

# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statens budget för 2012

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	13
2	Lagförslag.....	15
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	15
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	17
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	19
3.1	Omfattning.....	19
3.2	Utgiftsutveckling .....	19
3.3	Skatteutgifter.....	20
4	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	21
4.1	Omfattning.....	21
4.2	Utgiftsutveckling .....	24
4.3	Regeringens mål för hälso- och sjukvården utgår från patienten.....	25
4.4	Kunskapsbaserad vård.....	25
4.4.1	Jämlik vård genom öppna jämförelser och riktlinjer .....	26
4.4.2	Hälsofrämjande kunskapsstyrning .....	28
4.4.3	Utbildningsinsatser stärker psykiatrien .....	29
4.4.4	Riktlinjer ger kunskapsbaserad tandvård.....	30
4.4.5	Kunskapsbaserad läkemedelsanvändning .....	30
4.5	Tillgänglighet till vården.....	31
4.5.1	Kortare vårdköer genom vårdgaranti och kömiljard .....	32
4.5.2	Tillgången på personal förbättras.....	35
4.5.3	Vårdgaranti och förbättrad första linjens vård inom psykiatrien .....	36
4.5.4	Förbättrat tandvårdsstöd gör tandvården mer tillgänglig .....	37
4.5.5	Bättre tillgänglighet till läkemedel efter apoteksomregleringen .....	39
4.6	Patientens valfrihet och delaktighet.....	40
4.6.1	Patienter kan välja vård i ökad utsträckning.....	41
4.6.2	Ökad mångfald av vårdgivare .....	43
4.6.3	Hälso- och sjukvård till asylsökande .....	44
4.6.4	Bra bemötande inom psykiatrien men bristfällig samverkan.....	44
4.7	Uppföljning av resultat .....	46
4.7.1	Utvecklingsarbete för att förbättra uppföljningen .....	46
4.7.2	Uppföljning genom öppna jämförelser .....	47

4.7.3	Behov av förbättrad statistik och uppföljning inom psykiatri.....	48
4.7.4	Förbättrade förutsättningar för uppföljning av tandvården .....	49
4.7.5	Uppföljning inom läkemedelsområdet.....	50
4.8	Kvalitetsutveckling och systematisk förbättring .....	50
4.8.1	Kraftfull satsning för bättre patientsäkerhet .....	51
4.8.2	Insatser för en hälsofrämjande sjukvård .....	52
4.8.3	Samlade insatser för en förbättrad cancervård.....	54
4.8.4	Säker och effektiv vård med eHälsa.....	54
4.8.5	Ökad kunskap för en bättre psykiatrisk vård .....	56
4.8.6	Kvalitetsutveckling inom tandvårdsområdet .....	57
4.8.7	Kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet .....	57
4.9	Revisionens iakttagelser .....	59
4.10	Politikens inriktning.....	59
4.10.1	Förbättrad tillgänglighet och valfrihet för patienten.....	60
4.10.2	Förbättrad kvalitet och säkerhet för patienten.....	61
4.10.3	Jämlik vård och självbestämmande för patientens bästa .....	63
4.10.4	Systematiska förbättringar genom kunskapsbildning och -spridning samt uppföljning.....	65
4.11	Förslag till författningsändringar .....	66
4.11.1	Förslag till uppdaterade högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård samt läkemedel.....	66
4.12	Budgetförslag .....	70
4.12.1	1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	70
4.12.2	1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	71
4.12.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	71
4.12.4	1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	72
4.12.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	73
4.12.6	1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	74
4.12.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	76
4.12.8	1:8 Bidrag till psykiatri .....	77
4.12.9	1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	78
4.12.10	1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	79
4.12.11	1:11 Läkemedelsverket .....	80
4.12.12	1:12 Myndigheten för vårdanalys .....	80
4.13	Socialstyrelsen.....	81
4.13.1	7:1 Socialstyrelsen.....	82
4.14	Övrig verksamhet .....	84
4.14.1	Läkemedelsverket .....	84
4.14.2	Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn .....	85
5	Folkhälsopolitik .....	87
5.1	Omfattning .....	87
5.2	Utgiftsutveckling.....	87
5.3	Mål.....	88
5.4	Folkhälsans utveckling.....	89
5.5	Goda levnadsvillkor .....	91
5.6	Hälsofrämjande livsmiljöer .....	94
5.6.1	Hälsofrämjande samhällsplanering.....	95
5.6.2	Hälsofrämjande förskola och skola .....	96
5.6.3	Hälsofrämjande arbetsmiljö.....	96
5.6.4	Säkra miljöer och produkter .....	96

5.6.5	Smittskydd och hälsoskydd.....	97
5.7	Hälsofrämjande levnadsvanor .....	101
5.7.1	Fysisk aktivitet och goda matvanor .....	104
5.7.2	Alkohol, narkotika, dopning och tobak .....	105
5.7.3	Spelberoende .....	106
5.8	Politikens inriktning .....	106
5.9	Budgetförslag .....	112
5.9.1	2:1 Statens folkhälsoinstitut .....	112
5.9.2	2:2 Smittskyddsinstitutet .....	113
5.9.3	2:3 Alkoholsortimentsnämnden .....	114
5.9.4	2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap .....	114
5.9.5	2:5 Bidrag till WHO .....	115
5.9.6	2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder .....	115
5.9.7	2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel .....	116
5.9.8	2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	116
5.9.9	2:8 Insatser för vaccinerberedskap .....	117
5.10	Övrig statlig verksamhet .....	117
5.10.1	Systembolaget AB.....	117
6	Funktionshinderspolitik .....	119
6.1	Omfattning.....	119
6.2	Utgiftsutveckling .....	119
6.3	Mål .....	120
6.4	En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken.....	120
6.5	Stärkta mänskliga rättigheter.....	120
6.6	Ökad tillgänglighet .....	121
6.6.1	Enkelt avhjälpt .....	121
6.6.2	Öppna jämförelser av tillgänglighetsarbetet i staten .....	121
6.6.3	Tillgänglighetsanalyser i kommunala planprocesser .....	122
6.7	Övrigt sektorsövergripande arbete .....	122
6.8	Politikens inriktning .....	123
6.8.1	Inledning.....	123
6.8.2	En strategi för funktionshinderspolitiken.....	123
6.9	Budgetförslag .....	126
6.9.1	3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	126
6.9.2	3:2 Bidrag till handikapporganisationer.....	126
7	Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning .....	129
7.1	Omfattning.....	129
7.1.1	Nationell äldresamordnare, pågående utredningar och utredningar som bereds .....	131
7.2	Utgiftsutveckling .....	132
7.3	Mål .....	133
7.4	Resultatredovisning och analyser.....	133
7.4.1	Främja kunskapsutveckling och kvalitet inom området sociala tjänster .....	133
7.4.2	Omsorg om äldre människor .....	142
7.4.3	Individ- och familjeomsorg.....	150
7.4.4	Stödsatser till personer med funktionsnedsättning.....	165

7.5	Politikens inriktning.....	174
7.5.1	Främja kunskapsutveckling och kvalitet inom området sociala tjänster.....	174
7.5.2	Omsorg om äldre människor.....	176
7.5.3	Individ- och familjeomsorg.....	179
7.5.4	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.....	185
7.5.5	Övrigt.....	187
7.6	Budgetförslag.....	187
7.6.1	4:1 Personligt ombud.....	187
7.6.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet.....	188
7.6.3	4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	190
7.6.4	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	190
7.6.5	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	191
7.6.6	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	192
7.6.7	4:6 Statens institutionsstyrelse.....	193
7.6.8	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	194
8	Barnrättspolitik.....	197
8.1	Omfattning.....	197
8.2	Utgiftsutveckling.....	197
8.3	Mål.....	198
8.4	Resultatredovisning.....	198
8.4.1	Övergripande åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige...	198
8.4.2	Särskilda åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige.....	200
8.4.3	Barnombudsmannens verksamhet.....	203
8.4.4	Myndighetens för internationella adoptionsfrågor verksamhet.....	204
8.5	Politikens inriktning.....	204
8.5.1	Åtgärder för att stärka barnets rättigheter.....	206
8.5.2	Insatser för att stärka stödet till föräldrar.....	208
8.6	Budgetförslag.....	209
8.6.1	5:1 Barnombudsmannen.....	209
8.6.2	5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	210
8.6.3	5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	210
9	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	213
9.1	Resultatredovisning.....	213
9.2	Revisionens iakttagelser.....	214
9.3	Budgetförslag.....	214
9.3.1	6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	214
9.3.2	6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	215

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	14
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	19
3.2 Härledning av ramnivån 2012–2015. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	20
3.3 Ramnivå 2012 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	20
3.4 Skatteutgift .....	20
4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2005–2009 .....	22
4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2009.....	23
4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2006–2010 (inkl. moms) ....	24
4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet.....	24
4.5 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.....	31
4.6 Antal besök hos tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2011 .....	38
4.7 Tandvårdens utgifter, 2004–2009.....	38
4.8 Kostnader för statligt tandvårdsstöd 2004–2010.....	38
4.9 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret .....	46
4.10 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	70
4.11 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	70
4.12 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	71
4.13 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	71
4.14 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	71
4.15 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	72
4.16 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	72
4.17 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	73
4.18 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	73
4.19 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	74
4.20 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	74
4.21 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	76
4.22 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	76
4.23 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	77
4.24 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri .....	77

