

Institutionsvård, incitament och information

– en ESO-rapport
om placering av
ungdomar med
sociala problem

EN RAPPORT TILL EXPERTGRUPPEN FÖR
STUDIER I OFFENTLIG EKONOMI (ESO)

2014:8

eso



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem

Erik Lindqvist

*Rapport till
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
2014:8*



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Rapportserien kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Beställningsadress:

Fritzes kundtjänst

106 47 Stockholm

Orderfax: 08-598 191 91

Ordertel: 08-598 191 90

E-post: order.fritzes@nj.se

Internet: www.fritzes.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2014

ISBN 978-91-38-24182-0

Förord

Under de senaste decennierna har andelen offentligt finansierad verksamhet som utförs i privat regi ökat tydligt. Utvecklingen har bl.a. motiverats med att verksamheterna kan drivas mer effektivt i enskild regi. Inom vissa områden väntas också förekomsten av privata alternativ och konkurrensutsättning leda till ökad effektivitet i de verksamheter som kvarstår i offentlig regi.

Privatiseringsgraden varierar emellertid mycket mellan olika områden. Nationalekonomisk forskning talar för privatisering och konkurrensutsättning av enklare tjänster där det är lätt att bedöma kvalitet, men manar till större försiktighet med mer komplicerade tjänster. Ett exempel på en relativt komplicerad tjänst som ofta utförs i enskild regi är institutionsvård av unga. När det är svårt att bedöma kvalitet och resultat blir det särskilt angeläget att diskutera möjligheterna till effektiv kontroll.

I denna rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) analyserar Erik Lindqvist förutsättningarna för privata driftsformer i ungdomsvården - s.k. hem för vård eller boende (HVB). De kommunala socialtjänsterna placerar varje år ca 4 000 – 5 000 unga i HVB. En övervägande majoritet av dessa placeringar sker hos privata vårdgivare. HVB-placeringar är långtgående offentliga åtgärder som innebär ett stort samhälleligt ansvar. Samtidigt är det ofta svårt att bedöma de närmare vårdbehoven och det finns mycket begränsade kunskaper om olika vårdformers effektivitet.

Författarens centrala slutsats är att de kommunala socialtjänsterna ofta saknar väsentliga delar av den information som behövs för att korrekt kunna värdera verksamheternas kvalitet och resultat.

För att åtgärda de brister som uppmärksammas i rapporten föreslår författaren att ett heltäckande register för HVB-placeringar ska införas. Ett sådant register saknas i dag och skulle innebära att kvaliteten hos olika HVB och behandlingsmetoder kan utvärderas och följas över tid. Det finns alltid risker med att samla känsliga personuppgifter i register men författaren menar att

riskerna i detta fall kan hanteras, och att den samhälleliga nyttan av ett register vida skulle överstiga kostnaden för såväl samhälle som individ.

Arbetet med denna rapport har följts av en referensgrupp bestående av personer med god insikt i dessa frågor. Gruppen har letts av Robert Erikson, ledamot i ESO:s styrelse. Som vanligt i ESO-sammanhang har författaren själv ansvar för slutsatser och förslag i rapporten. Det är min förhoppning att rapporten ska ge en bra grund för den fortsatta diskussionen om privat utförda välfärdstjänster i allmänhet och ungdomsvård i synnerhet.

Stockholm i oktober 2014

Hans Lindblad
Ordförande i ESO

Författarens förord

Jag är tacksam för många värdefulla synpunkter från referensgruppen (Annika Asplind, Paula Blomqvist, Robert Eriksson, Staffan Höjer, Marianne Krook, Marie Sallnäs och Gunilla Westerdahl). Ett särskilt tack till Annika Asplind. Tack även till Hillevi Rydh och Katarina Munier på Socialstyrelsen samt Annica Blomsten, Kjerstin Bergman och Birgitta Svensson på SKL som generöst tagit sig tid att svara på mina frågor. Jag ansvarar naturligtvis själv för eventuella felaktigheter i rapporten.

Erik Lindqvist

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	13
1 Inledning	19
1.1 Avgränsning	21
2 Bakgrund	23
2.1 Institutionsvårdens historik	23
2.2 Institutionella förhållanden.....	24
3 Kontraktproblem i institutionsvård av ungdomar	31
3.1 Ekonomiska incitament och nationalekonomisk teori.....	32
3.2 Kontrakt i institutionsvården.....	38
4 Empirisk analys	51
4.1 Data.....	51
4.2 Selektion till offentliga och privata HVB	52
4.3 Resultat.....	55
4.4 Relevans för dagens situation.....	65

5	Förslag om heltäckande kvalitetsregister över vård utanför hemmet.....	69
5.1	Nuvarande register över dygnsvården.....	70
5.2	Brister med nuvarande register.....	72
5.3	Kvalitetsregister: Förslaget i korthet	73
5.4	Implementering	77
5.5	Vad kan registret användas till?	80
5.6	Legala aspekter och personlig integritet	91
5.7	Register som en investering.....	94
5.8	Utöka registret med uppgifter från HVB?	98
5.9	Register bara över vård av ungdomar med sociala problem?	99
6	Slutsatser	101
	Referenser	105

Sammanfattning

Varje år placeras i Sverige omkring 8 000 ungdomar i *Hem för vård eller boende* (HVB). Majoriteten av dessa placeras på grund av egna beteendeproblem, t.ex. missbruk eller kriminalitet. En växande andel placeringar utgörs också av ensamkommande flyktingbarn. Det är kommunernas socialtjänst som beslutar om vilka barn eller tonåringar som ska placeras på ett HVB. Kommunerna agerar därmed som köpare på marknaden för institutionsvård. Ansvaret för tillsyn över vård i HVB ligger sedan den 1 juni 2013 hos en ny myndighet, Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Syftet med rapporten är att diskutera förutsättningarna för att skriva och genomdriva kontrakt mellan kommunernas socialtjänst och HVB. Det teoretiska perspektivet ges i huvudsak av national-ekonomisk kontraktsteori. Rapporten fokuserar på fyra kontraktproblem.

Det första problemet är att det inom institutionsvården, liksom för många andra vårdtjänster, är svårt att specificera vad som utgör bra kvalitet och att sedan koppla detta till mätbara mål (Forkby och Höjer, 2008; SKL, 2010). Enligt ekonomisk teori innebär detta en risk för att varken privata eller offentliga HVB anstränger sig tillräckligt mycket för att förbättra verksamhetens kvalitet.

Det andra kontraktproblemet är att de vårdande institutionerna, efter att de vårdat ungdomar en viss tid, vet mer än socialtjänsten om ungdomarnas vårdbehov. Ungdomsvård är därmed vad ekonomer kallar för en *trovärdighetsvara* – en tjänst där köparen måste lita till säljarens expertis. Institutionernas informationsövertag ger utrymme för föreståndare att överdriva eller underdriva ungdomarnas behov av fortsatt vård. Eftersom institutionerna får betalt per vård dygn har framför allt privata HVB incitament att överdriva vårdbehovet, i syfte att förlänga vårdtiderna. I en rapport baserad på data från Vinnerljung et al. (2001) över ungdomar som placerades i vård under tidigt 1990-tal,

argumenterar jag (Lindqvist, 2008) för att denna skillnad i ekonomiska incitament kan förklara varför den genomsnittliga vårdtiden var mer än dubbelt så lång i privata som i offentliga HVB.

Det tredje kontraktsproblemet är att socialtjänsten har relativt svaga incitament att agera kraftfullt i egenskap av köpare av vård, samt att planera vården. Svaga ekonomiska incitament behöver inte betyda att man från socialtjänstens sida inte bryr sig om utfallet av vården: sociala normer, professionell etik och en genuin vilja att hjälpa de ungdomar som placeras i vård spelar rimligtvis stor roll för hur socialtjänsten agerar. Likväl finns viss evidens för att socialtjänsten – åtminstone historiskt – ställt få krav på kvaliteten i ungdomsvården (Riksrevisionsverket, 2002; Sallnäs, 2005) och att man brister i att följa upp resultatet av de insatser som görs (SKL, 2012).

De tre första kontraktsproblemen fokuserar på hur olika aktörer kan ha intressen som inte överensstämmer med det samhälleligt optimala. Det finns dock ett fjärde kontraktsproblem som inte är relaterat till incitament och ansvarsutkrävande: bristen på kunskap om effekten av olika typer av insatser (Vinnerljung et al., 2001; Forkby och Höjer, 2008; SKL, 2010). Problemet är alltså att varken socialtjänsten eller personalen på HVB vet vilka former av insatser som resulterar i bra utfall för de barn och ungdomar som placeras. En viktig orsak till kunskapsbristen inom detta område är att det av etiska och praktiska skäl är svårt att genomföra randomiserade experiment där ungdomar slumpas mellan olika typer av insatser.

Vad kan då göras konkret för att institutionsvården ska fungera bättre? I rapporten lyfter jag fram behovet av att skapa ett heltäckande register för dygnsvården.¹ Ett sådant register kan bland annat användas för att bättre mäta kvaliteten hos olika HVB, övervaka utvecklingen avseende vårdtider, och i förlängningen bidra till utvecklingen mot en mer evidensbaserad socialtjänst.

¹ Ett liknande förslag har tidigare lyfts fram av SKL (2010, s. 59), som skriver att: "Ett alternativ [till kommunernas uppföljning] skulle vara att Socialstyrelsen byggde ut HVB-registret till att bli ett register för den samlade kunskapen om HVB. En struktur där de tre ansvariga parterna bidrog med sina respektive delar [...] skulle där kunna skapas. Om kommunernas uppföljningar och Socialstyrelsens resultatinsamling och tillsynsrapporter samt utförarnas utvärderingar samlades i det nationella HVB-registret skulle registret kunna användas som ett led i att evidensbasera socialtjänstens arbete." SKL:s förslag innebär alltså att även uppgifter från respektive HVB skulle ingå i registret, vilket är något som enbart diskuteras kortfattat i denna rapport. Skälet är dock inte att jag inte anser att det skulle vara önskvärt att komplettera ett register med uppgifter från HVB, utan att det förefaller naturligt att börja uppbyggnaden av ett register med att slå samman de uppgifter som redan finns i register hos myndigheter och kommuner.

I dagsläget finns två olika nationella register med information om vård av ungdomar på HVB. Det första, *HVB-registret*, administreras av IVO och innehåller information om i Sverige verksamma HVB, men saknar information om vilka ungdomar som vårdas på respektive institution. *Registret över insatser för barn och unga* administreras av Socialstyrelsen med hjälp av SCB. Registret innehåller grundläggande uppgifter om de ungdomar som placeras på HVB och annan dygnsvård, men saknar dock information om ungdomarnas bakgrund och vilken institution de placeras på. Samtidigt finns i kommunernas ärendehanteringssystem många uppgifter om de ungdomar som placeras på HVB. Denna information sparas dock i dagsläget inte på ett sätt som gör att den kan användas för uppföljning på aggregerad nivå. Det pågår även ett mellankommunalt samarbete ("UBU-projektet") där omkring 25 kommuner bygger upp en fristående databas som möjliggör för socialtjänsterna att utbyta erfarenheter om kvaliteten hos olika HVB.

Den information om vård i HVB som samlas in i dag är alltså utspridd på flera olika register och aktörer. Utgångspunkten för förslaget att skapa ett heltäckande register är att värdet av den information som i dag samlas in skulle bli större om den också sammanställdes i ett enda nationellt register. Konkret kan ett sådant register åstadkommas genom att man under Socialstyrelsens eller IVO:s försorg slår samman HVB-registret med Registret över insatser för barn och unga. Detta register kan sedan kompletteras med mer detaljerad information om ungdomarnas bakgrund, samt med erfarenheter av avslutade placeringar från kommunernas ärendehanteringssystem.²

Nedan följer några exempel på hur registret kan användas, bland annat för att i viss mån avhjälpa de fyra kontraktsproblem som diskuterats ovan:

- Uppgifter om den av socialtjänsten och de placerade ungdomarna **upplevda kvaliteten** hos olika HVB kan samlas i registret. Denna information kan sedan sammanställas per HVB och göras tillgänglig för socialtjänsterna via en utdataportal på samma sätt som i dag sker inom UBU-projektet. På detta sätt kan socialtjänsterna få mer exakt information om

² Förslaget att utöka registret över insatser för vård av barn och unga med uppgifter om ungdomarnas bakgrund har tidigare lagts fram av Socialstyrelsen (2009b; 2012) som argumenterar för att registret över insatser för barn och unga bör utökas med bland annat information om skäl till insats och öppenvårdsinsatser.

kvaliteten i varje enskilt HVB än om de enbart utgår från sina egna erfarenheter. Information om upplevd kvalitet hos olika HVB kan sedan användas av socialtjänsterna vid upphandling eller vid beslut om förlängning av avtalsperioder. På detta sätt stärks incitamenten för HVB att satsa på kvalitet.

- Uppgifter om **utfall** av vården under och efter en placering (t.ex. vårdssammanbrott eller brottslighet) kan sammanställas per HVB. Dessa uppgifter kan t.ex. användas som underlag för IVO:s tillsyn.
- Möjligheten att sammanställa information om **vårdtider** per HVB gör det möjligt att i någon mån begränsa risken för alltför långa (eller korta) vårdtider. Till exempel kan information om genomsnittliga vårdtider på olika HVB göras tillgänglig för socialtjänsten, eller användas av IVO vid tillsyn.
- Registret skulle göra det möjligt för IVO att bättre följa upp socialtjänstens agerande med avseende på hur vården planeras och genomförs, samt i termer av utfall för de barn och ungdomar som placeras i vård. Denna information kan läggas till grund för tillsyn av socialtjänsten eller tas med i Öppna jämförelser av socialtjänsten på kommunnivå.³
- Ett register kan användas till att svara på frågor om vilka typer av insatser som bäst lämpar sig för barn och ungdomar med olika bakgrund; vilka behandlingsmetoder som ger bäst resultat; vilka aspekter av kvalitet (t.ex. stöd i skolarbetet eller underlättande av kontakter med biologiska föräldrar) som är särskilt viktiga; vilka typer av ungdomar som bör (och inte bör) placeras på samma institution och hur huvudmannskap påverkar utfallet av vården i dag.

I rapporten diskuteras också två möjliga risker med ett nationellt kvalitetsregister.

Den första risken utgörs av det faktum att registret skulle innehålla känslig information, vilket kan komma att kränka de placerade ungdomarnas integritet. Personuppgifterna i registret skulle dock omfattas av sedvanlig sekretess inom hälso- och sjukvården. Det betyder att uppgifter som gör det möjligt att

³ SKL och Socialstyrelsen samverkar sedan 2009 kring Öppna jämförelser inom socialtjänsten. Syftet med Öppna jämförelser är att bidra till att utveckla och förbättra kvalitet och effektivitet inom socialtjänstens verksamheter. Den huvudsakliga datakällan för Öppna jämförelser utgörs av en webbenkät till kommunerna.

identifiera personer (såsom namn eller personnummer) enbart kommer att vara tillgängliga för en mycket liten grupp tjänstemän. Jag argumenterar därför för att registret medför relativt liten risk för kränkning av den personliga integriteten. Vidare framhåller jag att de risker som ändå finns måste vägas mot den stora bristen på kunskap om institutionsvården, och de konsekvenser detta får i form av ineffektivitet, låg kvalitet och onödiga placeringar.

Den andra risken är att användning av uppgifter från registret kan ha oönskade konsekvenser på marknads funktionssätt. Ett exempel är att HVB kan sträva efter att undvika placeringar av ungdomar som man misstänker kan resultera i dåliga utvärderingar. Ett sätt att minska denna risk är att ta hänsyn till ungdomarnas problem vid placeringstillfället när man sammanställer uppgifter om socialtjänsternas upplevda kvalitet. Det förtjänar även att framhållas att information om kvalitet från registret bör vara ett komplement – inte ett substitut – till den bedömning som socialtjänsterna själva gör av respektive HVB.

Avslutningsvis argumenterar jag för att man, i förlängningen, bör överväga att komplettera registret med information om öppenvårdsinsatser. Detta är ett förslag som också lagts fram av Socialstyrelsen (2009b; 2012). Därigenom skulle man bättre kunna följa ”vårdkedjan” för barn och ungdomar, samt även få en bättre bild av omfattningen av socialtjänstens insatser för barn och ungdomar.

Att införa ett heltäckande register i enlighet med ovanstående är naturligtvis inte gratis. Min uppfattning är dock att det kan implementeras till förhållandevis låg kostnad. Det är också fullt möjligt att införa registret stegvis och komplettera det efter hand. Anledningen till att registret bör vara relativt billigt är att det bygger på att slå ihop register som redan finns. Det största hindret ligger förmodligen i att kommunernas IT-stöd och ärendehanteringssystem i dag ofta inte fungerar på ett tillfredställande sätt (SKL, 2013). Detta gör det svårt att på ett enkelt sätt ta ut uppgifter för vidare rapportering till exempelvis Socialstyrelsen. Dessa brister har dock redan uppmärksammats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen, och det pågår arbete med att komma tillrätta med dem.

Summary

Every year in Sweden, around 8 000 young people are placed in a home for care or residence (HVB). In most cases, this is because of their own behavioural problems, such as drug abuse or crime. Unaccompanied refugee minors also account for a growing proportion of such placements. It is the municipal social services that decide which children or teenagers are to be placed in an HVB. Consequently, the municipalities act as buyers in the market for institutional care. Since 1 June 2013, the responsibility for supervising HVB care has rested with a new government agency, the Health and Social Care Inspectorate.

The purpose of this report is to discuss the conditions for drawing up and implementing contracts between municipal social services and HVBs. The theoretical perspective is mainly provided by economic contract theory. The report focuses on four contract problems.

The first problem is that in institutional care, as in many other care services, it is difficult to specify what constitutes good quality and to then link this to measurable targets (Forkby and Höjer, 2008; SKL, 2010). According to economic theory, this entails a risk that neither private nor public HVBs will try sufficiently hard to improve the quality of their services.

The second contract problem is that after they have cared for the young people for a certain time, the institutions providing care know more about the young people's care needs than the social services. This makes youth care an example of what economists call a 'credence good' – a service where the buyer has to rely on the seller's expertise. The institutions' information advantage gives their managers scope to exaggerate or understate young people's need for continued care. As the institutions are paid per day of care, private HVBs in particular have an incentive to exaggerate the need for care, in order to prolong periods of care. In a report based

on data from Vinnerljung et al. (2001) on young people placed in care in the early 1990s, I argue that this difference in economic incentives can explain why the average duration of care was twice as long in private as in public HVBs (Lindqvist, 2008).

The third contract problem is that the social services have relatively weak incentives to act forcefully in their capacity as buyers of care and to plan care. Weak economic incentives do not necessarily mean that the social services do not care about the outcome of care: social norms, professional ethics and a genuine desire to help the young people placed in care presumably play a major role in how the social services act. Nonetheless, there is some evidence that the social services – at least historically – have made few demands regarding the quality of youth care (Swedish National Audit Office, 2002; Sallnäs, 2005) and that there has been inadequate follow-up of the measures taken (SKL, 2012).

The first three contract problems centre around the fact that different actors can have interests that do not coincide with socially optimal outcomes. However, there is a fourth contract problem that is not related to incentives and accountability: the lack of knowledge about the effects of different types of measures (Vinnerljung et al., 2001; Forkby and Höjer, 2008; SKL, 2010). The problem here is that neither the social services nor HVB staff know what forms of measures result in favourable outcomes for the children and young people placed in care. One major reason for the lack of knowledge in this area is that for ethical and practical reasons it is difficult to conduct randomised experiments in which young people are assigned by chance to different types of measures.

What, then, can be done in practice to improve institutional care? In this report, I highlight the need to create a comprehensive register of residential care.⁴ Such a register can be used to better

⁴ A similar proposal has previously been put forward by the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL, 2010, p. 59), which writes that: “One alternative [to follow-up by the municipalities] would be for the National Board of Health and Welfare to extend the HVB register so as to make it a register of all knowledge gathered about HVBs. A structure could be created in this register in which the three responsible parties each contributed their own parts [...]. If the municipalities’ follow-ups, the results collected and supervision reports compiled by the National Board of Health and Welfare, and the care providers’ evaluations were collected in the national HVB register, the register could be used towards placing the work of the social services on an evidence-based footing.” Under this proposal then, information from individual HVBs would also be included in the register, which is a point discussed only briefly in this report. However, the reason for this is not that I do not consider it desirable to supplement a register with information from HVBs, but that

measure the quality of different HVBs, monitor trends concerning the duration of care placements, and in the longer term contribute to the development of more evidence-based social services.

Currently, there are two separate national registers containing information about care of young people at HVBs. The first – the HVB register – is administered by the Health and Social Care Inspectorate and contains information about HVBs operating in Sweden, but lacks information about the young people in care at each individual institution. The Register of measures for children and young people is administered by the National Board of Health and Welfare, assisted by Statistics Sweden. This register contains basic information about the young people placed in HVBs and other residential care, but lacks information about the reasons for placement in care and the institution in which they are placed. Meanwhile, the municipalities' case management systems contain many details about the young people placed in HVBs. However, at present this information is not saved in a form that allows it to be used in monitoring at an aggregate level. An inter-municipal project is also in progress (the UBU project), in which some 25 municipalities are building up a free-standing database that enables the social services to exchange their experience of the quality of different HVBs.

The information on HVB care that is collected today is therefore scattered between various different registers and actors. The proposal for creating a comprehensive register sets out from the assumption that the information that is currently collected would have greater value if it was also compiled in a single national register. In practical terms, such a register can be achieved by having the National Board of Health and Welfare or the Health and Social Care Inspectorate merge the HVB register and the Register of measures for children and young people. This merged register could then be supplemented with more detailed information on young people's backgrounds and data on terminated placements from the municipal case management systems.⁵

it seems natural to begin the construction of a register by merging the information already available in registers kept by authorities and municipalities.

⁵ The proposal to expand the Register of measures for children and young people with information on the young people's backgrounds was previously presented by the National Board of Health and Welfare (2009b; 2012), which argued that the Register of measures for children and young people should be expanded with information such as reasons for measures and non-institutional measures.

A few examples of potential uses for the register are given below, with a focus on remedying, to some extent, the four contract problems discussed above:

- Information about quality as perceived by the social services and by young people placed in different HVBs can be collected in the register. This information can then be compiled for each HVB and made available to the social services via an output portal just as is now done in the UBU project. This will enable the social services to obtain more exact information about the quality of each individual HVB than if they simply rely on their own experience. Information about the perceived quality of different HVBs can then be used by the social services in procurement processes or when deciding whether to extend contract periods. This will strengthen incentives for HVBs to strive for quality.
- Information about outcomes of care during and after a placement (e.g. care breakdown or crime) can be compiled for each HVB. This data can then be used in various ways, for example, as background information for the supervisory activities of the Health and Social Care Inspectorate.
- The possibility of compiling information about periods of care per HVB provides some possibility of limiting the risk of excessively long (or short) periods of care. For example, information about the average duration of care at different HVBs can be made available to the social services or used by the Health and Social Care Inspectorate in its supervisory activities.
- The register would enable the Inspectorate to improve its follow-up of the actions of the social services with regard to the planning and implementation of care, and in terms of outcomes for the children and young people placed in care. This information can be used as a basis for social services supervision or included in public performance reports for social services at the municipal level.⁶

⁶ The Swedish Association of Local Authorities and Regions and the National Board of Health and Welfare have collaborated since 2009 on public performance reports on health care and social services. The purpose of public performance reports is to contribute to developing and improving quality and efficiency in social services activities. The main source of data for the public performance reports is an online questionnaire addressed to municipalities.

- A register can provide answers to questions on the types of measures that are most appropriate for children and young people with different backgrounds: which methods of treatment yield the best results, which aspects of quality (e.g. support in schoolwork or facilitation of contacts with biological parents) are particularly important, which types of young people should (and should not) be placed in the same institution and the effect of privatization on the quality of care.

The report also discusses two possible risks of a national quality register.

The first risk consists of the fact that the register would contain sensitive information, which could violate the privacy of young people placed in care. However, the personal data in the register would be covered by the customary secrecy provisions for health care. This means that information that makes it possible to identify individuals (such as name or personal identity number) would only be accessible to a very small group of officials. I therefore argue that the register would entail relatively little risk of a violation of privacy. In addition, I underline that the risks that do nonetheless exist must be weighed against the great lack of knowledge about institutional care, and the consequences this has in terms of inefficiency, low quality and unnecessary placement in care.

The second risk is that the use of data from the register could have undesired consequences for the functioning of the market. One example is that HVBs might endeavour to avoid placements of young people that they suspect could result in poor evaluations. One way of reducing this risk is to take account of the young people's problems at the time they were placed in care when compiling information about the perceived quality of social services. It is also worth emphasising that information on quality taken from the register should be a supplement – not a substitute – for the assessment that the social services themselves make of each HVB.

In conclusion, I argue that in the longer term, the possibility of supplementing the register with information about non-institutional measures should be considered. This idea has also been proposed by the National Board of Health and Welfare (2009b; 2012). This would improve the ability to follow the 'care chain' for children and young people and to obtain a better picture

of the scope of social services measures for children and young people.

Naturally, introducing a comprehensive register as described above would not be for free. However, in my opinion, it can be done at relatively low cost. It is also fully possible to introduce the register in gradual stages. The reason why the register should be relatively inexpensive is that it would build on merging registers that already exist. The greatest obstacle is probably that the municipalities' current case management systems often do not function satisfactorily (SKL, 2013). This makes it difficult to extract data for forwarding to the National Board of Health and Welfare, for example. However, these problems have already been noted by the Swedish Association of Local Authorities and Regions and the National Board of Health and Welfare, and work is in progress to remedy them.

1 Inledning

Omhändertagande och placering utanför det egna hemmet är den mest långtgående insatsen inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Yngre barn placeras i regel utanför hemmet på grund av brister i omsorgen, medan tonåringar oftare placeras på grund av egna beteendeproblem, såsom brottslighet eller drogmissbruk. Omkring 4 procent av alla barn placeras i dygnsvård någon gång under sin uppväxt.⁷ Andelen är högre i familjer där föräldrarna har låg utbildning (Vinnerljung et al. 2005).

Vård utanför det egna hemmet kan antingen ske i familjehem eller på *Hem för Vård eller Boende* (HVB). HVB drivs till skillnad från familjehem yrkesmässigt och har anställd personal som endast i undantagsfall bor på institutionen. Små barn placeras som regel i familjehem, medan det är vanligare att tonåringar och äldre barn placeras på HVB. Syftet med placering i HVB varierar med ungdomarnas bakgrund, men generellt sett ligger fokus på en kombination av behandling av olika beteendeproblem, daglig omsorg och att efterlikna en hemliknande miljö (Socialstyrelsen, 2013b).

Det är kommunernas socialtjänst som beslutar om vilka barn eller tonåringar som ska placeras i dygnsvård. Genom att upphandla vården agerar socialtjänsten även som köpare på marknaden för vård på HVB. Uppskattningsvis spenderar kommunerna i dag totalt knappt 5 miljarder kronor per år på HVB-vård för barn och ungdomar.⁸

HVB kan drivas av både kommunal och enskild huvudman. Från en historiskt sett mycket låg andel i början av 1980-talet har

⁷ Uppgiften kommer från Vinnerljung et al. (2005) och avser ungdomar födda mellan 1972 och 1979.

⁸ SKL (2010) anger kommunernas kostnad för vård av barn och ungdomar i HVB till 4,6 miljarder kronor. Under senare år har antalet placerade barn ökat kraftigt på grund av fler ensamkommande flyktingbarn. Siffran 5 miljarder är en uppskattning av kostnaden för barn och ungdomar som placeras på grund av sociala problem och inkluderar inte ensamkommande flyktingbarn.

andelen privata HVB ökat över tiden. I dag finns det uppskattningsvis omkring 500 HVB med barn och ungdomar som målgrupp, varav omkring 80 procent drivs i enskild regi som bolag, stiftelse, ekonomisk eller ideell förening.^{9,10} Utöver detta finns cirka 400 HVB som riktar sig mot ensamkommande flyktingbarn.¹¹ De flesta HVB utgörs av små företag med 5–15 vårdplatser.

Får socialtjänsten då vad man betalar för? Uppnås syftet med vården? Dessa frågor har inga givna svar eftersom det saknas tillförlitliga uppskattningar av vårdens effekter. Vi vet dock att ungdomar som placerats i HVB historiskt uppvisat betydligt sämre utfall i vuxen ålder jämfört med ungdomar i normalpopulationen (Vinnerljung och Sallnäs, 2008). Sambandet gäller oavsett om man studerar utbildningsnivå, utfall på arbetsmarknaden, psykiska problem eller brottslighet. Av de pojkar som placerades i HVB på grund av beteendeproblem 1991 hade 5,4 procent avlidit innan de fyllt 25 år och 43,9 procent dömts till fängelse mellan 20 och 24 års ålder (Vinnerljung och Sallnäs 2008).

