd till 142 projekt. Den enskilt största ansökningsgruppen har varit kommuner. Exempel på kommuner som har fått stöd via Tid för demokrati för olika demokratiprojekt är Karlshamn, Norrköping, Malmö (Limhamn-Bunkeflo), Fagersta, Vindeln, Linköping och Bollnäs. Under våren 2003 utvärderas Tid för demokrati av Mitthögskolan i Sundsvall.

E-demokratiarbetet fortskrider

Allt fler kommuner använder sig av Internet för att kommunicera med sina medborgare och därmed ökar möjligheterna för delaktighet och inflytande. Exempelvis har Kalix, Bollnäs och Norrmalms stadsdelsnämnd i Stockholm anordnat elektroniska rådslag för att inhämta kommuninvånarnas synpunkter i enskilda frågor.

6.4 Organisation

Kommunal indelning

Antalet kommuner uppgår till 290 kommuner sedan Knivsta kommun bildades den 1/1 2003 genom en delning av Uppsala kommun. Antalet landsting är oförändrat 20 stycken.

Regionala självstyrelseorgan och kommunala samverkansorgan

Försöksverksamheten med regionala självstyrelseorgan fortsätter i Skåne och Västra Götalands län. Kommunala samverkansorgan som får överta vissa uppgifter från länsstyrelserna kan bildas fr.o.m. den 1 januari 2003 med stöd av lagen (2002:34) om samverkansorgan i länen. I fem län har nya samverkansorgan bildats: Blekinge, Dalarnas, Hallands, Uppsala och

Östergötlands län. Självstyrelseorganen i Kalmar och Gotlands län som tidigare ingick i försöksverksamheten övergick vid årsskiftet till att bli kommunala samverksansorgan. Skr. 2002/03:102

Samverkan mellan kommuner

Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet har genomfört en kartläggning och analys av den samverkan som finns i landet mellan kommuner, mellan landsting samt mellan kommuner och landsting (Interkommunal samverkan – en undersökning av samverkan mellan kommuner och landsting i Sverige. (Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet 2002).

Kartläggningen visar att alla kommuner och landsting deltar i någon form av samverkan. Fyra av fem fall av samverkan sker inom ett län. De allra flesta samverkar med en angränsande kommun. Största delen sker i löst reglerade former (projekt, nätverk och avtal). De vanligaste samverkansområdena är socialtjänst och äldreomsorg, följt av regionfrågorna.

Medborgarundersökningen

Statskontoret har i samarbete med SCB genomfört en attitydundersökning för att ta reda på medborgarnas uppfattning om den offentliga förvaltningen. (Att ta reda på vad folket tycker – en pilotundersökning om medborgarnas syn på offentlig förvaltning (Statskontoret 2002:12).

Undersökningen omfattade tolv offentliga verksamheter, bl.a. de kommunala verksamheterna barnomsorg, grundskola, äldreomsorg och öppen sjukvård. Studien visar att medborgarna varken har lågt eller högt förtroende för förvaltningen, utan att den får ett medelbetyg. Bästa omdömet ger medborgarna när det gäller korrekt behandling, tjänster med god kvalitet och god service. Sämst omdöme gavs myndigheternas förmåga att samarbeta och reglernas lättbegriplighet. Undersökningen ses som en pilot och arbetet med att utveckla medborgarundersökningar kommer att fortsätta.

7.1 Folkhälsa

Nationella mål

Begreppet folkhälsa betecknar det allmänna hälsotillståndet för hela eller delar av befolkningen samt hälsans utveckling och fördelning i befolkningen. Kommunerna och landstingen kan genom sina olika ansvarsområden påverka folkhälsan och därmed om folkhälsomålen uppfylls eller inte. Det är angeläget att på nationell nivå samarbeta och samordna kommunikationskanalerna mellan lokal, regional och nationell nivå. Statens folkhälsoinstitut har sedan den 1 juli 2001 en ny inriktning, vilket bl.a. innebär att institutet skall bygga upp samlade strategiska kanaler till lokal och regional nivå.

Mål inom folkhälsoområdet som berör kommunsektorn finns angivna i lagar och förordningar inom områdena; alkohol, tobak, narkotika, smittskydd, hälso- och sjukvård, socialtjänst, socialförsäkringar, arbetsmiljö, arbetsmarknad, miljö, boende, trafik, utbildning, jordbruk och livsmedel. Exempel på mål som berör folkhälsoområdet återfinns bl.a. i 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763): ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. I denna målformulering framgår att lagens intentioner är att uppnå en god hälsa för hela befolkningen, vilket innebär att ojämlikheten i hälsa bör minska för att målen skall kunna nås.

