

# Individ- och familjeomsorgen

## - lägesrapport 2003

Eva Bergström och Ann-Britt Thulin

Individ- och familjeomsorgens verksamhetsområde omfattar socialt arbete som bedrivs enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och föräldrabalken (FB), i kommunens egen regi eller med kommunal finansiering. Det är vanligen organisatoriskt skilt från äldreomsorg och handikappomsorg, liksom från kommunalt socialt arbete som bedrivs utanför socialtjänsten, t.ex. inom skolan.

Eva Bergström, Ann-Britt Thulin, Individ- och familjeenheten, Socialstyrelsen, Eva Bergström, eva.bergstrom@sos.se, tel 08 - 555 532 10 Ann-Britt Thulin, ann-britt.thulin@sos.se, tel 08 - 555 532 95

### Uppgifter och omfattning

Mer än en halv miljon människor i olika åldrar och med skilda behov har årligen kontakt med någon enhet inom individ- och familjeomsorgen (IFO). En majoritet är unga vuxna och familjer med tillfälliga bekymmer, ekonomiska svårigheter eller samlevnadsproblem. Andra lever i mer utsatta situationer. Här finner vi barn och ungdomar som får illa och gör illa, föräldrar som inte förmår fungera som föräldrar, människor med svåra alkohol- och narkotikaproblem – ofta förenade med psykiska svårigheter – våldsutsatta kvinnor, prostituerade, hemlösa, etc. Många behöver samordnad rehabilitering, skydd mot vanvård, våld och övergrepp eller hjälp med missbruk och andra självdestruktiva beteenden.

Genom IFO får de råd, stöd och service samt ekonomiskt och annat bistånd, såsom

kontaktfamilj, behandling i öppna former, boendestöd, heldygnsvård i familjehem eller på behandlingshem. Beslutade biståndsatser registreras, men informationen om hur många personer som får bistånd eller avslag går inte att utläsa i den nationella statistiken då många uppgifter bygger på mängdstatistik och inte på personuppgifter. Det saknas också uppgifter om hur många som får service, rådgivning och stöd utan formellt beslut om bistånd.

Närmare 237 000 hushåll (ca 434 000 personer) får ekonomiskt bistånd en eller flera månader under ett år. En tredjedel är barn under 18 år. Omkring 45 000 – 50 000 barn och unga får årligen vård utanför det egna hemmet eller insatser i öppna former. Mer än 20 000 vuxna med missbruksproblem och 10 000 vuxna med andra psykiska och sociala problem får vård eller annan insats genom

socialtjänsten. Familjerätten genomförde år 2002 samarbetsamtal som omfattade drygt 20 000 barn, medverkade till mer än 4000 bindande avtal kring vårdnad, boende och umgänge mellan föräldrar, medverkade vid fastställande av faderskap för mer än 50 000 barn och gjorde närmare 2000 adoptionsutredningar. De kommunala familjerådgivarna har också kontakt med ett stort antal familjer.

De sociala problemen är ojämnt fördelade. Koncentrationen av människor med många svåra problem är starkast i de tre storstäderna, vissa förortskommuner och andra större städer. Men också där finns det stora skillnader till följd av boendesegregationen. I socioekonomiskt utsatta områden, som ofta karaktäriseras av en stor kulturell mångfald och låg andel svenskfödda, ställs IFO inför särskilt stora utmaningar. Den 1 november 2002 fanns drygt 19 500 anställningar inom IFO i landet varav drygt 9 000 socialsekreterare.

### **Kostnader**

Kommunernas samlade kostnader 2002 för individ- och familjeomsorgen uppgick till 25 miljarder kronor. Det innebär en kostnadsminskning med knappt fem procent, eller 1,2 miljarder under perioden 1998–2002. Kommunerna har särskilt tydligt prioriterat barn- och ungdomsvård i sina ekonomiska satsningar. Av 3,2 miljarder i minskade kostnader för ekonomiskt bistånd har 1,8 miljarder omfördelats till barn- och ungdomsvård och 0,3 till övrig vuxenvård. Missbrukarvården har däremot inte fått något tillskott, utan i stället minskats med 0,2 miljarder under perioden.