4.25	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden .....	78
4.26	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:8 Bidrag till psykiatri .....	78
4.27	Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	78
4.28	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	79
4.29	Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	79
4.30	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	80
4.31	Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket .....	80
4.32	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:11 Läkemedelsverket .....	80
4.33	Anslagsutveckling 1:12 Myndigheten för vårdanalys .....	80
4.34	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:12 Myndigheten för vårdanalys .....	81
4.35	Anslagsutveckling 7:1 Socialstyrelsen .....	82
4.36	Offentligrättslig verksamhet .....	82
4.37	Uppdragsverksamhet .....	82
4.38	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 7:1 Socialstyrelsen.....	83
4.39	Offentligrättslig verksamhet .....	84
5.1	Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik.....	87
5.2	Andel ungdomar 10–18 år som kommer mycket eller ganska bra överens med mamma respektive pappa. Åren 2002/03 och 2009/10.....	93
5.3	Anslagsutveckling 2:1 Statens folkhälsoinstitut .....	112
5.4	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut .....	113
5.5	Anslagsutveckling 2:2 Smittskyddsinstitutet .....	113
5.6	Uppdragsverksamhet .....	113
5.7	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:2 Smittskyddsinstitutet .....	114
5.8	Anslagsutveckling 2:3 Alkoholsortimentsnämnden.....	114
5.9	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden .....	114
5.10	Anslagsutveckling 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	114
5.11	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap .....	115
5.12	Anslagsutveckling 2:5 Bidrag till WHO.....	115
5.13	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:5 Bidrag till WHO.....	115
5.14	Anslagsutveckling 2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel.....	116
5.15	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel .....	116
5.16	Anslagsutveckling 2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	116
5.17	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	117
5.18	Anslagsutveckling 2:8 Insatser för vaccinberedskap.....	117
5.19	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:8 Insatser för vaccinberedskap.....	117
5.20	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren.....	118
5.21	Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse .....	118
6.1	Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik.....	119
6.2	Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	126

6.3	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	126
6.4	Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer.....	126
6.5	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer.....	127
7.1	Antal personer med insatser från socialtjänsten inom olika områden samt antal vård dygn i frivillig institutionsvård för missbruksvård 2006, 2009 och 2010 .....	130
7.2	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Politik för sociala tjänster .....	132
7.3	Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre, löpande priser.....	143
7.4	Kommunens kostnader insatser till barn och unga .....	151
7.5	Kommunens kostnader missbruksvård.....	159
7.6	Kommunens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande kostnader .....	166
7.7	Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2010.....	170
7.8	Antal personer som beviljats bilstöd 2002–2010, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper....	172
7.9	Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud.....	187
7.10	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:1 Personligt ombud.....	188
7.11	Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	188
7.12	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	190
7.13	Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	190
7.14	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	190
7.15	Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	191
7.16	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning .....	191
7.17	Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	192
7.18	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	192
7.19	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	193
7.20	Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse.....	193
7.21	Offentligrättslig verksamhet .....	194
7.22	Uppdragsverksamhet .....	194
7.23	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:6 Statens institutionsstyrelse .....	194
7.24	Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	194
7.25	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	195
8.1	Utgiftsutveckling inom område 9 Barnrättspolitik.....	197
8.2	Anslagsutveckling för 5:1 Barnombudsmannen.....	209
8.3	Uppdragsverksamhet .....	209
8.4	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 5:1 Barnombudsmannen.....	209
8.5	Anslagsutveckling för 5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	210
8.6	Härledning av ramnivån 2012–2015. Utgiftsområde 5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	210
8.7	Anslagsutveckling för 5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	210

8.8	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	211
9.1	Anslagsutveckling 6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning .....	214
9.2	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning .....	214
9.3	Anslagsutveckling 6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning .....	215
9.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden .....	215
9.5	Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning .....	216

## Diagramförteckning

---

4.1	Landstingens inkomster 2009, procentuellt fördelade efter inkomstslag.....	21
4.2	Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2009, procentuellt fördelade på verksamhetsområde .....	22
4.3	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1999–2010 (inkl. moms) .....	23
4.4	Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.....	27
4.5	Utvecklingen av antalet vårdcentraler under perioden 2004–2010 .....	32
4.6	Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2011 .....	37
4.7	Patientupplevd kvalitet i primärvård .....	40
4.8	Patientupplevd kvalitet i specialiserad slutenvård och öppen specialiserad vård 2010 .....	41
4.9	Sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare (1–79 år) .....	51
5.1	De största sjukdomsgruppernas andel av sjukdomsördan 2002 uttryckt i DALY (Disability Adjusted Life Years) .....	89
5.2	Medellivslängd 1990–2010 .....	90
5.3	Andel ungdomar 16–24 år som uppger att de har besvär av ångslan, oro eller ångest 1988/89–2010.....	91
5.4	Valdeltagande i riksdagsval 1960–2010.....	92
5.5	Ohälsotalet 1998–2010.....	92
5.6	Andel elever som avslutat årskurs 9 och som ej nått målen i ett eller flera ämnen 2004/05–2009/10.....	92
5.7	Andel av sjukfrånvaron som uppges bero på arbetsorsakade besvär 1997–2010 .....	94
5.8	Antalet fall av hivinfektion som anmälts 2000–2010 .....	95
5.9	Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 2000–2010.....	95
5.10	Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2001–2010 .....	95
5.11	Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag uppdelat efter ålder, 16–84 år, 2010 .....	101
5.12	Andel som säger sig äta lite frukt och grönsaker uppdelat efter ålder, 16–84 år, 2010 .....	102
5.13	Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9, 1992–2010 .....	102
5.14	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre, 2000–2010 .....	102
5.15	Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de någon gång använt narkotika, 2001–2011 .....	103
5.16	Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder, 1988/89–2008/09 .....	103
7.1	Kommunens kostnader fördelat på andelar för vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning 2010 .....	130

7.2	Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndstagare 1990–2010 .....	157
7.3	Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2010.....	158
	Figur 4.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården .....	25

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

---

1. antar förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (avsnitt 2.1 och 4.11),
2. antar förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (avsnitt 2.2 och 4.11),
3. bemyndigar regeringen att under 2012 för ramanslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 21 000 000 kronor 2013–2017 (avsnitt 4.12.8),
4. bemyndigar regeringen att under 2012 för ramanslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 470 000 000 kronor 2013–2015 (avsnitt 7.6.6),
5. bemyndigar regeringen att under 2012 för ramanslaget 6:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 750 000 000 kronor 2013–2015 (avsnitt 9.3.2),
6. för budgetåret 2011 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	Ramanslag	10 000
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	Ramanslag	56 702
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Ramanslag	112 565
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	Ramanslag	5 454 300
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	Ramanslag	22 550 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	Ramanslag	1 711 923
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	Ramanslag	583 692
1:8 Bidrag till psykiatri	Ramanslag	867 330
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	Ramanslag	1 000 000
1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	Ramanslag	74 000
1:11 Läkemedelsverket	Ramanslag	113 190
1:12 Myndigheten för vårdanalys	Ramanslag	27 000
2:1 Statens folkhälsoinstitut	Ramanslag	136 650
2:2 Smittskyddsinstitutet	Ramanslag	215 643
2:3 Alkoholsortimentsnämnden	Ramanslag	224
2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	Ramanslag	20 035
2:5 Bidrag till WHO	Ramanslag	34 665
2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	Ramanslag	298 629
2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	Ramanslag	145 502
2:8 Insatser för vaccinerberedskap	Ramanslag	85 000
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	Ramanslag	20 574
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	Ramanslag	182 742
4:1 Personligt ombud	Ramanslag	104 460
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	Ramanslag	353 326
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	Ramanslag	256 000
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	Ramanslag	21 044 000
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	Ramanslag	1 950 930
4:6 Statens institutionsstyrelse	Ramanslag	847 775
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	Ramanslag	360 881
5:1 Barnombudsmannen	Ramanslag	21 030
5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	Ramanslag	14 752
5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	Ramanslag	31 461
6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	Ramanslag	25 564
6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	Ramanslag	414 160
7:1 Socialstyrelsen	Ramanslag	953 409
<b>Summa</b>		<b>60 078 114</b>

## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### 2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 a § hälso- och sjukvårdslagen<sup>1</sup> (1982:763) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 26 a §<sup>2</sup>

Den som har *erlagt* vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt *högst* 900 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter *erlägga* ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift *erlagts*.

Den som har *betalat* vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt 1 100 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter *betala* ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift *betalats*.

---

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2000:356.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift *med* eller har eller har haft barn med föräldern.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2012.
  2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2012.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härmed föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §<sup>1</sup>

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15 och 18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 900 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 900 kronor men inte 1 700 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 1 700 kronor men inte 3 300 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 300 kronor men inte 4 300 kronor, samt

4. hela den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 4 300 kronor.

Vad som sägs i andra och tredje styckena gäller inte för sådana varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra och tredje styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor, samt

4. hela den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor.

Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra och tredje styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2003:76.

gift eller har eller har haft barn med  
föräldern.

gift *med* eller har eller har haft barn  
med föräldern.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2012.
  2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor, om det första inköpstillfället inträffat före den 1 januari 2012.

## 3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

### 3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar underindelningarna Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik, Funktionshinderspolitik, Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning samt Barnrättspolitik. Utgiftsområdet omfattar även anslagen 6.2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* och 6.1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*.

### 3.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 3.1** Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	Utfall 2010	Budget 2011 <sup>1</sup>	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
Hälso- och sjukvårdspolitik	31 923	34 642	32 359	<b>33 514</b>	33 778	34 082	33 261
Folkhälsopolitik	768	873	748	<b>936</b>	951	958	783
Funktionshinderspolitik	203	203	203	<b>203</b>	204	204	205
Politik för sociala tjänster	22 293	23 777	22 989	<b>24 917</b>	26 274	27 664	28 759
Barnrättspolitik	49	47	47	<b>67</b>	61	62	63
Forskningspolitik	411	424	417	<b>440</b>	447	456	468
Äldreanslag	367	121	122	<b>0</b>	0	0	0
<b>Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg</b>	<b>56 015</b>	<b>60 087</b>	<b>56 885</b>	<b>60 078</b>	<b>61 716</b>	<b>63 427</b>	<b>63 540</b>

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2012–2015.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>60 067</b>	<b>60 067</b>	<b>60 067</b>	<b>60 067</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	29	69	131	213
Beslut	676	872	1 000	-503
Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar	494	1 191	1 973	2 953
Volymer	-931	-19	722	1 276
Överföring till/från andra utgifts- områden	36	-176	-176	-175
Övrigt	-293	-288	-290	-290
<b>Ny ramnivå</b>	<b>60 078</b>	<b>61 716</b>	<b>63 427</b>	<b>63 540</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2012 realekonomiskt fördelade.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2012
Transfereringar	56 602
Verksamhetsutgifter	3 444
Investeringar	21
<b>Summa ramnivå</b>	<b>60 067</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2010 samt kända förändringar av anslagens användning.