Måluppfyllelse och kvalitet

Mätt i medellivslängd och dödlighet har folkhälsan stadigt förbättrats under de senaste årtiondena. Medellivslängden ökar sedan länge i befolkningen och visar inte några tecken till stagnation. I en internationell jämförelse ligger Sverige bland de länder som har den högsta medellivslängden i världen. Ett annat sätt att mäta folkhälsans utveckling är att beräkna dödligheten, dvs. andelen dödsfall under ett år per 100 000 invånare. Med hänsyn tagen till att ojämlikheten i hälsa bör minska är det alarmerande att dödligheten ej sjunker för kvinnor i okvalificerade arbetaryrken. Dock minskar den för övriga socioekonomiska grupper.

Vad gäller sjukfrånvaron har kvinnors sjukfrånvaro ökat väsentligt mer än mäns. Framför allt är det oroande att antalet långa sjukskrivningar ökat kraftigt för främst kvinnor. Den snabba ökningen av sjukfrånvaron sedan 1997 avspeglar inte hälsoutvecklingen i befolkningen i stort. Dock tycks försämrat allmänt hälsotillstånd, ångslan, oro och ångest, trötthet och sömnbesvär ökat under hela 1990-talet. Under perioden skedde negativa förändringar av den psykosociala arbetsmiljön och vissa arbetsrelaterade besvär ökade under denna period. Detta förklarar delvis de ökade sjukskrivningarna. Inom kommunala arbetsområden – vård, skola, omsorg – redovisas särskilt höga sjuktal. Det är dock stora skillnader mellan enskilda kommuner och landsting och mellan olika arbetsplatser inom samma kommun.

Medborgarnas hälsa påverkas av livsvillkoren i lokalsamhället, där kommunerna råder över många verktyg. Den goda hälsa vår befolkning uppnått kan i stor utsträckning tillskrivas en hög och jämnt fördelad välfärd.

Det är emellertid mycket svårt att värdera och mäta effekterna av de insatser som görs inom folkhälsoområdet, dels på grund av att flera faktorer samtidigt kan påverka ett visst utfall, dels för att effekterna av folkhälsoinsatser ofta visar sig på lång sikt.

Sammanfattningsvis har måloppfyllelse nåtts i det avseendet att folkhälsan generellt sett har förbättrats under slutet av 1990-talet och början på 2000-talet.

Prestationer och kostnader

Prestationer

Exempel på områden där kommunerna och landstingen utför prestationer som har beröring på folkhälsan är hälso- och sjukvård, hälsoskydd samt miljöskydd. Kommunerna ansvarar också för tillståndsprövning för alkohol, tillsyn av restaurangernas servering av alkoholdrycker samt tobakstillsyn. Majoriteten av landstingen har inrättat s.k. samhällsmedicinska enheter (eller motsvarande) där det utförs viktiga preventiva folkhälsoinsatser.

Engagemanget för folkhälsofrågor i kommunerna har ökat under de senaste åren. Ett flertal kommuner önskar även vidareutveckla sitt folkhälsoarbete och sin folkhälsopolitik i framtiden. Lokala folkhälsoråd (alt. hälsoråd, tvärsektorielt samarbete på regional respektive lokal nivå) har bildats i en majoritet av kommunerna.

Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitut har skapat ett nytt forum för folkhälsofrågor i syfte att stödja kommuner och landsting i det lokala och regionala folkhälsoarbetet; Forum folkhälsa. Detta innebär att Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete har övergått en ny samverkansform, med anknytning till andra nationella nätverk inom WHO-nätverket Healthy Cities. Samtliga landsting/regioner är med och ca en tredjedel av landets kommuner.

Inom ramen för ett lokalt utvecklingsarbete har Folkhälsoinstitutet givit stöd till nätverk för 7 större och 22 medelstora städer, med inriktning på att bl.a. utveckla ett systematiskt sektorsövergripande folkhälsoarbete och stärka det lokalpolitiska engagemanget. Folkhälsoinstitutet har ända fram till omorganisationen haft flera nätverk inom de forna programområdena. Det största ekonomiska stödet har lämnats via aids-anslaget. Säker och trygg kommun är ett bra exempel på lokalt förebyggande arbete. Flera utvecklingsprojekt har genomförts kring barn och ungdomar, hälsofrämjande skolor, äldres hälsa, allergiprevention, tobaksfri graviditet m.fl. Folkhälsoinstitutet har även bedrivit ett ledningsutvecklingsprogram för folkhälso- och samhällsmedicinska chefer i samråd med Landstingsförbundet. Programmet har lett till att folkhälso- och samhällsmedicinska chefer i landsting och regioner formaliserat sitt samarbete under namnet Ledarforum för folkhälsa och samhällsmedicin.