Tittar vi på utvecklingen inom IFO från 1995 till 2002 framstår förändringarna ännu tydligare. Sedan 1995 har kostnaderna för missbrukarvården skurits ned med drygt en

miljard kr, dvs med en femtedel. När kostnaderna för ekonomiskt bistånd ökade nedprioriterades missbrukarvården som mest, samtidigt som satsningen på barn och unga inleddes. (fig. 1.)

### **Nationella mål och strategier**

Inom IFO:s område har en rad nationella mål och strategier antagits inom specifika områden, t ex när det gäller kvinnofrid, alkohol- och narkotikabekämpning, reduktion av behovet av ekonomiskt bistånd etc. I lägesrapporten 2003 har vi valt att särskilt lyfta fram Sveriges handlingsplan mot fattigdom och social utestängning då det övergripande målet i denna handlingsplan i hög utsträckning berör de grupper som IFO arbetar med.

Medlemsstaterna i EU har nationella handlingsplaner för 2003–2005, bl.a. med mål för att till 2010 väsentligt reducera antalet personer som riskerar fattigdom och social utestängning, lyfta fram genderperspektivet samt tydligt fokusera på risken för fattigdom och social utestängning för invandrare.

De EU-gemensamma målen är att:

- underlätta deltagande i sysselsättning och allas tillgång till resurser och tjänster,
- förebygga risken för utestängning,
- hjälpa de mest utsatta,
- mobilisera samtliga aktörer.

### **Behov och insatser**

Närmare sex procent av hushållen (237 000 hushåll) fick ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning någon gång under 2002 – en minskning med sex procent från 2001. Även det långvariga biståndet minskar, men i långsammare takt. Trots en avsevärd minskning fick 23 procent av alla ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under året. Bland utrikes födda (18 år och äldre) var hela tolv procent biståndsmot-

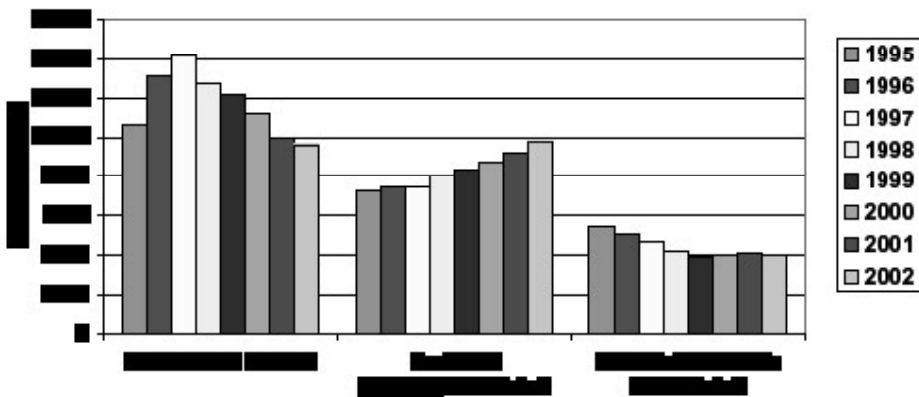


Fig. 1. Diagrammet redovisar kostnadsutvecklingen i riket i 2002 års prisnivå för de olika verksamhetsområdena.

tagare jämfört med två procent bland inrikes födda. Många av biståndsmottagarna är unga, 37 procent av de unga vuxna var 18-29 år.