<sup>1</sup> Med transfereringar avses inkomstöverföringar, dvs. utbetalningar av bidrag från staten till exempelvis hushåll, företag eller kommuner utan att staten erhåller någon direkt motprestation.

<sup>2</sup> Med verksamhetsutgifter avses resurser som statliga myndigheter använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.

<sup>3</sup> Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

### 3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statens budgets utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteavvikelser. Avvikelser från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp av skattskyldiga omfattas av en skattelettad i förhållande till en likformig beskattning

och som en skattesanktion om det rör sig om ett överuttag av skatt i förhållande till normen.

Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika delområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa avvikelser påverkar statens budgetsaldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2010 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteavvikelser som är att hänföra till utgiftsområde 9.

**Tabell 3.4 Skatteutgift**

Miljoner kronor

	Prognos 2011	Prognos 2012
Läkemedel	1 700	1 850
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
Hälso- och sjukvårdspolitik	1 700	1 850
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>1 700</b>	<b>1 850</b>

Ett "–" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

#### Läkemedel

För läkemedel som utlämnas enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt, dvs. försäljningen är undantagen från mervärdesskatt men ingående mervärdesskatt får dras av. (Vid försäljning av icke receptbelagda läkemedel utgår dock mervärdesskatt.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

#### Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

Om arbetsgivaren bekostar offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige är detta en skattepliktig förmån. Om arbetsgivaren däremot bekostar privatfinansierad hälso- och sjukvård för en anställd är detta en skattefri förmån. Det samma gäller för hälso- och sjukvård utomlands. Arbetsgivaren har å andra sidan ingen avdragsrätt för kostnaden. Det finns inget som hindrar att arbetsgivaren efter överenskommelse gör ett bruttolöneavdrag för den anställde för att kompensera sig för kostnaden. Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

## 4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

### 4.1 Omfattning

Hälsa- och sjukvårdspolitik omfattar statliga insatser riktade mot hälsa- och sjukvården. Området innefattar tandvårdsstödet, läkemedelsförmånerna, sjukvård i internationella förhållanden, prestationsbunden vårdgaranti, bidrag till folkhälsa och sjukvård, bidrag för mänskliga vävnader och celler samt bidrag till psykiatri.

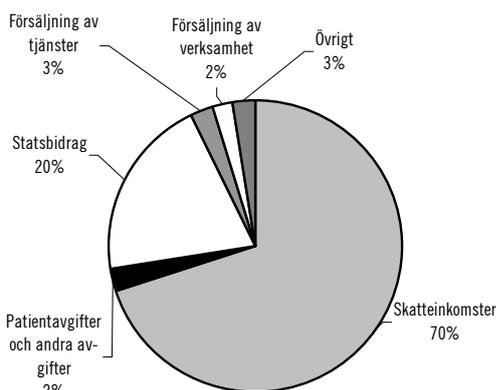
Vidare omfattar området myndigheterna Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket, nämndmyndigheten Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), samt de statligt ägda bolagen Apoteket AB, Apoteksgruppen i Sverige Holding AB, Apotekens Service AB och Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL). Dessutom omfattas den nya Myndigheten för vårdanalys som inrättades den 1 januari 2011. Socialstyrelsen har av praktiska skäl placerats i detta avsnitt. Myndighetens verksamhet rör många olika områden, framför allt inom utgiftsområde 9, och den har därför ingen självklar hemvist inom något speciellt verksamhetsområde.

Landstingen och i viss utsträckning kommunerna har huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälsa- och sjukvården. Hälsa- och sjukvården utgör drygt 90 procent av landstingens verksamhet mätt som andel av landstingens totala kostnader.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten omkring 70 procent 2010. Statens bidrag till landstingen utgörs av både generella och specialdestinerade statsbidrag, varav statens bidrag för läkemedelsförmånerna samt statens bidrag inom psykiatri är exempel på specialdestinerade statsbidrag. Statens bidrag

till landstingen uppgick till närmare 20 procent av landstingens inkomster. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster, av viss verksamhet och av material och varor.

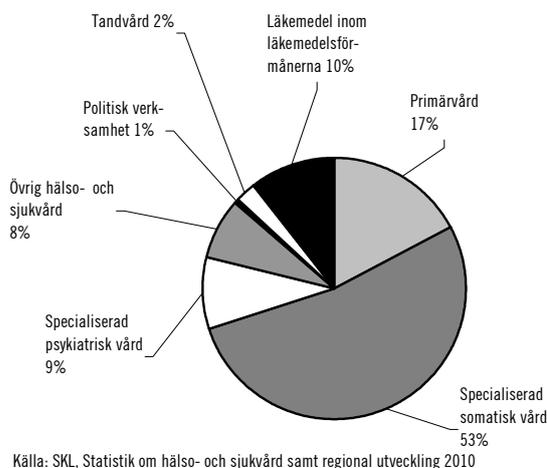
**Diagram 4.1 Landstingens inkomster 2009, procentuellt fördelade efter inkomstslag**



Källa: SKL, Statistik om hälsa- och sjukvård samt regional utveckling 2010

Landstingens (inklusive Gotlands kommun) nettokostnader för hälsa- och sjukvård, inklusive tandvård, fördelas på verksamhetsområden enligt diagram 4.2. Kostnaderna uppgick under 2010 till knappt 202 miljarder kronor.

**Diagram 4.2 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2009, procentuellt fördelade på verksamhetsområde**



Nettokostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde cirka 62 procent av huvudmännens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till cirka 17 procent.

Enligt nationalräkenskaperna uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna 2009 preliminärt till drygt 309 miljarder kronor. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med drygt 4 procent jämfört med 2008. Hälso- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2009 därmed preliminärt till 10 procent.

**Tabell 4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2005–2009**

Miljarder kronor

	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>1</sup>
Hälso- och sjukvårds-kostnader	250,9	263,5	278,8	295,7	309,4
Andel av BNP, procent	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0

<sup>1</sup> Uppgifterna för 2009 baseras på preliminära årsberäkningar ur Nationalräkenskaperna

Källa: SCB, De svenska hälsoräkenskaperna 2001–2009 tabell:1

De totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgick 2009 till 309 miljarder kronor. Av dessa utgjordes cirka 252 miljarder kronor av offentliga utgifter, varav landstingen stod för drygt 220 miljarder kronor. Landstingens andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgick således till cirka 71 procent. Av landstingens intäkter 2009 utgjordes drygt 46 miljarder kronor av statsbidrag. Detta motsvarade cirka 21 procent av landstingens utgifter för hälso- och sjukvård.

Privata utgifter för hälso- och sjukvård uppgick 2009 till 57 miljarder kronor, varav hushållen stod för den allra största delen, knappt 52 miljarder kronor. Övriga utgifter stod privata försäkringsbolag, ideella organisationer och andra bolag för. Det har inte skett någon nämnvärd ökning av övriga privata utgifter under senare år. Utgifter som privata försäkringsbolag stod för uppgår endast till 0,7 miljarder kronor 2009.

Av hälso- och sjukvårdsutgifterna utgjordes cirka 63 procent av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster vilket motsvarar cirka 195 miljarder kronor. Dessa utgifter kan i sin tur delas upp på slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hemsjukvård.

Andra utgifter inom hälso- och sjukvården inkluderar långtidsomvårdnadstjänster såsom hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning och s.k. tilläggstjänster inom sjukvården, exempelvis laboratorieverksamhet, sjukgymnastik samt ambulans- och sjuktransport.

I hälso- och sjukvårdsutgifterna ingår också utgifter för medicinska varor till öppenvårdspatienter. Under 2009 uppgick dessa utgifter till nästan 48 miljarder kronor varav närmare 28 miljarder kronor utgjordes av receptföreskrivna läkemedel dvs. i första hand läkemedelsförmånerna och patienters egenavgifter.

Folkhälsotjänster och utgifter för prevention inom hälso- och sjukvården uppgick under 2009 till drygt 11 miljarder kronor. Det motsvarar en ökning jämfört med föregående år på drygt 10 procent. I dessa utgifter ingår bl.a. utgifter för mödrahälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar.

**Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2009**

Miljarder kronor

	2009
<b>Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster</b>	<b>195,4</b>
<b>Långtidsomvårdnadstjänster</b>	<b>22,9</b>
<b>Tilläggstjänster inom sjukvård<sup>1</sup></b>	<b>13,2</b>
<b>Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter</b>	<b>47,5</b>
<i>Varav</i>	
Receptförskrivna läkemedel inkl. egenavgifter	28,0
<b>Prevention och folkhälsotjänster</b>	<b>11,3</b>
<b>Administration och övrigt</b>	<b>5,9</b>
<b>Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>296,1</b>
<b>Hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar</b>	<b>13,3</b>
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>309,4</b>

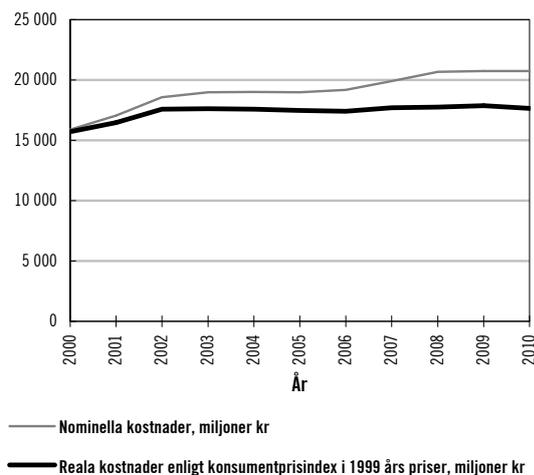
<sup>1</sup> Inklusiva laboratorietjänster, bildiagnostik och patienttransporter  
Källa: SCB, De svenska hälsoräkenskaperna 2001–2009 tabell:2

#### Kostnader för läkemedel

År 2010 uppgick kostnaderna för läkemedelsförmånerna till cirka 20,7 miljarder kronor. Den totala läkemedelskostnaden, dvs. kostnader för läkemedelsförmånerna och rekvisitionsläkemedel ökade med cirka 2 procent mellan 2009 och 2010. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, dvs. läkemedel som i första hand används inom slutenvården, uppgick till cirka 7 miljarder kronor. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna och patienternas egenavgifter uppgick till cirka 25,8 miljarder kronor, varav patienterna stod för cirka 5,1 miljarder kronor vilket motsvarar en egenavgiftsandel på knappt 20 procent. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna var i stort sett oförändrade mellan 2009 och 2010 medan kostnaderna för läkemedel på rekvisition ökade med cirka 9 procent, justerat för beredningskostnader och nettoprisredovisning. Ökningstakten för rekvisitionsläkemedel har avtagit jämfört med tidigare år.

**Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1999–2010 (inkl. moms)**

Miljoner kronor



Källa: Apoteket AB 1999–2008, Apotekens Service AB 2009

Socialstyrelsen uppskattar, i sin prognos för läkemedelskostnaderna, en fortsatt låg kostnadsutveckling på mellan 0,5 och 1,25 procent ökning per år de närmaste två åren. De främsta anledningarna till detta är bl.a. att patentutgångar får ett fortsatt stort genomslag och att effekterna av TLV:s genomgångar förväntas bli omfattande några år framöver. Dessa effekter väntas därefter klinga av samtidigt som Socialstyrelsens nya riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar förväntas ha en tydlig kostnadshöjande effekt på läkemedelsförmånerna. Detta medför att kostnadsökningstakten 2013–2015 åter bedöms stiga till mellan 2,5 och 4 procent per år.

**Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2006–2010 (inkl. moms)**

Miljoner kronor

År	2006	2007	2008	2009	2010
Läkemedelsförmånerna	19 171	19 910	20 667	20 744	20 737
Egenavgift	5 043	5 181	5 176	5 115	5 089
Andel egenavgifter <sup>1</sup>	20,8%	20,6%	20,0%	19,8%	19,7%
Slutenvård <sup>2</sup>	5 007	5 671	6 255	6 713	6 902 <sup>6</sup>
Receptfritt <sup>3</sup>	3 379	3 639	3 879	4 182	4 521
<b>Total</b>	<b>32 600</b>	<b>34 400</b>	<b>35 977</b>	<b>36 754</b>	<b>37 249</b>
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna	12,4%	12,3%	12,1%	11,9% <sup>4</sup>	— <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Som andel av förmån+egenavgift<sup>2</sup> Avser humanläkemedel på rekvisition inom slutenvård och öppenvård<sup>3</sup> Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandel<sup>4</sup> Preliminära siffror<sup>5</sup> Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader enl. Hälsöräkenskaperna saknas<sup>6</sup> För att göra kostnaderna för slutenvård 2010 jämförbara med tidigare år ska ca 400 mnkr adderas

Källor: Apoteket AB 2006–2010, Apotekens Service AB 2009–2010, Hälsöräkenskaperna SCB

## 4.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet**

Miljoner kronor

	Utfall 2010	Budget 2011 <sup>1</sup>	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>							
1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	29	19	12	10	10	10	11
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	57	56	55	57	58	59	61
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	88	111	107	113	115	117	120
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	4 909	6 694	5 105	5 454	6 144	6 403	6 645
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	23 067	23 200	22 561	22 550	22 200	22 200	22 200
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	490	945	930	1 712	1 606	1 606	490
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	579	623	625	584	604	628	651
1:8 Bidrag till psykiatri	803	888	868	867	867	867	867
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74	74	74	74	74	74	74
1:11 Läkemedelsverket		113	111	113	113	113	113
1:12 Myndigheten för vårdanalys		18	14	27	29	30	31
7:1 Socialstyrelsen	829	900	898	953	956	974	999
<b>Summa Hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>31 923</b>	<b>34 642</b>	<b>32 359</b>	<b>33 514</b>	<b>33 778</b>	<b>34 082</b>	<b>33 261</b>

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

### 4.3 Regeringens mål för hälso- och sjukvården utgår från patienten

Regeringens mål utgår från att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så effektivt och med så gott utfall för patienterna att den åtnjuter ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska också vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa.

För utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg finns följande mål som berör hälso- och sjukvårdsområdet: Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet.

Arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet ska särskilt inriktas på att

- säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad,
- säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare,
- säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande,
- skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt,
- tillvarata kunskap och erfarenheter för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården.

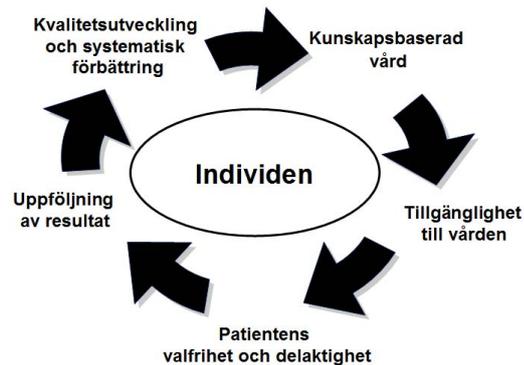
Utöver dessa mål gäller även, med anledning av den tandvårdsreform som trädde ikraft den 1 juli 2008, ytterligare mål för tandvården. Dessa är som följer.

Det statliga tandvårdsstödet ska

- stimulera den vuxna befolkningen till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte,
- möjliggöra att patienterna med de största tandvårdsbehoven får en kostnadseffektiv vård efter vars och ens behov och till en rimlig kostnad.

Avsnittet hälso- och sjukvårdspolitik redovisas utifrån de prioriterade utvecklingsområden som regeringen har identifierat ovan och kapitelindelningen följer således därav. Dessa områden påverkas av varandra och hänger tätt samman. Detta kan illustreras genom figur 4.1.

Figur 4.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården



För att följa hälso- och sjukvårdens utveckling i relation till de mål som satts upp för området har ett antal indikatorer utarbetats av Socialstyrelsen. Dessa indikatorer är hämtade från de nationella indikatorerna för uppföljning av god vård, som Socialstyrelsen har arbetat med inom ramen för ett regeringsuppdrag. Denna budgetproposition innehåller några av indikatorerna från Socialstyrelsen samt även indikatorer baserade på den nationella patientenkäten.

Syftet med denna redovisning är att regeringen ska presentera ett bra underlag för beslut till riksdagen och att de statliga insatser som genomförs ska kopplas tydligare till utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet och till de mål som riksdagen har beslutat om.

### 4.4 Kunskapsbaserad vård

Regeringens arbete inom detta område ska säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad. Hälso- och sjukvården drivs av en mycket snabb utveckling av ny teknik som ofta implementeras i olika takt och i olika grad. För att säkerställa att vården bedrivs effektivt och med hög kvalitet är det avgörande att vården har tillgång till ny information och kunskap. Det är dessutom viktigt att verksamheterna på ett snabbt och effektivt sätt kan ta tillvara den nya kunskap som flödar in och omsätta den till praktisk verksamhet. I dagsläget finns det ett enormt kunskaps- och informationsflöde i vården som inte i alla lägen tas om hand på ett strukturerat och systematiskt sätt vilket får till följd att det blir svårt att omsätta ny kunskap i praktisk tillämpning. Ett sätt att strukturera och

systematisera den nya kunskap som finns och produceras är genom vårdprogram och riktlinjer.

Regeringen anser att ett viktigt led i att systematisera ny kunskap är arbetet med nationella riktlinjer och rekommendationer. I det arbetet är det centralt att de statliga myndigheternas kunskapsproduktion samordnas så att dubbelarbete undviks men framför allt så att sjukvården möts av ett samordnat och tydligt kunskapsunderlag. Regeringen har mot bakgrund av detta gett Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, TLV, SBU, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utveckla en modell för att koordinera myndigheternas verksamhetsplaner när det gäller val av ämnesområden, publicering av kunskapssammanställningar, rapporter, riktlinjer eller liknande produkter som är avsedda att användas av huvudmännen i deras verksamheter. Dessutom har regeringen tillsatt en särskild utredare för att se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som myndigheterna inom hälso- och sjukvårdssektorn bedriver.

Ett annat angeläget område är kunskapsproduktion genom bl.a. forskning inom områden där det i dag finns kunskapsluckor. SBU har sedan tidigare i uppdrag att identifiera kunskapsluckor i vården. Ett annat exempel på en angelägen satsning är regeringens stöd till Vinnvård, som beviljar medel till forskning för ständiga förbättringar inom vård och omsorg.

#### 4.4.1 Jämlik vård genom öppna jämförelser och riktlinjer

Regeringen kan med tillfredsställelse konstatera att de långsiktiga insatser som gjorts för att öka och förbättra den nationella kunskapsstyrningen har gett avtryck i hälso- och sjukvården. Antalet områden som belyses med hjälp av både öppna jämförelser och de nationella riktlinjerna har ökat vilket tyder på att det finns ett behov av dessa verktyg i t.ex. det löpande förbättringsarbetet. Att på ett transparant sätt redovisa resultat ökar den offentliga insynen i hälso- och sjukvården samtidigt som det sporrar till lärande.