Det faktum att placering i HVB är förknippat med dåliga utfall i vuxen ålder behöver inte betyda att vården inte haft en positiv effekt på ungdomarnas utveckling – utfallet kunde varit ännu sämre om ungdomarna inte placerats på institution. Det är också möjligt att ungdomar som placeras på HVB i dag kommer att klara sig bättre i vuxen ålder än tidigare kohorter. Flera faktorer talar för att så kan vara fallet, t.ex. det faktum att tillsynen av HVB skärpts väsentligt under senare år. Likväl finns det skäl att ställa frågan om det är möjligt att förbättra utfallet i vården.

Den här rapporten syftar till att diskutera förutsättningarna för att skriva och genomdriva kontrakt mellan kommunernas socialtjänst och HVB. Rapporten är strukturerad kring fyra kontraktsproblem, varav de tre första är exempel på hur incitamenten för HVB och socialtjänsten kan avvika från vad som är samhällsligt optimalt. Det fjärde problemet utgörs i stället av bristen på kunskap om effekten hos olika former av behandling.

⁹ Andelen privata HVB är väsentligt lägre bland HVB med inriktning mot ensamkommande flyktingbarn, ungefär en tredjedel.

¹⁰ Se Jordahl (2008) och Wiklund (2011) för en mer utförlig diskussion av kommunernas köp av tjänster inom individ- och familjeomsorgen.

¹¹ Siffrorna för antalet HVB är något osäkra eftersom det förekommer drygt 150 HVB med barn och ungdomar som målgrupp som saknar angiven verksamhetsinriktning i HVB-registret (se www.ivo.se). Totalt finns i HVB-registret 410 HVB som anger inriktning mot barn och ungdomar med beteendeproblem eller brister i omsorgen, medan 350 HVB anger inriktning mot ensamkommande flyktingbarn.

Rapporten utmynnar i ett förslag om ett heltäckande register över dygnsvården. I dag finns uppgifter om vård på HVB i två separata nationella register, *HVB-registret* (med uppgifter om HVB) och *Registret över insatser för barn och unga* (med uppgifter över barn och ungdomar som placeras i dygnsvård). Genom att slå samman och komplettera dessa register kan man skapa ett mer heltäckande register över dygnsvården.¹² Jag argumenterar för att ett sådant register kan användas på flera olika sätt för att mildra konsekvenserna av olika kontraktsproblem. Till exempel kan registret användas till att följa upp kvaliteten hos enskilda HVB och hos socialtjänsten i olika kommuner. Registret kan därmed komplettera (men inte ersätta) den tillsyn av vårdinstitutioner och socialtjänst som i dag bedrivs av Inspektionen för vård och omsorg. Registret skulle även ge förutsättningar för att utvärdera effekterna av olika behandlingsformer, vilket utgör en viktig del i arbetet mot en evidensbaserad socialtjänst.

Rapporten inleds med en beskrivning av den historiska och institutionella bakgrunden till den svenska institutionsvården. Därefter följer en teoretisk och empirisk analys av kontraktsproblem inom institutionsvården. Beskrivningen baseras delvis på Lindqvist (2008; 2011) och innebär en popularisering av de nationalekonomiska teorier och statistiska metoder som där används. Slutligen diskuteras förslaget om ett heltäckande register med utgångspunkt i diskussionen om kontraktsproblem.

1.1 Avgränsning

Rapporten analyserar kontraktsproblem inom institutionsvården främst utifrån nationalekonomisk teori. Även om många av rapportens slutsatser har förts fram av andra personer i andra sammanhang har HVB-vården inte tidigare analyserats ur just detta perspektiv.¹³

En rad viktiga frågor faller dock utanför rapportens relativt snäva fokus. Till exempel säger rapporten mycket lite om hur arbetet inom socialtjänsten eller på HVB bäst bedrivs, eller om

¹² Delar av förslaget om ett heltäckande register liknar förslag som tidigare lagts fram av Socialstyrelsen (2009b; 2012) och SKL (2010).

¹³ Att ungdomsvården inte tidigare analyserats ur ett konsekvent nationalekonomiskt perspektiv betyder inte att de frågor som behandlas i rapporten inte berörts i andra sammanhang. Se t.ex. Sallnäs (2005), Forkby och Höjer (2008), SKL (2010) och Wiklund (2011).

vilka typer av insatser som är effektiva. Dessa frågeställningar faller utanför mitt kompetensområde och besvaras bäst av andra.

Fokus i rapporten ligger på placeringar i HVB av ungdomar med sociala problem. Rapporten berör inte närmare vård inom HVB för ensamkommande flyktingbarn eller vuxna missbrukare. Det finns dock rimligen stora likheter mellan de kontraktsproblem som gäller för vården av dessa grupper och för ungdomar med sociala problem.

2 Bakgrund

I det här avsnittet redogör jag kortfattat för institutionsvårdens historik, de viktigaste lagarna som styr institutionsvården, skillnader mellan olika driftsformer samt de olika myndigheternas ansvar.

2.1 Institutionsvårdens historik¹⁴

Institutioner för vård och omhändertagande av barn och ungdomar har funnits i Sverige sedan 1600-talet, men den verkliga utbyggnaden skedde vid mitten av 1800-talet. En kraftig expansion ägde rum de första decennierna av 1900-talet. År 1934 fanns nästan 400 barnhem och ungdomsvårdskolor med totalt ca 8 500 platser. Den övervägande delen av dessa var privata, då statens engagemang var begränsat i detta tidiga skede.

Efter andra världskriget minskade institutionsvårdens omfattning stadigt fram till 1980-talets början. Vid den tidpunkten var ca 2 000 barn och ungdomar placerade på institution, vilket historiskt sett är en mycket låg siffra. Parallellt med att omfattningen av vården minskade, ökade också staten sitt engagemang för att i början av åttiotalet vara den helt dominerande aktören.

I takt med välfärdssamhällets framväxt har också vårdens innehåll och skälen till omhändertagande förändrats. I början av 1900-talet omhändertogs barn och ungdomar ofta därför att de var fattiga eller för att de övergivits av sina föräldrar. Tidigare strävade man efter att institutionerna skulle motsvara ett ”hem”. Denna ”hemideologi” omfattade dock inte de ”vanartiga” barnen, dvs. de som uppvisade ett asocialt beteende. För dem ansågs bestraffning och avskiljning från resten av samhället viktigare. I dag är inte institutionsvården främst tänkt att fungera som ett ställföreträdande hem. I stället ligger fokus på behandling av specifika

¹⁴ Detta avsnitt bygger i stora delar på Sallnäs (2000).

problem. Inte heller är bestraffning längre ett uttalat mål. Numera omhändertas yngre barn främst på grund av föräldrarnas sociala situation och oförmåga att ge dem bra uppväxtförhållanden. Tonåringar däremot omhändertas oftast på grund av egen problematik, såsom missbruk eller kriminalitet.

Införandet av den nya socialtjänstlagen 1982 kom att innebära en ny vändpunkt i den svenska institutionsvårdens historia. Barn- och ungdomsvårdskolor försvann som begrepp och ersattes med hem för vård eller boende (HVB). Så kallade storfosterhem som drevs på yrkesmässig grund omdefinierades till HVB. I samband med införandet av den nya lagen fick även privata bolag möjlighet att driva HVB.

Under 1990-talet ökade institutionsvårdens omfattning kraftigt. År 1990 vårdades knappt 2 000 ungdomar inom institutionsvården, medan siffran tio år senare var nästan 4 000 (Riksrevisionsverket, 2002). Expansionen har fortsatt under senare år, men då till stor del på grund av det ökade antalet ensamkommande flyktingbarn.

2.2 Institutionella förhållanden

Barn och ungdomar kan omhändertas av samhället med stöd i två olika lagar: socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). I dag görs omkring tre fjärdedelar av alla omhändertaganden med stöd i SoL (Socialstyrelsen 2013), vilken inte rymmer några tvångsinsatser, utan kräver samtycke från föräldrar och ungdomar över 15 år. Om kommunens socialnämnd anser att frivillig vård inte är tillämplig kan dock omhändertagande göras med stöd i LVU. Detta kräver ett beslut från förvaltningsrätten.

Det finns två huvudtyper av HVB som vänder sig mot ungdomar med sociala problem. Det är dels ”vanliga” HVB som kan ha både kommunal eller enskild huvudman, dels de *särskilda ungdomshemmen*, som drivs av Statens institutionsstyrelse. De särskilda ungdomshemmen vårdar ungdomar med tung problematik. En klar majoritet av alla placeringar på särskilda ungdomshem görs med stöd i LVU (Socialstyrelsen 2013). De särskilda ungdomshemmen vårdar även ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård.

Denna rapport fokuserar på ”vanliga” HVB och diskuterar inte närmare de särskilda ungdomshemmen. Benämningen ”HVB” avser

därför hädanefter ”HVB för barn och ungdomar exklusive särskilda ungdomshem”. Av de ungdomar som institutionsplaceras av socialtjänsten placeras en klar majoritet på vanliga HVB.¹⁵ Omkring 85 procent av placeringarna på HVB utgörs av frivillig vård enligt SoL. Till skillnad från de särskilda ungdomshemmen saknar vanliga HVB befogenhet att låsa in placerade barn och ungdomar. Ytterligare en skillnad är att de kan drivas av privata huvudmän, både i form av företag och ideella föreningar.¹⁶ Det är i dag inte möjligt att bedöma exakt hur många barn och ungdomar som årligen placeras i HVB på grund av brister i omsorgen eller eget beteende. Orsaken är att en växande andel av alla placeringar på HVB utgörs av ensamkommande flyktingbarn och att det i den officiella statistiken inte går att perfekt avgöra storleken på denna grupp. En rimlig uppskattning är dock att det påbörjades cirka 4 500 placeringar i ”vanliga” HVB exklusive ensamkommande flyktingbarn under 2012.¹⁷ Uppskattningsvis drygt hälften av dessa barn och ungdomar placeras på grund av egna beteendeproblem, t.ex. missbruk eller kriminalitet.¹⁸

Enligt SoL ansvarar kommunerna för socialtjänsten. Kommunerna har dock rätt att sluta kontrakt med andra parter om utförandet av uppgifter inom socialtjänsten, givet att dessa inte innefattar myndighetsutövning. Detta innebär att en kommun kan lägga ut driften av HVB till andra kommuner, eller till en enskild huvudman.

Det är dock kommunernas socialnämnd som beslutar om placering av barn och ungdomar på institution. Kommunerna fungerar därmed som köpare på marknaden för vård i HVB. Den kommun som omhändertar och placerar ett barn på institution är skyldig att följa upp hur placeringen utvecklar sig. Eftersom en del kommuner också driver egna HVB fyller de alltså potentiellt två olika roller: som köpare av vård i HVB och som ägare till egna

¹⁵ Exakt hur stor andel som placeras på HVB och på särskilda ungdomshem beror på hur antalet placeringar definieras (påbörjade ett visst år eller pågående vid en viss tidpunkt), och om ensamkommande flyktingbarn samt ungdomar som dömts till slutenvård inkluderas i urvalet.

¹⁶ Det finns även HVB som vårdar vuxna missbrukare. Den här rapporten fokuserar dock på vården av ungdomar.

¹⁷ Uppskattningen baseras på att Socialstyrelsen (2013a, s. 59) anger att 7 048 placeringar i HVB påbörjades under 2012, samtidigt som det påbörjades 2 567 placeringar av personer med tillfälliga personnummer (siffror framtagen av Hillevi Rydh, Socialstyrelsen). Utöver detta påbörjades 820 placeringar i särskilda ungdomshem.

¹⁸ Som diskuteras senare i rapporten saknas det i dag statistik över skäl till placering, varför det inte går att fastställa exakt hur många ungdomar som placerades på grund av sitt eget beteende.

HVB. Det är dock långt ifrån alla kommuner som uppfyller dessa båda roller.

Tidigare har länsstyrelserna haft ett tillsynsansvar över HVB inom länet, men detta ansvar har (efter att sedan 2010 legat hos Socialstyrelsen) sedan 1 juni 2013 flyttats över till den nystartade myndigheten Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Samtidigt har tillsynen av HVB skärpts väsentligt. Dagens bestämmelser innebär att alla HVB (privata och offentliga) ska inspekteras minst två gånger per år, varav minst en inspektion ska vara oanmäld. Vid inspektioner av privata HVB granskar IVO om verksamheten bedrivs i enlighet med utfärdat tillstånd. IVO fäster också stor vikt vid att prata med de barn och ungdomar som vistas på institutionen om hur de upplever sin situation. I de fall inspektionerna visar på missförhållanden kan IVO genom ett föreläggande tvinga HVB-hemmen att avhjälpa problemen och, i förlängningen, förbjuda fortsatt verksamhet.

Socialtjänstförordningen (2001:937) innehåller de allmänna villkor som gäller för att få driva ett HVB, såsom krav på föreståndares utbildning och lämplighet, samt tillgång till läkare och psykologer. Dessutom anges att verksamheten i ett HVB ska bedrivas i fortlöpande samarbete med den för placeringen ansvariga kommunens socialnämnd. För att en enskild huvudman ska få driva ett HVB krävs tillstånd från IVO. Tillståndet är inte tidsbegränsat, men däremot personligt och får inte överlätas. I ansökan om tillstånd ska, bland annat, anges vilken verksamhet som ska bedrivas, vem som ansvarar för verksamheten, vilka grupper verksamheten är avsedd för och personalens utbildning och erfarenhet. Offentliga huvudmän behöver inte tillstånd för att bedriva HVB, men är skyldiga att anmäla till IVO att man driver ett HVB.

2.2.1 Upphandling och avtal

Vård på HVB omfattas av lag (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), vilket innebär att vård som inte sker på kommunala HVB i egen regi behöver upphandlas. I de fall där värdet av ett kontrakt är lågt (för närvarande lägre än cirka 290 000 kr på årsbasis) är det tillåtet med så kallad *direktupphandling*, där kommunen sluter avtal med ett HVB utan att ta in konkurrerande anbud. I de flesta fall av vård på HVB kräver dock upphandlingsreglerna att kontrakt ska upphandlas i konkurrens.

För att minska kostnaderna för upphandlingsprocessen tecknar de flesta svenska kommuner ramavtal med ett flertal HVB.¹⁹ Det är vanligt att ett flertal kommuner går samman i en upphandling av ramavtal (Forkby och Höjer, 2008; SKL, 2010). Syftet med ramavtal är att fastställa villkoren för senare tilldelning av kontrakt under en given tidsperiod, i regel 2–4 år (SKL, 2010). Ofta delas avtalstiden upp i två perioder där kommunen har option på att förlänga avtalet om man så önskar. Även om specifika avtal kan skrivas för varje placering får inte villkoren i dessa avtal väsentligt avvika från ramavtalet (Bergman et al. 2012, s. 95). I regel delas ramavtalen upp i olika kategorier beroende på vilken typ av vård som avses (SKL, 2010).

Vid en upphandling av ramavtal sker utvärdering av inkomna anbud i två steg: *kvalificering* och *rangordning*. Vid kvalificering avgörs vilka leverantörer som har kapacitet att leverera den tjänst som specificeras i avtalet. Till exempel kan ett HVB uteslutas för att de resurser som krävs för att bedriva en viss typ av vård saknas. Rangordning innebär att de leverantörer som anses kvalificerade att ingå i ramavtalet rangordnas efter hur pass ekonomiskt fördelaktiga de är. Tilldelning av kontrakt²⁰ inom ett visst ramavtal sker sedan i den ordning som HVB rangordnats.²¹ Kriterierna för kvalificering och rangordning ska framgå i underlaget för upphandlingen, vilket innebär att de måste vara mätbara (Bergman et al., 2012; SKL, 2010).

Det vanligaste kriteriet för rangordning är förmodligen ”lägsta pris” (SKL, 2010). Denna princip innebär att de anbud inom varje kategori som har lägst pris rangordnas först. Det är dock även möjligt att tillämpa olika former av poängsystem där kvalitet och pris ges olika vikt. I praktiken behöver inte rangordning enligt ”lägsta pris” betyda att värden blir billigare eller kvaliteten lägre,

¹⁹ Forkby och Höjer (2008) anger att 181 av landets 290 kommuner (62 procent) hösten 2006 hade ramavtal som inbegrep vård och behandling av ungdomar. Den vanligaste avtalstiden löpte på tre år, fördelat på två år i grundavtal med möjlighet till ett års förlängning. Enligt Forkby och Höjer (2008, s.126) direktupphandlar dock kommuner ofta dygnsvård vid sidan om ramavtalen: ”Så gott som samtliga kommuner tillämpar inte ramavtalet i praktiken om plats inte kan erbjudas samt om speciell kompetens saknas eller särskilda arbetsmetoder önskas. [...] Även vårdgivares goda resultat eller tidigare goda erfarenheter av samarbete med olika vårdgivare är i nästan hälften av kommunerna orsak till avsteg från policyn.”

²⁰ Tidigare användes termen ”avrop” i stället för ”tilldelning”.

²¹ Lagen ger dock kommuner visst utrymme att frångå rangordningen, t.ex. då rangordningen står i konflikt med Socialtjänstlagens krav på individanpassade insatser, se SKL (2010, s. 53–54) för en mer utförlig diskussion. Avsteg från rangordning ska anges i förfrågningsunderlaget vid upphandling.

eftersom kraven för att en anbudsgivare ska anses kvalificerad kan sättas högt.

Lagen om offentlig upphandling kräver att konkurrerande anbud bedöms på ett sätt som är transparent och likformigt, vilket i sin tur betyder att kraven i möjligaste mån bör vara objektiva och mätbara (SKL, 2010). Detsamma gäller de aspekter av vården som regleras i själva avtalet. För att ett avtal ska vara giltigt (i den yttersta bemärkelsen att det kan användas vid en tvist i domstol) krävs att det är formulerat på ett sådant sätt att det är möjligt att dokumentera avtalsbrott. Det krävs naturligtvis också att köparen (i det här fallet socialtjänsten) bemödar sig att följa upp den vård man avtalat om samt dokumenterar eventuella brister.

Som diskuteras mer ingående senare i rapporten är dock vård på HVB en tjänst där det är svårt att mäta och avtala om kvalitet. Detta innebär att kommunernas krav tenderar att fokusera på aspekter av vården som är relativt lätta att mäta, t.ex. förekomsten av rutiner eller personalens kompetens (SKL, 2010). Samtidigt ger lagstiftningen visst utrymme för kommunerna att agera gentemot ett HVB vars kvalitet man upplever som låg, även i de fall det är svårt att dokumentera detta. Kommunen kan då välja att inte förlänga ett ramavtal. Lagen anger inte att leverantören har någon rättighet att få avtalet förlängt (Bergman et al., 2012, s. 93) och kommunen behöver inte motivera sitt beslut att inte förlänga ett avtal.

2.2.2 Vårdsammanbrott

En viktig aspekt av ungdomsvården är att ungefär en tredjedel av alla placeringar i HVB slutar i ett "vårdsammanbrott", definierat som "en placering som avslutas abrupt och utan planering" (Vinnerljung et al., 2001). Framgångsrika placeringar som avslutas på ett tidigt stadium räknas alltså inte som vårdsammanbrott. Forskning inom socialt arbete har visat att sammanbrott är förknippade med starkt negativa känslor hos de tonåringar vars vård bryter samman (Vinnerljung et al., 2001). Enligt data från Vinnerljung et al., (2001) initieras de flesta vårdsammanbrott i HVB av institutionen (43 procent), den placerade tonåringen (34 procent) eller socialtjänsten (16 procent). I privata HVB är vårdsammanbrott starkt förknippat med kortare vårdtider, medan

det däremot inte tycks finnas något samband mellan vårdssammanbrott och vårdens varaktighet i offentliga HVB (Lindqvist, 2008).

3 Kontraktsproblem i institutionsvård av ungdomar

I det här avsnittet diskuteras kontraktsproblem inom institutionsvården för ungdomar, både utifrån ett teoretiskt och empiriskt perspektiv. Stycket inleds med en beskrivning av de utgångspunkter som ligger till grund för den teoretiska diskussionen, främst antagandet att människor är rationella och egenintresserade. Därefter följer en allmän diskussion om skillnader mellan privat och offentlig drift av offentligfinansierade tjänster. Det finns två skäl till detta upplägg. Det första är att valet mellan privat och offentlig huvudman i grunden är ett val mellan olika kontraktsformer. Genom utformandet av avtalet mellan socialtjänsten och institutionen kan skillnaden mellan dessa driftsformer minskas eller accentueras, men huvudmannaskapet sätter ramarna för vad som är möjligt. Det andra skälet är att en diskussion om skillnaden mellan privat och offentlig drift är ett naturligt sätt att diskutera de avvägningar som måste göras vid utformandet av avtal, oavsett huvudmannaskap.

Efter den allmänna diskussionen följer en analys av de specifika förhållanden som gäller i den svenska institutionsvården. Jag bygger diskussionen kring fyra huvudsakliga kontraktsproblem:

1. Det är svårt att mäta och skriva kontrakt om kvalitet inom institutionsvården. Personalen på HVB vet mer än socialtjänsten om verksamhetens kvalitet. Därmed finns risk att HVB inte investerar tillräckligt i verksamhetens kvalitet.
2. Efter att vården vid ett HVB pågått en tid vet personalen på institutionen mer än socialtjänsten om ungdomarnas vårdbehov. Institutionsvård är därmed en så kallad trovärdighetsvara. Beroende på institutionernas incitament kan detta leda till att vårdtiden blir alltför lång eller alltför kort.

3. Socialtjänsten har svaga incitament att följa upp och planera vården. Om socialtjänsten inte följer upp vården leder det till att kontraktproblem 1 och 2 ovan förstärks. I och med att socialtjänsten ansvarar för att planera vården är man också ”medproducent” (inte bara köpare) av vård.
4. Även i den mån kontraktproblem 1–3 ovan kan lösas finns en fundamental osäkerhet kring vilken typ av vård som passar vilka ungdomar. Det är alltså ofta oklart exakt vilken typ av vård man bör avtala om.

I samband med diskussionen om kontraktproblemen formulerar jag också ett antal specifika hypoteser om skillnader mellan privata och offentliga HVB. Avsnittet om kontraktproblem följs sedan av en empirisk analys där hypoteserna testas mot ett datamaterial baserat på drygt 350 ungdomar som placerades i ett HVB 1991. Syftet med att testa dessa hypoteser är att se om de kontraktproblem som identifierats är empiriskt relevanta. Avslutningsvis diskuterar jag vilka slutsatser som kan dras från den empiriska analysen.

3.1 Ekonomiska incitament och nationalekonomisk teori

Den huvudsakliga utgångspunkten i nationalekonomisk kontraktsteori är att människor agerar efter sitt egenintresse. Detta utgör även grundpremisen i denna rapport. Samtidigt har en lång rad studier visat att människors handlande ofta avviker från vad som vore rationellt utifrån ett strikt ekonomiskt egenintresse. Dessa studier visar dessutom att benägenheten att reagera på ekonomiska incitament varierar mycket mellan olika människor. Det förefaller inte orimligt att människor som arbetar inom socialtjänsten eller på HVB i genomsnitt reagerar svagare på ekonomiska incitament än personer som t.ex. väljer att arbeta inom finanssektorn. Varför ändå fokusera på ekonomiska incitament i en rapport som just behandlar den sociala omsorgen?

Ett skäl är att den typ av faktorer som fokuseras på i denna rapport, dvs. kontraktförhållanden, har en direkt effekt på just ekonomiska incitament medan det inte är lika uppenbart hur annan typ av motivation påverkas. Även om många människor som arbetar inom socialtjänsten eller institutionsvården drivs av ett

starkt engagemang för de ungdomar som placeras i vård kan det därför ändå vara fruktbart att analysera kontraktförhållanden utifrån hur en rationell och egenintresserad människa skulle agera.

För att en analys baserad på antaganden om egenintresse ska vara empiriskt relevant krävs dock naturligtvis att människor ibland ändå agerar i enlighet med sitt egenintresse. Forskning inom ekonomisk psykologi ger också starkt stöd för att så är fallet. Ett indirekt stöd för egenintresse som motivation för mänskligt handlande är att modeller som bygger på detta antagande ger prediktioner som stämmer väl när de testas mot data. Detta gäller även studier som fokuserar på sjukvård och social omsorg. Inte minst finns en stor litteratur inom hälsoekonomi som visar att betalningssystemets utformning inom sjukvården är viktig för hur sjukvården bedrivs.

En analys som grundas i antagandet att människor är egenintresserade är dock inte komplett. Förändringar i kontraktförhållanden kan även påverka utfall genom att de påverkar människors inre motivation. En alltför hög grad av kontroll har i experiment visat sig ge negativa utfall. En slutsats från denna litteratur är att det är viktigt att system för tillsyn och kontroll upplevs som legitima av dem som kontrolleras.

3.1.1 Privat och offentlig drift

Valet mellan privat eller offentlig drift är i grunden ett val mellan två olika typer av kontrakt. Ägaren till ett HVB har, precis som för vilket företag som helst, den yttersta makten att (inom lagens ram) bestämma över hur verksamheten ska organiseras. Ägaren har också rätt till eventuellt överskott från verksamheten. De flesta privata vinstdrivande HVB är små företag, och det är därför rimligt att göra det förenklade antagandet att ägaren och föreståndaren för verksamheten är samma person. Detta innebär att privata vinstdrivande HVB, till skillnad från offentliga HVB, styrs av en person med privatekonomiskt intresse av att verksamheten ska generera ett ekonomiskt överskott.

Ett ofta förekommande argument i den offentliga debatten är att privata företags vinst utgör en extra kostnad av privat drift, och att detta tar resurser från verksamheten. Detta argument bortser dock från att vinst är en ersättning för kapital som satsats i företaget. Även om kostnad för kapital ofta inte är direkt synlig i

offentliga verksamheter betyder det inte att den är noll. Skälet är att det kapital som samlats in med skattemedel och satsats i verksamheter har en alternativ användning, t.ex. i form av investeringar i ett privat företag. Om denna kostnad inte tas med i beräkningen innebär det en implicit subvention till offentlig verksamhet. Offentliga företag kan därmed vara konkurrenskraftiga gentemot privata, utan att nödvändigtvis vara mer kostnadseffektiva.

Det faktum att privata företag redovisar vinst är alltså i sig inte ett skäl att anta att privat drift fördyrar verksamheter. Tvärtom visar många empiriska studier att privat drift ger lägre kostnader än offentlig.²² En viktig orsak till detta är att vinstintresset leder till starkare incitament att effektivisera verksamheten (Hart et al., 1997; Levin och Tadelis, 2010). De flesta empiriska studier av privatisering har dock fokuserat på tjänster som sophämtning, städtjänster eller parkskötsel. Detta är exempel på tjänster där det är relativt enkelt att specificera i kontrakt vad som anses vara god kvalitet (Levin och Tadelis, 2010). För mer komplexa tjänster är effekterna av privatisering mer osäkra. En annan svaghet med många studier är att de fokuserar på kostnaden för driften av en verksamhet, medan kostnader för upphandling och koordinering av verksamheter inte tas med i kalkylen.

Väl fungerande konkurrens innebär att företag inte kan göra övervinster. En viktig insikt från teoretisk och empirisk forskning är dock att det inte räcker med väl fungerande konkurrens för att garantera bra utfall i bemärkelsen bra kvalitet och låga kostnader. Nedan behandlas två aspekter av tjänsteproduktion som båda innebär att konkurrens inte är ett tillräckligt villkor för bra utfall. Först diskuteras hur svårigheten att definiera och mäta kvalitet kan påverka tjänstens kvalitet. Därefter diskuteras *trovärdighetsvaror*, vilka utmärks av att säljaren vet mer än köparen om optimal kvalitet eller kvantitet.

²² Exempel på litteraturoversikter är Domberger och Jensen (1997) och Grout och Stevens (2003). En viktig invändning mot en del av de empiriska studierna är dock att de inte skiljer på effekten av ägande i sig och effekten av konkurrens. Även om privatisering ofta sammanfaller med att en marknad öppnas för konkurrens mellan olika aktörer är ägande och konkurrens två distinkta begrepp. En del av den kostnadsbesparing som tillskrivs privatisering är därför förmodligen snarare ett resultat av införandet av ett anbudsförfarande mellan konkurrerande aktörer. Det finns dock stark empirisk evidens för att privata företag är mer effektiva än offentliga företag även då de konkurrerar på likartade villkor (Megginson och Netter, 2001; Jordahl, 2009).

3.1.2 Svårighet att skriva avtal om kvalitet

Som argumenterats för ovan leder privatisering till starkare incitament att begränsa verksamhetens kostnader, vilket i sin tur kan antas leda till en mer effektiv verksamhet. Ett problem med starka incitament att begränsa verksamhetens kostnader är dock att de kan leda till att producenter frestas skära ner på aspekter av kvalitet som inte är specificerade i ett avtal. Just möjligheten att teckna kontrakt om kvalitet är något som framhålls som avgörande i den nationalekonomiska litteraturen om privatisering av offentliga tjänster (Hart et al., 1997; Levin och Tadelis, 2010). För tjänster där det är relativt enkelt att mäta kvalitet – t.ex. sophämtning – har den empiriska litteraturen visat att privatisering leder till lägre kostnader utan att reducera kvaliteten.