En stor del av kommunerna har utarbetat folkhälsoprogram, folkhälsoplaner eller policydokument för folkhälsa. Det har under de senaste åren skett en kraftig ökning av det antal kommuner som har övergripande handlingsplaner för folkhälsoarbetet i kommunen. Hösten 2001 hade 149 av kommunerna en sådan plan jämfört med 62 kommuner 1995. I ett antal kommuner arbetar man även med hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) samt lokala välfärdsbokslut.

En HKB innebär att med en viss metod i förväg analysera tänkbara konsekvenser för folkhälsan i kommunen av ett politiskt förslag till beslut. Hösten 2001 hade totalt 65 kommuner på något sätt tagit sig an HKB. Det var 26 kommuner som fattat formellt beslut om att införa HKB. I 54 kommuner hade en införandeprocess startats, genom exempelvis utbildningsinsatser medan det var 10 kommuner som uppgav att de börjat använda HKB.

Vad gäller välfärdsbokslut hade 2001 totalt 76 kommuner på något sätt tagit sig an detta. Lokala välfärdsbokslut riktar sig till politiker och är ett verktyg som utvecklats för att styra den kommunala verksamheten så att den bidrar till att utjämna hälsoskillnader. Välfärdsbokslut är ett sätt att kontinuerligt följa upp välfärdseffekter i befolkningen av den verksamhet som bedrivs i kommunen utifrån ett antal komponenter som tillsammans ger en bild av välfärdsutvecklingen. Komponenterna är valda för att de spelar stor roll för hälsoutvecklingen. Faktorer som meningsfull sysselsättning, utbildningsnivå, sociala relationer, fysisk miljö, trafikmiljö, levnadsvanor och framtidstro är viktiga bestämningsfaktorer för hälsan. Till skillnad från en folkhälsorapport följer välfärdsbokslutet den ordinarie budget- och bokslutsprocessen och läggs årligen fram tillsammans med det ekonomiska bokslutet. Det var 29 kommuner som hade fattat formellt beslut om att ta fram ett välfärdsbokslut. I 49 kommuner hade en införandeprocess startats, genom exempelvis utbildningsinsatser. Vidare uppgav 10 kommuner att de hade tagit fram ett välfärdsbokslut och 34 var inne i ett konkret arbete med detta.

Statens folkhälsoinstitut har under 2002 påbörjat ett arbete med att ta fram kommunala basfakta för folkhälsoplanering. Kommunala basfakta kommer att bestå av statistik som är indelad efter ett antal områden som är av betydelse för människors hälsa. Syftet är att stödja och underlätta kommunernas planering och uppföljning av folkhälsoinsatser och att sätta fokus på de faktorer som påverkar eller bestämmer hälsoutvecklingen. Statistiken kommer att presenteras kommunvis och när så är möjligt delas upp på kön, åldersklasser och jämföras med riket.

Tre fjärdedelar av alla kommuner har en tjänsteman verksam i kommunen med speciell uppgift att stimulera folkhälsoarbetet. Av dessa är ca en tredjedel finansierad av kommunen, en tredjedel av landstinget/regionen och en tredjedel är gemensamt finansierad.

Kostnader

Det är svårt att få en överblick över kommunernas och landstingens kostnader för insatser inom folkhälsoområdet. Svårigheten att få fram denna typ av uppgifter beror delvis på skilda organisatoriska förutsättningar och olika principer för redovisning i kommuner och landsting. Framöver föreslås Statens folkhälsoinstitut få i uppgift att

samordna arbetet med uppföljning och utvärdering av insatserna för en bättre folkhälsa. Skr. 2002/03:102

Förebyggande hälsofrämjande insatser kan överlag sägas vara ett resursmässigt jämförelsevis lågt prioriterat område inom såväl landsting som kommuner jämfört med insatserna inom övrig hälso- och sjukvård.

Sammantaget behövs mer kunskap om kommunernas och landstingens prestationer och kostnader i förhållande till de nationella mål och de statliga medel som utbetalas till kommunsektorn för olika ändamål inom folkhälsoområdet.