##### *Nationella riktlinjer driver på kvalitetsutvecklingen*

Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer för god vård för de stora folksjukdomarna och för patienter med andra allvarliga sjukdomar där

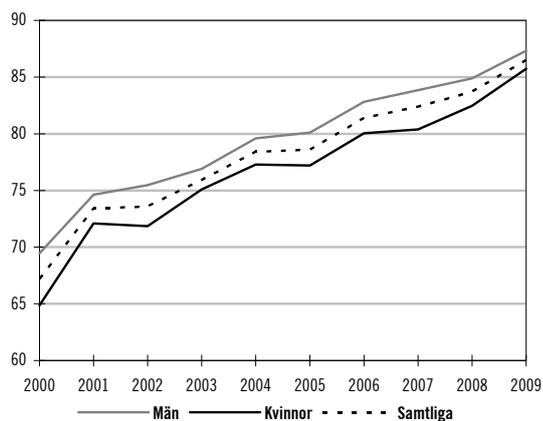
vården tar stora resurser i anspråk. Socialstyrelsen riktar in arbetet med riktlinjerna på frågeställningar där behovet av vägledning för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal är särskilt stort. Riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Socialstyrelsen har intensifierat sitt arbete med att ta fram riktlinjer för hälso- och sjukvården och under 2010 har nationella riktlinjer inom följande områden publicerats:

- demenssjukdom (slutlig),
- depressionssjukdomar och ångesttillstånd (slutlig),
- diabetesvården (slutlig),
- sjukdomsförebyggande metoder (preliminär),
- rörelseorganens sjukdomar (preliminär),
- lungcancer (preliminär),
- schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (preliminär).

Uppföljningar av de större riktlinjerna visar på en positiv utveckling. Exempelvis konstaterar Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i en rapport (Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet Jämförelser mellan landsting 2010) att hjärtinfarktvården utvecklas positivt och att andelen patienter som får den behandling som nationella riktlinjer rekommenderar har ökat mycket påtagligt de senaste åren. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård ska exempelvis vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter. Som framgår av diagram 4.4 har andelen patienter som vårdats på en strokeenhet ökat från 68 procent 2000 till 86 procent 2009.

**Diagram 4.4 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet**

Procent



Källa: Riks-Stroke, nationella kvalitetsregistret för stroke

Socialstyrelsen har även publicerat en nationell utvärdering av strokevården under 2011. Området strokevård valdes mot bakgrund av att Socialstyrelsen hösten 2009 presenterade nationella riktlinjer för strokesjukvård. I rapporten ger Socialstyrelsen rekommendationer om vilka områden i strokevården som behöver förbättras i syfte att säkerställa en god vård till personer som insjuknat i stroke. Det handlar bl.a. om att förkorta väntetider i strokevården och att förbättra sekundärpreventiv läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen kommer under 2011 att publicera ytterligare rapporter kring strokesjukvård som berör kommunernas insatser och de samlade insatserna för patienter med stroke, inklusive rehabiliteringsinsatser.

#### *Öppna jämförelser – ett verktyg för mer jämlik vård*

Öppna jämförelser ger insyn och bidrar till lärande, uppföljning och förbättring inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Landstingens användning av de öppna jämförelserna har lett till en rad olika aktiviteter och strategier för att minska obefogade regionala variationer i behandlingspraxis och behandlingsresultat. Några landsting har organiserat ett systematiskt analysarbete av resultaten i öppna jämförelser och upprättat handlingsplaner för att uppnå en förbättring. Regeringen ser mycket positivt på den utvecklingen.

Under 2010 utvecklades de öppna jämförelserna med fler relevanta indikatorer och modeller för att öka jämförbarheten samt fler jämförelser på sjukhusnivå. De flesta landstings resultat har under 2010 förbättrats för merparten

av de närmare hundra indikatorer där två mätperioder redovisas. Som exempel kan nämnas att väntetider inför höftfrakturoperationer minskar och att hjärtinfarktvårdens positiva utveckling har fortsatt. Indikatorerna visade även att skillnaderna mellan landstingen har minskat när det gäller läkemedelsanvändning hos äldre.

Socialstyrelsen konstaterade i sin årliga rapportering om tillståndet för hälso- och sjukvården att öppna jämförelser av vårdens resultat har fortsatt att initiera olika förbättringsinsatser i verksamheterna, vilket successivt har bidragit till en mer kunskapsbaserad vård (Socialstyrelsen, Lägesrapport 2011). Det kvarstår emellertid fortfarande en del problemområden (se avsnitt 4.7.2).

#### *Upplysningstjänst och identifiering av kunskapsluckor*

Hälso- och sjukvården drivs av en mycket snabb utveckling av nya medicinska behandlingsmetoder och teknologier. Det ställer krav på att vården och dess personal har förmåga att både ta tillvara och omsätta ny kunskap, och att utränga osäkra eller onödiga metoder i vården. Regeringen har för att stärka vårdens stöd för dessa processer gett SBU i uppdrag att bedriva en upplysningstjänst dit hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna vända sig med olika kliniska frågeställningar som kräver en snabb utvärdering av det vetenskapliga underlaget inom området. Vidare har regeringen gett SBU ett uppdrag som syftar till att identifiera behandlingsmetoder i hälso- och sjukvården vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. SBU ska även bygga upp nödvändig infrastruktur för att aktivt sprida kunskap till hälso- och sjukvården om otillräckligt utvärderade metoder.

#### *En översyn av den statliga kunskapsstyrningen*

Flertalet av myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet arbetar med kunskap, kunskapsproduktion och kunskapsbearbetning i någon bemärkelse, och många har också en funktion gentemot kommuner och landsting genom att ge ledning och stöd i form av kunskapsförmedling. De myndigheter som har en direkt roll i kunskapsförmedling eller styrning inom vård- och omsorgssystemet är Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, TLV, SBU, Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet. Det pågår i dag ett arbete med att samordna den nationella kunskapsstyrningen. Nationella sam-

verkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) bildades 2009 med representanter för sjukvårdsregionerna, SKL och myndigheter, och den fortsätter sitt arbete med samarbete kring val av områden för kunskapsunderlag och med spridning och införande.

Regeringen har sett att det finns ett behov av en tydligare ansvarsfördelning och mer samordnad kunskapsstyrning inom vård och omsorgssystemet. Mot bakgrund av detta tillsattes i januari 2011 en särskild utredare som bl.a. ska se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som berörda myndigheter bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området (Dir 2011:4). Utredaren ska lämna en slutrapport till regeringen senast den 15 april 2012.

#### 4.4.2 Hälsöfrämjande kunskapsstyrning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa (2c§). Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Av lagen framgår vidare att landstinget ska verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

Trots att det sjukdomsförebyggande perspektivet är tydligt uttalat i hälso- och sjukvårdslagen har det förebyggande arbetet fortfarande ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Det finns heller ingen enhetlig praxis och det råder stora variationer mellan landsting och mellan vårdenheter. Regeringen bedömer därför att insatser för att stödja hälso- och sjukvårdens hälsöfrämjande arbete är av största vikt. Den statliga kunskapsproduktionen på området är således grundläggande.

##### *Det sjukdomsförebyggande arbetet stärks genom nationella riktlinjer*

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder vilket innebär att arbetet med att utveckla hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande arbete på områdena för tobak, fysisk aktivitet, matvanor och riskbruk av alkohol intensifieras. I uppdraget, som ska genomföras under perioden 2011–2014, ingår bland annat att tillsammans med före-

trädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna inom landsting och kommuner, kartlägga behovet av och stödja metodutveckling för det förebyggande arbetet inom vård och omsorg, skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper med hjälp av it-lösningar samt utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av införandet av riktlinjerna. En viktig del i uppdraget blir att stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att skapa strukturer och arbetssätt som ger förutsättningar för ett effektivt hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

##### *Hälsöfrämjande riktlinjer stödjer mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa*

De verksamheter som byggts upp inom mödravården, barnhälsovården och de medicinska delarna av elevhälsan är viktiga i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom bland barn och unga. Mödravården (MVC) arbetar för att stärka föräldrars förutsättningar att ge sina barn en god uppväxtsituation och att upptäcka behov av särskilt stöd hos vissa föräldrar. Barnavårdscentralen (BVC) svarar för kontroller av nyfödda och yngre barns hälsa samt ger råd och stöd för amning och amningsproblem, mat, sömn och annat som rör barnets hälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska kompetenser. Elevhälsan ska främst vara hälsöfrämjande och förebyggande och stödja elevernas utveckling mot målen. För att stödja det viktiga arbete som genomförs inom dessa verksamheter har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram riktlinjer eller annan form av vägledning för mödra- och barnhälsovård samt de medicinska delarna av elevhälsan som innehåller en för verksamheterna gemensam inledning om förutsättningarna för hälsöfrämjande och förebyggande arbete. Socialstyrelsen ska inom ramen för uppdraget inventera behovet av vägledningar inom verksamhetsområdena, utifrån aktuellt kunskapsunderlag ta fram separata riktlinjer eller annan form av vägledning för mödra- och barnhälsovård och de medicinska delarna av elevhälsan samt sprida information om och erbjuda utbildningsinsatser kring de dokument som tas fram inom projektet.

#### 4.4.3 Utbildningsinsatser stärker psykiatrin

Regeringens satsning på vidare- och fortutbildningar av bl.a. ST-läkare i psykiatri har gett goda resultat. Regeringens ambition är att psykiatrin ska arbeta mer kunskapsbaserat. En viktig del i detta är att stimulera tillgången på läkare som specialiserar sig inom psykiatri och att stimulera forskning inom psykiatrin.

*Satsning på kurser för ST-läkare inom psykiatrin*  
Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) driver på regeringens uppdrag det s.k. METIS-projektet (MER Teori I Specialiseringstjänstgöring). IPULS har sedan 2007 regeringens uppdrag att utveckla specialistkompetenskurser (SK-kurser) i psykiatri. Socialstyrelsen har parallellt med detta haft regeringens uppdrag att följa upp insatserna. Myndigheten konstaterar bl.a. i rapporten METIS-projektet – Uppföljning av SK-kurser i psykiatri år 2010, att det under 2010 tagits fram åtta kurser i det nya METIS-konceptet i vilket teori och praktik vävs ihop och teoretisk kunskap implementeras i ST-läkarnas vardag. METIS har också i enlighet med uppdraget utvecklat en kurs i suicidologi för att bland annat öka ST-läkarnas kunskaper om hur man identifierar självmordstankar och gör en enkel suicidriskvärdering. Socialstyrelsen bedömer att IPULS under 2010 uppfyllt den pedagogiska och teoretiska målsättningen för utvecklingen av SK-kurserna i psykiatri i enlighet med syftet.