För många verksamheter är det svårt och dyrt att genom utförliga kontrakt ge privata företag tillräckliga incitament att satsa på kvalitet. Just kostnaden för att skriva kontrakt är också ett skäl till att transaktioner på många privata marknader i många fall sker utan explicita kontrakt. Att sådana marknader ändå ofta fungerar väl beror på att företagens långsiktiga överlevnad hänger på nöjda kunder som gör affärer med dem upprepade gånger. En mataffär som säljer dålig mat kommer inte att bli stämd för kontraktsbrott i domstol. Däremot kommer många kunder att välja en annan affär nästa gång de handlar. I de fall en viss tjänst konsumeras bara en gång (t.ex. en viss biofilm) eller med långa intervaller (t.ex. stambyte i en villa) kan behovet av ett gott rykte ändå innebära att ett företag har starka incitament att tillhandahålla en tjänst av god kvalitet. Avgörande för hur väl detta fungerar är den lätthet med vilken information om kvalitet kan spridas till andra konsumenter som ännu inte konsumerat varan eller tjänsten ifråga. Detta varierar naturligtvis mellan olika tjänster. Medan kvaliteten hos en biofilm sprids enkelt genom recensioner och mellan vänner och arbetskamrater, är det svårare att sprida information om en enskild rörmokare. Ett av de grundläggande problemen med att kontraktera offentligfinansierade tjänster är just att flera faktorer begränsar möjligheten att ge leverantörer incitament för kvalitet genom att villkora framtida köp på kvalitet eller genom att agera efter ett visst företags rykte.

En första faktor är att kraven på transparens och likabehandling i lagen om offentlig upphandling (LOU) begränsar möjligheten att använda tidigare erfarenheter som grund för inköp. En annan

faktor är att beställare i den offentliga sektorn, till skillnad från privata konsumenter, köper tjänster som i regel konsumeras av någon annan och betalas med skattepengar. Detta leder till svaga incitament att dokumentera eller agera utifrån tidigare information om en viss leverantör, även i den utsträckning detta är möjligt, såsom exempelvis vid beslut om att förlänga ett ramavtal med en viss leverantör.

Att litteraturen framhåller vikten av att skriva kontrakt om kvalitet som en avgörande fråga vid privat drift betyder inte att kvalitetsproblem inte uppstår i verksamheter med offentlig huvudman. Samtidigt som offentliga aktörer har svagare incitament att genomföra besparingar som går ut över verksamhetens kvalitet, har de också i regel svagare incitament att anstränga sig för att förbättra den (Hart et al., 1997). Huruvida kvaliteten blir högre eller lägre med privat drift beror därför på utrymmet för kostnadsbesparingar som går ut över kvaliteten (större utrymme ger lägre kvalitet med privat drift) och i vilken mån bättre kvalitet betalar sig i form av större intäkter (starkare koppling mellan kvalitet och intäkter ger relativt högre kvalitet med privat huvudman).

3.1.3 Trovärdighetsvaror

Utmärkande för trovärdighetsvaror ("credence goods")²³ är att producenten vet mer än köparen om köparens behov. Köparen kan alltså inte själv bedöma om han eller hon behöver en viss tjänst. Bland offentligfinansierade tjänster karaktäriseras framför allt sjukvård av detta förhållande. Läkare och annan sjukvårdspersonal vet mer om enskilda patienters vårdbehov än politiker, inköpare av sjukvårdstjänster eller patienterna själva. Utöver vikten av god kvalitet och effektiv produktion är det för trovärdighetsvaror av avgörande betydelse att producenten ger korrekt information om det verkliga behovet.

I kraft av sin expertis kan en producent av en trovärdighetsvara överdriva eller underdriva behovet av en viss tjänst. Genom att "skapa" efterfrågan på de behandlingar som är mest lönsamma och undvika olönsamma behandlingar kan vinsten ökas. Forskningen visar också att ekonomiska incitament att initiera olika typer av

²³ Den engelska termen "credence goods" saknar en etablerad svensk översättning. I den här rapporten använder jag "trovärdighetsvaror" medan Bergman et al. (2012) använder "föröndeprodukter".

behandlings påverkar utfall inom sjukvården. Ett exempel är Gruber et al. (1999) som fann att amerikanska förlossningsläkares benägenhet att initiera kejsarsnitt påverkades av skillnaden i ersättning mellan kejsarsnitt och vaginal förlossning.

Skillnaden mellan privat och offentlig produktion av trovärdighetsvaror belyses i en artikel av Duggan (2000). Artikeln studerar ett projekt i Kalifornien som ökade sjukhusens ersättning för behandling av patienter med låga inkomster. Eftersom den förändrade ersättningen gällde alla typer av sjukhus är det möjligt att undersöka skillnaden mellan olika ägandeformer. Duggan fann att enbart privata sjukhus reagerade på de starkare incitamenten att behandla låginkomsttagare. Som resultat av projektet tog privata sjukhus över de patienter som projektet gjort mest lönsamma från de offentliga sjukhusen, medan de fortsatte att undvika de minst lönsamma patienterna. Den troligaste förklaringen till dessa resultat är att privata sjukhus, till skillnad från offentliga, har ett starkt ekonomiskt incitament att öka intäkterna och minska kostnaderna. Duggan fann att de lokala myndigheternas subventioner till de offentliga sjukhusen i genomsnitt minskade med exakt lika mycket som projektet ökade intäkterna från patienter med låga inkomster. Därmed spelar det ingen roll för offentliga sjukhus om man behandlade mer eller mindre lönsamma patienter.²⁴

Valet mellan att producera tjänster internt eller köpa in dem från privata företag är alltså mer komplext för trovärdighetsvaror än för andra typer av tjänster. Osäkerheten om faktiska kostnader och kravet på enkla ersättningssystem innebär att det i praktiken kommer att finnas utrymme för privata företag att öka vinsten genom att överproducera lönsamma tjänster och underproducera olönsamma. Samtidigt finns risk att offentliga aktörer använder sitt informationsövertag till att begränsa sin arbetsbelastning. En ökad konkurrens mellan aktörer löser inte problemet med att fel tjänster produceras. I stället riskerar ökad konkurrens att leda till att företag som inte agerar opportunistiskt slås ut från marknaden.

²⁴ Ett antal empiriska studier av det amerikanska offentligfinansierade sjukförsäkrings-systemet Medicare, som främst riktar sig till äldre medborgare, har gett liknande resultat. Silverman och Skinner (2004) fann att vinstdrivande sjukhus var mer benägna att ändra klassificering av patienters vårdbehov i syfte att få högre ersättning. Sloan et al. (2001) fann att vinstdrivande sjukhus var dyrare än offentliga, men att de inte höll högre mätbar kvalitet. I linje med detta visade Silverman et al. (1999) att kostnaderna för Medicare steg med andelen vinstdrivande sjukhus i området.

3.1.4 Ideella huvudmän

Inom den ekonomiska forskningen finns en relativt omfattande (framför allt amerikansk) litteratur om skillnaden mellan ideella och vinstdrivande verksamheter. Grundantagandet i många av de teoretiska modeller som söker förstå konsekvenserna av att en verksamhet bedrivs ideellt, är att människor som söker sig till ideella verksamheter drivs av andra mål än att tjäna pengar. Hur väl detta antagande stämmer med verkligheten är dock en öppen fråga.²⁵ En mer uppenbar skillnad mellan ideella och vinstdrivande aktörer är att en privatperson inte kan ta ut pengar i form av aktieutdelning från ideella verksamheter. Detta innebär dock inte att de som arbetar i en ideell privat verksamhet saknar ekonomiska incitament att verksamheten ska göra ett bra ekonomiskt resultat. Förutom att aktieutdelning bara är ett av flera möjliga sätt att ta ut pengar från en verksamhet, är alla privata organisationer – vinstdrivande eller ideella – beroende av att täcka sina kostnader för fortsätta att existera, och därmed för att de anställda ska kunna behålla sina arbeten. Offentliganställda är jämförelsevis mindre beroende av verksamhetens resultat för att behålla sina anställningar. En hypotes med visst stöd i data är att privat ideell verksamhet intar ett mellanläge mellan privat vinstdrivande och offentlig drift. Amerikansk forskning har visat att ökad konkurrens med vinstdrivande sjukhus leder till att ideella sjukhus agerar mer likt privata vinstdrivande (Norton och Staiger, 1994; Duggan, 2002; Kessler och McClellan, 2002; Horwitz och Nichols, 2007).

3.2 Kontrakt i institutionsvården

Med utgångspunkt i den allmänna diskussionen ovan följer nu en diskussion specifikt om kontraktproblem i den svenska institutionsvården. Utifrån diskussionen formuleras även hypoteser som sedan testas i den empiriska analysen.

Diskussionen och hypoteserna fokuserar på skillnaderna mellan privat vinstdrivande HVB och offentliga HVB. Privata ideella HVB diskuteras däremot inte närmare. Skälet är, som diskuteras ovan, att det från ett teoretiskt perspektiv är mer oklart hur privata ideella verksamheter kan förväntas agera eftersom de utgör ett mellanting

²⁵ Exempelvis fann Duggan (2000) inget stöd för teorin att icke-vinstdrivande sjukhus drivs av andra motiv än vinstdrivande i sin studie av amerikanska sjukhus.

mellan privata vinstdrivande och offentliga verksamheter. Den empiriska analysen visar dock att skillnaden mellan privata vinstdrivande och privata ideella HVB i många fall var relativt liten. Detta tyder på att det faktum att även privata ideella HVB i likhet med privata vinstdrivande är beroende av att täcka sina kostnader för att överleva som organisationer (och därmed för de anställda att behålla sina arbeten) spelar större roll för hur de agerar än avsaknaden av ett vinstintresse.

Det är i sammanhanget viktigt att komma ihåg att datamaterialet som används i den empiriska analysen gäller ungdomar som placerades i dygnsvård 1991. De hypoteser som läggs fram avser därför situationen vid 1990-talets början. Möjligheten att utifrån de empiriska resultaten dra slutsatser om dagens situation diskuteras nedan.

3.2.1 Kontraktproblem 1: Svårt mäta och skriva kontrakt om kvalitet

Ett återkommande tema i litteraturen om HVB-vården är svårigheten för socialtjänsten att få information om den vård de köper (Sallnäs, 2005; Forkby och Höjer, 2008), framför allt avseende dess kvalitet (SKL, 2010; Wiklund, 2011).²⁶ I termer av ekonomisk teori är detta ett exempel på asymmetrisk information, där säljaren (ett HVB) vet mer än köparen (socialtjänsten) om verksamhetens kvalitet. Svårigheten att bedöma kvalitet i HVB-vården förstärks av att det kan gå lång tid mellan att en viss kommun placerar ungdomar på samma institution. Vårdens utfall beror också på faktorer som ligger utanför institutionens kontroll, t.ex. ungdomarnas problematik vid placeringstillfället. Även i de fall socialtjänsten kan observera kvaliteten i vården kan det vara svårt att definiera och mäta kvalitet på ett sådant sätt att det går att specificera i ett kontrakt.

Utifrån ekonomisk teori har svårigheten att skriva kontrakt om kvalitet olika konsekvenser beroende på utförarens huvudmannaskap. Föreståndare för privata HVB har starka ekonomiska incitament att hålla nere verksamhetens kostnader. Detta kan leda

²⁶ Man kan tänka sig en rad olika definitioner av ”god kvalitet” i ungdomsvården. Jag menar dock att bra kvalitet ytterst bör handla om att placerade ungdomar får bättre utfall i livet än de skulle fått i avsaknad av vård. Litteraturen om barn som placeras i dygnsvård fokuserar dock på utfall i termer av återfall i brottslighet, utbildningsnivå och förekomst av psykisk ohälsa i vuxen ålder (se t.ex. Vinnerljung et al., 2005; Vinnerljung och Sallnäs, 2008).

till att de frestas skära ner på verksamhetens kvalitet, givet att detta inte leder till någon form av ekonomisk sanktion. Föreståndare för offentliga HVB har jämförelsevis svaga incitament att hålla nere verksamhetens kostnader, vilket minskar risken för att de skär ner på kvalitet i syfte att spara kostnader.

Som angetts ovan baseras den empiriska analysen av HVB-vården på ett datamaterial över ungdomar som placerades i vård 1991, vilket var en tidpunkt då tillståndsgivning, tillsyn och upphandling var mindre rigorös än i dag. I en sådan situation är det rimligt att anta att privata aktörers starka incitament att begränsa verksamhetens kostnader leder till lägre kvalitet.

Hypotes 1: Privata HVB höll lägre kvalitet.

I dag är situationen annorlunda, och i praktiken ställs det förmodligen större krav på kvalitet i privata HVB. Socialstyrelsen (2009a) framhåller att enbart HVB som bedrivs i bolagsform behöver tillstånd från IVO innan verksamheten startar. Även om privata och offentliga HVB omfattas av samma tillsyn har föreståndaren för ett privat HVB mer att förlora privatekonomiskt på ett dåligt resultat och i värsta fall indraget tillstånd att driva HVB. Upphandlingsreglerna bidrar också till att ställa krav på dokumentation och uppföljning av verksamheten i privata HVB (SKL, 2010). Dagens regelverk kan alltså innebära att det i praktiken ställs större krav på privata HVB, vilket kan kompensera för deras starkare incitament att begränsa verksamhetens kostnader. Samtidigt som kraven på kvalitet i privata HVB skärpts är det troligt att offentliga HVB efter 90-talskrisen kommit under större tryck att täcka sina kostnader och hålla budget. Båda dessa förändringar bidrar till att öka kvaliteten i privata relativt offentliga HVB.

Det finns också flera indikationer på att privata HVB numera har lika bra, eller bättre, kvalitet än offentliga HVB. År 2006–2008 genomfördes den första nationella tillsynen av HVB riktade mot barn och unga (Socialstyrelsen, 2009). Privata HVB uppfyllde bedömningskriterierna för god kvalitet bättre än offentliga HVB.²⁷ Inspektionen för vård och omsorg (2013b) konstaterar också att en högre andel av enskilda än offentliga HVB hade föreståndare med relevant utbildning.

²⁷ Denna slutsats dras även av Socialstyrelsen (2012).

Att privata HVB i dag bättre uppfyller tillsynens krav stämmer alltså väl med ekonomisk teori, givet den skärpning av tillsyn, tillståndsprovning och upphandlingsrutiner som skett de senaste åren. Det finns dock två olika tolkningar av detta resultat, vilka har olika implikationer. En tolkning är att privata HVB faller bättre ut helt enkelt eftersom deras faktiska kvalitet är högre. Den alternativa tolkningen är att privata HVB har högre måluppfyllelse *avseende de faktorer som fångas upp av tillsynen och vid upphandling*, men inte nödvändigtvis vad gäller andra, mer svåråtkomliga faktorer.²⁸ Vilken av dessa tolkningar som är mest trolig beror, för det första, dels på hur väl tillsyn och upphandling förmår fånga in relevanta aspekter av kvalitet och, för det andra, på i vilken mån olika aspekter av kvalitet kompletterar eller konkurrerar med varandra.

Nedan följer ett exempel avsett att illustrera betydelsen av att olika aspekter på kvalitet konkurrerar eller kompletterar varandra: Pondera att det är relativt lätt att bedöma om ett HVB har dokumenterat sina rutiner hur de arbetar med olika ungdomar, men att det är svårare att avgöra om de verkligen följer dessa rutiner i sitt dagliga arbete. Om tillsyn och upphandling fokuserar på det som är lätt att mäta – dokumentationen – är det inte förvånande att privata HVB ser till att uppfylla just dessa krav. Huruvida de kommer att följa rutinerna i praktiken beror på om det faktum att man dokumenterat sina rutiner gör det relativt mer arbetsamt att följa rutinerna i sitt arbete (eftersom arbetet med att dokumentera rutinerna tagit tid från övrig verksamhet), eller om det tvärtom gör det lättare (eftersom man redan gjort en del av det arbete som krävs för att följa rutinerna i sin verksamhet).²⁹

Det ligger utanför mitt kompetensområde att göra en kvantitativ bedömning av betydelsen av de avväganden som diskuterats ovan. Jag kommer i stället att utgå från att det kan finnas aspekter på kvalitet som tillsyn och krav i upphandlingen inte fullständigt lyckas fånga, och diskutera möjligheten att direkt eller indirekt ge incitament för privata och offentliga HVB att arbeta även med dessa.

Om det är oklart huruvida Hypotes 1 ovan skulle gälla i dagens situation, varför är det då relevant att testa den med data från 1991?

²⁸ Risker att skärpt tillsyn leder till att institutionerna satsar på att leva upp till administrativa krav snarare än att förbättra verksamhetens faktiska kvalitet har framhållits i tidigare litteratur, se t.ex. Wiklund (2011, s. 132).

²⁹ Holmström och Milgrom (1991) utvecklar en modell som formaliserar detta argument.

Svaret är att vi genom att testa hypotesen testar en central frågeställning om HVB-vård: Finns det asymmetrisk information om kvalitet? Även om ändrade institutionella förutsättningar inneburit att skillnaden mellan privata och offentliga HVB försvunnit, är det troligt att det grundläggande kontraktproblemet finns kvar.

3.2.2 Kontraktproblem 2: Institutionsvård är en trovärdighetsvara

Som redogjordes för ovan karaktäriseras *trovärdighetsvaror* av att säljaren vet mer än köparen om vilken typ av tjänst som är optimal från köparens perspektiv. Jag menar att institutionsvård är en trovärdighetsvara eftersom personalen på institutionen efter en tid vet mer än socialtjänsten om huruvida vården av en patient bör fortsätta eller avbrytas. Institutionspersonalen kan därför hävda att vården bör fortskrida, trots att vården fungerar dåligt, eller hävda att vården bör avbrytas trots att den fungerar väl, utan att socialtjänsten kan avgöra om detta är korrekt eller inte.

Konsekvensen av denna typ av informationsövertag beror på vilka incitament föreståndaren på ett HVB har. Ägaren till ett privat HVB har ett privatekonomiskt incitament att fylla institutionens vårdplatser så länge vårdavgiften överstiger vårdens marginalkostnad. Om ersättningen överstiger marginalkostnaden ökar ägarens vinst för varje ytterligare vård dygn. I verkligheten överstiger med stor sannolikhet vårdavgiften marginalkostnaden, t.ex. för att fasta kostnader måste täckas av vårdavgiften.

Ekonomiska incitament att belägga institutionens vårdplatser kombinerat med ett informationsövertag angående den optimala vårdtiden, innebär att det är troligt att privata HVB kommer att försöka förlänga vårdtiden, även i fall då detta inte är försvarbart utifrån ungdomarnas vårdbehov.³⁰

Påståendet att utformningen av ersättningen till vårdgivare påverkar beslutet att avsluta placeringar har förts fram tidigare i litteraturen om ungdomsvård (Wulczyn, Zeidman och Svirsky, 1997). I en svensk kontext bekräftar en intervjuundersökning av Sallnäs (2005) bilden att privata HVB känner press att belägga sina platser:

³⁰ Även med tillgång till all relevant information kan det naturligtvis vara svårt att bedöma hur lång vårdtid som är optimal i många fall. För att argumentet i det här stycket – att personalen på HVB vet mer om ungdomarnas vårdbehov – ska vara relevant krävs dock inte att det går att fastställa en exakt optimal vårdtid för samtliga placeringar.

”Många [föreståndare för privata HVB] betonar det ständigt närvarande kravet på beläggning för att få intäkter via vårdavgifterna. Ur ekonomisk synpunkt är det sårbart om en plats är tom under någon längre tid. I små verksamheter representerar varje enskilt barn dessutom en väsentlig del av ekonomin.” (Sallnäs 2005, s. 237)

Sallnäs (2005) ser också en risk i att privata HVB agerar för att initiera placeringar som inte bör genomföras över huvud taget:

”Givetvis skall inget barn placeras i vård eller i en viss vårdform för att ett HVB-hem behöver belägga sina platser. Här finns ett problem om man från HVB-hemmen agerar så starkt för att klara sin beläggning att det faktiskt påverkar hur socialtjänsten beslutar om placeringar.” (Sallnäs 2005, s. 242)

Eftersom personalen på offentliga HVB är anställda med fast lön har de inte något privatekonomiskt intresse av att fylla institutionens vårdplatser. Därmed har de heller inget intresse av att förlänga vårdtiden. I stället finns risk att offentliga HVB undviker klienter som är särskilt krävande att arbeta med. Detta kan ta sig uttryck i att offentliga HVB helt avstår från att vårda ungdomar med tyngre problem, eller att de söker ett tidigt avslut på vården för dessa ungdomar. För ”vanliga” ungdomar är det dock rimligt att anta att offentliga HVB varken överdriver eller underdriver vårdbehovet.

Förutom institutionens incitament att avbryta eller förlänga vården kan vårdtiden även bero på vårdens kvalitet. Om låg kvalitet ökar risken för vårdssammanbrott, vilket förefaller rimligt, finns potentiellt två motverkande effekter av privat drift på vårdtiden: å ena sidan talar lägre kvalitet för kortare vårdtider pga. högre vårdssammanbrottsrisk, å andra sidan kommer privata aktörer försöka förlänga vårdtiden i de fall vården inte bryter samman i förtid.

Hypotes 2A: Ungdomar vars vård inte bröt samman vårdades längre på privata än på offentliga HVB.

Hypotes 2B: Offentliga HVB var relativt mer benägna att initiera vårdssammanbrott för ungdomar med tyngre problematik.

3.2.3 Kontraktproblem 3: Socialtjänsten som köpare och medproducent av institutionsvård

Hur allvarliga problemen med asymmetrisk information om kvalitet och vårdframsteg är, beror i stor utsträckning på hur socialtjänsten agerar i egenskap av köpare av HVB-vård. Om socialtjänsten arbetar aktivt för att följa upp placeringen, minskar utrymmet för HVB att hålla låg kvalitet eller förlänga/förkorta vårdtiden.³¹ Omvänt så leder inaktivitet från socialtjänsten till att HVB har större möjlighet att agera opportunistiskt.

En viktig skillnad mellan institutionsvården och förhållandet på privata marknader är att socialtjänsten varken ”konsumerar” eller finansierar vården. I stället agerar socialtjänsten som ett ombud både för den allmänhet som via skattsedeln betalar för vården, och för de ungdomar som placeras i vård. Utifrån ekonomisk teori är detta att betrakta som ett så kallat huvudman-agent förhållande där socialtjänsten agerar ”agent” (ombud) å ”huvudmannens” (allmänheten/de ungdomar som placeras i vård) vägnar.

Möjligheten för de ungdomar som får vård (eller deras familjer) att agera mot brister i socialtjänstens handläggning är dock begränsad.³² Även allmänheten har mycket liten insyn i socialtjänstens arbete. Kombinationen av att socialtjänsten inte direkt konsumerar den tjänst som köps och att möjligheten till ansvarsutkrävande är begränsad skapar ett potentiellt incitamentsproblem: Till skillnad från situationen på en (välfungerande) privat marknad leder inte kvalitetsbrister till minskade resurser. Risken med detta är att fokus hamnar på att hålla budget snarare än att förbättra verksamhetens kvalitet.

I detta sammanhang finns tre saker som är viktiga att påpeka för att undvika missförstånd. För det första beror detta kontraktproblem i grunden på förutsättningar som är svåra att göra något åt. Påståendet att det inom socialtjänsten finns problem som inte uppkommer på en väl fungerade privat marknad ska inte tolkas som att en ”privatisering” av socialtjänsten vore att föredra.

³¹ Utöver individuppföljning av enskilda placeringar bör kommunerna också genomföra en mer generell uppföljning av de verksamheter man upphandlat. I rapporten skiljer jag inte på uppföljning på individ- och verksamhetsnivå eftersom de båda utgör del i att som köpare agera för att få en god kvalitet i vården.

³² Att möjligheten för ungdomarna att agera är ”begränsad” betyder inte att de helt saknar möjlighet att agera mot eventuella brister i handläggningen. Dock är det, menar jag, rimligt att hävda att deras position är svagare än för en kund på en vanlig marknad som själv betalar för en tjänst.

För det andra innebär inte svaga incitament med nödvändighet att man från socialtjänstens sida inte anstränger sig tillräckligt. Sociala normer, professionell etik och genuin vilja att hjälpa de ungdomar som placeras i vård spelar rimligtvis stor roll för hur socialtjänsten agerar. Socialtjänsten kan också ha ett egenintresse i att vården fungerar väl eftersom dåligt fungerande placeringar och vårdssammanbrott kan leda till merarbete. Att dessa faktorer inte får större utrymme i den här rapporten beror på att det är svårare att se hur de påverkas av politiska beslut. För att ett ekonomiskt perspektiv ska vara relevant krävs dock inte att människor alltid, eller ens oftast, agerar i enlighet med ekonomiska incitament, utan att detta sker tillräckligt ofta för att skillnader i ekonomiska incitament ska påverka genomsnittliga utfall. Att så är fallet finns mycket starkt empiriskt stöd för.

För det tredje står "lösningen" på svaga incitament inte nödvändigtvis att finna i hårdare kontroll och skarpare sanktioner mot kommuner vars socialtjänst inte fungerar väl. Även om det kan finnas argument för sådana åtgärder är de också förknippade med potentiella problem.³³ Flertalet av de åtgärder som föreslås i den här rapporten är "mjuka" i så måtto att de fokuserar på att underlätta socialtjänstens arbete samt uppföljning som inte behöver kopplas till sanktioner. Ett bra exempel på det senare är Öppna jämförelser för socialtjänsten. Genom att tydliggöra vad som anses "god kvalitet" i socialtjänstens arbete och sedan offentliggöra vilka kommuner som lever upp till detta skapas ett tryck mot bättre kvalitet utan att man för den skull behöver ta till olika former av sanktioner.

Om man går några år bakåt i tiden, finns evidens som tyder på att socialtjänsten inte alltid agerat aktivt som köpare av HVB-vård. Ett exempel är den kritik Riksrevisionsverket (2002) riktade mot kommunernas socialtjänst. Riksrevisionsverket var kritiskt till att socialtjänsten genomförde mycket få kontroller av privata HVB. Flera andra studier av institutionsvården för barn och ungdomar i Sverige har dokumenterat likartade resultat. Enligt Sallnäs (2005) svarade 60 procent av 97 intervjuade föreståndare för privata HVB att de sociala myndigheterna "sällan" eller "aldrig" frågade efter utvärderingar av verksamhetens kvalitet innan de placerade ungdomar på institutionen.

³³ För att ta ett extremt exempel: Om det blev vanligt att åtala socialsekreterare för tjänstefel skulle socialsekreteraryrket förlora i attraktivitet. Mer generellt finns risk att ett alltför starkt fokus på kontroll leder till sämre motivation att göra ett bra arbete.

Utöver sin roll som beställare av vård fyller socialtjänsten en viktig roll i och med att man planerar vården. Sedan 2001 anges i Socialtjänstlagen att ungdomar som placeras i vård utanför hemmet ska ha en personlig vårdplan och att ansvaret för detta faller på kommunernas socialtjänst. Att lagen inte alltid följts indikeras dock av utvärderingar genomförda av ett antal länsstyrelser.³⁴ Ett återkommande tema i dessa utvärderingar är att vårdplanerna ofta var korta och uttryckta i allmänna termer med liten hänvisning till den specifika tonåringens behov. Även de mest grundläggande aspekterna av behandling, såsom behandlingens mål och förväntad varaktighet, saknas ofta. Ett annat exempel är Levin (1998, s. 140) som fann att endast 16 procent av de ungdomar som behandlats på Råby (ett §12-hem) betygsatte kontakten med sin socialsekreterare som ”bra”, medan 54 procent skattade sin kontakt som ”dålig” eller ”ingen kontakt”. Många tonåringar upplevde också en hög omsättning av socialsekreterare (Levin 1998, s. 142).

Spelar det någon roll om vården planeras eller inte? I den empiriska analysen försöker jag testa hypotesen att så är fallet. Eftersom det saknas data över vård- och behandlingsplaner använder jag förekomsten av en tidsplan för vården som ett mått på ”planerad vård”.

Hypotes 3: Barn som placerades i vård utan tidsplan uppvisade högre risk för vårdssammanbrott och sämre utfall senare i livet.