7.2 Bostadsförsörjning

Nationella mål

Statens och kommunernas ansvarsfördelning

Samhället har ett uttalat ansvar för bostadsförsörjningen. Den svenska bostadspolitiken har under mer än femtio år grundats på en uppgiftsfördelning där staten svarar för att rättsliga och finansiella instrument finns tillgängliga för bostadsbyggandet, medan kommunerna har ansvaret för planering och genomförande. Bostadsförsörjningen är av stor betydelse för de enskilda kommunernas utveckling.

Sedan 1 januari 2001 finns en ny lag om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (2000:383) som innebär att varje kommun är skyldig att planera för bostadsförsörjningen i kommunen i syfte att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och för att främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs. Vidare skall kommunen, om det behövs, anordna bostadsförmedling. Kommunala bostadsförmedlingar som förmedlar lägenheter i turordning efter kötid har också möjlighet att ta ut en köavgift av de hyressökande.

Den 1 april 2002 infördes ett nytt regelsystem för allmännyttiga bostadsföretag. Lagen innehåller en definition av vad som är ett allmännyttigt bostadsföretag samt förutsättningarna för att vara ett sådant företag. I och med denna lagstiftning åstadkoms ett nytt permanent regelverk för de allmännyttiga bostadsföretagen. Lagstiftningen ersätter därmed även de tillfälliga bestämmelser som tidigare införts med syfte att motverka att kommunala bostadsföretag säljs ut eller att pengar förs över från bostadsföretagen till annan verksamhet i kommunerna.

En särskild utredare har fått regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna för att dels förbättra möjligheten för de boende i allmännyttiga bostadsföretag att förvärva sina hus för ombildning till kooperativ hyresrätt, dels förbättra möjligheten för allmännyttiga bostadsföretag att förvärva andra allmännyttiga bostäder eller företag som skall säljas. Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 30 april 2003 (Fi 2002:02).

Olika regionala förutsättningar

Förutsättningarna i landets kommuner ser mycket olika ut. Befolkningsomflyttningarna är betydande och har en avgörande inverkan

på bostadsefterfrågan i kommuner med stor inflyttning, främst storstadsregionerna. Regeringens målsättning är att fler bostäder, framför allt hyresrätter, byggs på orter med bostadsbrist.

I kommuner med stor utflyttning uppstår det motsatta problemet med ett överskott på bostäder. Genom inrättandet av en ny myndighet, Statens bostadsnämnd, den 1 augusti 2002 avser regeringen fortsätta den verksamhet som tidigare hanterades av Bostadsdelegationen, att stödja kommuner med övermäktiga åtaganden för boendet. Verksamheten är inriktad mot att ge de kommunala bostadsföretagen långsiktigt hållbara ekonomiska förutsättningar för en kostnadseffektiv bostadsförvaltning som är anpassad till den förväntade befolkningsutvecklingen.

Måluppfyllelse och kvalitet

Bostadsmarknadsläget

Boverket genomför varje år en enkätundersökning, s.k. Bostadsmarknadsenkäten, bland landets kommuner om hur de uppfattar tillståndet på den lokala bostadsmarknaden. Underlaget från enkäten bygger på uppgifter från tjänstemän i kommunerna och speglar därför den lokala uppfattningen. De uppgifter om kommunerna som anges i detta avsnitt bygger i huvudsak på resultaten från den senaste publicerade undersökningen som genomfördes i januari 2002.

Befolkningsförändringen ser mycket olika ut i landets olika kommuner och regioner. Storstadsområdena och högskoleorterna har under 1999 till 2001 ökat med 105 000 invånare (2,8 procent) medan alla övriga kommuner har minskat med 50 000 invånare (-1,5 procent).

Tabell 7.1 Bostadsmarknadsläget i kommunerna 1997–2002.

	Procent av kommunerna						Antal kommun.	
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2001	2002
Brist	6	7	11	16	21	27	61	77
Balans	23	19	22	22	22	25	62	72
Överskott	68	70	64	62	55	47	159	137
Ej svar	2	4	3	1	2	1	7	3

Källa: BME 2002.