#### *Komplicerad problematik inom psykiatrin kräver utbildning av personalen*

Regeringen har under perioden 2007–2010 gjort en särskild satsning på högskoleutbildningar inom området psykisk hälsa med inriktning mot särskilt komplicerad problematik, t.ex. utagerande beteende och normöverträdelse och/eller samtidigt missbruk. Socialstyrelsen gör i sin slutrapport till regeringen som lämnades i början av 2011 bedömningen att utbildningssatsningarna fallit väl ut. Utbildningarna har genomförts i enlighet med uppställda mål och villkor i nära samarbete med huvudmännen och företrädare för berörda verksamheter.

#### *Stöd för utveckling av evidensbaserad psykologisk behandling*

Socialstyrelsen fick i juni 2008 i uppdrag av regeringen att utbetala medel till landstingen för att stödja utvecklingen av ökad kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling. Satsningen har sträckt sig över 2008–2010 och regeringen har sammanlagt avsatt drygt 20 miljoner kronor. Socialstyrelsen konstaterar i sin slutrapport att den största delen av de utbildningsinsatser som landstingen fått bidrag för är grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning mot kognitiv beteendeterapi (KBT). Landstingen har erbjudit olika personalkategorier inom vården grundläggande psykoterapiutbildning. Flera utbildningsinsatser har också omfattat kompletterande utbildning i KBT för behandlande personal som har sin kompetens i andra inriktningar, framför allt psykodynamisk terapi.

Denna satsning ligger i linje med vad bl.a. Socialstyrelsen framhåller i sina nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Socialstyrelsen gör i dessa bedömningen att rekommendationerna om ett effektivt omhändertagande inom första linjens vård (till exempel primärvården) och ett utbud av flera effektiva behandlingsmöjligheter genom hela vårdkedjan är centrala förutsättningar för att dessa riktlinjer som helhet ska kunna ge önskat resultat. För att uppnå rekommendationen om att kunna erbjuda befolkningen flera effektiva behandlingsalternativ behöver hälso- och sjukvården öka tillgången till psykologisk behandling, främst KBT.

Regeringen kan konstatera mot bakgrund av de redovisningar som gjorts under 2010 att intentionerna i de uppdrag som getts tidigare har uppfyllts. Rapporteringen tyder också på att det finns ett intresse hos hälso- och sjukvårdspersonalen att inhämta kunskap om de behandlingar som ges i riktlinjer och rekommendationer nationellt.

#### *Långsiktig satsning på forskartjänster och forskarskolor har inletts*

Vetenskapsrådet har regeringens uppdrag att inrätta cirka 30 forskartjänster för kliniskt verkssamma medarbetare inom psykiatrin. Satsningen är långsiktig och ska pågå under tio år. Med anledning av uppdraget har Vetenskapsrådet under 2010 beslutat att utlysa medel för anställningar som forskare och forskarassistent på halvtid för

klinisk forskning inom psykiatrirelaterade områden. Myndigheten framhåller i sin årsredovisning att antalet ansökningar av hög kvalitet varit begränsad vilket har fått till följd att rekryteringen av nya forskare under en tidsperiod varit låg. Förklaringen till detta är troligtvis att de medel som finns till förfogande har ökat snabbt samtidigt som tillgången till relativt välmeriterade forskare med låg karriärålder inte varit tillräcklig. Några av de områden som beviljats stöd under året berör Alzheimers sjukdom, tvångssyndrom, depression, antisocial personlighetsstörning och psykisk ohälsa efter svår kroppslig stress.

#### 4.4.4 Riktlinjer ger kunskapsbaserad tandvård

Regeringens satsningar på kunskapsutveckling i form av nationella riktlinjer och indikatorer har förbättrat förutsättningarna för att kunna erbjuda en kunskapsbaserad tandvård.

SBU publicerade sommaren 2010 två rapporter på tandvårdsområdet: metoder för att ersätta tandförluster och metoder för rotbehandling av inflammerad eller infekterad tandpulpa. Tandvårdens behandlingsmetoder är troligen bland de områden inom hälso- och sjukvården som har den mest heltäckande kartläggningen avseende vetenskapligt stöd och kunskapsluckor. De vetenskapliga kunskapsluckorna är mycket omfattande och resultaten diskuteras nu intensivt i forskarsamhället och bland tandläkare. I samverkan med Vetenskapsrådet, Socialstyrelsen, SKL samt den odontologiska professionen har SBU tagit strategiska initiativ i frågan.

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. I november 2010 presenterade styrelsen en uppsättning övergripande nationella indikatorer för god tandvård. Indikatorerna kommer att användas i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljning och utvärdering av tandvården i syfte att bl.a. öka kunskapen om tandvårdens processer, resultat och kostnader. I maj 2011 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vuxentandvården, inklusive indikatorer för utveckling och uppföljning av de olika områden som lyfts fram i riktlinjerna. Socialstyrelsen ger rekommendationer inom totalt sju områden, varav hälsofrämjande- och sjukdomsförebyg-

gande metoder i tandvården, karies och tandlöshet är några.

Socialstyrelsen ansvarar sedan 1 juli 2008 för uppbyggnad och drift av tandhälsoregistret som kommer att fylla en viktig funktion när det gäller att följa tandhälsan över tid i Sverige. Registret är ett hälsodataregister som på sikt kommer att kunna svara på frågor om vilka samband som finns mellan oral hälsa och sjukdomar som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar, hur läkemedel påverkar muntorrhet och karies samt om det finns regionala, socioekonomiska och demografiska skillnader i tandhälsa.

Socialstyrelsen har sedan 2006 regeringens uppdrag att fördela medel till kunskapsutveckling och metodutveckling samt att förbättra diagnostik, behandling och bemötande av patienter vars hälsoproblem förknippas med amalgam eller andra dentala material. För detta ändamål har regeringen avsatt medel och slutredovisningen ska ske senast den 31 december 2011. Regeringen har även avsatt medel för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum, bl.a. Kunskapscenter för Dentala Material.

#### 4.4.5 Kunskapsbaserad läkemedelsanvändning

Regeringen har tagit initiativ till en nationell läkemedelsstrategi i syfte att utveckla läkemedelsanvändningen till att bli mer effektiv och mer patientsäker. Sommaren 2010 presenterades rapporten Nationell läkemedelsstrategi? – en förstudie (S2009/4881/HS). I den konstaterade regeringen att det finns ett behov av att samordna, koordinera och prioritera det nationella arbetet inom läkemedelsområdet för att uppnå en mer effektiv förskrivning och en förbättrad användning av läkemedel (se avsnitt 4.8.7). Hösten 2010 tillsattes därför en högnivågrupp och en projektgrupp för att utarbeta en nationell läkemedelsstrategi. Till grupperna utsågs representanter från berörda myndigheter, landsting, SKL, läkemedelsindustrin, apoteksbranschen och läkarprofessionen. Med utgångspunkt i förstudien och i det redan omfattande förbättringsarbete som bedrivs har en nationell läkemedelsstrategi tagits fram.

Visionen för den nationella läkemedelsstrategin är Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. För att nå visionen krävs utveckling inom ett antal målområden:

- medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass,
- jämlik vård,
- kostnadseffektiv läkemedelsanvändning,
- attraktivitet för innovation av produkter och tjänster, samt
- minimal miljöpåverkan.

En stor del av arbetet med att utarbeta den nationella läkemedelsstrategin har utgjorts av att bryta ner målen i insatsområden och insatser. Läkemedelsstrategin har ett tydligt genomförandefokus och inom de olika insatsområdena kommer åtgärder att vidtas i syfte att öka kvaliteten i läkemedelsanvändningen. En viktig del av läkemedelsstrategin är arbetet med att följa upp vidtagna åtgärder. Uppföljningen kommer att ske på insats- och målnivå. Centrum för bättre läkemedelsanvändning (CBL) vid Läkemedelsverket kommer att ha en viktig roll såväl vad det gäller samordning som uppföljning av strategin. En vid Socialdepartementet nyinrättad högnivågrupp kommer att styra och driva arbetet med strategin framåt.

#### *Hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som används inom slutenvården*

Regeringen fortsätter arbetet med att verka för vård på lika villkor inom läkemedelsområdet bl.a. genom att i november 2010 ge TLV i uppdrag att, i form av en försöksverksamhet, genomföra hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna, men som rekvideras till slutenvården, s.k. rekvisitionsläkemedel. När försöksverksamheten är i drift ska sjukvårdshuvudmännen ha möjlighet att ansöka hos TLV om hälsoekonomiska bedömningar.

I samband med ansökningar om att ett läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna måste det marknadsförande bolaget till TLV bifoga hälsoekonomiska underlag som visar att produkten är kostnadseffektiv. Motsvarande krav finns dock inte när det gäller läkemedel som

enbart används inom slutenvården. Detta gör det svårt för landstingen att bedöma kostnadseffektiviteten för ett rekvisitionsläkemedel.

Regeringen bedömer att hälsoekonomiska utvärderingar av rekvisitionsläkemedel förväntas bidra till bättre underlag för kliniska beslut och upphandling av läkemedel, större transparens kring läkemedlets kostnadseffektivitet, bättre utnyttjande av existerande resurser och mer kunskapsstyrd och likvärdig läkemedelsanvändning.

## 4.5 Tillgänglighet till vården

Regeringens arbete inom detta område inriktas mot att säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare. En tillgänglig hälso- och sjukvård rymmer fler olika dimensioner. Det handlar till exempel om vilka personer som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet och i vilken utsträckning vården faktiskt är tillgänglig för de med störst behov av vård. Det handlar också om tillgång till information och om fysisk och geografisk tillgänglighet och väntetider till vården. I flera grundläggande avseenden är tillgängligheten till sjukvård god i Sverige. Alla personer som bor eller stadigvarande vistas i Sverige omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet. En mycket liten andel av befolkningen uppfattar ekonomiska skäl som hinder för att söka kontakt med hälso- och sjukvården när de har behov av det.