Ovanstående exempel på att socialtjänsten inte alltid fungerar väl går samtliga ett antal år bakåt i tiden. Under de senaste åren har också mycket hänt som förmodligen förändrat denna bild. Tillsynen av socialtjänsten har skärpts betydligt i och med att ansvaret för den flyttats från länsstyrelserna, via Socialstyrelsen till IVO. Samtidigt har riktlinjerna för hur ärenden ska handläggas skärpts i och med införandet av *Barnens behov i centrum* (BBIC); ett verktyg för dokumentation och uppföljning av socialtjänstens insatser. Andelen kommuner som använder BBIC har också ökat kraftigt varje år sedan 2010 (Socialstyrelsen, 2014). Införandet av

³⁴ Efter att ha utvärderat 89 placeringar av tonåringar från 16 olika kommuner drog Länsstyrelsen i Västra Götaland (2004) slutsatsen att behandlingsplaner varierar mycket i fråga om kvalitet. I 39,3 procent av fallen fanns inte någon hänvisning till den förväntade varaktigheten av behandling. Länsstyrelsen i Kronoberg (2006) fann att 5 av 21 utvärderade placeringar helt saknade behandlingsplan, och att en stor del av de behandlingsplaner som fanns inte var begripliga.

Öppna jämförelser för socialtjänsten 2010 har också tydliggjort skillnader i kvalitet mellan socialtjänsterna i olika delar av landet.

Av dessa skäl är det troligt att flera av de brister som påtalats tidigare, t.ex. avsaknad av vårdplaner, inte är lika vanligt förekommande i dag. Socialstyrelsens (2014) jämförelse av Öppna jämförelser mellan år 2010 och 2014 visar också att det skett förbättringar i vissa avseenden, t.ex. vad det gäller samverkan mellan socialtjänsterna och andra delar av den kommunala organisationen. Samtidigt finns indikationer på att det fortfarande finns mer att göra vad det gäller att utveckla verksamhetens kvalitet. I en rapport om kommunernas uppföljning av barn och unga i samhällsvård konstaterar SKL (2012, s. 6) att:

”[d]e vanligaste uppgifter som redovisas [av kommunerna] är budget och vårdkostnader, statistikuppgifter (antal barn i placering, placeringsform etc.) samt i vilken grad verksamhetens mål uppfyllts. Försvinnande få [kommuner] redovisar resultat av [placering i] familjehem och HVB [eller] barnens och föräldrarnas uppfattning om insatserna.”

Öppna jämförelser för 2014 ger en liknande bild. Exempelvis hade 16 procent av kommunerna använt resultat från ”systematiska uppföljningar för verksamhetsutveckling av insatser i dygnsvård” (Socialstyrelsen 2014, s. 26).

3.2.4 Kontraktproblem 4: Oklart kunskapsläge

Ett ofta återkommande tema i litteraturen om ungdomsvård är att kunskapsläget är oklart (Vinnerljung et al., 2001; Forkby och Höjer, 2008; Socialstyrelsen, 2009b; SKL, 2010; Wiklund, 2011). Det är inte uppenbart vad som utgör god ungdomsvård, och bland den uppsjö av olika teorier om hur problematiska tonåringar bäst behandlas finns relativt lite samstämmighet om grundläggande principer (Sallnäs, 2000). Bristen på kunskap gäller flera grundläggande aspekter, t.ex. vilken typ av behandling som passar vilka ungdomar, vilka ungdomar som lämpligen placeras på samma institution, och frågan om vilka ungdomar som över huvud taget bör institutionsplaceras.³⁵ Förbättrad kunskap om vilken typ av

³⁵ Andreassen (2002) finner i en översikt av forskningen på området att bäst behandlingsresultat uppnås av institutioner med kognitiv inriktning, flera olika moment i behandlingen, klar behandlingsfilosofi, tydliga gemensamma mål för ungdomarna, anpassning av insatserna efter varje ungdoms situation och ett utvecklat samarbete med personer i ungdomens

vård som är gynnsam bygger på samverkan mellan flera olika vetenskapliga discipliner och forskningstraditioner. I den här rapporten fokuserar jag på behovet av kvantitativa studier med fokus på kausala effekter. Detta val motiveras dels av att kvalitativ forskning ligger utanför mitt kompetensområde, dels av en övertygelse om att det finns stort behov av studier som fokuserar på kausalitet.

En stor internationell litteratur har visat att barn och ungdomar som blir föremål för insatser från de sociala myndigheterna klarar sig sämre i livet som vuxna.³⁶ Detta gäller även för Sverige. Vinnerljung och Sallnäs (2008) studerade utfallet för ungdomar som placerats på HVB, ungdomsvårdsanstalt (tidigare ”§12-hem”, numera ”särskilda ungdomshem”) eller fosterhem senare i livet.³⁷ Överlag ger deras studie en mörk bild av ungdomarnas situation, framför allt pojkarnas. För samtliga variabler i studien är utfallen väsentligt sämre för ungdomar som placerats i vård jämfört med ungdomar i normalpopulationen. Ungdomar som placerats på grund av beteendeproblem (vilket gäller majoriteten ungdomar som placeras på HVB) hade sämre utfall än ungdomar som placerats av andra skäl (såsom brister i omsorg). Av de pojkar som placerats på grund av beteendeproblem hade 5,4 procent avlidit innan de fyllt 25 år, 43,9 procent dömts till fängelse mellan 20 och 24 års ålder och 75,4 procent dömts för något brott. Bland flickor som placerats på grund av beteendeproblem hade 2,5 procent avlidit, 7,6 procent dömts till fängelse och 39,9 procent dömts för något brott vid motsvarande åldrar. Både bland pojkar och flickor var frekvensen psykisk ohälsa hög och en klar majoritet saknade utbildning över grundskolenivå.

Vinnerljung och Sallnäs betonar att deras resultat inte ska ses som en kausal effekt av att placeras i dygnsvården. De ungdomar som placeras utgör inte ett slumpmässigt urval från populationen, utan är tvärtom ungdomar som vid placeringstillfället uppvisat beteendeproblem eller haft en allmänt svårt situation. För att estimerar den kausala effekten av att placeras på institution eller

hemmiljö. Detta kräver att institutionen arbetar systematiskt med utredningar av behandlingsbehov och regelbundna utvärderingar, samt att personalen är enig i sitt bemötande av ungdomarna. Andreassen betonar bl.a. vikten av utbildad personal för att detta ska uppnås.

³⁶ Se till exempel referenserna i Vinnerljung et al. (2006).

³⁷ Vinnerljung och Sallnäs (2008) baseras på datamaterialet från Vinnerljung et al. (2001), vilket även jag gör i min empiriska analys. Måtten på utfall senare i livet jag använder är detsamma som i Vinnerljung och Sallnäs (2008).

fosterhem krävs att man lyckas kontrollera för selektionen av ungdomar in till olika typer av insatser.

Så hur är det möjligt att estimerar kausala effekter inom ungdomsvården? I korthet kan man säga att det finns tre möjligheter. Den enklaste och bästa metoden är att genomföra randomiserade experiment. Genom att låta slumpen avgöra typ av behandling slipper man problemet att det kan finnas en systematisk korrelation mellan behandling och ungdomarnas problem. Problemet med randomiserade studier ligger främst i att de av flera skäl är svåra att genomföra. Inte minst finns ett mycket stort etiskt problem i att enbart ge vissa ungdomar den vård som man kanske tror är den bästa.

Den andra möjligheten är att försöka identifiera någon form av naturligt uppkommen och, under rimliga antaganden, slumpmässig variation i de variabler man är intresserad av. Ett exempel på det är att förändringar i lagar och regler ofta på kort tid kan ge upphov till stora förändringar i vem som blir föremål för en viss typ av insats. Inte minst inom nationalekonomi har denna typ av "kvasi-experimentella" metoder fått mycket stort genomslag under de senaste 25 åren.

Slutligen finns möjligheten att genom detaljerade data över vårdplacerade ungdomar använda statistiska metoder för att konstanthålla de faktorer som påverkar selektion in till olika typer av insatser. Fördelen med den här metoden är främst att den ofta är genomförbar. Nackdelen är att den kräver tillgång till detaljerade data, samtidigt som det ofta är svårt att veta om man verkligen lyckats kontrollera för de faktorer som styr selektionen.

Nedan följer ett antal relevanta exempel på studier om dygnsvård som använder någon av de metoder som diskuteras ovan.

Lindquist och Santavirta (2012) använder data från Metropolitprojektet, vilket innehåller uppgifter om drygt 15 000 barn födda 1953 samt boende i Stockholm den första november 1963. Datamaterialet innehåller en stor uppsättning variabler om barnen, deras familjer och deras sociala sammanhang. Genom att använda dessa variabler kan Lindquist och Santavirta i viss mån justera för att det inte är slumpmässigt vilka ungdomar som placeras på institution. Lindquist och Santavirta använder även en metod utvecklad av Altonji et al. (2005) som, givet vissa antaganden, testar hur pass känsliga resultaten är för selektion baserad på faktorer som inte observeras i data. Studien visar att pojkar som

placerats i fosterhem vid 13–18 års ålder, samt pojkar och flickor som placerats på institution vid motsvarande ålder uppvisade högre sannolikhet att begå brott som vuxna. Barn som placerats på fosterhem eller institution innan 13 års ålder, samt flickor som placerats på fosterhem som tonåringar, uppvisade däremot ingen förhöjd sannolikhet att begå brott som vuxna. Lindquist och Santavirta diskuterar två potentiella problem med att tolka dessa resultat. Dels är det inte säkert att deras metod fullständigt förmår justera för selektionsproblemet, dels är det inte klart i vilken mån förhållandena i foster- och institutionsvården i slutet av 60-talet (då dessa ungdomar placerades) motsvarar dagens förhållanden.

I den internationella litteraturen finns ett antal relativt övertygande kvasiexperimentella studier av effekterna av fosterhemsplaceringar. Doyle (2007; 2008) använder det faktum att man i Illinois (USA) slumpar fall till handläggarna inom ett givet socialkontor. Eftersom vissa handläggare är mer benägna än andra att besluta om fosterhemsplacering innebär det att det finns en viss slumpfaktor i om barn fosterhemsplaceras eller inte. Doyle kan därmed skatta effekten av att fosterhemsplaceras för den typ av barn som skulle ha placerats i fosterhem endast om deras ärende hanteras av en relativt sett ”interventionistisk” handläggare. Doyle (2008) finner att dessa barn löper två till tre gånger högre sannolikhet att dömas för brott om de fosterhemsplaceras än om de inte placeras.

Warburton et al. (2011) finner däremot att fosterhemsplacering av tonårspojkar i British Columbia (Kanada) reducerade sannolikheten för brottslighet, i det fall då författarna använder samma statistiska metod som Doyle (2008). De använder dock även en alternativ metod där resultaten, i likhet med slutsatserna från Doyle (2008), indikerar att placering i vård ökar risken för brottslighet i vuxen ålder. Att samma undersökning indikerar både negativa och positiva effekter av institutionsvård behöver inte bero på problem i data. En rimlig tolkning är i stället att effekten av institutionsvård är positiv för vissa ungdomar men negativ för andra.

4 Empirisk analys

I det här avsnittet presenteras en empirisk analys utifrån diskussionen i avsnittet ovan. Merparten av de resultat som visas nedan finns återgivna i Lindqvist (2008; 2011) men presenteras här på ett något förenklat sätt. Analyserna i Lindqvist (2008) bygger vidare på Sallnäs (2000) och Vinnerljung et al. (2001) som också visar hur personaltäthet, sammanbrottsfrekvens och vårdtid varierar mellan olika huvudmannaskap.³⁸ Skillnaden mellan dessa studier ligger främst i att jag i Lindqvist (2008) använder en ekonometrisk strategi för att kontrollera för selektionen av ungdomar till privata och offentliga HVB.

4.1 Data

I Lindqvist (2008; 2011) använder jag ett datamaterial sammanställt av Vinnerljung et al. (2001). Uppgifterna bygger på journaler över alla svenska ungdomar (13–16 år) som placerades i ett HVB under 1991, undantaget de tonåringar som placerades tillfälligt i vård eller enbart i syfte att få sina behandlingsbehov utvärderade. Tonåringarna följdes så länge de var föremål för insatser från socialtjänsten, eller till 18-årsdagen. Påbörjade placeringar har dock följts till dess att de slutförts även efter det att tonåringen fyllt 18 år. Datamaterialet innehåller även information från olika register om utfall avseende brottslighet, psykisk sjukdom, utbildning och ekonomisk situation upp till 25 års ålder.

Sammantaget består datamaterialet av 357 placeringar av 336 tonåringar i 174 olika HVB. Totalt 186 ungdomar placerades på någon av de 63 offentliga HVB som finns i datamaterialet medan 171 ungdomar fördelades på 111 privata HVB. Antalet ungdomar per HVB varierar mellan 1 och 10. Med hjälp av Socialstyrelsens

³⁸ Se även Sallnäs et al., (2004) samt Vinnerljung och Sallnäs (2008).

register har jag identifierat huruvida privata HVB drivs av företag (78) eller icke-vinstdrivande organisationer (20). Det fanns 13 fall där jag inte kunde avgöra om ett HVB skulle anses vinstdrivande eller icke-vinstdrivande. Majoriteten av tonåringar i uppgifterna placerades i vården på grund av sitt eget beteende (61 procent), följt av relationsproblem (39 procent) och brist på omsorg (27 procent).³⁹

4.2 Selektion till offentliga och privata HVB

Den vänstra kolumnen i Tabell 4.1 visar andelen ungdomar i offentliga HVB med en viss egenskap eller ett visst problem. Vi ser till exempel att en knapp tredjedel (32,6 procent) av ungdomarna på offentliga HVB uppvisade kriminellt beteende. Kolumnerna i mitten och till höger visar skillnaden i andelen ungdomar med en viss egenskap mellan privata och offentliga HVB. Exempelvis är andelen ungdomar med kriminellt beteende 16,9 procentenheter högre på privata vinstdrivande än på offentliga HVB. Detta betyder att 49,5 procent (32,6+16,9) av ungdomarna på privata vinstdrivande HVB ansågs ha kriminellt beteende. Tabell 4.1 visar även att missbruksproblem var betydligt vanligare bland ungdomar i privata ideella HVB jämfört med ungdomar i offentliga HVB, medan privata vinstdrivande HVB intog en mellanposition. Ungdomar i privata, vinstdrivande HVB hade också en längre, och mer problemfylld, erfarenhet av ungdomsvård innan den aktuella placeringen. Dessa skillnader är i regel statistiskt signifikanta, vilket innebär att det inte är troligt att de uppstått enbart på grund av slumpen. Socialtjänsten verkar alltså ha använt privata HVB när tidigare insatser i offentliga HVB misslyckats.

Det faktum att ungdomar i privata HVB generellt hade en historia med tyngre problematik innebär att genomsnittliga skillnader i personaltäthet, sammanbrottsfrekvens, vårdtid eller utfall i vuxen ålder inte behöver avspegla kausala effekter av olika huvudmannaskap. För att ändå dra slutsatser om kausalitet använder jag (Lindqvist 2008; 2011) multipel regressionsanalys, vilket är en vanlig statistisk metod inom samhällsvetenskapen.

³⁹ Mer än en typ av problem kan ligga till grund för placering.

Tabell 4.1 Selektion av ungdomar till privata och offentliga HVB

	Andel i offentliga HVB (%)	Skillnad i andel mellan privata vinstdrivande HVB och offentliga HVB	Skillnad i andel mellan privata ideella HVB och offentliga HVB
Kön (pojke=1)	49.4	+4.6	+3.8
Invandrarbakgrund	38.4	-3.9	-6.5
Psykologiska problem	18.0	+5.0	+5.3
Utsatt för sexuella övergrepp	1.7	+5.1*	-1.7
Missbruk av narkotika	13.4	+2.7	+20.7***
Missbruk av alkohol	17.4	+10.1*	+14.5**
Placerad på grund av eget beteende	56.4	+12.6*	+24.5**
Kriminalitet	32.6	+16.9**	+12.1
Våldsamt beteende	17.4	+3.2	+1.7
Ofrivillig placering	22.7	+16.4**	-0.9
Tidigare erfarenhet av vård på institution	29.1	+15.8**	+5.0
Tidigare vårdsammanbrott	20.4	+14.2**	+9.2
Tidigare erfarenhet av vård utanför hemmet	21.2	+22.5***	+9.3

Not: Tabellen är en förkortad version av en tabell i Lindqvist (2008). Vänsterkolumnen visar andelen placerade ungdomar på offentliga HVB vilka uppvisar en viss egenskap. Kolumnen i mitten och högerkolumnen visar skillnaden i andelen ungdomar med en viss egenskap mellan privata vinstdrivande HVB och offentliga HVB, och privata ideella HVB och offentliga HVB. Urvalet är begränsat till ungdomar för vilka avstånd till institutionen och typ av vård observeras. Antalet ungdomar varierar mellan 292 och 306. Tre stjärnor indikerar att skillnaden mellan privata och offentliga HVB är statistiskt signifikant på 1 procentsnivån, två stjärnor på 5 procentsnivån och en stjärna på 10 procentsnivån.

Regressionsanalys gör det möjligt att justera för *observerbara skillnader* avseende vilka ungdomar som placeras i ett privat eller offentligt HVB. Datamaterialet från Vinnerljung et al. (2001) innehåller en stor mängd variabler över de ungdomar som placerats i vård. Även om det är rimligt att anta att en stor mängd faktorer inte observeras, är detta datamaterial tillräckligt rikt för att det ska vara möjligt att testa hur känsliga resultaten är för skillnader i ungdomarnas bakgrund. Genom att i en regressionsanalys i tur och ordning lägga till olika variabler för ungdomarnas bakgrund kan man få en indikation på om skillnader i utfall mellan privata och offentliga HVB avspeglar en kausal effekt av huvudmannskapet, eller snarare kan härledas till skillnader i vilka typer av ungdomar som placeras på respektive typ av institution.

Likväl är det mycket troligt att en rad viktiga faktorer inte observeras i data. För att testa känsligheten avseende ej observerbara faktorer använder jag så kallade *proxyvariabler* – variabler som kan antas korrelera med de faktorer som inte observeras. I Lindqvist (2008) argumenterar jag för att avståndet mellan vårdinstitutionen och kommunen utgör en sådan variabel. I intervjuer indikerade företrädare för socialtjänsten att det ibland finns skäl att placera ungdomar på ett visst avstånd från den egna hemmiljön, t.ex. för att minska risken för rymning.⁴⁰ Det är rimligt att anta att detta behov är större för ungdomar med tyngre problematik, för vilka sammanbrottsfrekvensen är högre. Samtidigt sker vård i privata HVB ofta långt från ungdomarnas hemkommun. Ett troligt skäl till detta är att "handel" mellan offentliga huvudmän är begränsad. En kommun som avser placera en tonåring på ett större avstånd från den egna kommunen kommer alltså att möta ett stort utbud av privata HVB, men mycket begränsat utbud av offentliga HVB. Orsaken till att ungdomar i privata HVB har tyngre problematik kan alltså vara att kommunerna vill placera dessa ungdomar långt ifrån hemkommunen, och att utbudet av HVB då är begränsat till privata HVB.

I Lindqvist (2008) visar jag också att korrelationen mellan ungdomarnas problem och vårdinstitutionens huvudmannaskap minskar avsevärt om man också kontrollerar för avståndet mellan institutionen och kommunen. Korrelationerna blir än svagare och är inte längre statistiskt signifikanta om man dessutom kontrollerar för typ av vårdprogram ("miljöterapi", "medlevarskap", "hemlik miljö" eller "annat vårdprogram"). Givet att man justerar för dessa faktorer finns alltså inte längre något samband mellan ungdomarnas problem och vårdinstitutionens huvudmannaskap.

⁴⁰ Sambandet mellan huvudmannaskap och avstånd till hemkommunen påpekas av Vinnerljung et al. (2001, s.129): "Det är tydligt att enskilda HVB för barn och ungdom har stora upptagningsområden, ofta hela landet." Vinnerljung et al. visar också att avståndet är negativt korrelerat med risken för sammanbrott i fosterhem och HVB som drivs av enskild huvudman (vinstdrivande och ideell). Som rimlig förklaring framhåller de den rent praktiska svårigheten att rymma i det fall avståndet är stort. (s. 156–157). Enligt Sallnäs (2005, s. 241) angav flera intervjuade föreståndare på privata HVB att ungdomar ofta placeras långt från hemkommunen för att undvika att de rymmer hem.

4.3 Resultat

4.3.1 Dygnskostnad

Den genomsnittliga kostnaden per månad i offentliga HVB var 50 600 kr i 1991 års penningvärde. Privata vinstdrivande HVB var cirka 7 000 kr billigare per månad, medan privata ideella var cirka 1 900 kr billigare. Skillnaden mellan offentliga och privata vinstdrivande HVB är statistiskt signifikant. En regressionsanalys visar dock att skillnaderna i månadskostnad inte är robusta när jag kontrollerar för skillnader mellan institutionerna avseende inriktning och vilka typer av ungdomar de vårdar.

Baserat på dessa resultat är det frestande att dra slutsatsen att det inte fanns några väsentliga skillnader mellan olika huvudmän avseende kostnaden per vård dygn. Ett problem i sammanhanget är dock att det är svårt att veta vilken tillförlitlighet som ska tillskrivas kostnadsuppgifterna för offentliga HVB. Detta eftersom kostnaden i någon mån avspeglar politiska beslut inom den offentliga administrationen. En indikation på att så är fallet är att sambandet mellan dygnskostnad och personaltäthet är väsentligt starkare för privata än för offentliga HVB. En ökning av personaltätheten med en person per vårdplats är förknippad med cirka 30 000 kr högre månadskostnad i privata HVB, jämfört med 14 000 kr i offentliga HVB.⁴¹

H1: Skillnader i kvalitet mellan privata och offentliga HVB

Jag använder personaltäthet och sammanbrottsfrekvens som mått på kvalitet. Personaltäthet kan ses som ett mått på investering i kvalitet. Sammanbrott är i sin tur ett utfall som dels utgör ett mått på kvalitet i sig (sammanbrott är en starkt negativ upplevelse för placerade barn och ungdomar), dels rimligen reflekterar hur väl vården fungerat i stort.

Tabell 4.2 visar resultatet av en regression med personaltäthet som beroende variabel och indikatorvariabler för privata vinstdrivande och privata ideella HVB som förklarande variabler. Regressionen ger svar på frågan huruvida skillnader i personaltäthet mellan olika HVB kan förklaras av deras huvudmannaskap.

⁴¹ Det finns andra tänkbara förklaringar till detta resultat. Exempelvis kan privata HVB som satsar mycket på kvalitet vara utsatta för större finansiell risk.

Kolumn (1) visar att personaltätheten (antal personal per vårdplats) var 1,49 i offentliga HVB, 1,01 i privata ideella HVB (1,49–0,48) och 0,80 (1,49–0,69) i privata vinstdrivande HVB. Skillnaderna i personaltäthet är statistiskt signifikanta, vilket betyder att det inte är troligt att de beror på slumpen. Kolumn (3) visar att sambandet mellan personaltäthet och huvudmannaskap inte förändras nämnvärt när tonåringarnas bakgrundsfaktorer inkluderas i regressionen. Skillnaden i personaltäthet mellan privata och offentliga HVB förklaras alltså inte av att de vårdade olika typer av ungdomar.

Tabell 4.2 Personaltäthet och huvudmannaskap

	(1)	(2)	(3)
Privat vinstdrivande	-0,69*** (-8,20)	-0,71*** (-7,62)	-0,67*** (-7,19)
Privat ideellt	-0,48*** (-4,78)	-0,49*** (-4,60)	-0,47*** (-4,84)
Konstant (= personaltäthet i offentliga HVB)	1,49*** (27,28)	1,52*** (26,65)	1,29*** (8,68)
Kontrollvariabler	Nej	Nej	Ja
Urval begränsat till ungdomar för vilka samtliga kontrollvariabler observeras	Nej	Ja	Ja
Institutioner	154	136	136
Observationer	334	289	289

Not: Resultat från Lindqvist (2008). Den beroende variabeln är personaltäthet (antal personal delat med antal placerade barn). Alla regressioner har estimerats med OLS. Koefficienterna ska tolkas som effekten på den genomsnittliga personaltätheten. *t*-statistiken rapporteras inom parentes. Standardfelet har klustrats på institution. Tre stjärnor anger statistisk signifikans på 1 procentsnivå, två stjärnor på 5 procentsnivå och en stjärna på 10 procentsnivå i ett tvåsidigt test. Kontrollvariabler: *Institutionen*: Antal vårdplatser på institutionen, utredningsinstitution, skola på institutionen. *Tonåringarnas bakgrund*: Kön, ålder, invandrarbakgrund, psykologiska problem, sexuella övergrepp, missbruksproblem (sniffning, narkotika, alkohol), placering pga. eget beteende, kriminalitet, våldsamt beteende, problem i hemmet under uppväxten. *Vårdshistorik*: Ej frivillig placering, tidigare erfarenhet av ungdomsvård, tidigare vårdssammanbrott, i vård på institution eller fosterhem innan placeringen, problem utredda på "§12-hem", andra placering, tredje placering, fjärde placering. *Geografi*: Avstånd mellan institutionen och kommunen >100 km, institutionen belägen i hemlänet, institutionen belägen i hemkommunen.

Tabell 4.3 visar resultatet från regressioner med vårdssammanbrott som beroende variabel och huvudmannaskap hos institutionen som förklarande variabler. I kolumn (1), som visar resultaten utan några kontrollvariabler, framgår att sammanbrottsfrekvensen är 19,1 procentenheter högre i privata vinstdrivande HVB jämfört med offentliga HVB. Däremot finns inte någon signifikant skillnad mellan privata ideella och offentliga HVB. Kolumn (3) visar dock att skillnaden i sammanbrottsfrekvens i viss mån förklaras av

skillnader i ungdomarnas observerbara karaktäristika. När vi tar hänsyn till att de ungdomar som vårdades på privata HVB generellt sett hade tyngre problematik är skillnaden i sammanbrottsfrekvens 12,1 procentenheter.

Risken för vårdssammanbrott beror dock inte enbart på vårdens kvalitet och ungdomarnas egenskaper – institutionens incitament att behålla ungdomar i vård kan också spela in. Kolumn (4)–(6) i Tabell 4.3 visar därför hur huvudmannaskap samvarierar med risken för sammanbrott *som inte initieras av personalen på institutionen*. I dessa regressioner blir skillnaden mellan privata vinstdrivande och offentliga HVB något större när jag inkluderar tonåringarnas egenskaper som kontrollvariabler. Detta resultat stärker slutsatsen att kvaliteten var lägre på privata HVB.

Tabell 4.3 Vårdssammanbrott och huvudmannaskap

	Vårdssammanbrott			Vårdssammanbrott ej initierade av institutionen		
	Privata vinstdrivande	0,191*** (3,146)	0,208** (3,361)*	0,121* (1,792)	0,159*** (2,982)	0,153*** (2,658)
Privata ideella	0,036 (0,448)	0,040 (0,492)	-0,004 (-0,054)	-0,042 (-0,941)	-0,054 (-1,151)	-0,043 (-0,758)
Konstanta (= offentliga HVB)	0,258*** (7,148)	0,246*** (7,136)	0,043 (0,411)	0,140*** (5,236)	0,150*** (5,098)	0,024 (0,275)
Kontroller för ungdomars bakgrund	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Urval begränsat till ungdomar för vilka bakgrunds-faktorer kan observeras	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Kluster	162	141	141	162	141	141
Observationer	344	295	295	344	295	295

Not: Resultat från Lindqvist (2008). Alla regressioner har estimerats med OLS. Den beroende variabeln är en indikatorvariabel för vårdssammanbrott. Koefficienterna ska tolkas som effekten på sannolikheten för sammanbrott (i procentenheter). *t*-statistikan rapporteras inom parentes. Standardfelen har klustrats på institution. Tre stjärnor anger statistisk signifikans på 1 procentsnivå, två stjärnor på 5 procentsnivå och en stjärna på 10 procentsnivå i ett tvåsidigt test. Kontrollvariablerna är desamma som anges i notisen till Tabell 4.2.

Privata vinstdrivande och ideella HVB hade alltså väsentligt lägre personaltäthet än offentliga HVB. Samtidigt hade de högre sammanbrottsfrekvens för placerade ungdomar. Beror den högre

sammanbrottsfrekvensen i privata HVB på att de har lägre personaltäthet? Var personaltätheten ”för låg” i privata eller ”för hög” i offentliga HVB? Tabell 4.4 visar resultatet från en regression med en indikatorvariabel för vårdssammanbrott som beroende variabel och personaltäthet som förklarande variabel. Urvalet har begränsats till antingen privata eller offentliga HVB.⁴² Resultaten visar att det finns ett starkt samband mellan hög personaltäthet och låg risk för sammanbrott i privata HVB, men inget sådant samband i offentliga HVB. En möjlig förklaring till dessa resultat är att risken för vårdssammanbrott minskar med ökad personaltäthet, men att nyttan är avtagande i personaltätheten (sambandet är alltså strikt konkavt). Eftersom privata HVB i genomsnitt hade låg personaltäthet var risken lägre inom de privata HVB vilka hade relativt hög personaltäthet. Bland offentliga HVB hade alla institutioner så pass hög personaltäthet att risken för vårdssammanbrott inte är lägre bland de institutioner som har den allra högsta personaltätheten.