Såväl öppna insatser som familjehemsvård och institutionsvård av barn och unga följer en uppåtgående trend. Den 1 november 2002 hade ungefär 28 600 barn och ungdomar (13 per 1 000 i befolkningen) öppenvårdsinsatser och 14 900 (7 per 1 000 i befolkningen) heldygnsinsatser. Det är framför allt de strukturerade öppenvårdsprogrammen som ökat sedan föregående år. För att möta behov bland barn och unga och deras familjer pågår en positiv utveckling med att bygga upp alternativa verksamheter, med ett ökat service- eller medborgarperspektiv. Vissa verksamheter är öppna och tillgängliga för alla utan behovsprövning, andra är öppna och tillgängliga utan prövning under en tidsbegränsad period.

Trots kraftigt ökade behov fortsätter nedskärningarna inom missbrukarvården. Både

antalet institutionsvårdade och beslutade öppenvårdsinsatser minskar. Den frivilliga institutionsvården minskade med tio procent år 2002 jämfört med 2001. Antalet personer som fick sådan vård sjönk med fyra procent och den genomsnittliga vårdtiden sjönk samtidigt med fem dygn per vårdtillfälle (87 vårdtygn år 2002). Den 1 november 2002 fanns nästan 3 700 personer i heldygnsvård. Över 80 procent var inskrivna i frivillig institutionsvård. Åtta procent fanns i frivillig familjehemsvård och knappt åtta procent vårdades enligt LVM, huvudsakligen på institutioner för tvångsvård. Brist på avgiftsplatser, psykiatrisk vård, eftervård och samordning är allvarliga hinder för rehabilitering. Den 1 november 2002 fick drygt 5 900 personer med missbruksproblem bistånd som avsåg boende, en ökning med fem procent jämfört med året innan.

På kvinnofridsområdet sker en fortsatt positiv utveckling, specifika grupper av

våldsutsatta kvinnor uppmärksammas, personalens kompetens utvecklas och länsövergripande samverkansgrupper bildas.

Utvecklingen innehåller således både positiva och negativa aspekter. Positivt är människors minskade ekonomiska utsatthet och prioriteringen av barn och unga i samhället, inte minst inom skolan. Samtidigt har det kraftigt ökade missbruket, särskilt bland barn och unga vuxna, ökat behoven av socialtjänstens insatser. Ökade behov och stigande efterfrågan är en följd både av att antalet människor med missbruksproblem blivit fler och att fler har svåra missbruksproblem och komplexa livssituationer. Många har en kombination av allvarliga medicinska, personlighetsmässiga och sociala svårigheter, såsom psykiska problem och svårigheter att få och behålla en egen bostad.

Utöver ökade behov inom IFO:s ”traditionella” områden (ekonomiskt bistånd, missbruk, barn och ungdom) har också ”nya” grupper med delvis andra problem och svårigheter uppmärksammats såsom kvinnlig könsstympning, flickor i familjer med starkt patriarkala värderingar, ”trafficking”, gruppvåldtäkter, unga förövare, sexuell exploatering av barn, flyktingbarn som kommer ensamma, gängvåld, brottsoffer och deras anhöriga.

Sammantaget har höjda ambitioner och utvecklingen på behovssidan, med såväl mer omfattande som fördjupade och nya problem, ökat kraven på socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

### Vart är IFO på väg?

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

*Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004*

allvarliga brister.

Utbudet av öppna insatser – såväl behovsprövade öppenvårdprogram som fritt tillgängliga alternativ – har förstärkts för att möta behov bland barn och unga och deras familjer. Statens satsningar på tidiga insatser, bl.a. via länsstyrelserna, har varit viktiga för denna utveckling. Den förbättrade öppenvården kan också ha bidragit till att förebygga placeringar av yngre tonåringar i familjehem och på institution. För äldre ungdomar (18–20 år) har placeringarna ökat kraftigt. Under de senaste tio åren har socialtjänsten fått ansvar för allt fler omhändertagna barn och ungdomar.