Regeringens satsning på en ökad tillgänglighet har gett goda resultat. Som framgår av tabell 4.5 har andelen personer som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver ökat med 10 procentenheter, från något under 70 procent till runt 80 procent under perioden 2004–2010.

**Tabell 4.5 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver**

Procent							
År	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 <sup>1</sup>
Kvinnor	69	72	74	74	76	78	79
Män	69	73	74	75	77	79	81

<sup>1</sup>Under 2010 har insamlingsmetoden för Vårdbarometern ändrats.

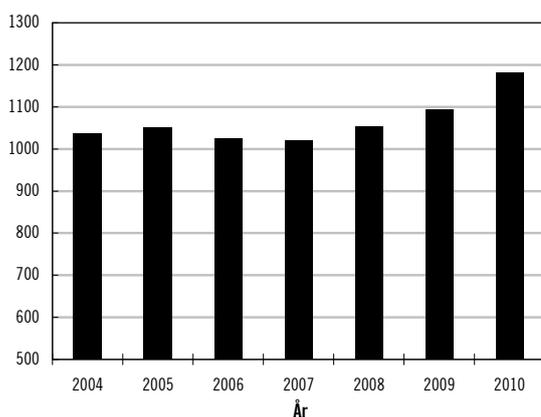
Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

SKL har i rapporten Vårdbarometern – befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård analyserat om det finns några skillnader mellan kvinnor och män och olika åldersgrupper när det gäller upplevd tillgång till vård. I rapporten konstateras att det är marginella skillnader mellan kvinnor och män vad gäller upplevd tillgång till sjukvård. Däremot fanns vissa skillnader mellan åldersgrupper. Personer i yrkesverksam ålder uppger i lägre grad än andra åldersgrupper att de har tillgång till den sjukvård de behöver och gruppen 70 år och äldre i högre grad.

Även utbudet och tillgängligheten till vårdcentraler har ökat. Som framgår av diagram 4.5 så har antalet vårdcentraler under flera år legat konstant runt 1 000 men från 2007 har antalet ökat till närmare 1 200.

**Diagram 4.5 Utvecklingen av antalet vårdcentraler under perioden 2004–2010**

Antal vårdcentraler



Källa: SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010

Trots att en majoritet upplever att man har tillgång till den vård man behöver finns behov av ytterligare insatser. I den s.k. Vårdbarometern som genomförs av SKL finns frågor om anledning till att man avstår från att söka vård trots behov. I svaren på denna fråga framkommer som de vanligaste skälen att man t.ex. inte fick tid hos läkare och att man upplevde det som krångligt att söka sjukvård.

I följande avsnitt beskrivs de satsningar som gjorts för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården utifrån tre perspektiv: väntetider till primärvård och slutenvård med fokus på de tidsgränser som satts upp i vårdgarantin och kömiljarden, tillgänglighet till några utvalda områden där regeringen gjort särskilda satsningar –

psykiatri, tandvård och läkemedel – samt tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal.

#### 4.5.1 Kortare vårdköer genom vårdgaranti och kömiljard

Regeringen kan med tillfredsställelse konstatera att de insatser som vidtagits för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården har gett goda och varaktiga resultat bl.a. i form av kortare väntetider till både den öppna och den slutna vården. Exempelvis har andelen personer som fick kontakt med primärvården samma dag legat på knappt 90 procent under både 2009 och 2010 vilket kan jämföras med 2008 då andelen var något över 80 procent. Ser man till slutenvården så har andelen personer som väntat längre än 90 dagar på besök eller behandling under 2010 legat på drygt 10 procent vilket kan jämföras med situationen under 2009 då andelen varierade runt 20 procent.

Sett i ett internationellt perspektiv finns dock fortfarande möjligheter till ytterligare förbättringar när det gäller tillgängligheten. SKL har i rapporten Väntetider till vård i ett internationellt perspektiv gjort en kartläggning av befintliga studier som berör frågan om väntetider i olika länder. En övergripande slutsats i rapporten är att det råder brist på välgjorda internationella jämförelser av nationella väntetidsdata. En förklaring till detta är att länder väljer att mäta väntetider på olika sätt. De studier som ändå medger jämförelser visar dock att Sverige har relativt sett längre väntetider till besök hos specialistläkare än andra jämförbara länder. Socialdepartementet har även delfinansierat ett antal internationella studier som genomförts av the Commonwealth Fund som berör hälsosystem generellt. Den senaste studien från 2010 berör bl.a. åtkomst till sjukvård. I denna framkommer t.ex. att endast 5 procent av patienterna i Nederländerna behöver vänta mer än sex dagar eller mer för att få träffa en läkare. För Sveriges del är det 25 procent som behöver vänta mer än sex dagar för att träffa en läkare.

#### *Vårdgarantin är nu lagreglerad*

Från och med den 1 juli 2010 ingår den nationella vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen (3 g §). Samtidigt trädde förordning (2010:349) om vårdgaranti i kraft. Av de nya reglerna framgår att landstingen har skyldighet att er-

bjuda invånarna vård inom maximala väntetider. Vårdgarantin uppställer krav på att sjukvårdshuvudmännen ska erbjuda:

1. kontakt med primärvården samma dag,
2. läkarbesök inom primärvården inom 7 dagar,
3. besök i den specialiserade vården inom 90 dagar,
4. behandling påbörjad inom 90 dagar.

Om landstinget inte klarar av att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser ska landstinget aktivt hjälpa till att ordna vård hos någon annan vårdgivare, utan extra kostnader för patienten.

#### *Kömiljarden stimulerar tillgänglighetsarbetet utöver den lagreglerade vårdgarantin*

Staten och SKL slöt i december 2008, för första gången, en överenskommelse som bygger på en prestationsbaserad ersättningsmodell för att minska vårdköerna. En miljard kronor (kömiljarden) avsattes i statens budget för detta ändamål. Sedan införandet av kömiljarden 2008 har regeringen och SKL slutit ytterligare två separata överenskommelser. I överenskommelserna har kraven för att få ta del av medlen stegvis höjts. En tydlig skillnad mellan de tre överenskommelserna är att det under 2009 enbart genomfördes en avstämning som låg till grund för fördelningen av medlen. Under 2010 hade antalet avstämningar utökats till sju (januari till mars och september till december) och i 2011 års överenskommelse räknas resultaten för varje månad. Avsikten med att mäta resultaten varje månad är att förtydliga att sjukvårdshuvudmännen kontinuerligt under året måste bedriva ett arbete för att upprätthålla eller korta väntetiderna. Landstingen måste under 2011 således prestera goda resultat under årets alla månader för att få ta del av medlen.

Regeringen har för avsikt att löpande utveckla kömiljarden för att på så sätt stimulera tillgänglighetsarbetet. För 2009–2010 fördelades medlen inom ramen för kömiljarden till landsting där mellan 80 och 90 procent klarade av att ge vård (besök eller behandling) inom vårdgarantins gräns på 90 dagar. I och med att vårdgarantins 90-dagarsgränser numera regleras i hälso- och sjukvårdslagen så har regeringen sett ett behov av att stimulera till ytterligare förbättringar. I 2011 års kömiljardsöverenskommelse har kraven på vad landstingen måste prestera för att få del av

medlen bl.a. förändrats så att landstingen under året måste klara av att ge patienter ett besök eller en behandling inom 60 dagar.

Regeringen har i propositionen Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning (prop. 2009/10:67) framhållit att man ser det som viktigt att följa upp den lagreglerade vårdgarantins effekter. En fråga som är särskilt relevant att följa berör eventuell förekomst av undanträngningseffekter, dvs. situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov). Socialstyrelsen fick ett tilläggsuppdrag inom ramen för myndighetens pågående uppdrag att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin och kömiljarden. Tilläggsuppdraget behandlar frågan om undanträngning. Socialstyrelsen lämnade inom ramen för uppdraget en delrapport i mars 2011 där det konstateras att det saknas statistik för att på nationell nivå mäta eventuella undanträngningseffekter. Myndigheten har därför i samverkan med några landsting gjort fördjupade studier i denna fråga. Av det begränsade underlag myndigheten haft tillgång till görs tolkningen att det finns vissa mönster som skulle kunna tyda på att återbesökspatienter periodvis har fått längre väntetider till nästa kontroll i samband med de satsningar som gjorts för att förbättra tillgängligheten till vården. Socialstyrelsen konstaterar dock att det är för tidigt att helt utsluta alternativa förklaringar, t.ex. ändring av indikationer när ett återbesök är berättigat. Socialstyrelsen ska lämna en slutredovisning av uppdraget i april 2012.

#### *Fortsatt god tillgänglighet till primärvård*

I nio fall av tio är väntetiden till ett allmänläkarbesök kortare än de sju dagar som är gränsen för vårdgarantin. Väntetiderna till allmänläkarbesök varierar dock mellan landstingen. Vid mätningen som gjordes våren 2011 framkom att i Halland fick 98 procent av patienterna besök inom sju dagar, vilket kan jämföras med situationen i Dalarna där 85 procent fick besök inom sju dagar.

Vårdgarantins tidsgränser för telefonframkomlighet, dvs. att man ska komma fram samma dag, uppvisar liknande mönster. Vid mätningarna under våren 2010 kom man i nio fall av tio fram samma dag, men samtidigt såg man stora skillnader mellan landstingen. I Kalmar och

Kronoberg kom 99 procent av patienterna fram samma dag vilket kan jämföras med situationen i Värmland där 64 procent kom fram samma dag.