Tabell 4.4 indikerar alltså att låg personaltäthet kan vara ett skäl till hög sammanbrottsfrekvens i privata vinstdrivande HVB. Koefficienten för personaltäthet i kolumn (1) innebär att en ökning av personaltätheten med en anställd per vårdplats (t.ex. från 0,5 till 1,5) minskade sannolikheten för ett sammanbrott med 18,0 procentenheter. Om privata vinstdrivande HVB ökade sin personaltäthet till samma nivå som offentliga HVB innebär detta att deras sammanbrottsfrekvens skulle minska med 12,4 procentenheter $((1,49-0,80)*18,0)$. Denna hypotetiska förändring motsvarar mer än hälften av skillnaden i sammanbrottsfrekvens mellan privata vinstdrivande och offentliga HVB.

⁴² Vårdssammanbrott är förknippade med sämre utfall efter avslutad placering, se Vinnerljung et al. (2001), Sallnäs et al. (2004), Sallnäs och Vinnerljung (2008).

Tabell 4.4 Vårdsammanbrott och personaltätthet per huvudmannskap

	Privata HVB			Offentliga HVB		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Personaltätthet	-0,180** (-2,463)	-0,187*** (-2,638)	-0,212*** (-2,653)	-0,028 (-0,513)	-0,036 (-0,739)	-0,036 (-0,844)
Konstant	0,546*** (6,475)	0,551*** (6,471)	0,341* (1,954)	0,302*** (3,101)	0,302*** (3,375)	-0,020 (-0,147)
Kontrollvariabler	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
Urval begränsat till ungdomar för vilka samtliga kontrollvariabler observeras	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Institutioner	97	83	83	62	57	57
Observationer	155	127	127	185	166	166

Not: Resultat från Lindqvist (2008). Den beroende variabeln är en indikatorvariabel för vårdsammanbrott. Alla regressioner har estimerats med OLS. Koefficienterna ska tolkas som effekten på sannolikheten för sammanbrott (i procentenheter). *t*-statistikan rapporteras inom parentes. Standardfelen har klustrats på institution. Tre stjärnor anger statistisk signifikans på 1 procentsnivå, två stjärnor på 5 procentsnivå och en stjärna på 10 procentsnivå i ett tvåsidigt test. Kontrollvariablerna är desamma som anges i notisen till Tabell 4.2.

Sammanfattningsvis ger analysen ovan stöd för hypotesen att privata HVB hade lägre kvalitet än offentliga HVB i början av 1990-talet. Detta resultat stärker hypotesen att ekonomiska incitament spelar roll för vårdens kvalitet. Så som poängterats ovan finns det både teoretiska och empiriska skäl att tro att skarpare tillsyn, tillståndsprövning och upphandling medfört högre kvalitet i privata HVB.

H2: Vårdtidens längd och vårdsammanbrott i privata och offentliga HVB

Som argumenterats för ovan finns två motverkande mekanismer avseende effekten av institutionens huvudmannskap på vårdens varaktighet. Å ena sidan leder lägre kvalitet i privata HVB till högre risk för vårdsammanbrott, vilket förkortar vårdtiden. Å andra sidan har privata HVB starkare incitament att utnyttja sitt informationsövertag till att argumentera för längre vårdtider i de fall vården inte bryter samman i förtid. I avsnittet ovan tydliggjordes att privata vinstdrivande HVB verkligen hade högre sammanbrottsfrekvens. Utifrån ett teoretiskt perspektiv är det därför en

öppen fråga om vårdtiden är kortare eller längre i privata HVB. Hypotes 2A anger därför bara att vårdtiden i privata HVB bör överstiga vårdtiden i offentliga HVB om vården inte avslutas med ett sammanbrott.

Tabell 4.5 visar dock att totaleffekten av privat huvudmannaskap på vårdens varaktighet var starkt positiv, även då samtliga placeringar inkluderas i urvalet (oavsett om de bröt samman eller inte). Sambandet mellan vårdtid och huvudmannaskap blir något starkare om urvalet begränsas till placeringar som inte bröt samman (se Lindqvist, 2008). Medan den genomsnittliga vårdtiden på offentliga HVB var 10,1 månader var motsvarande siffra 18,9 månader för privata ideella (10,1+8,7 som avrundas uppåt) och 21,9 månader för privata vinstdrivande HVB (10,1+11,8). Kolumn (2) visar att grundläggande skillnader mellan institutionerna avseende antal vårdplatser, utredningsverksamhet och skola på institutionen förklarar en mindre del av skillnaden mellan offentliga och privata vinstdrivande HVB, och en något större del av skillnaden mellan offentliga och privata ideella HVB. Skillnaden mellan privat och offentlig huvudman blir dock större när jag kontrollerar för ungdomarnas problembakgrund i kolumn (4). Orsaken är att de bakgrundsfaktorer som är vanligare i privata HVB är svagt *positivt* förknippade med vårdens varaktighet.

Sambandet mellan vårdtidens längd och huvudmannaskap i Tabell 4.5 är robust för kommunspecifika faktorer (hos den placerande kommunen) samt för alternativa statistiska modeller (se Lindqvist, 2008). Skillnaden i vårdtid kvarstår även då jag på olika sätt begränsar urvalet avseende ungdomarnas problem eller institutionernas karaktäristika.

Tabell 4.5 Vårdens varaktighet och huvudmannskap

	(1)	(2)	(3)	(4)
Privat vinstdrivande HVB (= skillnad mot offentligt HVB)t	11,76*** (6,04)	10,06*** (5,02)	11,07*** (2,22)	11,08*** (4,49)
Privat ideellt HVB (= skillnad mot offentligt HVB)	8,75** (3,05)	5,09** (2,12)	6,25** (2,90)	6,91** (2,24)
Konstant (= offentligt HVB)	10,11*** (9,44)	10,65*** (7,50)	10,00*** (1,44)	10,52** (2,57)
Kontrollvariabler för typ av HVB	Nej	Ja	Ja	Ja
Kontrollvariabler för ungdomars bakgrund	Nej	Nej	Nej	Ja
Urval begränsat till ungdomar för vilka bakgrundsfaktorer kan observeras	Nej	Nej	Ja	Ja
Institutioner	161	151	135	135
Observationer	342	332	288	288

Not: Den beroende variabeln är vårdens varaktighet i månader. Alla regressioner har estimerats med OLS. Koefficienterna ska tolkas som effekten på den genomsnittliga vårdtiden (i månader). *t*-statistikan rapporteras inom parentes. Standardfelen har klustrats på institution. Tre stjärnor anger statistisk signifikans på 1 procentsnivå, två stjärnor på 5 procentsnivå och en stjärna på 10 procentsnivå i ett tvåsidigt test. Kontrollvariabler för institutions faktorer innehåller indikatorvariabler för om institutionen bedriver vårdutredningar och har en skola på institutionen, samt en kontinuerlig variabel över antal placeringar. Kontrollvariabler för ungdomarnas bakgrund är desamma som anges i notisen till Tabell 4.2.

För knappt en tredjedel av ungdomarna i datamaterialet finns information om den planerade vårdtiden. Tabell 4.6 visar skillnaden mellan den genomsnittliga faktiska och planerade vårdtiden per huvudmannskap. Medan den faktiska och planerade vårdtiden sammanfaller mycket väl för offentliga HVB, var den faktiska vårdtiden väsentligt längre än den planerade vårdtiden för både privata vinstdrivande och ideella HVB. Detta resultat stärker hypotesen att vårdinstitutionerna skaffar sig ett informationsövertag över tid.

Tabell 4.6 Avvikelser från planerad vårdtid (genomsnittliga vårdtider, månad)

Huvudmannskap	Planerad	Faktisk	Skillnad
Offentlig HVB	10,2	10,0	-0,2
Privat vinstdrivande HVB	14,6	22,1	+7,5
Privat ideellt HVB	12,8	21,6	+8,8

Not: Endast placeringar utan vårdssammanbrott.

Skillnaden i vårdtid mellan privata och offentliga HVB finns även bland den lilla grupp ungdomar som vårdats på både en privat och offentlig institution. Skillnad kvarstår även efter att jag kontrollerat för en fix effekt för varje ungdom, vilket kontrollerar för individuella icke-observerbara karaktärsdrag som inte ändras över tiden. Bland dessa ungdomar kan kodningen av deras karaktäristika per definition inte skilja sig åt. Detta urval är mycket litet (17 ungdomar, 36 placeringar), men den skattade skillnaden är likväl statistiskt signifikant.

Sammanfattningsvis finns alltså relativt starkt stöd för Hypotes 2A, att vårdtiden var systematiskt längre i privata HVB. Skillnaden i vårdtid har stora konsekvenser för vårdens totalkostnad. Trots något lägre pris per vård dygn var den genomsnittliga totalkostnaden pga. längre vårdtid mer än dubbelt så hög för privata vinstdrivande som för offentliga HVB (1 337 000 kronor i dagens penningvärde jämfört med 614 000 kronor).

Det finns även indikationer i data på att offentliga institutioner var mindre villiga att behandla ungdomar med särskilt svåra problem (Hypotes 2B). Tabell 4.7 visar att det faktum att en tonåring är "arbetsam" (definierat som tidigare vårdsammanbrott eller våldsamt beteende) hade mycket stor effekt på personalens benägenhet att initiera sammanbrott i offentliga HVB, men knappt någon effekt alls i privata vinstdrivande HVB.⁴³

Tabell 4.7 Personalinitierade sammanbrott, typ av ungdomar och huvudmannaskap (procent placeringar)

Huvudmannaskap	Arbetsamma	Skötsamma	Differens
Offentlig	31,0	3,3	+27,7
Privat vinstdrivande HVB	15,1	13,5	+1,6
Privat ideellt HVB	22,7	14,8	+7,9

Tabell 4.8 indikerar att offentliga HVB:s ovilja att behandla "arbetsamma" tonåringar kan ha reell effekt på utfall i vuxen ålder. Medan "arbetsamma" ungdomar i privata vinstdrivande HVB hade en 10,5 procent högre sannolikhet att dömas till fängelsestraff

⁴³ Sallnäs et al. (2004, s. 148) presenterar en liknande analys med likartat resultat som Tabell 4.7. De har dock en annan uppdelning av ungdomarna ("antisocial" vs. "non-antisocial") och institutionerna (privata ideella och privata vinstdrivande tillhör samma kategori), samt studerar alla vårdsammanbrott (alltså inte enbart personalinitierade).

mellan 20 och 24 års ålder än relativt sett skötsamma ungar, var skillnaden 24,3 procent i offentliga HVB.

Tabell 4.8 Fängelsedomar i vuxen ålder, typ av ungdomar och huvudmannaskap (procent ungdomar)

Huvudmannaskap	Arbetsamma	Skötsamma	Differens
Offentlig	34,1	9,8	+24,3
Privat vinstdrivande HVB	21,6	11,1	+10,5
Privat ideellt HVB	31,6	15,4	+16,2

En alternativ förklaring till resultaten i Tabell 4.7 och 4.8 är att skillnaden mellan ”arbetsamma” och ”skötsamma” ungdomar är större i offentliga än i privata HVB. Även om denna alternativa förklaring inte kan uteslutas finns det ingenting i data som tyder på att så skulle vara fallet. En mer formell statistisk analys av resultaten i Tabell 4.7 och 4.8 är tillgänglig i Lindqvist (2008).

Det finns förvisso skäl att inta viss försiktighet i tolkningen av resultaten i Tabell 4.7 och 4.8. Icke desto mindre kan de illustrera att de incitamentsproblem som uppstår på grund av asymmetrisk information mellan vårdande institutioner och socialtjänster inte begränsas till privata huvudmän.

De informationsproblem som redogjorts för ovan innebär att socialtjänsten fyller en mycket viktig funktion som beställare av vård. Även om det inte är möjligt för socialtjänsten att ha fullständig information om kvalitet och ungdomarnas vårdbehov spelar det förmodligen stor roll om socialtjänsten anstränger sig för att informera sig om situationen för de ungdomar man placerat på ett HVB. Detta eftersom det minskar institutionernas informationsövertag.

H3: Förekomst av tidsplan och vårdens utfall

I Lindqvist (2011) undersökte jag om bristen på planering påverkar vårdens kvalitet genom att använda existensen av en angiven planerad vårdtid som indikation för ”planerad” vård. Detta är naturligtvis ett grovt mått eftersom det finns en rad andra faktorer som bör vara på plats för att en placering ska anses vara ”välplanerad”. Jag menar ändå att förekomsten av en tidsplan kan vara informativ, eftersom en sådan rimligtvis förutsätter en tanke

om hur vården ska fortlöpa och vad den ska innehålla. För att få en bild av om detta antagande är rimligt visar Tabell 4.9 sambandet mellan planerad vård och ett antal utfall som tyder på att vården fungerat väl. Varje rad anger resultaten för en ny beroende variabel. Resultaten i kolumn (1) visar att placeringar vilka hade en tidsplan, löpte lägre risk att bryta samman (-11,3 procentenheter). Detta gällde även för sammanbrott initierade av socialtjänsten (-5,9 procentenheter). Förekomsten av en tidsplan var även förknippad med väsentligt lägre sannolikhet för omplacering efter avslutad behandling (-10,9 procentenheter). Kolumn (2) och (3) visar att resultaten inte ändras nämnvärt när jag inkluderar kontrollvariabler för ungdomarnas problem och typ av kommun. Sammanfattningsvis stödjer resultaten i Tabell 4.9 uppfattningen att förekomsten av en tidsplan korrelerar positivt med andra faktorer som tyder på att vården varit välplanerad och fungerat bra.

En viktig fråga i sammanhanget är dock varför vissa placeringar har en tidsplan och andra inte. I Lindqvist (2011) visar jag att ungdomarnas observerbara karaktäristika inte kan förklara vilka placeringar som har en tidsplan. Däremot finns viss systematik i bemärkelsen att vissa kommuner är generellt mer benägna än andra att ha en tidsplan för sina placeringar.

Tabell 4.9 Planerad vård och utfall i vården

Beroende variabler	(1)	(2)	(3)
Vårdens varaktighet (månader)	0,127 (1,599)	0,653 (1,716)	0,083 (1,767)
Vårdsammanbrott	-0,113** (0,048)	-0,111** (0,051)	-0,116** (0,054)
Vårdsammanbrott initierad av socialtjänsten	-0,059** (0,019)	-0,044* (0,019)	-0,040* (0,020)
Omplacering efter avslutad behandling	-0,109** (0,055)	-0,133** (0,057)	-0,171*** (0,056)
Kontrollvariabler för ungdomarnas problem	Nej	Ja	Ja
Kontrollvariabler för typ av kommun	Nej	Nej	Ja

Not: Kolumn (1)-(3) anger effekten av planerad vårdtid på respektive beroende variabel (listade i vänsterkolumnen). Bortsett från vårdens varaktighet är samtliga beroende variabler indikatorvariabler. Detta innebär att koefficienterna ska tolkas som effekten av att vårdtiden är planerad på sannolikheten för olika utfall (i procentenheter). Tabell från Lindqvist (2011).

Spelar då förekomsten av en tidsplan någon roll för framtida utfall? Tabell 4.10 nedan visar resultaten från regressioner där de beroende

variablerna utgörs av olika utfall i vuxen ålder. Ungdomar vars vårdtid planerats i förväg uppvisade lägre risk att dömas för brott i vuxen ålder eller att vårdas för psykiska problem. Att döma av dessa resultat tycks det alltså som att tidsplaner för vården är förknippade med positiva utfall efter avslutad placering.

Tabell 4.10 Planerad vård och utfall senare i livet

Beroende variabler	(1)	(2)	(3)
Dömd för något brott	-0,113** (0,057)	-0,100* (0,059)	-0,136** (0,065)
Dömd för våldsbrott	-0,100* (0,055)	-0,096* (0,051)	-0,105* (0,057)
Dömd till fängelse	-0,037 (0,048)	-0,028 (0,047)	-0,020 (0,056)
Psykisk ohälsa	-0,109** (0,051)	-0,121** (0,054)	-0,161*** (0,050)
Utbildning över grundskolenivå	0,064 (0,063)	0,081 (0,069)	0,072 (0,077)
Socialbidragstagare	0,040 (0,057)	0,045 (0,059)	0,036 (0,063)
Kontrollvariabler för ungdomarnas problembakgrund	Nej	Ja	Ja
Kontrollvariabler för typ av kommun	Nej	Nej	Ja

Not: Kolumn (1)-(3) anger effekten av planerad vårdtid på respektive beroende variabel (listade i vänsterkolumnen). Samtliga beroende variabler är indikatorvariabler. Detta innebär att koefficienterna ska tolkas som effekten av att vårdtiden är planerad på sannolikheten för olika utfall (i procentenheter). Tabell från Lindqvist (2011).

Generellt sett påverkas resultaten i Tabell 4.9 och 4.10 mycket lite när vi inkluderar kontrollvariabler för ungdomarnas bakgrund i regressionerna. Skälet är att planerad vårdtid är i princip helt okorrelerad med ungdomarnas observerbara karaktäristika. Det går inte att utesluta att skillnaderna i utfall beror på att de ungdomar vars vårdtid planeras, skiljer sig systematiskt från de ungdomar vars vårdtid inte planeras. Emellertid finns ingenting i data som tyder på att så är fallet.

4.4 Relevans för dagens situation

Analysen baseras på ett datamaterial över en grupp ungdomar som placerades i vård 1991, alltså i skrivande stund för mer än 20 år

sedan. Avståndet i tid väcker frågan i vilken utsträckning det går att generalisera resultaten ovan till dagens situation. Som redan påpekats finns skäl att inte tolka resultaten för kvalitet bokstavligen, då skärpt tillsyn och skärpta regler för upphandling förmodligen satt större press på privata HVB att höja sin kvalitet.

Däremot stödjer resultaten för kvalitet slutsatsen att institutionernas ekonomiska incitament spelar roll för hur mycket de investerar i kvalitet. Det är förmodligen inte heller så att kvaliteten inom HVB-vården numera håller så pass hög generell nivå att det inte skulle finnas utrymme för förbättringar (inom såväl privata som offentliga HVB). Baserat på erfarenheterna av tillsyn under 2010–2013 av HVB för barn och unga drar IVO (2013a, s.7) slutsatsen att kvaliteten generellt sett blivit bättre över tiden, men skriver också att:

”[d]et är oroväckande att HVB i så stor utsträckning har redovisat att de använder metoder som inte passar för barn och unga och som saknar vetenskapligt stöd. Det är också anmärkningsvärt att så många verksamheter inte alls har redovisat några namngivna behandlingsinsatser eller definierade förhållningssätt.”

Ytterligare en öppen fråga är om privata HVB förlänger vårdtiden även i dagens situation. Till skillnad från incitamenten för kvalitet är det inte lika uppenbart på vilket sätt privata HVB:s incitament att hålla kvar ungdomar i vård skulle ha förändrats. HVB kompenseras fortfarande i huvudsak på samma sätt som tidigare (per vård dygn). Vidare är det svårt att se att HVB inte längre skulle ha ett informationsövertag angående den lämpliga vårdtiden. Därmed bör fortfarande privata HVB ha ett egenintresse, och kanske också möjlighet, att förlänga vårdtiden. Samtidigt finns flera faktorer som talar för att skillnaden mellan privata och offentliga HVB kan ha minskat. Exempel på detta är hårdare budgetkontroll i kommunerna och (eventuellt) större tryck på offentliga HVB att fylla sina vårdplatser. Det är också troligt att socialtjänstens rutiner vid placering av barn och ungdomar på HVB stramats upp under senare år, vilken i sin tur minskar problemet med asymmetrisk information om önskvärda vårdtider.⁴⁴ Detta innebär inte att det

⁴⁴ Det finns flera skäl till varför det är troligt rutinerna vid placering stramats upp i de flesta kommuner under senare år. Ett skäl är införandet av BBIC (Barnens behov i centrum), ett system för uppföljning och dokumentation av socialtjänstens insatser för barn och ungdomar på individnivå. BBIC diskuteras mer utförligt i avsnitt 5. Ett annat skäl är att den nya socialtjänstlag som infördes 2001 ställer större krav på kommunerna att skapa individuella vårdplaner vid varje placering.

inte fortfarande finns skäl att tro att det finns asymmetrisk information angående ungdomars vårdbehov. Men även om det grundläggande problemet finns kvar kan de exakta konsekvenserna av kontraktproblemet ha ändrats.

Resultatet att planerad vårdtid är förknippat med bättre utfall tyder på att socialtjänsten fyller en viktig roll som ”medproducent” (och inte bara inköpare) av dygnsvård. Detta resultat stödjer uppfattningen att lagstiftaren gjort rätt i att fokusera på att alla placeringar ska planeras. Däremot säger resultatet i sig naturligtvis ingenting om hur väl socialtjänsten i dag lever upp till lagstiftarens krav på detta område.

5 Förslag om heltäckande kvalitetsregister över vård utanför hemmet

Den teoretiska och empiriska analysen ovan har strukturerats kring fyra kontraktproblem:

1. Det är svårt att mäta och skriva kontrakt om kvalitet.
2. Personalen på HVB vet, efter en tid, mer än socialtjänsten om ungdomarnas vårdbehov (institutionsvård är en *trovärdighetsvara*).
3. Socialtjänsten har relativt svaga incitament att följa upp och planera vården.
4. Kunskapsläget kring vilken vård som fungerar är oklart.

Som tidigare påpekats har det på senare år vidtagits flera åtgärder som rimligen påverkar utfallet i vården. Framför allt gäller det skärpningen i tillsyn, upphandlingsregler samt introduktionen av BBIC i socialtjänstens arbete. Utgångspunkten för det här avsnittet är dock att dessa fyra kontraktproblem fortfarande är relevanta. I det här avsnittet diskuteras därför ett förslag på vad som kan göras för att förmå marknaden för institutionsvård att fungera bättre, att man bör bygga upp ett heltäckande register över vård utanför hemmet.

Uppbyggandet av ett heltäckande register är inte den enda åtgärd som kan få marknaden för institutionsvård att fungera bättre. Jag har dock valt att i den här rapporten diskutera detta förslag utförligt i stället för att mer översiktligt diskutera ett flertal olika förslag. Inte heller är det så att ett register har förutsättningar att fullständigt lösa alla fyra kontraktproblem – detta vore en utopi. Argumentet för ett register är i stället att det till en förhållandevis låg kostnad ger värdefull information som kan användas på en rad olika sätt.

Ett syfte med ett heltäckande register är att socialtjänsten kan få bättre information om olika HVB. Detta kan i sin tur ge HVB starkare incitament att satsa på kvalitet och att ge korrekt information om vårdbehov. Registret kan även användas för att följa upp socialtjänstens arbete. Slutligen kan registret vara en viktig resurs för allmän uppbyggnad av kunskap om institutionsvården och metodutveckling.

Avsnittet inleds med en beskrivning av befintliga register över dygnsvården. Därefter följer en diskussion av hur dessa register kan slås samman och kompletteras för att skapa ett heltäckande register. Slutligen ger jag exempel på hur registret kan användas.

5.1 Nuvarande register över dygnsvården

I dagsläget finns två nationella register över HVB-vården:

Registret över insatser för barn och unga administreras av Socialstyrelsen. Mer specifikt samlas uppgifterna till registret på Socialstyrelsens uppdrag in av Statistiska centralbyrån (SCB). Kommunernas socialnämnder är skyldiga att till registret rapportera in information över de ungdomar som placerats i enlighet med socialtjänstlagen eller LVU. Inrapportering sker antingen årsvis i form av en elektronisk fil eller kvartalsvis genom en webblankett. SCB har en särskild hemsida med instruktioner för hur inrapporteringen går till. I dagsläget är det cirka 60 procent av kommunerna som rapporterar genom att skicka in en fil till SCB, medan övriga kommuner fyller i webblanketten.⁴⁵ Registret innehåller ett begränsat antal variabler såsom invandrarbakgrund, typ av placering, varaktighet för placering samt vart placerade barn och ungdomar tagit vägen efter avslutad placering. Via personnummer är det möjligt att länka ungdomarna i registret till andra myndigheters register. Därigenom är det möjligt att följa upp hur det går för placerade ungdomar avseende t.ex. arbetsinkomst, brottslighet, familjeförhållanden och hälsa.⁴⁶

HVB-registret administreras av IVO. Registret innehåller information om typ av verksamhet samt dess inriktning, målgrupp, platsantal, huvudmannaskap, adress och föreståndare. Det är också möjligt att från registrets hemsida ladda ner en kopia av beslutet

⁴⁵ Uppgift från telefonintervju med Inger Malmström (SCB) 2013-10-21.

⁴⁶ Ett exempel på en vetenskaplig studie som matchat registret för vård av barn med olika typer av utfall är Franzén et al. (2008).

från ansvarig myndighet (tidigare Socialstyrelsen, numera IVO) om att bevilja tillstånd för verksamheten.

Utöver de nationella registren finns *Uppföljning barn och unga (UBU)*, ett enkätbaserat register för uppföljning av vård på HVB och familjehem. Registret bygger på ett frivilligt samarbete mellan kommuner. Efter avslutad placering intervjuas de ungdomar som placerats avseende hur de upplevt kontakten med anhöriga, stöd i skolarbetet, upplevelse av trygghet, förtroende för personalen och hur de ser på sina framtidsutsikter. Även vårdnadshavaren intervjuas om dennes upplevelse av placeringen. Den socialsekreterare som ansvarat för placeringen fyller också i en enkät med bakgrundsinformation, samt en utvärdering av placeringen och samarbetet med personalen på institutionen. Uppgifterna aggregeras till HVB-nivå och redovisas i en databas som deltagande kommuner har tillgång till. UBU är alltså ett parallellt system som inte är integrerat i kommunernas ordinarie ärendehanteringssystem. I dagsläget använder 27 kommuner i UBU.⁴⁷

Utöver de nationella registren och UBU har varje enskild kommun även ett system för ärendehantering. De allra flesta kommuner använder i dag *Barnens behov i centrum (BBIC)*. BBIC är ett system för dokumentation och uppföljning av socialtjänstens insatser för barn och ungdomar på individnivå. Det är Socialstyrelsen som utvecklat och förvaltar BBIC. Systemet är uppbyggt kring strukturerade formulär som avser olika steg i hanteringen av ett ärende. Formulären fylls i med fritext eller kryssrutor för olika förvalda alternativ. För närvarande har 285 av Sveriges 290 kommuner licens för BBIC (SKL, 2013).⁴⁸

Utgångspunkten för förslaget att skapa ett heltäckande kvalitetsregister, är att det finns mycket att vinna på att kombinera den information som i dag är spridd på flera olika register och myndigheter. Jag börjar med att beskriva bristerna i dagens register innan jag i detalj beskriver hur ett heltäckande register kan tas fram.

⁴⁷ <http://www.nuso.se/uppfoljningsomraden/barn-och-unga/kommuner/>, 2014-08-18.

⁴⁸ Det finns två typer av BBIC-licenser. Prövolicenser, som ges under en period av upp till 24 månader, och ordinarie licenser. Socialstyrelsen (2014) anger andelen kommuner med ordinarie BBIC-licens till 81 procent 2014, att jämföras med 28 procent 2010.

5.2 Brister med nuvarande register

Det finns främst tre brister med Registret över insatser för barn och unga och HVB-registret:

- 1) Avsaknaden av koppling mellan Registret över insatser för barn och unga och HVB-registret innebär att det inte är möjligt att avgöra vilka ungdomar som vårdas på vilket HVB. Därmed är det inte möjligt att koppla olika typer av utfall på individnivå, såsom sammanbrott, vårdens varaktighet eller upplevd kvalitet, till HVB.
- 2) Registret över insatser för barn och unga innehåller mycket begränsad bakgrundsinformation om de ungdomar som placeras i vård. Den innehåller inte heller information om hur placeringen avslutats med ett vårdsammanbrott eller under ordnade former.
- 3) Inget register innehåller direkt information om socialtjänstens och de placerade ungdomarnas erfarenhet av vården och hur de upplevt dess kvalitet.

UBU-systemet adresserar i princip alla tre punkter ovan. I frågeenkäten finns uppgifter om placerande HVB, ungdomarnas bakgrund, samt ungdomarnas, vårdnadshavarnas och socialtjänstens upplevelser av hur väl vården fungerat. Eftersom frågorna i UBU-enkäten är relativt detaljerade ger de en mer nyanserad bild av hur vården fungerat än att ett visst HVB varit ”bra” eller ”dåligt”. Därmed är det också i viss mån möjligt för socialtjänsterna att använda informationen från UBU till att välja HVB som passar ungdomarnas specifika problem.