### Aktuella utmaningar och trender

Ett starkt ekonomiskt tryck skapar krav att få ut mer för de begränsade kommunala medlen. Inom IFO framträder allt tydligare strategier för att minimera dyr institutionsvård och i stället skapa resurser på hemmaplan, för att söka partnerskap och samla resurser inom kommunen/regionen samt för att prioritera mellan olika utsatta grupper. Rättighetslagstiftning (LSS, rätten till försörjningsstöd enligt riksnormen m.m.) ges också tydligare företräde framför skyldighetslagstiftning. De sjunkande kostnaderna för ekonomiskt bistånd har skapat ett visst utrymme för omprioritering inom IFO. En tydlig trend är upprioriteringen av barn och ungdom samt den förhållandevis låga prioriteringen av människor med svåra missbruksproblem.

Det tycks vidare finnas en trend mot ökad specialisering, med såväl ekonomiska som ideologiska motiv. Flera större kommuner med en decentraliserad organisation har centraliserat beslutsfunktioner och verksamheter. Andra har avskaffat socialnämnden och centraliserat ansvaret till kommunstyrelsen. En del slår samman flera facknämnder (t.ex. socialnämnd och arbetsmarknadsnämnd).

153

För IFO:s del möjliggör centraliseringen en ökad specialisering på bestämda målgrupper och metoder. Större kommuner avdelar speciella resurser och kompetens att möta särskilda behov. Här kan man se en nära växelverkan med utvecklingen mot ökad professionalisering av socialt arbete. Kanske kan man tala om en kunskapstrend, där kvalitetsarbete och kunskapsutveckling börjar få en alltmer central plats i kommunernas sociala verksamheter samtidigt som antalet socialarbetare med magisterutbildning och andra vidareutbildningar ökar.

Mindre kommuner har självklart betydligt sämre förutsättningar än större kommuner att erbjuda ett brett utbud av specialiserade insatser på hemmaplan och att ha spetskompetens i frågor som förekommer sällan. Samtidigt har behov och efterfrågan på detta ökat. Mindre kommuners strategi att möta den här situationen tycks handla om att gå samman i nätverk med andra kommuner och ibland i mer formaliserat partnerskap kring gemensamma projekt, gemensam verksamhet samt gemensam FoU-enhet för mer av gemensamt vetenskapligt stöd att utveckla, följa upp och utvärdera, gemensam fort- och vidareutbildning etc.

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

En tredje tendens är svårigheten att rekrytera och behålla erfaren personal. Allvarliga personalförsörjningsproblem är en realitet i både stora och små kommuner. I glesbygden tycks rekryteringsproblemen dominera medan hög personalomsättning tycks vara det dominerande problemet i större städer och i

tungt belastade förortskommuner.

Konkreta försök att förbättra personalförsörjningssituationen handlar om introduktion, vägledning, mentorskap och ledarskapsutveckling.

### **Dags att samla resurserna - samgåendets väg**

En fråga Socialstyrelsen vill ställa inför den fortsatta utvecklingen av socialtjänstens arbete med människor som behöver råd, stöd, service och vård handlar om organiseringen av det kommunala sociala arbetet. Vad är bäst för medborgare i utsatta situationer och med hänsyn till samhällsekonomin? Vilken är den mest ändamålsenliga organiseringen av socialt arbete för att möta ökade behov av stöd och hjälp? Vad krävs för att också mindre kommuner ska kunna upprätthålla rätt och tillräcklig kompetens?

IFO bär i stor utsträckning kommunens yttersta ansvar enligt socialtjänstlagen för att var och en får stöd och hjälp efter behov, även om andra huvudmän inte lever upp till sina sektorsansvar. Kommunen har särskilt starka skäl att verka för samordning mellan olika myndigheter och vårdgivare. Skälen gäller på försörjningsområdet lika väl som på missbrukarvårdens och barn- och familjevårdens verksamhetsfält. Staten har också underlättat för organisationer att gå samman, bl a genom Lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet som ger kommuner och landsting ökade möjligheter att samverka och Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting. Socialnämndens särskilda skyldighet att samverka med andra samhällsorgan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa är ytterligare en markering i denna riktning.