De allra flesta kommuner med bostadsbrist ligger i Stockholms, Västra Götalands och Skåne län. Mer än hälften av landets befolkning bor i den fjärdedel av landets kommuner som anger bostadsbrist. Den produktion av bostäder som förväntas komma till stånd under 2002–2003 är på de orter som uppger att de har bostadsbrist. Detta innebär inte att det kommer att byggas tillräckligt med bostäder på de orter där behovet är stort. I två tredjedelar av de kommuner som anger brist på bostäder anser man att det skulle behöva byggas fler bostäder än vad de bedömer kommer att kunna påbörjas under de närmaste åren. De orsaker som anges till att inte fler byggs är i första hand att produktionskostnaderna är för höga men också att det är brist på exploateringsbar mark, bristande planberedskap eller hinder på grund av överklaganden. I

förortskommuner uppges ofta att de inte vill växa mer för tillfället för att undvika följdinvesteringar inom t.ex. skola och barnomsorg. Skr. 2002/03:102

De kommuner som anger ett överskott på bostäder motsvarar nästan hälften av landets kommuner medan endast en knapp fjärdedel av landets befolkning är bosatta där. Antalet tomma lägenheter har minskat totalt i landet, enligt SCB:s mätningar. Trots minskningen så har många kommuner fortfarande betydande problem med tomma lägenheter

På orter med bostadsbrist är det ofta ungdomar och studenter som uppges ha svårast att få tag på en bostad. Pensionärer som vill flytta till en mindre bostad kan ofta ha svårigheter att finna en sådan bostad som också uppfyller behovet av tillgänglighet och service.

Kommunala bostadsföretag

I landet finns ca 300 kommunala bostadsföretag med omkring 850 000 lägenheter. De kommunala bostadsföretagen har en central funktion att fylla på den svenska bostadsmarknaden. De är, och har varit, en viktig förutsättning för att kommunerna skall kunna fullgöra de uppgifter inom bostadsförsörjningen som är grunden för nuvarande ansvarsfördelning inom bostadspolitiken. Staten har dessutom ett särskilt intresse av de kommunala bostadsföretagen, eftersom tillämpningen av hyreslagens bruksvärdessystem förutsätter att det finns ett allmännyttigt bostadsbestånd som jämförelsenorm. Staten har även ett intresse i att de betydande ekonomiska resurser som under årens lopp tillförts de kommunala bostadsföretagen inte genom olika transaktioner överförs till annan kommunal verksamhet utan behålls inom bostadsförsörjningen.

Tabell 7.2 Typ av köpare av kommunägda lägenheter som såldes 2001 och som planeras säljas 2002-2003.

	Genomförda 2001			Planerade 2002-2003		
	antal fall	antal lgh	% av lgh	antal fall	antal lgh	% av lgh
<i>Till de boende för omvandling:</i> till kooperativ	0	0	0	2	2150	24
till bostadsrätt	6	7030	44	7	1060	12
till egnahem	19	280	2	11	230	3
Till annat kommunalt bostadsföretag	4	1330	8	1	400	4
Till privat ägare/företag, för uthyrning	42	6130	39	23	4270	48
Till privat för omvandling fritidsbostad	10	480	3	13	540	6
Till privat för omvandl. ej bostad	14	150	1	2	20	0
Till annan köpare/ej svar	12	460	3	5	240	3
Totalt	107	15860	100	64	8910	100

Sedan 1995 har det totala beståndet i kommunägda allmännyttiga bostadsföretag successivt minskat med mer än 85 000 lägenheter. Ca 20 000 lägenheter har rivits sedan 1996 och 48 000 lägenheter har sålts under perioden 1999–2001. Åtta kommuner saknar kommunala bostadsföretag. Antalet kommuner som uppger att de planerar att sälja delar av sitt allmännyttiga bostadsföretag har minskat sedan tidigare. I 25 kommuner anges de kommunala bostadsföretagen planera inköp av lägenheter under 2002–2003. Det rör sig sammanlagt om 3 260 lägenheter. I en del fall är det samma kommuner som också säljer bostäder.

Bostadsförmedling

Tendenser till ett ökat engagemang för bostadsförsörjningsfrågorna syns bland kommunerna. Allt fler kommuner uppger att de arbetar aktivt med bostadsförsörjningsfrågor. Sedan förra året är det fler kommuner som anger att de arbetar med särskilda bostadsförsörjningsprogram eller motsvarande, 17 procent mot endast 10 procent året innan. Fler kommuner anger att de behandlar bostadsfrågorna i översiktsplanen eller annan strategisk plan.