Även om det finns många fördelar med UBU menar jag ändå att det finns ett antal begränsningar med detta system:

- 1) UBU är uppbyggt som ett parallellt system till kommunernas ärendehanteringssystem. Därmed uppstår dubbelarbete när uppgifter läggs in i båda systemen. Dessutom minskar värdet av informationen i UBU eftersom den inte kan kopplas till informationen i ärendehanteringssystemet.
- 2) Eftersom deltagande i UBU är frivilligt finns risk att antalet kommuner som använder systemet fortsätter att vara begränsat. Detta är problematiskt eftersom värdet av ett system för att utbyta erfarenheter ökar med antalet användare, och detta av två skäl. För det första blir

information om HVB mer precis om den baseras på fler observationer och ett mer representativt urval. För det andra är kostnaden av att sprida den information som finns i UBU nära noll, vilket betyder att det är ineffektivt att den inte kan delas med samtliga socialtjänster i landet.

- 3) Eftersom UBU ligger utanför det ordinarie ärendehanteringssystemet finns risk att rapporteringsfrekvensen blir låg även bland deltagande kommuner (Huddinge kommun, 2012; intervju med Annika Asplind, 2013). Detta minskar värdet av informationen i registret på samma sätt som ett begränsat antal deltagande kommuner gör.
- 4) Den kanske viktigaste begränsningen är att UBU saknar uppgifter om personnummer för placerade ungdomar. Därmed är det inte möjligt att koppla uppgifter om ungdomarna, institutionerna, samt vårdens innehåll och upplevd kvalitet till utfall senare i livet, t.ex. återfall i brottslighet. Detta begränsar i sin tur möjligheten att använda informationen i UBU för att evidensbasera dygnsvården.

Den information som finns inom respektive kommuns ärendehanteringssystem (vilket i sin tur oftast bygger på BBIC) kan naturligtvis vara värdefull för uppföljning och utvärdering för den enskilda kommunen. Samtidigt är många kommuner så pass små att deras egna erfarenheter ger en alltför begränsad bild för att kunna ligga till grund för en bedömning av t.ex. kvaliteten hos olika HVB. Det faktum att mycket information "stannar" hos den enskilda kommunen innebär också att den inte kan ligga till grund för andra kommuners beslut, eller för uppföljning och forskning på nationell nivå.

5.3 Kvalitetsregister: Förslaget i korthet

Grundtanken med att skapa ett heltäckande kvalitetsregister är att samla information om dygnsvården av ungdomar på ett ställe. Jämfört med situationen för en kommun som redan använder UBU (eller motsvarande system) är det inte främst en fråga om att samla in mer information, utan att sammanställa och standardisera den information som redan finns i ett enda nationellt register. Som jag redogör för nedan kan denna information sedan användas på ett

flertal olika sätt för att hantera de kontraktsproblem som diskuterats ovan.

Översiktligt kan förslaget om ett heltäckande register delas upp i tre steg, som dock inte behöver genomföras i någon särskild ordning.

1. HVB-registret och Registret över insatser för barn och unga slås ihop (steg 1 i Figur 5.1).
 - o Detta kan göras genom att HVB-registret kompletteras med ett unikt id-nummer för respektive HVB. Detta "HVB-id" bör vara unikt för varje vårdenhet i de fall flera vårdenheter ingår i samma företag. Den information som kommunerna rapporterar in till Socialstyrelsen till Registret över insatser för barn och unga kan sedan kompletteras med en variabel över HVB-id. Eftersom HVB-registret ligger hos IVO medan Registret över insatser för barn och unga ligger hos Socialstyrelsen krävs någon form av samarbete dessa myndigheter emellan.⁴⁹
2. Information som kommunerna redan i dag skickar till Socialstyrelsen och Registret över insatser för barn och unga kompletteras med uppgifter om ungdomarnas bakgrund och problematik från BBIC (steg 2 i Figur 5.1). Registret kompletteras även med information om under vilka former placeringen avslutats (dvs. om det skett ett sammanbrott).
 - o Socialstyrelsen (2009b; 2012) har föreslagit att Registret över insatser för barn och unga kompletteras med mer detaljerad information om skäl till placering, men detta har ännu inte genomförts. Jag menar att det även finns skäl att ta in uppgifter om ungdomarnas situation och problematik avseende aspekter som inte var direkt avgörande skäl för placering. Det är även angeläget med någon form av gradering angående hur allvarliga ungdomarnas problem är.
 - o Mycket av denna information finns redan i BBIC. Dock måste informationen standardiseras och kodas till variabler, vilket innebär vissa justeringar i BBIC, t.ex. genom att fler

⁴⁹ En alternativ möjlighet är att ta in den information som krävs för att matcha ihop registren, men att låta respektive myndighet ansvara för respektive register även i fortsättningen. Fördelen med detta förslag är att det är enklare av organisatoriska skäl, åtminstone till en början. Nackdelen är att det kräver mer arbete att matcha registren, vilket kan leda till att användbarheten sjunker.

flervalsfrågor läggs in i systemet. Vidare krävs också uppdaterade IT-system.

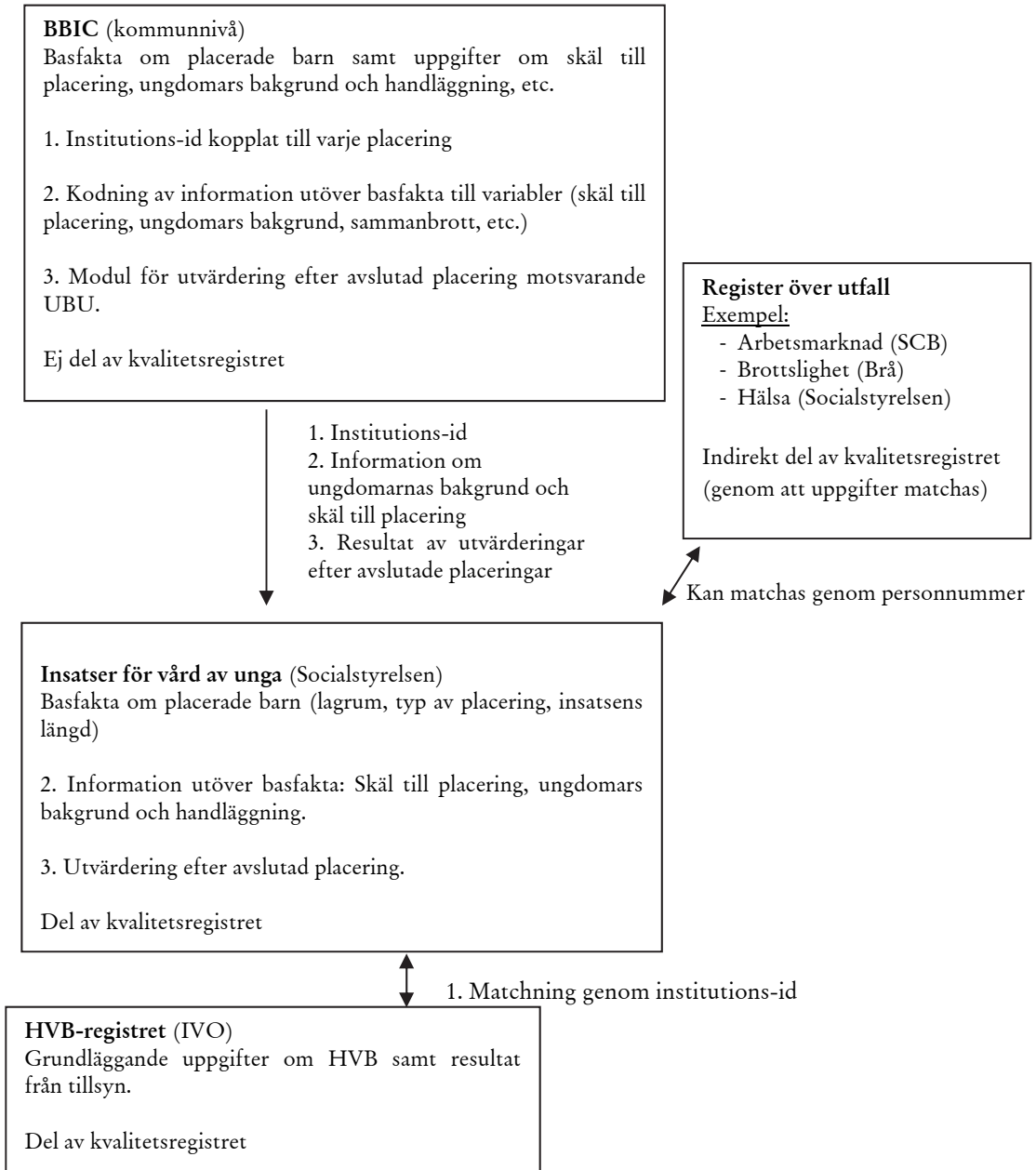
3. BBIC kompletteras med en utvärderingsmodul efter avslutad placering liknande den som finns i UBU. Även denna information skickas från kommunerna till Socialstyrelsen och Registret över insatser för barn och unga (steg 3 i Figur 5.1).
 - o I förlängningen kan detta eventuellt innebära att UBU-systemet blir överflödigt.

Genom att Registret över insatser för barn och unga kompletteras med mer information om ungdomarnas bakgrund, ärendets handläggning och upplevd kvalitet, och sedan matchas mot HVB-registret, samlas den väsentliga informationen om respektive placering i ett enda register. Detta register kan sedan kompletteras med uppgifter från andra register om utfall i vuxen ålder, t.ex. utbildning, hälsa, inkomst eller brottslighet. Med utgångspunkt från informationen i registret kan man sedan – i likhet med UBU – låta kommunerna ta del av information över olika aspekter av kvalitet och utfall som aggregerats till HVB-nivå. Tanken är alltså att information från registret återrapporteras till kommunerna, dock på ett sätt som inte röjer identiteten hos de barn och ungdomar som placerats i vård. Som betonas nedan är det viktigt att systemet för återrapportering är enkelt för kommunerna att använda.

Den här rapporten är inte först med att lyfta behovet av mer utförlig statistik inom dygnsvården. SKL (2010) föreslår att HVB-registret byggs ut till ett register för den samlade kunskapen om HVB. Relaterat till steg 2 ovan föreslog Socialstyrelsen (2009a; 2012) att Registret över insatser för barn och unga utökas med detaljerade uppgifter om skäl till placering och öppenvårdsinsatser. Socialstyrelsen (2009a; 2012) diskuterar både de legala och tekniska förutsättningarna för att utöka registret på detta sätt, vilket jag återkommer till nedan.

Figur 5.1 Register över vård i HVB – förslag över heltäckande kvalitetsregister.

Pilar indikerar en koppling mellan registren. Siffror indikerar åtgärder som kan genomföras separat (måste inte ske i nummerordning).



5.4 Implementering

Samtliga steg för införandet av ett heltäckande register kräver att mer information från kommunerna begärs in av Socialstyrelsen. För steg 1 krävs bara att den information kommunerna rapporterar in till Registret över insatser för barn och unga kompletteras med en variabel över HVB-id för respektive placering. För steg 2 och 3 krävs dock mer omfattande komplettering av den information som begärs in av Socialstyrelsen.

De tekniska förutsättningarna för Socialstyrelsen att utöka den information som begärs in av kommunerna diskuteras av Socialstyrelsen (2009b). Socialstyrelsen konstaterar att det är viktigt att samordna insamlandet av statistikuppgifter med kommunernas dokumentation av ärenden i BBIC. En sådan samordning gör det möjligt att de statistikuppgifter som skickas vidare till Socialstyrelsen kan hämtas direkt från kommunens eget ärendehanteringssystem. Därmed behöver inte kommunerna ägna sig åt att dokumentera placeringar i flera olika system, vilket är avgörande för att ett utökat statistikuttag inte ska leda till ökad administrativ börda.

Socialstyrelsen ansvarar för utvecklingen av BBIC. Detta samt det faktum att BBIC används av i stort sett samtliga svenska kommuner, ger goda förutsättningar för samordning mellan rutinerna för dokumentation och inrapportering till Registret över insatser för barn och unga. Förutom att kommunernas dokumentation överensstämmer med kraven på inrapporterad statistik krävs dock att kommunernas IT-system är uppbyggda på ett sådant sätt att uppgifter över enskilda placeringar enkelt kan tas fram. Socialstyrelsen (2009b; 2012) konstaterar i likhet med SKL (2013) att det i dagsläget finns brister i många kommuners IT-system för BBIC. Socialstyrelsen (2012) anger att det krävs åtminstone ett år för att ställa om kommunernas datasystem för ett mer omfattande statistikuttag (avseende öppenvårdsinsatser och skäl för placering).

I skrivande stund arbetar dock Socialstyrelsen med ett regeringsuppdrag som syftar till att vidareutveckla systemet för systematisk uppföljning av socialtjänsten. I arbetet ingår att revidera variablerna för dokumentation i BBIC. Målet är att förenkla BBIC samt att förbättra möjligheten att följa upp verksamheten på kommunnivå. I detta ingår en samordnad struktur för

rapportering och stöd till utveckling av kommunernas ärendehanteringssystem.⁵⁰

Sammanfattningsvis är det uppenbart att ett heltäckande register skulle ta tid att införa. Samtidigt finns flera förutsättningar på plats, inte minst det faktum att Socialstyrelsen har kontrollen över BBIC. De förändringar som krävs i kommunernas IT-system är angelägna även av andra skäl än för att skapa ett heltäckande register, exempelvis för att underlätta kommunernas egen uppföljning. Det finns heller inget som säger att alla steg för att skapa ett heltäckande register måste införas på en gång eller i någon särskild ordning. Steg 2 (skäl till placering och ungdomarnas bakgrund) och 3 (utvärderingsmodulen) går också bra att dela upp i mindre delsteg som utvärderas efter hand.

Steg 3 innebär att frågor om vårdens kvalitet och utfall motsvarande dem i UBU läggs till BBIC. Givet att kommunernas ärendehanteringssystem är anpassade för ett mer omfattande statistikuttag såsom diskuterats ovan bör det – rent tekniskt – inte vara svårt att även lägga till dessa frågor. Däremot kan det vara kontroversiellt av andra skäl. Erfarenheterna av UBU är att tidsåtgången för att fylla i frågeenkäterna är begränsad (och skulle bli mindre i BBIC eftersom mycket av bakgrundsinformation redan finns). Icke desto mindre går det inte att komma ifrån att en utvärderingsmall liknande UBU ökar dokumentationskraven på kommunerna. En annan invändning är att UBU, för de kommuner som ingår i projektet, redan utgör ett fungerande system för att sammanställa information om olika HVB. Eftersom deltagande i UBU bygger på frivillighet kan det också uppfattas som mer legitimt än att Socialstyrelsen förskriver obligatorisk inrapportering av uppgifter.

För att en utökning av BBIC med frågor av ”UBU-typ” ska ha legitimitet är det därför viktigt att den åtföljs av ett fungerande system för åiterrapportering. De socialsekreterare som registrerar uppgifter till registret måste uppleva en konkret nytta av registret i sitt dagliga arbete för att vara motiverade att rapportera in uppgifter.⁵¹ I nästa stycke diskuteras i mer detalj hur information

⁵⁰ Uppdraget är beskrivet i regleringsbrevet till Socialstyrelsen för budgetår 2014 och ska redovisas senast den 31 januari 2015.

⁵¹ Just vikten av att personalen som rapporterar in uppgifter till register upplever en direkt nytta av registret är något som Riksrevisionen (2013) framhåller i sin rapport om nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. En annan möjlig metod för att öka rapporteringsfrekvensen vore att ge prestationsersättning till de kommuner som uppnår en viss täckningsgrad.

från registret skulle kunna användas i socialtjänstens arbete. Grundtanken är att uppgifter från enskilda placeringar från registret sammanställs på institutions- och kommunnivå, och att dessa uppgifter sedan görs tillgängliga för socialtjänsterna via en utdataportal. En sådan lösning liknar den som i dag används inom UBU-systemet. En viktig skillnad mot UBU-systemet är dock att en utdataportal som baseras på ett heltäckande register kan ge rikare och mer precis information, t.ex. vad det gäller vårdens utfall.

Ett alternativ till obligatorisk inrapportering är att Socialstyrelsen möjliggör för kommunerna att rapportera in uppgifter om kvalitet och utfall efter avslutad placering, men att man enbart föreskriver att de mest centrala uppgifterna måste rapporteras in. Till exempel kan Socialstyrelsen föreskriva att ett sammanfattande omdöme om vårdens kvalitet ska inrapporteras, medan uppgifter om olika delmoment (dokumentation, stöd i skolarbetet, etc.) kan vara frivilliga. På detta sätt kan man skapa en tjänst motsvarande UBU som bygger på frivilligt utbyte av information mellan kommunerna. Även i detta, mer begränsade, förslag skulle Socialstyrelsen i praktiken ta över ansvaret för UBU, men övergången skulle kunna ske gradvis vartefter rutinerna för in- och åiterrapportering kommit på plats.

Ett delvis frivilligt "UBU-system" som införlivats i BBIC och som administrerats av Socialstyrelsen eller IVO löser tre av de fyra problem med UBU som listats ovan. Genom att frågorna ställs inom ramen för BBIC undviks det dubbelarbete som kommer med parallella system. Därmed är det också troligt att rapporteringsfrekvensen stiger. Genom personnummer blir det också möjligt att koppla den upplevda kvaliteten till faktiska utfall för placerade ungdomar efter avslutad placering. Den nackdel som kvarstår är att frivillighet med stor sannolikhet innebär att rapporteringsfrekvensen blir lägre, vilket minskar värdet av den information som inte är obligatorisk att rapportera in. Det finns därför skäl att på sikt utöka kommunernas rapporteringsskyldighet till att omfatta mer detaljerade uppgifter om olika aspekter av utfall och kvalitet.⁵²

⁵² Jag är inte först med att föra fram tanken att Socialstyrelsen i praktiken bör ta över UBU och att det är önskvärt med obligatorisk inrapportering. I en rapport om UBU-projektet skriver Huddinge kommun (2012, s. 21–22): "Ytterligare en risk som egentligen är en möjlighet är om Socialstyrelsen skulle införa ett obligatoriskt uppföljningssystem liknande kvalitetsregistren för hälso- och sjukvården. Då skulle UBU bli överflödigt. En sådan utveckling vore att välkomna, speciellt om det skulle innebära att den ingår i ordinarie verksamhetssystem. Det går dock inte i dagsläget att se någon sådan utveckling som kommer att realiseras inom överskådlig tid."

5.5 Vad kan registret användas till?

I det här avsnittet diskuterar jag hur information från registret kan användas. Utgångspunkten är de fyra kontraktsproblem som diskuterats tidigare i rapporten.

5.5.1 Kontraktsproblem 1. Information om kvalitet

Registret skulle göra det möjligt att ta fram åtminstone tre ”nya” typer av mått på kvalitet hos respektive HVB:

1. Socialtjänstens och de placerade ungdomarnas bedömning av vårdens kvalitet
2. Frekvensen vårdssammanbrott
3. Ungdomarnas utfall efter avslutad placering

Mycket av den information som listas ovan kan samlas utan tillgång till ett register. Syftet med ett register är dock att det – när det väl är på plats – väsentligt minskar kostnaden för att samla in informationen. Därmed är det möjligt att använda sig av denna typ av information i den dagliga verksamheten, utan att besluta om att genomföra särskilda projekt eller riktade insatser. Informationen kan användas på flera olika sätt för att förbättra kvaliteten i ungdomsvården:

- 1) Uppgifter från socialtjänsternas bedömningar av respektive HVB efter avslutad placering kan göras tillgängliga för socialtjänsterna genom en utdataportal tillgänglig för behöriga företrädare för socialtjänsten. Utdataportalen bör (i likhet med UBU-systemet) innehålla information från socialtjänsternas utvärderingar som aggregerats per HVB. Det är viktigt att informationen är uppdaterad, enkel att ta till sig och direkt tillgänglig för de socialsekreterare som arbetar med att placera barn och ungdomar. Till skillnad från UBU-projektet kan dock portalen kompletteras med information från hela registret. Eventuellt kan socialtjänsterna även ges uppgifter om sammanbrottsfrekvens och genomsnittliga utfall efter avslutad placering. Av flera skäl (som diskuteras nedan) finns dock anledning att vara försiktig med att delge socialtjänsterna sådan information. Även om portalen bygger på uppgifter från hela registret måste det alltså göras ett val av vilka uppgifter som görs tillgängliga för

socialtjänsterna, och i vilken form. Genom att använda sig av portalen kan socialtjänsterna få ett bättre underlag för att bedöma kvaliteten hos olika HVB, både i det dagliga arbetet med att placera barn på institution, och vad det gäller mer strategiska frågor som t.ex. upphandling av dygnsvård. Därmed finns det en möjlighet att kvaliteten i vården kan förbättras på flera sätt:

- a) Uppgifter om kvalitet kan ligga till grund för bedömning av *kvalificering och rangordning* av HVB i samband med upphandling. Detta har både en direkt och en indirekt positiv effekt på kvaliteten. Den direkta effekten uppstår eftersom HVB med låg kvalitet väljs bort eller rankas lågt vid ramavtal. Den indirekta effekten är vetskapen om att låg kvalitet straffar sig i framtiden i form av en svårighet att vinna upphandlingar. Detta stärker incitamenten för HVB att hålla hög kvalitet. På detta sätt ökar värdet för institutionerna av att hålla hög kvalitet, utan att man för den skull behöver ägna sig åt att skriva utförliga kontrakt. Som diskuterats tidigare i rapporten är det även i dag möjligt för kommuner att använda kvalitetskriterier vid upphandling. Fördelen med ett nationellt kvalitetsregister är dock att det går att använda ett större utbud av kvalitetsindikatorer än tidigare. Kvalitetsindikatorerna skulle även vara mer jämförbara eftersom de baseras på en standardiserad form av rapportering. Ytterligare en fördel är att processen med att ta in dokumentation över kvalitet vid upphandlingar förenklas. I stället för att varje HVB behöver skicka in dokumentation för varje enskild upphandling skulle upphandlande kommuner kunna beställa ett utdrag med väsentlig information från det nationella kvalitetsregistret.
- b) Information från registret kan även användas för att bättre matcha ungdomars behov med kompetensen hos olika HVB. Till exempel kan socialtjänsten placera ungdomar med missbruksproblem på HVB som tidigare lyckats väl med att behandla ungdomar med liknande problematik. Därmed kan man bättre ta till vara på styrkan hos respektive institution.
- c) Information om kvalitet kan användas av kommunerna när de beslutar om förlängning av avtalsperioder, på samma sätt som vad gäller kvalificering och rangordning. Genom att basera beslut om förlängning på den uppmätta kvaliteten, stärks incitamentet att satsa på kvalitet på samma sätt som

enligt punkt a) ovan. Fördelen jämfört med dagens situation är att en kommun kan besluta att inte förlänga ett kontrakt baserat på utfallet för placerade ungdomar i *andra* kommuner. En enskild kommun behöver alltså inte utgå enbart från sina egna erfarenheter när man beslutar att förlänga ett avtal. Detta är särskilt viktigt för små kommuner som genomför få placeringar per år.

- 2) Information om kvalitet kan ligga till grund för IVO:s tillsyn. Exempelvis kan särskilt noggrann tillsyn riktas mot HVB med hög sammanbrottsfrekvens, dåliga utvärderingar, eller där ungdomarna uppvisar hög risk att återfalla i brottslighet efter avslutad vård. Det bör dock påpekas att en användning av registret enligt ovan inte på något sätt ersätter den befintliga tillsynen av HVB. Registret kan dock bidra till att bredda den information om kvalitet som tillsynsmyndigheter och socialtjänsten har tillgång till, och att därmed ge både starkare och mer balanserade incitament för HVB vad det gäller kvalitet.
- 3) Information från registret kan användas direkt av institutionerna för att förbättra sin verksamhet. Även om den här rapporten betonar vikten av ekonomiska incitament vore det fel att bortse från att personalen på många HVB också har ett starkt engagemang för att bedriva en bra vård. Tydlig återkoppling över genomförda behandlingar kan hjälpa institutionerna att förbättra sin verksamhet.

Kvaliteten på olika HVB kan variera relativt snabbt i och med att personal börjar och slutar. För att information om kvalitet ska vara användbar är det därmed viktigt att den är aktuell.⁵³ Därför kan det finnas skäl att låta kommunerna löpande rapportera in påbörjade och avslutade placeringar, i stället för som i dag kvartals- eller årsvis (beroende på typ av inrapportering). Just det faktum att institutionsvård är en "färskvara" är ett starkt argument för ett register som bygger på information från alla kommuner. Detta eftersom det gör det möjligt att dra slutsatser utifrån ett större antal nyligen genomförda placeringar. Om man bara har information från en delmängd av alla placeringar (såsom i UBU) tvingas man antingen

⁵³ Samtidigt finns, som påpekas nedan, en motsättning mellan att informationen ska vara aktuell och att den ska baseras på så många placeringar att slumpfaktorn inte spelar alltför stor roll.

gå längre bak i tiden eller utgå från erfarenheterna från enstaka placeringar (där slumpfaktorn spelar stor roll för utfallet).

Risker med att använda information om kvalitet

Samtidigt som det finns stora möjligheter med ett kvalitetsregister finns också ett antal risker som man bör vara medveten om. Utfall i institutionsvården beror bara till viss del på vårdens kvalitet. En stor del av variationen beror på vilka ungdomar som behandlas, socialtjänstens agerande och slumpvisa faktorer. Därmed finns risk att vissa institutioner framstår som betydligt bättre eller sämre än de egentligen är, i de fall information om institutionerna baseras på ett fåtal placerade barn. Detta innebär i sin tur flera saker:

- HVB utsätts för ekonomisk risk som ligger utanför deras kontroll, vilket i sin tur kan driva upp priset på deras tjänster.
- HVB som egentligen håller bra kvalitet tvingas lägga ner sin verksamhet om de har oturen att få ett antal dåliga utvärderingar i följd.
 - Det enklaste sättet att undvika detta problem är att avstå från att ta fram mått på kvalitet som baseras på ett litet antal placeringar.
- HVB kan ha ekonomiskt incitament att välja bort ungdomar eller kommuner som förväntas resultera i dåliga utvärderingar eller utfall.
 - Detta är ett potentiellt allvarligt problem som är svårt att lösa. En möjlighet är att resultat över sammanbrott, utfall, etc., justeras för vilka typer av ungdomar som placerats på institutionen, innan denna information görs tillgänglig för socialtjänsten. Avgörande för att detta ska fungera väl är att det finns detaljerade uppgifter om skäl till placering, problembild, etc. hos de ungdomar som placeras i vård. Detta är ett exempel på hur de olika delarna i registret kompletterar varandra: Steg 1 möjliggör en koppling mellan enskilda placeringar och HVB. Steg 3 gör det möjligt att koppla olika mått på kvalitet till HVB. Steg 2 ökar tillförlitligheten och användbarheten hos dessa kvalitetsmått, genom att möjliggöra att man i viss mån kan justera för i vilken utsträckning

uppmätt kvalitet reflekterar skillnader i vilka ungdomar som placeras på vilka HVB.

- Det kan finnas risk att personalen på HVB undviker befogade konflikter med ungdomarna eller socialtjänsten i syfte att inte få negativa utvärderingar. Viljan att ”se bra” ut i statistiken kan leda till att institutioner avstår från att initiera sammanbrott i fall där det egentligen vore befogat.
- Starka ekonomiska incitament kopplade till vissa aspekter på kvalitet kan leda till att andra aspekter försummas (Holmström och Milgrom, 1991). Om man kopplar ekonomiska belöningar till goda utfall och vitsord kommer det att leda till att HVB strävar efter att uppnå just detta, vilket eventuellt kan ske på bekostnad av andra aspekter på kvalitet.

Ett bra incitamentssystem ger incitament till kvalitetsarbete men undviker de risker som starka incitament för med sig. Även om det inte är möjligt att på förhand ange exakt hur en sådan avvägning bör se ut, menar jag att det är tveksamt om det är lämpligt att uppgifter om sammanbrott och ungdomarnas utfall efter avslutad placering används av socialtjänsten vid upphandling. Detta eftersom det finns en betydande risk att det leder till snedvridningar i institutionernas incitament att behandla olika typer av ungdomar, samt att slumpfaktorer får alltför stort inflytande på vilka HVB som kan överleva ekonomiskt. Denna risk är förmodligen lägre vad det gäller socialtjänsternas bedömningar eftersom de i viss mån kan ta hänsyn till vårdens förutsättningar när de bedömer institutionernas kvalitet.

Uppgifter om sammanbrott och utfall efter avslutad placering fyller dock en viktig funktion även om de inte används direkt av socialtjänsten. Som anges ovan kan dessa uppgifter för det första användas som underlag för IVO:s inspektioner. För det andra fyller de en viktig funktion för att validera socialtjänsternas bedömningar. Genom att studera sambandet mellan, å ena sidan, socialtjänstens utvärderingar och, å andra sidan, sammanbrottsfrekvens och utfall efter avslutad placering kan man få en bättre bild av tillförlitligheten hos olika mått på kvalitet. För det tredje bör man heller inte utesluta möjligheten att i förlängningen använda kvalitetsmått baserade på sammanbrott och utfall efter avslutade placeringar, givet att dessa uppgifter visar sig tillräckligt tillför-

litliga. Utan tillgång till just den typ av data som registret föreslås innehålla är det på förhand mycket svårt att avgöra exakt vilka mått på kvalitet som fungerar väl. Till exempel är det viktigt att veta hur stort det statistiska underlaget är, hur fördelningen av olika typer av utfall ser ut, och hur väl informationen i registret kan justera för selektion av ungdomar med olika typer av problem till olika HVB.