Resultatet av IFO:s och andra aktörers

*Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004*

samlade insatser för att människor med försörjningsproblem ska bli oberoende av ekonomiskt bistånd är positiva, men långt ifrån tillräckliga. Majoriteten av de kvarvarande långvariga biståndsmottagarna har stora behov av samordnade insatser och rehabilitering. Ett närmare samgående mellan kommuner, försäkringskassa och arbetsförmedling är nödvändigt för en fortsatt positiv utveckling.

IFO:s och skolans insatser för barn och ungdomar börjar ge anledning till försiktig optimism. Samtidigt som alkohol- och droganvändningen bland unga oroar starkt och den psykiska hälsan möjligen försämras har såväl statens som kommunernas utökade satsningar börjat ge vissa resultat. Inom IFO handlar det om kvalitetsförbättringar utifrån ett starkare barnperspektiv. Utökade resurser och den ekonomiska nödvändigheten att utveckla goda alternativ till dyr institutionsvård har öppnat möjligheter för kompetensutveckling, bättre och mer systematiska utredningar och ett bredare utbud av insatser i hemkommunerna, t.ex. grupper för barn i riskfamiljer, strukturerade öppenvårdsprogram för ungdomar, utredningslägenheter och ett ökat intresse för uppföljning och utvärdering. Ofta har dessa verksamheter bedrivits i projektform vid sidan om ett mer traditionellt arbete. En del kommuner har satsat på samordnade organisatoriska lösningar och mer permanenta verksamheter, såsom familjecentraler med ett samlat utbud av barnhälsovård, öppen förskola och social barnavård. Som alternativ till socialkontoret finner oroliga föräldrar det vanligen lättare att ta kontakt med t.ex. familjecentralen, skolkuratoren eller specialpedagogen när de har behov av hjälp med barnen eller stöd i föräldrarollen. Också för barn och ungdomar borde det vara en fördel om det stöd de behöver kunde erbjudas genom den organisa-

tion de tillhör, dvs förskolan/skolan där de tillbringar vardagen.

Resultaten av IFO:s och andra aktörers samlade insatser för att begränsa missbruksutvecklingens negativa konsekvenser och öka människors tillgång till vård och stöd efter behov är klart otillräckliga. Statens satsningar på förebyggande och kunskapsutvecklande aktiviteter m.m. ger incitament till vissa förbättringar. Men i relation till den fortsatta missbruksutvecklingen och de stora bristerna i missbrukarvården som helhet är de positiva effekterna ännu marginella. Ett närmare samgående mellan hälso- och sjukvårdens resurser för avgiftning och psykiatrisk behandling och socialtjänstens resurser för utredning, behandling och stöd framstår som nödvändigt både med hänsyn till missbrukarnas alltmer sammansatta behov och de ökade kraven på effektivt resursutnyttjande. Beroendeheter som drivs gemensamt av landsting och kommun kan ses som viktiga steg mot en sådan samordning.

Än så länge framstår dock IFO:s nyare verksamheter som bräckliga. Inför varje nytt krav på omprioritering eller ekonomisk åtstramning löper de risk att raseras. Varje sektor gör sin egen sparplan och ifrågasätter all verksamhet som till synes ligger vid sidan av den s.k. kärnverksamheten. Gränsöverskridande samverkan, t.ex. mellan skola, socialtjänst och skolhälsovård, är sannolikt det mest ändamålsenliga för alla berörda och det mest kostnadseffektiva för kommunen på lite längre sikt. Idag finns betydande variationer i organiseringen av kommunernas sociala arbete. Nu behövs en mer samlad kunskap om erfarenheter av olika organisatoriska val och hur attraktiva sociala stödinsatser kan förenas med ett rättssäkert skydd för utsatta barn- ungdomar och för vuxna med missbruksproblem.