Enligt lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar skall kommunerna ta fram riktlinjer för bostadsförsörjningen och dessa skall sedan fastställas av kommunfullmäktige. För 2001 uppgav var femte kommun att de har sådana riktlinjer, jämfört med var tionde året innan. Vid en närmare granskning visar det sig att många av riktlinjerna beslutades för ganska många år sedan. Räknar man endast dem som fastställt riktlinjer 2000 eller senare så handlar det endast om 13 procent av kommunerna.

De allra flesta kommuner saknar helt någon form av samordnad förmedling av bostäder. År 2002 uppgav endast 9 kommuner att de har en kommunal bostadsförmedling enligt definitionen att den inrättats av kommunen och kommunen beslutar om mål och riktlinjer för verksamheten. Tre av dem har utnyttjat möjligheten att ta ut en köavgift varierande mellan 100 och 325 kronor per år. I några kommuner uppges någon annan typ av förmedling finnas för förmedling av bostäder, t.ex. internetbaserade tjänster, enstaka privata förmedlingar eller frivillig samverkan mellan privata fastighetsägare.

Trots att endast några få kommuner har en kommunal bostadsförmedling så är det allt fler kommuner som uppger att de erbjuder viss service till de bostadssökande. Mer än hälften av kommunerna anger att de erbjuder information eller rådgivning till bostadssökande. Likaså är det många kommuner som anger att de hjälper till med en lista över lokala fastighetsägare med telefonnummer. Det är endast 16 procent av alla kommuner som uppger att de inte ger någon service alls till bostadssökande.

Bostäder för särskilda behov

Vid mitten av 1990-talet kunde ungefär hälften av kommunerna erbjuda förtur till bostad för särskilt angelägna fall, 2002 var det endast ca 35

procent som kunde göra det. I de fall förtur kan ordnas är det framför allt av sociala och medicinska skäl, i en del kommuner även till personer som fått arbete i kommunen och som då behöver flytta dit. Ekonomiska skäl och trångboddhet förekommer men är mindre vanligt som förtursgrund.

Tabell 7.3 Andel kommuner som har förturssystem 1996–2002.

År	Procent av kommunerna	År	Procent av kommunerna
1996	49	2000	35
1997	42	2001	37
1998	39	2002	35
1999	37		

Källa: BME 2002.

I bostadsmarknadsenkäten uppger över hälften av kommunerna att de bedömer att det finns behov av fortsatt utbyggnad av bostäder i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade och i fyra av tio kommuner uppger de att det är svårt för ungdomar att få tag i bostäder på den lokala bostadsmarknaden samt på hälften av högskoleorterna är det svårt för studenterna att finna bostäder.

Vissa särskilt utsatta grupper på bostadsmarknaden, t.ex. personer som blivit vräkta på grund av störande beteende eller som har hyresskulder eller betalningsanmärkningar, saknar möjlighet att få en bostad utan någon form av garantier eller utfästelser från kommunens sida. De flesta kommuner arbetar med någon typ av speciella kontraktsformer för att kunna erbjuda en bostad till hushåll som inte blir godkända som hyresgäster på den öppna bostadsmarknaden. I ca en tredjedel av kommunerna uppges dock ett behov av fler bostäder att anvisa till personer som inte kan få ett eget förstahandskontrakt på den ordinarie bostadsmarknaden.

I merparten av de 34 kommuner som har avtal med Integrationsverket, anges problem med att få fram bostäder till flyktinghushållen. Svårigheterna beror på för få lediga lägenheter men också svårigheter med att få fram tillräckligt stora lägenheter för vissa av dessa hushåll.

Kostnader och prestationer

De kommunägda företagens resultat varierar naturligtvis med anledning av dels de lokala marknadsförutsättningarna men också beroende på företagets storlek och beståndens sammansättning av hustyper och ålder. Enligt sammanställning från SABO, de allmännyttiga bostadsföretagens branschorganisation, var det genomsnittliga resultatet 2001 efter finansnetto 121 kronor per kvadratmeter.

Tabell: 7.4 SABO-företagens resultat efter finansnetto 1996-2001

År	kr/kvm	År	kr/kvm
1996	59	1999	35
1997	47	2000	75
1998	33	2001	121

Källa:SABO.

Finansdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 3 april 2003

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Winberg, Ulvskog, Sahlin, Östros, Messing, Engqvist, Lövdén, Ringholm, Bodström, Karlsson J. O., Sommestad, Karlsson H., Nykvist, Lund, Andnor, Nuder, Johansson, Hallengren, Björklund

Föredragande: statsrådet Lövdén

Regeringen beslutar skrivelse 2002/03:102 Utvecklingen inom den kommunala sektorn