5.5.2 Kontraktsproblem 2. Information om vårdtider

Det kontraktsproblem som uppstår i och med att institutionerna vet mer än socialtjänsten om den optimala vårdtiden är mycket svårt att lösa. Vad det gäller vårdens kvalitet kan man komma långt genom att systematiskt mäta upplevd kvalitet och utfall efter avslutade placeringar, och därmed göra fler aspekter av kvalitet ”kontrakterbara”. Vad gäller vårdtidens längd är problemet att det även i efterhand är mycket svårt att veta vilken vårdtid som var den riktiga. Till skillnad från verksamhetens kvalitet är det alltså inte frågan om att ”mäta fler saker”.

Jag menar ändå att ett register kan användas på ett konstruktivt sätt för att minska risken för att institutionerna använder sitt informationsövertag om optimal vårdtid på ett opportunistiskt sätt. Med information om planerad och faktisk vårdtid för samtliga placerade ungdomar skulle det vara möjligt att identifiera HVB som systematiskt använder långa vårdtider. Denna information kan sedan ges till kommunernas socialtjänst på samma sätt som information om kvalitet, via en utdataportal tillgänglig för behöriga företrädare. Information om planerade och faktiska vårdtider kan även ligga till grund för IVO:s tillsyn. Om det i registret finns detaljerad information om ungdomarnas bakgrund är det möjligt att i någon mån justera för skillnader i vårdtid som beror på detta. Uppgifter om planerad vårdtid vore mycket värdefull i detta sammanhang, eftersom det gör det möjligt att identifiera HVB som systematiskt förlänger vårdtiderna.

5.5.3 Kontraktsproblem 3. Socialtjänsten

Ett heltäckande register gör det även möjligt att följa upp utfallen i vården på kommunnivå. Exempelvis gäller det uppgifter om:

- Sammanbrott

- Planerad vård
- Vårdtid (finns redan i insatser för vård av unga)
- Lagrum (finns redan i insatser för vård av unga)
- Utfall senare i livet (går att koppla till insatser för vård av unga)

Om man systematiskt arbetar med att sammanställa denna typ av uppgifter kan socialtjänsterna få en naturlig återkoppling till sin verksamhet. Till exempel kan en kommun vars placeringar uppvisar ovanligt hög sammanbrottsfrekvens jämfört med andra kommuner få information om detta. För att återkopplingen ska fungera väl är det önskvärt att utdataportalen är upplagd på ett sätt som gör det enkelt att sammanställa aggregerade uppgifter även på kommunnivå. Det vore också naturligt att uppgifter om genomsnittliga utfall på kommunnivå tas med i Öppna jämförelser för socialtjänsten.

Liksom för utfall på institutionsnivå är det dock viktigt att i någon mån justera genomsnittliga utfall på kommunnivå för den typ av ungdomar som respektive kommun placerar. Att kommuner med relativt stor förekomst av sociala problem uppvisar sämre utfall för placerade ungdomar, behöver inte betyda att deras socialtjänster gör ett sämre arbete. En jämförelse som inte justerar för skillnader i vilka typer av ungdomar som placeras i olika kommuner, riskerar att göra mer skada än nytta.

En annan möjlighet är att uppgifter på kommunnivå används i tillsynen av kommunens socialtjänst. Till exempel kan tillsynen riktas mot kommuner där sammanbrottsfrekvensen varit hög eller där placeringar ofta genomförs utan ordentlig planering. Idealt sett kan uppgifter om utfall i vården komplettera tillsyn som fokuserar på att socialtjänsten följer gällande lagstiftning.

Precis som med uppgifter om institutionerna finns anledning att inta viss försiktighet i hur information på kommunnivå används. I grunden finns här samma problem som när det gäller att tolka skillnader i utfall mellan HVB: Genomsnittliga utfall påverkas av vilka typer av ungdomar som vårdas och – för kommuner som placerar få ungdomar – av slumpen.

5.5.4 Kontraktproblem 4. Kunskapsläget

Ett register skulle vara mycket värdefullt både för forskningen kring vård utanför hemmet och för att mer allmänt följa upp

utvecklingen över tid på regional och nationell nivå. Den kunskap som genereras på detta sätt kan sedan spridas till socialtjänsterna. Nedan ges ett antal konkreta exempel på frågeställningar som ett kvalitetsregister kan hjälpa oss att besvara. Jag diskuterar först allmän uppföljning av utvecklingen och sedan ett antal konkreta forskningsfrågor.

Uppföljning

Ett heltäckande register kan bidra till att löpande följa utvecklingen inom dygnsvården i Sverige i mer detalj än vad som i dag är möjligt. Här följer ett antal exempel på frågeställningar som skulle kunna besvaras med hjälp av registret:

- Vilka ungdomar placeras i vård? Hur skiljer sig detta åt mellan olika kommuner? Ändras problembilden för placerade ungdomarnas över tid?
- Hur skiljer sig vårdtiden mellan privata och offentliga HVB över tid? I vilken mån kan en sådan skillnad förklaras av skillnader mellan de ungdomar som vårdas?
- Vilka behandlingsmetoder används?
- Hur varierar sammanbrottsfrekvensen med ungdomarnas problematik, region och över tiden?
- Hur korrelerar resultatet av IVO:s tillsyn med socialtjänsternas upplevelse av kvalitet hos olika HVB? Hur korrelerar IVO:s och socialtjänsternas upplevda kvalitet med utfall efter avslutad placering?

Listan ovan kan göras mycket längre. Ett nationellt heltäckande register gör det möjligt för ansvariga myndigheter (IVO och Socialstyrelsen), samt politiker och berörda organisationer (t.ex. SKL) att följa utvecklingen till betydligt lägre kostnad än vad som är fallet i dag. I stället för att skicka ut enkäter till socialtjänsterna kan man få fram motsvarande information genom att gå till det nationella registret (se Socialstyrelsen 2009b, s. 20).⁵⁴

Utifrån ett uppföljnings- och forskningsperspektiv är det extra värdefullt att kunna koppla specifika aspekter av kvalitet till

⁵⁴ Just behovet av bättre uppföljning är något Socialstyrelsen (2009b) betonade när man förordade att registret för barn och unga skulle kompletteras med uppgifter om skäl till placering och öppenvårdsinsatser. Socialstyrelsen (2009b) ger en rad exempel på hur ett utvidgat register över socialtjänstens insatser för barn och unga kan användas.

ungdomarnas utfall senare i livet. Detta är ett viktigt skäl till varför det är angeläget att detaljerade frågor om kvalitet motsvarande dem i UBU integreras i BBIC och läggs till det heltäckande registret (Steg 3 ovan). Genom att matcha svaren på dessa frågor med olika typer av utfall kan man få en rikare bild av vilka faktorer som är viktiga för framgångsrika utfall. Är till exempel stöd för skolarbetet viktigare för vissa typer av ungdomar? Hur viktigt är ett fungerande samarbete mellan socialtjänsten och personalen på institutionen?

Ett tillförlitligt svar på denna typ av frågor kräver dock – förutom data om utfall och detaljerade frågor om kvalitet – också information om ungdomarnas bakgrund. Precis som för de empiriska resultaten jag presenterade ovan, kan ungdomarnas bakgrund skilja sig åt mellan olika HVB. Detta kan göra att vissa HVB framstår som bättre eller sämre, utan att det finns någon egentlig kvalitetsskillnad. Ett HVB som vårdar ungdomar med tung missbruksproblematik har t.ex. helt andra förutsättningar än ett HVB som vårdar ungdomar med brister i hemmiljön. Till exempel kan en positiv korrelation mellan fungerande stöd i skolarbetet och bra utfall i vuxen ålder bero på stödet i sig, eller på att ungdomar som får bra stöd redan från början skiljer sig från de ungdomar som får sämre stöd. För att svara på frågan vilka av dessa förklaringar som är mest trolig är det avgörande att ha tillgång till uppgifter om hur pass allvarliga problem ett barn eller tonåring hade i samband med placeringen. Bra uppföljning av ungdomsvården, liksom bra forskning eller tillförlitliga kvalitetsmått (se ovan), kräver därför tillgång både till information om utfall och vilka typer av ungdomar som vårdas på vilket HVB.

Forskning

Oavsett ämnesområde är bra kvantitativ forskning möjlig bara med tillgång till adekvata data. Ett nationellt kvalitetsregister kan därför ses som en grundläggande ”infrastruktur” för forskning om socialtjänsten.⁵⁵ Registret skulle göra det möjligt att genomföra en rad

⁵⁵ Socialstyrelsen (2009b, s. 22) konstaterar att de svenska hälsodataregistren ”[...] har medverkat till att Sverige internationellt anses vara bland de världsledande inom folkhälsoforskning, yrkesmedicin, epidemiologisk forskning [...]” men att ”[d]e sociala registren har använts i betydligt mindre omfattning i svensk forskning.” Jag menar att en orsak till detta är att registret för vård av barn och unga innehåller alltför begränsad information för att möjliggöra bra forskning inom en rad frågor.

olika studier om dygnsvården, vilka i dag inte är möjliga eftersom kostnaden för datainsamling är alltför hög.⁵⁶ Nedan följer ett antal exempel, men det finns betydligt fler studier man kan tänka sig.

- Vad är den kausala effekten av olika insatser? Förhoppningsvis kan registret göra det möjligt att identifiera kvasiexperimentell variation i vilka ungdomar som placeras i HVB (i stället för t.ex. familjehem eller öppenvårdsinsatser). Detta skulle göra det möjligt att estimeras kausala effekter av institutionsvård. En möjlighet vore att, i likhet med Doyle (2007; 2008) använda skillnader mellan socialsekreterares benägenhet att placera på HVB. Detta kräver i sin tur naturligtvis att registret innehåller denna information (dock bör av integritetsskäl enskilda socialsekreterares identitet inte anges direkt utan ersättas med ett löpnummer, precis som för de ungdomar som placeras i vård). En annan möjlig källa till kvasiexperimentell variation skulle kunna vara tillgänglig kapacitet på institutioner i närområdet vid placeringstillfället, eller tillgång på familjehem.
- Möjligheten till denna typ av studier ökar markant om registret även innehåller information om öppenvårdsinsatser och utredningar. Skälet är att detta gör det möjligt att jämföra utfall i olika typer av alternativa insatser. Som diskuteras nedan har Socialstyrelsen (2009b; 2010; 2012) argumenterat för att uppgifter om öppenvårdsinsatser ska läggas till Registret över insatser för barn och unga. Mig veterligen har man inte tagit ställning för eller emot att uppgifter om utredningar ska samlas in (dock har man av integritetsskäl avstyrkt att ta in uppgifter om anmälningar till socialtjänsten).
- Förlänger privata HVB vårdtiden? Registret skulle göra det möjligt att testa om det samband mellan ägandeform och vårdtid som dokumenterats i den här rapporten fortfarande gäller.
 - Ett problem i sammanhanget är dock att antalet offentligägda HVB är betydligt färre i dag, vilket gör det svårare att uppskatta just betydelsen av ägandeform. Registret skulle

⁵⁶ Det är teoretiskt tänkbart att några av de studier som listas nedan skulle kunna genomföras även utan förekomsten av ett heltäckande register. Det skulle dock röra sig om engångsinsatser som krävde mycket arbete och stora forskningsanslag. Även den mest ambitiösa datainsamling som är realistisk att tänka sig skulle inte heller ge ett datamaterial av sådan storlek som krävs för att genomföra bra kvasiexperimentella studier. För att skapa förutsättningar för kontinuerlig forskning av hög kvalitet om kausala samband, är ett heltäckande register en absolut nödvändighet.

dock göra det möjligt att undersöka betydelsen av ekonomiska incitament för vårdtiden, genom att använda uppgifter om lediga vårdplatser. Det ekonomiska incitamentet att förlänga vårdtiden är starkare för ett HVB som har ledig kapacitet.

- Vilka typer av ungdomar bör (och bör inte) placeras på samma institution vid samma tillfälle? Ett huvudsyfte med registret är att kunna följa vilka ungdomar som vistats på samma HVB vid samma tillfälle. Detta gör det möjligt att studera hur ungdomar med olika typer av bakgrund och problem påverkar varandra.⁵⁷ I en sådan studie på amerikanska data visar Bayer et al. (2009) att sannolikheten för återfall i brottslighet är högre för ungdomar som vistats på en anstalt samtidigt som andra ungdomar med liknande problematik. Författarnas tolkning är att ungdomar som begår liknande brott lär av varandra och bildar nätverk som ökar risken för fortsatt brottslighet. Exempelvis är det troligare att en tonåring som stulit bilar återfaller i brottslighet om det på institutionen finns andra ungdomar som även de stulit bilar, medan risken är lägre om de andra ungdomarna ägnat sig åt annan brottslighet. Studien av Bayer et al.(2009) visar på potentiellt viktiga samband som, om de tillämpades i praktiken, skulle kunna leda till bättre utfall i dygnsvården. Min uppfattning är att det vore mycket angeläget att genomföra en liknande studie på den svenska HVB-vården. För att detta ska kunna genomföras krävs dock att man dels har möjlighet att koppla ungdomar till respektive HVB, dels att det finns detaljerad information om ungdomarnas bakgrund som finns tillgänglig i registret.
- Vilka faktorer på institutionsnivå (personalens antal och utbildning, inriktning på vården, etc.) är förknippade med bättre utfall för ungdomarna efter avslutad vård? För den här typen av studie är det svårt att identifiera kvasiexperimentell variation, och trovärdigheten hos resultaten beror därför på hur pass detaljerad information om ungdomarnas bakgrund som finns tillgänglig i registret.

⁵⁷ Det finns en stor, mestadels kvalitativ, litteratur om "peer group effects" inom socialt arbete. Dock saknas svenska data som gör det möjligt att utföra kvantitativa studier över vården inom HVB i Sverige.

Gemensamt för de studier som listas ovan är att de ställer konkreta frågor där svaret är potentiellt viktigt även för socialtjänstens praktik. Om forskningen till exempel visar att det är olämpligt att placera ungdomar med vissa typer av problem på samma HVB kan socialtjänsten genom att ta detta i beaktande öka sannolikheten att ungdomarna klarar sig bra efter avslutad placering. För att ett sådant utbyte ska komma till stånd är det naturligtvis avgörande att både forskare och praktiker är intresserade av ett gemensamt utbyte av erfarenheter.

Vilka möjligheter finns för kvantitativ forskning om institutionsvård i avsaknad av ett nationellt kvalitetsregister? Vad jag kan se är alternativet främst att enskilda forskargrupper, i likhet med Vinnerljung et al. (2001), kodar data utifrån socialtjänstens akter om placerade barn. På grund av den stora arbetsinsats som krävs för att bygga upp sådana data kommer den typen av satsningar knappast att bli vanligt förekommande, och de data-material som ändå byggs upp kommer ofta att vara alltför små för att möjliggöra precisa statistiska skattningar.

5.6 Legala aspekter och personlig integritet

Steg 2 i förslaget om ett heltäckande register innebär att Registret över insatser för barn och unga kompletteras med känsliga personuppgifter. En avgörande fråga är därför om nyttan av registret överstiger risken för kränkning av den personliga integriteten. Jag argumenterar nedan för att det finns goda möjligheter att begränsa risken för att information från registret används på ett otillbörligt sätt. Likväl bör det finnas tydliga gränser för vilken information som tas in i registret. Till exempel argumenterar Socialstyrelsen (2009b; 2010; 2012) för att Registret över insatser för barn och unga bör kompletteras med skäl för placering och insatser i öppenvård, men att man av omsorg om den personliga integriteten bör avstå från att även ta in uppgifter om anmälningar till socialtjänsten.

Ett heltäckande register över HVB-vården skulle omfattas av samma typ av sekretess som gäller för Socialstyrelsens hälsodataregister. Det innebär att allmänheten inte har tillgång till uppgifter på individnivå, utan bara till uppgifter som sammanställs på aggregerad nivå (t.ex. per region och år). Därmed blir det heller inte möjligt för exempelvis en arbetsgivare att begära ett utdrag ur

registret. Uppgifter från registret kan, till skillnad från t.ex. brottsregistret, alltså inte användas mot en privatperson.

Även inom ansvariga myndigheter är det fullt möjligt att anonymisera informationen om individer genom att personnummer ersätts med en unik kod. Nyckeln mellan denna kod och personnummer kan sedan förvaras inlåst och bara hanteras av ett fåtal tjänstemän (eftersom personnummer krävs för att matcha registret med andra register, t.ex. brottsregistret, är det dock önskvärt att nyckeln mellan kodnummer och personnummer sparas). Forskare som önskar hantera individdata från registret får anonymiserade uppgifter (utan namn, adress eller personnummer), och detta först efter att ha passerat sedvanlig prövning hos forskningsetisk nämnd. För att det inte ska vara möjligt att indirekt få ut personuppgifter via information om utfall på olika HVB, kan man från IVO/Socialstyrelsens sida låta bli att sammanställa uppgifter om HVB om underlaget är mycket litet, t.ex. färre än fem placeringar.⁵⁸ Den information som återrapporteras till socialtjänsten skulle därmed ha samma utformning som inom UBU, där heller inga av barnens personuppgifter framgår. Genom att arbeta med olika tillgänglighetsnivåer kan man effektivt se till att ingen person ges mer information än vad som är rimligt givet syftet.

Finns det då i dag laglig grund för att bygga upp ett register enligt ovan? En utökning av Registret över insatser för barn och unga i enlighet med steg 2 ovan, vilket bland annat inkluderar skäl för placering, innebär att registret kompletteras med information som är att betrakta som känsliga personuppgifter enligt 13 § i Personuppgiftslagen. Socialstyrelsen (2009b) konstaterar att det därmed krävs en ändring i bilagan till förordningen (2001:100) om den officiella statistiken för att de ska kunna behandla personuppgifter om skäl för placering. De konstaterar också att det krävs en ändring i förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter, för att Socialstyrelsen ska ha rätt att begära in denna information.

Mitt förslag till heltäckande kvalitetsregister är dock mer långtgående än vad som diskuteras av Socialstyrelsen (2009b) i det

⁵⁸ Eftersom många HVB bara vårdar ett fåtal ungdomar finns det en tydlig intressekonflikt mellan att, å ena sidan, ha tillgång till uppdaterad information om vårdresultat för så många HVB som möjligt och att, å andra sidan, den information som ges ska vara rimligt precis (inte främst avspegla slumpfaktorer) och att det inte ska vara möjligt att dra slutsatser om enskilda placeringar utifrån information som aggregeras per HVB. Exakt var det är lämpligt att dra gränsen är svårt att svara på, och förslaget att begränsa till HVB med minst fem placeringar är bara menat som ett exempel.

att förslaget omfattar fler variabler (som dock inte alla är att betrakta som känsliga personuppgifter) och att tanken är att använda informationen till mer än att sammanställa officiell statistik.

Det faller utanför mitt kompetensområde att avgöra om ett register av den typ jag beskrivit ovan kan ges lagligt stöd genom förordningsändringar gällande socialnämndernas uppgiftsskyldighet och vilka personuppgifter Socialstyrelsen får hantera, eller om det krävs ny lagstiftning, t.ex. en ändring i lagen om Personuppgifter i socialtjänsten (2001:454).⁵⁹ Den grundläggande konflikt som lagstiftaren har att hantera är dock samma avvägning mellan risken för att ett register kränker den personliga integriteten och nyttan av ett register som diskuterats ovan. Ett exempel på denna avvägning ges i Datainspektionens (2009) svar på Socialtjänstdatautredningens (SOU 2009:32) förslag att lagstiftningen ska ändras för att utöka Socialstyrelsens möjligheter att begära in personuppgifter från socialtjänsten. Datainspektionen (2009) avstyrkte detta förslag med motiveringen att förslaget var alltför långtgående, och det inte var klarlagt på vilket sätt insamlande av personuppgifter gav en direkt nytta för den enskilde. Man bedömde alltså risken för att den personliga integriteten skulle kränkas som stor och nyttan som liten. Eftersom samma typ av överväganden gäller ett nationellt kvalitetsregister vill jag kommentera denna avvägning här.

Vad det gäller risken för att den personliga integriteten kränks beror den, som jag argumenterat för ovan, på hur tillgång till uppgifter i registret utformas.⁶⁰ Det går också att minska risken för integritetskränkning genom att kräva ett mer aktivt samtycke för att uppgifter ska registreras, än vad som t.ex. i dag är fallet i patientdatalagen.⁶¹

⁵⁹ Till skillnad från situationen i hälso- och sjukvården, där patientdatalagen (2008:355) reglerar insamlandet av data till nationella kvalitetsregister, finns det ingen skrivning i SoLPuL (2001:454) som uttryckligen möjliggör ett nationellt kvalitetsregister för socialtjänsten. En ny utredning (S2011:13) arbetar nu bland annat med användningen av personuppgifter inom socialtjänsten. Denna utredning är inte klar, men det framstår inte i dagsläget som att den kommer att lägga fram lagförslag som möjliggör skapandet av ett nationellt register.

⁶⁰ I en del fall skulle ett heltäckande register minska risken för att den personliga integriteten kränks. Det gäller till exempel vid forskning om placerade ungdomars utfall. I dagens läge kräver en noggrann studie att data kodas utifrån akter, vilket innebär att det är svårare att undanhålla forskare identiteten hos de ungdomar som placerats i vård. Registret skulle göra det möjligt för forskare att få tillgång till motsvarande uppgifter utan att behöva veta vilken ungdom uppgifterna gäller.

⁶¹ Patientdatalagen innebär inte bara att hälso- och sjukvårdens myndigheter har rätt att ta in data från olika vårdgivare i syfte att skapa sammanhållna kvalitetsregister. Patientens rätt att

Vad det gäller nyttan för den enskilda individen av att information skickas från socialtjänsten till Socialstyrelsen, menar jag att ett register har relativt stor potential att på sikt förbättra dygnsvårdens kvalitet (och minska dess kostnad). Den enskilda ungdom som placeras i dygnsvård drar naturligtvis mycket liten eller obefintlig nytta av att personuppgifter om honom eller henne förs in ett nationellt register. Däremot drar samtliga ungdomar som placeras i vård, i ett längre perspektiv, nytta av att uppgifter om dygnsvårdens ställs samman och används till att förbättra vårdens funktionssätt. Att denna nytta är indirekt innebär inte att den inte är reell.

Risken för att ett heltäckande register kränker den personliga integriteten måste också vägas mot den integritetskränkning som placering utanför hemmet kan innebära. Detta gäller särskilt i de fall placering sker med stöd av LVU, vilket inte kräver samtycke från placerade barn och deras föräldrar. I dag sker dessa placeringar utan att det finns starkt stöd i forskningen för att placering på institution leder till bättre utfall senare i livet. I mitt tycke utgör det faktum att ungdomar placeras på institution, utan att vi vet om det förbättrar deras framtid, ett större etiskt problem än att uppgifter om dessa ungdomar samlas in i ett register som omgärdas av sträng sekretess. Jag menar också att ett register av den typ jag föreslår i rapporten är nödvändigt för att forskningen ska ha en realistisk möjlighet att utvärdera vårdens effekter.

Förekomsten av ett nationellt register kan även underlätta för placerade barn och ungdomar (och deras föräldrar) att utkräva ansvar av myndigheter, kommuner och vårdande institutioner. Detta gäller särskilt de barn och ungdomar som flyttat mellan olika kommuner och varit placerade på ett flertal institutioner. Även om både socialtjänst och institutioner är skyldiga att föra journal finns det alltid en risk att detta glöms bort eller att gamla journaler raderas.

5.7 Register som en investering

Att skapa ett heltäckande register över ungdomar i vård utanför hemmet innebär att göra en investering med förhoppningen att den ska betala sig i form av bättre utfall och/eller lägre kostnader. Alla

bli informerad om registrering, rätt att vägra registrering, och rätt att bli struken ur kvalitetsregister finns också angiven.

former av kalkyler för "lönsamheten" i ett heltäckande register är med nödvändighet ytterst spekulativa. Inte minst är värdet av ett register i form av eventuellt bättre utfall i vården mycket svår att uppskatta.⁶² Likväl kan det finnas skäl att konstruera ett antal räkneexempel för att få en känsla för vad som krävs för att ett register ska vara samhällsekonomiskt lönsamt. Låt oss först lista ett antal mekanismer genom vilka registret skulle kunna ge lägre kostnader och/eller bättre utfall (flera av punkterna nedan förutsäger att registret kunnat användas till att besvara viktiga forskningsfrågor om vården, och att dessa insikter sedan används i praktiken).

Lägre kostnader:

- Undvika dyra vårdformer (HVB) för ungdomar som inte gynnas, eller gynnas mycket litet av dessa
- Minskade problem med alltför långa vårdtider

Bättre utfall:

- Undvika placeringar av ungdomar som inte gynnas av vård på institution
- Bättre matchning av behandling och ungdomars problem
- Bättre mix av ungdomar på samma HVB
- Starkare incitament för HVB att satsa på kvalitet
- Starkare incitament för socialtjänst att planera vården och följa upp verksamheten

Nedan följer ett räkneexempel på värdet av reducerade kostnader. Därefter följer ett räkneexempel på värdet av förbättrade utfall.

Exempel 1: Pondera att kostnaderna för vård i HVB permanent skulle sjunka med 5 procent, genom undvikande av alltför långa vårdtider och onödiga placeringar.⁶³ Detta innebär en besparing på cirka 230 miljoner kronor varje år (baserat på antagandet att HVB-vården kostar 4,6 miljarder årligen).⁶⁴ Med en diskonteringsränta på

⁶² I sammanhanget kan påpekas att staten år 2013 avsatte omkring 600 miljoner kronor till satsningar på nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården (Riksrevisionen, 2013).

⁶³ Pondera att hela längre vårdtiden i privata HVB som dokumenterades i den empiriska sektionen utgjordes av förlängd vårdtid utöver det optimala. I sådana fall skulle kostnaden för vården ha varit ca en tredjedel lägre om vårdtiden för samtliga placeringar i stället motsvarat den optimala.

⁶⁴ Siffran avser vården för HVB för barn och unga 2009 och kommer från SKL (2010) och bör vara något högre i dag. I exemplet har jag antagit att kostnaden för vården är konstant över tiden, vilket med all säkerhet innebär att kostnaden (och därmed värdet av en viss

2 procent uppgår i sådana fall nuvärdet av registret till 11,5 miljarder kronor.

Exempel 2: Anta att en "kriminell karriär" i förväntan innebär 10 år i fängelse och 0 år med sysselsättning på den reguljära arbetsmarknaden. En person som avstår en kriminell karriär antas tillbringa 0 år i fängelse och arbeta i 40 år med en lön om 25 000 kr i månaden före skatt (men efter arbetsgivaravgifter). Vi antar att en intagen på ett fängelse kostar 2 500 kr per dygn.⁶⁵ Vi gör vidare det mycket konservativa antagandet att varken löner eller kostnaden av att ha en intagen på ett fängelse ändras över tiden. Vad är då nuvärdet av att en person avstår en "kriminell karriär"? Inräknat arbetsgivaravgifter uppgår löneinkomsten till ca $1,3 \cdot 25\,000 \cdot 12 = 390\,000$ kr per år.⁶⁶ Över 40 år blir det diskonterade värdet av dessa löneinkomster 10,7 miljoner kronor. Den diskonterade kostnaden för 10 fängelseår uppgår i sin tur till 6,2 miljoner kronor. Nuvärdet för samhället av att undvika att en person väljer en kriminell karriär uppgår i detta exempel alltså till knappt 16,9 miljoner kronor. Notera att detta förmodligen är en underskattning eftersom vi varken inkluderat kostnaden för polis och rättsväsende, eller det lidande som kriminella orsakar sig själva, sina anhöriga och brottsoffer.

Anta vidare att det genom registrets hjälp skulle gå att permanent minska andelen av placerade barn och ungdomar som väljer en kriminell karriär med 0,5 procentenhet, vilket motsvarar ett tjugotal personer varje år.⁶⁷ I sådana fall skulle registret ge en avkastning om $20 \cdot 16,9 = 338$ miljoner årligen i form av nuvärdet på framtida produktion och lägre kostnader i kriminalvården. Med en diskonteringsfaktor om 2 procent innebär det att värdet av registret uppgår till 16,9 miljarder kronor enbart på grund av minskad brottslighet.

procentuell besparing) underskattas eftersom kostnaden för offentligt producerade tjänster tenderar att stiga i takt med BNP.

⁶⁵ Enligt kriminalvårdens hemsida kostar en intagen på fängelse mellan ca 1 800 och 2 800 kronor per dygn beroende på fängelsets säkerhetsklassning. Kostnaden för tiden i häkte är högre, ca 3 200 kr.

⁶⁶ Lönekostnaden inkl. arbetsgivaravgifter är egentligen en underskattning av det förväntade värdet av arbetsinsatsen, av flera skäl. Till exempel bortser jag från skatter som inte direkt hänförs till arbetsinsatsen (såsom punktskatter och moms).

⁶⁷ Effekten i exemplet (0,5 procentenhet) kan jämföras med att 7,6 procent av flickorna och 43,9 procent av pojkarna som placerats i dygnsvård 1991 på grund av beteendeproblem dömdes till fängelse någon gång mellan 20 och 24 års ålder (Vinnerljung och Sallnäs, 2008).

Det bör betonas att räkneexemplen ovan *inte* ska ses som ett försök att räkna ut det faktiska värdet av ett register. I stället utgör de illustrationer av vad som krävs för att registret ska ge samhället en avkastning som rimligtvis överstiger kostnaden för att införa det. Det finns två huvudorsaker till att registret tillmätts stort värde i dessa räkneexempel:

- Om registret ger upphov till en vård som fungerar bättre (i form av högre kvalitet eller lägre kostnader) ger det vinst år efter år allt eftersom nya ungdomar placeras i dygnsvård.
- Vinsten i form av att unga tidigt i livet väljer bort missbruk och kriminalitet är mycket stor, eftersom kostnaden av missbruk/kriminalitet ackumuleras över livet.

Räkneexemplen ovan visar, menar jag, att ett eventuellt register skulle ha stort värde om det har positiva effekter på utfall och/eller kostnadskontroll. Om registret baseras på kommunernas ärendehanteringssystem kommer det inte heller att orsaka några väsentliga kostnader när det väl är på plats. Kostnaden för att utveckla ett heltäckande register bör också sättas i relation till omfattningen av HVB-vården. Det kommande kvartsseklet kommer det i Sverige uppskattningsvis att placeras över 100 000 ungdomar på HVB (exklusive ensamkommande flyktingbarn) till en kostnad av cirka 100 miljarder kronor.⁶⁸ I dagsläget vet vi mycket litet om utfallet för placerade ungdomar förbättras av de insatser som görs. Vi vet dock att det inte går särskilt bra i livet för många av dessa ungdomar, åtminstone inte som unga vuxna. De 100 miljarder samhället kan antas lägga ner på HVB-vård under det kommande kvartsseklet är även de till stor del att betrakta som en investering i (förhoppningsvis) bättre livsutfall för de ungdomar som placeras i vård. Givet de stora beloppen och vad som står på spel borde det vara av hög prioritet att minska osäkerheten kring denna investering, och att se till att få bästa möjliga utfall för de pengar som läggs ner. Ett heltäckande register över HVB-vården är ett steg på vägen för att minska denna osäkerhet och öka effektiviteten i vården.

⁶⁸ Som diskuteras tidigare i rapporten placeras omkring 4 500 barn och ungdomar på HVB per år på grund av sociala problem, medan det totala antalet placeringar inklusive ensamkommande flyktingbarn är cirka 8 000. Uppskattningen av den totala kostnaden baseras på att varje placering kostar knappt 900 000 kr.

5.8 Utöka registret med uppgifter från HVB?

Som nämnts finns sedan tidigare liknande förslag om att samla uppgifter som redan finns hos kommuner och myndigheter i ett och samma register. SKL (2010, s. 59) skriver att:

”Ett alternativ [till kommunernas uppföljning] skulle vara att Socialstyrelsen byggde ut HVB-registret till att bli ett register för den samlade kunskapen om HVB. En struktur där de tre ansvariga parterna bidrog med sina respektive delar [...] skulle där kunna skapas. Om kommunernas uppföljningar och Socialstyrelsens resultatinsamling och tillsynsrapporter samt utförarnas utvärderingar samlades i det nationella HVB-registret skulle registret kunna användas som ett led i ett evidensbasera socialtjänsten.”⁶⁹

Förslaget från SKL är mer långtgående än det som presenteras i den här rapporten, framför allt eftersom man föreslår att även utförarnas utvärderingar ska samlas i registret. Anledningen till att den här rapporten inte föreslår att uppgifter från HVB inkluderas är inte att jag inte anser att detta skulle vara önskvärt. Dock förefaller det naturligt att börja uppbyggnaden av ett register med de uppgifter som redan finns tillgängliga i register hos myndigheter och kommuner.

I förlängningen finns dock ingenting som hindrar att utvärderingar av vården eller andra uppgifter som hämtas direkt från HVB också kopplas till registret. Liksom SKL (2010) menar jag att det finns starka skäl att samla informationen och inte bygga upp parallella system för uppföljning och utvärdering. Ett enhetligt register minskar dubbelarbete (eftersom en mängd variabler redan finns i registret), vilket i sin tur minskar kostnaderna och ökar värdet av den information som samlas in, eftersom den kan användas på flera sätt.

Om registret kompletteras med utvärderingar av pågående och avslutad vård från respektive HVB ges en rikare bild av situationen för placerade ungdomar (Kyhle-Westermarck och Sallnäs, 2004). Som påpekats av Kyhle-Westermarck och Sallnäs (2004) är det dock viktigt att tänka på att personalen på ett HVB kan ha incitament att inte ge en fullständigt korrekt bild av hur vården på den egna institutionen fungerar. Detta problem är naturligtvis särskilt all-

⁶⁹ Rapporten från SKL är skriven 2010, vilket är samma år som Socialstyrelsen tog över tillsynen av HVB från länsstyrelserna, men tre år innan IVO, som nu ansvarar för tillsynen, bildades.

varligt om det finns ett direkt eller indirekt samband mellan hur personalen utvärderar genomförda placeringar och institutionens ekonomiska resurser. För att information som hämtas från HVB ska vara tillförlitlig är det därför viktigt att den t.ex. inte används av kommunerna vid upphandling.

5.9 Register bara över vård av ungdomar med sociala problem?

Den här rapporten fokuserar på vård på HVB för ungdomar med sociala problem och har inte diskuterat HVB för vuxna missbrukare eller ensamkommande flyktingbarn. De kontraktsproblem som råder för HVB-vård av ensamkommande flyktingbarn och vuxna missbrukare torde dock i stor utsträckning vara desamma som för ungdomar med sociala problem. Inte minst gäller det problemet att vissa aspekter av kvalitet är svåra att verifiera. Därmed finns skäl att låta ett nationellt register omfatta alla olika grupper som placeras i HVB.

Vad gäller ensamkommande flyktingbarn försvåras uppföljningen av att de i många fall saknar samordnings- eller personnummer. Samordningsnummer utföras av Skatteverket och syftar till att samordna insatser mellan myndigheter för personer som saknar personnummer (eftersom de ännu inte fått uppehållstillstånd). I dag är det inte möjligt för kommunerna att begära samordningsnummer för ensamkommande flyktingbarn, och därmed kan inte heller Socialstyrelsen begära av kommunerna att rapportera in samordningsnummer för placerade ungdomar som saknar personnummer.⁷⁰ Eftersom enbart personer med person- eller samordningsnummer kan matchas till andra typer av offentliga register är det mycket svårt att följa upp hur det går för ensamkommande flyktingbarn som saknar samordningsnummer.

Ett nationellt register skulle även kunna omfatta familjehemsplacerade barn, och barn som placeras på särskilda ungdomshem enligt lagen om slutna ungdomsvård. Från ett kontraktsteoretiskt perspektiv är dessa typer av placeringar skilda från placeringar i HVB, bland annat eftersom de inte upphandlas. Däremot finns starka skäl att bättre kunna följa upp utvecklingen för familjehemsplacerade barn och ungdomar över tiden.

⁷⁰ Migrationsverket kan begära samordningsnummer för ensamkommande flyktingbarn från Skatteverket.

Det finns även flera skäl att, som föreslagits av Socialstyrelsen (2009b; 2012), i ett nationellt register inkludera uppgifter om öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten:

- Information om öppenvårdsinsatser gör det möjligt att följa "vårdkedjan" på ett bättre sätt än i dag. Denna möjlighet skulle öka ytterligare om man även inkluderade uppgifter om att utredningar inletts.
- Som argumenterats för ovan (under rubriken "Forskning") är uppgifter om andra typer av insatser än dygnsvård mycket värdefulla för att uppskatta den kausala effekten av olika typer av insatser på utfall senare i livet. Skälet till detta är att man behöver ha information om alternativa insatser för att kunna utvärdera effekten av en viss insats. Om registret enbart innehåller information om barn och ungdomar som placerats i HVB finns ingenting att jämföra med.
- Individdata över öppenvårdsinsatser är viktiga för att följa upp socialtjänstens utveckling över tid. I dag har Socialstyrelsen enbart uppgifter om öppenvårdsinsatser på kommunnivå. Eftersom en viss familj, barn eller ungdom kan vara föremål för både öppen- och dygnsvård under samma år är det därför inte möjligt att i dag veta hur stor andel av barn och ungdomar i Sverige som är föremål för insatser från socialtjänsten.

6 Slutsatser

Varje år placeras omkring 4 500 barn och ungdomar i HVB i Sverige på grund av egna beteendeproblem eller brister i uppväxtmiljön.⁷¹ Under de senaste åren har det genomförts stora förändringar i syfte att försäkra sig om att dessa barn och ungdomar erbjuds god vård, inte minst en mer frekvent tillsyn som i större utsträckning än tidigare tar hänsyn till barnens egna erfarenheter. Samtidigt finns fortfarande stort utrymme för förbättringar.

Den här rapporten analyserar med utgångspunkt i national-ekonomisk teori marknaden för HVB-vård. Den viktigaste slutsatsen är att det finns potential att förbättra denna marknads funktionssätt genom att bygga upp ett nationellt heltäckande register över vård i HVB. Många av de uppgifter som är lämpliga att inkludera i ett heltäckande register samlas in redan i dag. Men eftersom dessa uppgifter i dag är utspridda på flera olika myndigheter är nyttan av uppgifterna begränsad.

Ett nationellt register kan förbättra utfallet av dygnsvården på flera olika sätt:

- Socialtjänsten kan få tillgång till bredare och mer tillförlitlig information om kvaliteten hos olika HVB. Genom att använda denna information vid upphandling och beslut om förlängning av avtalsperioder ges starkare ekonomiska incitament för HVB att förbättra verksamhetens kvalitet.
- Socialtjänsten kan få bättre underlag för att bättre matcha behovet hos enskilda barn och ungdomar med kompetensen hos olika HVB.

⁷¹ Siffran 4 500 inkluderar inte ensamkommande flyktingbarn och ungdomar som placeras på de särskilda ungdomshemmen.

- IVO kan använda information både om HVB och socialtjänstens handläggning i sin tillsyn. Därmed kan en viss del av tillsynen riktas specifikt mot HVB och socialtjänstkontor där det finns anledning att misstänka brister i kvalitet och handläggning.
- Information från registret kan användas till att komplettera Öppna jämförelser för socialtjänsten med uppgifter om faktiska utfall, såsom sammanbrottsfrekvens, återfall i brottslighet och hur placerade ungdomar upplevt sina placeringar. Genom att använda information om ungdomarnas bakgrund kan utfall på kommunnivå i viss mån justeras för skillnader i ungdomarnas problembild.
- Socialtjänsterna och IVO kan genom registret ta fram uppgifter om vårdtider på olika HVB. Därmed kan man i någon mån motverka det incitament som framför allt privata HVB har att förlänga vårdtider i syfte att säkra sin beläggning av vårdplatser.
- Såväl socialtjänsten som enskilda HVB kan använda information från registret för att utveckla sin verksamhet. Till exempel kan man identifiera enskilda områden där man ligger sämre till än andra kommuner eller HVB. Det skulle också finnas större möjlighet än i dag att identifiera kommuner och HVB med särskilt bra utfall och lära av dem.

Slutligen vore ett nationellt kvalitetsregister en viktig källa för forskning om dygnsvården och uppföljning av utvecklingen över tid. I dagsläget är kunskapen om vilka metoder som fungerar (och inte fungerar) mycket begränsad. Till exempel skriver Socialstyrelsen (2009b, s. 23):

”Huvuddelen av de insatser som görs är inte utvärderade, det vill säga vi vet inte om de gör nytta, är neutrala eller om vissa insatser t.o.m. har en skadlig påverkan på barns/ungdomars utveckling.”

Vi har i dagsläget alltså inte något bra svar på frågan vilka ungdomar som över huvud taget är betjänta av att placeras på institution, och för vilka ungdomar andra typer av insatser vore att föredra. Jag menar att behovet av forskning om institutionsvårdens effekter och vilka metoder som fungerar därför är mycket stort.

Vidare menar jag att avsaknaden av ett heltäckande register är det kanske enskilt viktigaste hindret för sådan forskning.

Ett nationellt kvalitetsregister kräver ändringar i flera förordningar och möjligen även förändrad lagstiftning. Det kräver även att kommunernas IT-system anpassas för uttag av statistik för enskilda placeringar, samt att det finns en gemensam standard för hur uppgifter kodas. Även om detta innebär att utvecklingen av ett register kommer att ta tid och kosta pengar, menar jag att förutsättningarna för ett heltäckande register på många sätt är goda. I Sverige finns en lång tradition av nationella register inom hälso- och sjukvården, vilka även regleras i lag. Eftersom majoriteten kommuner i dag använder BBIC för sin ärendehantering, finns ett verktyg för Socialstyrelsen att förändra ärendehanteringens så som krävs för att information ska sammanställas på ett sätt som passar ett nationellt register. Socialstyrelsen arbetar också för närvarande med ett regeringsuppdrag som syftar till att revidera BBIC och skapa en samordnad struktur för rapportering och IT-stöd.

Sammanfattningsvis menar jag att de tekniska och organisatoriska förutsättningarna för att skapa ett heltäckande register är relativt goda. Det finns heller ingenting som kräver att alla delar av ett nationellt register måste införas på en gång, utan det kan göras i flera steg.

Givet att de tekniska förutsättningarna är uppfyllda återstår den viktiga frågan om ett heltäckande register kränker den personliga integriteten. Den mest kontroversiella aspekten av ett register är att det innebär insamling på nationell nivå av uppgifter om ungdomarnas bakgrund, t.ex. skäl till placering. Dessa uppgifter är att betrakta som känsliga personuppgifter. Socialstyrelsen (2009b; 2010; 2012) menar ändå att behovet av att ta in dessa uppgifter överstiger risken för kränkning av den personliga integriteten. Jag delar denna bedömning. Bortsett från ett mycket litet antal tjänstemän behöver ingen person som arbetar med uppgifter från registret ha tillgång till personnummer eller annan information som gör det möjligt att identifiera de barn och ungdomar som ingår i registret. Information om utfall på aggregerad nivå – t.ex. kommun eller HVB – kan delges intressenter på ett sådant sätt att det är omöjligt att identifiera de barn och ungdomar som placeras i vård. Det kommer inte heller vara möjligt för allmänheten eller myndigheter att begära utdrag ur registret för enskilda personer (bortsett från att individen har rätt att själv ta del av de uppgifter

som finns om honom eller henne i registret). Därmed kan inte uppgifterna i registret användas mot enskilda personer och t.ex. försvåra möjligheten att få anställning.

De begränsade risker för den personliga integriteten som ett register innebär, bör också vägas mot intresset av att insatser för barn och unga har god kvalitet och inte görs i onödan. Genom att placera barn och ungdomar i dygnsvård tar samhället på sig ett stort ansvar för deras välfärd. Dessa långtgående ingrepp i barn och ungas liv sker dock i dag utan att vi vet vilka effekter det har på deras framtida möjligheter i livet.

Referenser

- Altonji, Joseph G., Todd E. Elder och Christopher R. Taber (2005). "Selection on Observed and Unobserved Variables: Assessing the Effectiveness of Catholic Schools." *Journal of Political Economy* 113(1), 151–184.
- Andreassen, Tore (2002). *Antisocialitet og ungdomsinstitusjoner – Hva sier forskningen?*, opublicerad rapport beställd av Barne- og Familiedepartementet, Statens institusjonsstyrelse och CUS, Sosialstyrelsen.
- Bayer, Patrick, Randi Hjalmarsson och David Pozen (2009). "Building Criminal Capital Behind Bars: Peer Effects in Juvenile Corrections." *Quarterly Journal of Economics* 124(1), 105–147.
- Bergman, Mats, Tobias Indén, Sofia Lundberg och Tom Madell (2012). *Offentlig upphandling – på rätt sätt och till rätt pris*. Studentlitteratur, Lund.
- Datainspektionen (2009). *Yttrande över SOU 2009:32*. Diarie-nummer 688–2009.
- Domberger, Simon och Paul H. Jensen (1997). "Contracting Out by The Public Sector: Theory, Evidence, Prospects." *Oxford Review of Economic Policy* 13(4), 67–78.
- Doyle, Joseph J. (2007). "Child Protection and Child Outcomes: Measuring the Effects of Foster Care." *American Economic Review* 97(5), 1583–1610.
- Doyle, Joseph J. (2008). "Child Protection and Adult Crime: Using Investigator Assignment to Estimate Causal Effects of Foster Care." *Journal of Political Economy* 116(4), 746–770.
- Duggan, Mark G. (2000). "Hospital Ownership and Public Medical Spending." *Quarterly Journal of Economics* 115(4), 1343–1374.
- Duggan, Mark G. (2002). "Hospital Market Structure and the Behavior of Not-for-Profit Hospitals" *RAND Journal of Economics* 33(3), 433–446.

- Forkby, Torbjörn och Staffan Höjer (2008). "Ritual eller strategi – upphandlingar och ramavtal inom den sociala ungdomsvården," *Socialvetenskaplig tidskrift*, 15(2), 115–143.
- Franzén, Eva, Bo Vinnerljung och Anders Hjern (2008). "The Epidemiology of Out-of-Home Care for Children and Youth. A National Cohort Study." *British Journal of Social Work*, 38(6), 1043–1059.
- Grout, Paul A. och Margaret Stevens (2003). "The assessment: Financing and managing public services." *Oxford Review of Economic Policy* 19(2), 215–234.
- Gruber, Jonathan, John Kim och Dina Mayzlin (1999), "Physician Fees and Procedure Intensity: The Case of Cesarean Delivery." *Journal of Health Economics*, vol. 18(4), 473–490.
- Hart, Oliver, Andrei Shleifer och Robert W. Vishny (1997). "The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons." *Quarterly Journal of Economics* 112(4), 1127–1161.
- Holmström, Bengt och Paul Milgrom (1991). "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design." *Journal of Law, Economics and Organization*, 7, 24–51.
- Horwitz, Jill R. och Austin Nichols (2007). "What do Nonprofits Maximize? Nonprofit Hospital Service Provision and Market Ownership Mix." NBER Working Paper 13246.
- Huddinge kommun (2012). Projektrapport UBU – vård och boende, rapport Huddinge kommun.
- Inspektionen för vård och omsorg (2013a). *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS*. IVO2013–13.
- Inspektionen för vård och omsorg (2013b). *En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning?* IVO2013–5.
- Jordahl, Henrik (2008). "Privat produktion av offentligt finansierade tjänster." *Ekonomisk Debatt*, 3, 46–58.
- Jordahl, Henrik. (2009). "Privatiseringar av statligt ägda företag – En litteraturöversikt med fokus på OECD-länderna." Rapport N9010, Finansdepartementet och Näringsdepartementet, juni 2009.
- Kyhle-Westermarck, Pia och Marie Sallnäs (2004). "Bedömning och uppföljning av ungdomar vid HVB-hem – rapport från en pilotstudie", IMS, Socialstyrelsen.

- Kessler, Daniel P. och Mark B. McClellan (2002). "The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity." *RAND Journal of Economics*. 33(3), 488–506.
- Länsstyrelsen i Västra Götaland (2004). *Vårdplan vid SoL-placering*. Rapport 2004:10, Länsstyrelsen i Västra Götalands Län.
- Länsstyrelsen i Kronoberg (2006). *Vårdplaner och behandlingsplaner*. Meddelande 2006:2, Länsstyrelsen i Kronobergs Län.
- Levin, Claes (1998). *Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe*. Lund: Arkiv förlag.
- Levin, Jonathan och Steven Tadelis (2010). "Contracting for Government Services: Theory and Evidence from US Cities." *The Journal of Industrial Economics* 58(3), 507–541.
- Lindquist, Matthew J. och Torsten Santavirta (2012). "Does Placing Children in Out-of-Home Care Increase Their Adult Criminality," mimeo, SOFI, Stockholms Universitet.
- Lindqvist, Erik (2008). "Contracting out Credence Goods: Evidence from Residential Youth Care", IFN Working Paper nr 750.
- Lindqvist, Erik (2011). "Planned Treatment and Outcomes in Residential Youth Care: Evidence from Sweden." *Children and Youth Services Review* 33(1), 21–27.
- Megginson, William L. och Jeffrey M. Netter, (2001). "From State to Market: A Survey of Empirical Studies on Privatization." *Journal of Economic Literature*, 39, 321–389.
- Norton, Edward. C. och Douglas O. Staiger (1994), "How Hospital Ownership Affects Access to Care for the Uninsured." *RAND Journal of Economics*, 25, 171–185.
- Riksrevisionsverket (2002). *Tillsyn av behandlingshem för barn och ungdomar*, Riksrevisionsverket rapport 2002:6, Riksrevisionsverket, Stockholm.
- Riksrevisionen (2013). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – leder de i rätt riktning?* RIR 2013:20.
- Sallnäs, Marie (2000). *Barnvårdens institutioner – framväxt, ideologi och struktur*, Socialhögskolan, Stockholms universitet, Stockholm.
- Sallnäs, Marie (2005). "Vårdmarknad med svårigheter – om privata aktörer inom institutionsvården för barn och ungdomar", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12(2-3), 226–245.

- Sallnäs, Marie, Bo Vinnerljung och Pia Kyhle-Westermarck (2004). "Breakdown of Teenage Placements in Swedish Foster and Residential Care," *Child and Family Social Work*, 9, 141–152.
- Silverman, Elaine M., Jonathan S. Skinner och Elliott S. Fisher (1999). "The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending", *New England Journal of Medicine*, vol. 341(6), 420–26.
- Silverman, Elaine M. och Jonathan S. Skinner (2004). "Medicare Upcoding and Hospital Ownership." *Journal of Health Economics*, vol. 23(2), 369–389.
- Sloan, Frank A., Gabriel A. Picone, Donald H. Taylor och Shin-Yi Chou, (2001). "Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime's Worth of Difference?", *Journal of Health Economics*, vol. 20(1), 1–21.
- SOU 2009:32. *Socialtjänsten Integritet – Effektivitet*. Betänkande av Socialtjänstdatautredningen.
- Socialstyrelsen (2009a). *Hem för vård eller boende för barn och unga – slutrapport från en nationell tillsyn 2006–2008*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009b). *Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Delredovisning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Utveckling av statistik för barn och unga inom socialtjänsten. Delredovisning 2*. Dnr 3435/2008. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Barn och unga – insatser 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Barn och unga i familjehem och HVB. Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Öppna jämförelser 2014. Social barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SKL (2010). *Upphandling och Uppföljning av HVB*, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2012). *Kartläggning om systematisk uppföljning av barn och unga i samhällsvård*, Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2013). *Kartläggning av kommunernas IT-stöd för BBIC*, Sveriges Kommuner och Landsting.

- Vinnerljung, Bo, Marie Sallnäs och Pia Kyhle-Westermarck (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar om ungdomar i fosterhem och på institution*, CUS, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Vinnerljung, Bo och Marie Sallnäs (2008). "Into Adulthood: a Follow-Up Study of 718 Young People Who Were Placed in Out-of-Home Care during Their Teens," *Child and Family Social Work*, 13, 144–155.
- Vinnerljung, Bo, Knut Sundell, Cecilia Andréa Löfholm, och Eva Humlesjö (2006). "Former Stockholm Child Protection Cases as Young Adults: Do Outcomes Differ between Those That Received Services and Those That Did Not?" *Child and Youth Services Review* 28(1), 59–77.
- Vinnerljung, Bo, Maria Öman och Thomas Gunnarson (2005), "Educational Attainments of former Child Welfare Clients – a Swedish National Cohort Study," *International Journal of Social Welfare* 14, 265–276.
- Warburton, William P., Rebecca N. Warburton, Arthur Sweetman och Clyde Hertzman (2011). "The Impact of Placing Adolescent Males into Foster Care on Their Education, Income Assistance and Incarcerations," IZA Discussion Paper No. 5429.
- Wiklund, Stefan (2011). "Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster," i Laura Hartman (red), 111–145, *Konkurrensens konsekvenser*, SNS Förlag, Stockholm.
- Wulczyn, F., Zeidman, D., och Svirsky, A. (1997). "HomeRebuilders; A Family Reunification Demonstration Project." In Barth, R., Berrick, J., & Gilbert, N. (Eds.) *Child Welfare Research Review*; New York: Columbia University Press.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2014

- Goda år på ålders höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen.
- 3:12-Corporations in Sweden: The Effects of the 2006 Tax Reform on Investments, Job Creation and Business Start-ups.
- Företagandets förutsättningar – En ESO-rapport om den svenska ägarbeskattningen.
- Kapital på krita? En ESO-rapport om företagandets finansiering.
- Konkurrens, kontakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi.
- Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet.
- Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor.

2013

- Bäste herren på täppan? En ESO-rapport om bostadsbyggande och kommunala markanvisningar.
- Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korruption på svenska.
- Var skapas jobben? En ESO-rapport om dynamiken i svenskt näringsliv 1990–2009.
- Transportinfrastrukturens framtida organisering och finansiering.
- Investeringar in blanco? En ESO-rapport om behovet av infrastruktur.

- Bonde söker bidrag – en ESO-rapport om effektivitet i det svenska landsbygdsprogrammet.
- The pension system in Sweden.
- Den offentliga sektorn – en antologi om att mäta produktivitet och prestationer.
- Utvinning för allmän vinning – en ESO-rapport om svenska mineralinkomster.
- Offentlig upphandling eller gröna nedköp? En ESO-rapport om miljöpolitiska ambitioner.

2012

- Svängdörr i staten – en ESO-rapport om när politiker och tjänstemän byter sida.
- En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.
- Den akademiska frågan – en ESO-rapport om frihet i den högre skolan.
- Income Shifting in Sweden. An empirical evaluation of the 3:12 rules.
- Samhällsekonomin på spåret – en ESO-rapport om att räkna på tunnelbanan.
- Hjälpa eller stjälpa? En ESO-rapport om kontrollfunktionen i arbetslöshetsförsäkringen
- Lärda för livet? – en ESO-rapport om effektivitet i svensk högskoleutbildning
- Forskning och innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande

2011

- UD i en ny sits – organisation, ledning och styrning i en globaliserad värld.
- Försvarets förutsättningar – en ESO-rapport om erfarenheter från 20 år av försvarsreformer.
- Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt.
- Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet.
- Sysselsättning för invandrare – en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration.

- Kollektivtrafik utan styrning
- Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden
- Att lära av de bästa – en ESO-rapport om svensk skola i ett internationellt forskningsperspektiv.
- Rapport från ett ESO-seminarium – decenniets framtidsfrågor.

2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.
- Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkelt och effektivt – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.
- Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

2003

- Skolmisslyckande – hur gick det sen?
- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union – the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995–2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

2002

- ”Huru skall statsverket granskas?” – Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelmissar – en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen – en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School’s Need for Resources – A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan – en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter – en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985–1993.
- Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull – en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst – en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet – en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud – en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan – en ESO-rapport om gymnasieskolorna.

- Konkurrens bildar skola – en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU – en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv – en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan – en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar – en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? – en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? – en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? – en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.

1999

- Dagens och drivkrafter – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning – en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga – en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris – en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa – en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken – en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden – en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv – en ESO-rapport om rederier och subventioner.

- Bostad sökes – en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Att ta sig ton – en ESO-rapport om svensk musikexport 1974–1999.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-rapport om stabiliseringspolitiken som läroprocess.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-seminarium om stabiliseringspolitik som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet – om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken – kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet – rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på – om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna – mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? – en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk – Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat – vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet – efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen – Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen – om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel – Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? – En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykelns En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshandlingen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet utveckling 1980–1992.
- Kvalitet och produktivitet – Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivitetmått.
- Kvalitets- och produktivitet utvecklingen i sjukvården 1960–1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.

- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödet effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare – aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeleffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.

- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läke-medelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet – alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare – ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" – en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård – exempel på kvalitet- och effektivitetmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.

- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetens utveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part – spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster – med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen – några idéskisser.
- Att leva på avgifter – vad innebär en övergång till avgifts-finansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetens utveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960–1980.
- Socialbidrag. Bidragstagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan – en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag – en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom armén och flygvapnet 1972–1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet – möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter – problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom den sociala sektorn 1970–1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser – en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt – behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljeval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader – prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor – en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor – en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.