#### *Stabil utveckling för den specialiserade vården*

Som framgått ovan så var kömiljarden för 2010 uppdelad på två mätperioder. Pengarna fördelas utifrån den genomsnittliga andelen väntande under respektive mätperiod. Trots att kraven har ökat i jämförelse med 2009 års överenskommelse, kan konstateras att 20 av 21 landsting klarade att ge åtminstone 80 procent av patienterna vård inom vårdgarantins gräns på 90 dagar för antingen besök eller behandling eller både och.

När det gäller besök i den specialiserade vården så fick 85 procent av patienterna detta inom vårdgarantins 90-dagarsgräns under 2010 års sista månader. Skillnaderna mellan landstingen var relativt stor, från drygt 90 procent i vissa landsting till drygt 70 procent i andra. När det gäller behandling i den specialiserade vården så fick 80 procent av patienterna detta inom vårdgarantins 90-dagarsgräns under 2010 års sista månader. Även här var skillnaderna mellan landstingen relativt stora, från 95 procent till 60 procent i andra.

Av de resultat som finns för 2011 års kömiljard, där gränserna för att få del av medlen satts till 60 dagar, framgår att landstingen gjort tydliga förbättringar under de första månaderna. När det gäller besök hos specialist så var det 68 procent av patienterna som fick detta inom 60 dagar i januari men i maj hade denna siffra ökat till 78 procent. För operationer har utvecklingen under samma period gått från 61 procent som väntat 60 dagar eller kortare till 70 procent.

#### *Kommunikationen kring vårdgarantin behöver förbättras*

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa upp arbetet med vårdgarantin och kömiljarden. Myndigheten lämnade inom ramen för uppdraget en andra delrapport i april 2011 (Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden” – Årsrapport 2011). Myndigheten konstaterar i rapporten att till skillnad från tidigare år så strävar landstingen efter att genomföra mer långsiktiga satsningar för att förkorta väntetiderna, såsom att förbättra processer och patientflöden med hjälp av logistisk metodik.

Socialstyrelsen har inom ramen för sin uppföljning även genomfört en intervjuundersök-

ning med ett urval av befolkningen kring frågor som berör vårdgarantin. Denna visar att nio av tio hade hört talas om vårdgarantin, men endast ett fåtal hade mer ingående kunskaper. Kännetecken om vårdgarantin varierade också mellan olika befolkningsgrupper och lägst kännedom hade de yngsta och de allra äldsta, män, personer med låg utbildning samt personer födda utanför Norden. Socialstyrelsen har också inom ramen för uppdraget gjort undersökningar om landstingens kommunikationsarbete när det gäller vårdgarantin. Myndigheten konstaterar att vårdgarantin är högt prioriterad i landstingens kommunikationsarbete, såväl internt i organisationen som externt till patienter och allmänhet.

#### *Väntetider vid akutmottagningar varierar*

Den genomsnittliga vistelsetiden vid akutmottagningar, var under det första halvåret 2010 drygt 3 timmar. Detta visar den sammanställning som Socialstyrelsen gjort inom ramen för ett uppdrag myndigheten haft att beskriva vilken information om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar som för närvarande samlas in av landstingen. Underlaget bygger på resultat från 42 av de drygt 70 sjukhusbundna akutmottagningarna som finns i Sverige. Socialstyrelsen konstaterade vidare att det fanns tydliga variationer mellan mottagningarna. Kortast genomsnittlig vistelsetid var 2 timmar och 16 minuter och den längsta 4 timmar och 26 minuter.

I uppdraget till myndigheten ingick även att utarbeta ett förslag till hur ett system för mätningar av väntetider kan byggas upp på nationell nivå. Socialstyrelsen konstaterade i rapporten att det finns goda förutsättningar för att nationellt sammanställa uppgifter om väntetider inom akutvården. Socialstyrelsen förordar i rapporten att de två mått som bör följas på nationell nivå är total vistelsetid samt tid mellan ankomst och den första läkarbedömningen. Socialstyrelsen framhåller dock att det är viktigt att uppmärksamma andra kvalitetsaspekter än väntetider, t.ex. att minimera medicinska risker och felsteg. Ett alltför ensidigt fokuserande på att korta väntetiderna kan innebära att patientsäkerhetsarbetet kommer i andra hand och att riskerna för felbedömningar ökar. Regeringen har i juli 2011 gett Socialstyrelsen i uppdrag att utifrån de bedömningar myndigheten gör i rapporten fortsatt utreda hur myndigheten kan inrätta ett system för att följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar på nationell nivå. I uppdraget ingår

vidare att utveckla kompletterande kvalitetsindikatorer utöver de väntetidsdata som myndigheten ska arbeta fram.

Regeringen har även beviljat medel till SKL för ett projekt som syftar till att stödja huvudmännen i deras insatser med att förbättra arbetet på akutmottagningar. Det kan t.ex. handla om arbete med flödesprocesser inom akutmottagningen, att förändra ansvarsfördelningen mellan olika kompetenser (sjuksköterskor eller läkare) eller samverkan mellan akutmottagningen, ambulans och berörda kliniker.

#### 4.5.2 Tillgången på personal förbättras

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen följa och redovisa utvecklingen av tillgången på personal inom hälso- och sjukvården. Syftet är att ge en överblick över området och ett underlag för eventuella åtgärder. Socialstyrelsens Årsrapport NPS 2011, visar i korthet att tillgången på barnmorskor, läkare och sjuksköterskor i hälso- och sjukvården fortsätter att öka, dock i olika takt. Rapporten visar också att personaltätheten i hälso- och sjukvården samt tandvården varierar över landet. Socialstyrelsens bedömning är att de närmaste 15 åren fram till 2025 sjunker tillgången på barnmorskor, medan tillgången på sjuksköterskor fortsätter att öka. Utvecklingen under samma period för läkare är i hög grad fortfarande beroende av hur migrationsströmmarna ser ut i framtiden, vilka dock är svårbedömda. Antalet utbildningsplatser har successivt ökat men utifrån dagens behov är det nödvändigt att fler läkare invandrar än utvandrar också i fortsättningen om tillgången ska fortsätta att öka i samma utsträckning som de senaste tio åren. Arbetsmarknaden för tandläkare är i obalans, då efterfrågan är större än tillgången. Även Högskoleverket gör bedömningar av det framtida behovet av hälso- och sjukvårdspersonal och dimensioneringen av utbildningsplatserna inom vårddyrkena. Båda myndigheterna bedömer att efterfrågan på läkare, tandläkare och sjuksköterskor kommer att vara större än tillgången inom de närmaste femton åren, om antalet utbildade ligger kvar på samma nivå som i dag.

De som arbetar inom vården har en unik betydelse för den dagliga verksamheten och vad som behöver förbättras. Medarbetarnas arbetsituation och inflytande är en viktig del i arbetet för en säkrare vård av hög kvalitet.

#### *Tillgången på läkare ökar*

Det finns flera faktorer som påverkar tillgången på läkare i positiv riktning. Regeringens satsning på utökningen av antalet utbildningsplatser under de senaste åren samt en ökad genomsnittlig pensionsålder, är två förhållanden som bidrar till ökningen. Under de senaste redovisade åren syns dessutom en markant ökning av läkare med svensk bakgrund som utbildat sig till läkare i ett annat land och som därefter återvänt till Sverige. Under 2008 återvände närmare 100 personer, vilket är en fördubbling jämfört med 2005.

Även antalet specialistläkare totalt har ökat under 1995–2008. Utvecklingen ser dock olika ut i olika specialiteter. Inom psykiatri har antalet specialister per 100 000 invånare ökat med knappt 30 procent. En ökning ses också för specialister inom allmänmedicin, ortopedi och anestesi och intensivvård. Av rapporten framgår att landstingen ofta har svårigheter att rekrytera specialistläkare inom psykiatri, allmänmedicin, medicinsk radiologi, anestesi och intensivvård samt neurologi.

#### *Fler utbildar sig till specialistsjuksköterskor*

Mellan 1995 och 2006 har det årliga antalet utexaminerade specialistsjuksköterskor legat relativt stabilt på i genomsnitt knappt 1 400 personer. Ett trendbrott som ses under 2007 och 2008 är att antalet utbildningsplatser ökat till cirka 1 650. Vidare ökade antalet som påbörjade specialistsjuksköterskeutbildningen 2010 med 9 procent.

#### *Tillgången på tandläkare minskar*

Antalet sysselsatta tandläkare i tandvården har minskat något under perioden 1995–2008. Allt fler svenskar utbildar sig till tandläkare i andra länder. Enligt Socialstyrelsens prognos kommer antalet tandläkare att minska med 6 procent under perioden 2009–2025. Tandhygienister är den grupp som ökat mest under de senaste åren.

#### *Insatser för att öka utbildningsplatserna*

Trots ökningen av antalet utbildade inom hälso- och sjukvården samt tandvården finns ett behov av att ytterligare öka antalet platser på utbildningarna. Riksdagen har efter förslag av regeringen under innevarande och föregående mandatperiod anvisat medel för en utökning av såväl läkarutbildningen som tandläkarutbildningen. För att möta det framtida behovet före-

slår regeringen en ytterligare ökning av antalet nybörjarplatser inom båda dessa utbildningar (se utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning).

Läkarutbildningen föreslås utökas med 50 nybörjarplatser höstterminen 2012. Dessutom föreslås tandläkarutbildningen utökas med 12 nybörjarplatser höstterminen 2012.

Vidare anser regeringen att volymen på sjuksköterskeutbildningen bör utökas för att möta den framtida efterfrågan. Regeringen föreslår därför att den tillfälliga satsningen på extra sjuksköterskeplatser på Ersta Sköndal, Sophiahemmet och Röda korsets högskola, som skedde mot bakgrund av att Karolinska institutet (KI) förlorade tillståndet att utfärda sjuksköterskeexamen, ska fortsätta i samma omfattning som i dag, trots att KI nu fått tillbaka examenstillståndet.

För en god och säker vård behövs även välutbildade specialistsjuksköterskor och behovet ökar under de närmaste åren enligt flera prognoser. Samtidigt är söktrycket till utbildningarna stort. Regeringen föreslår därför att medel anslås för en utökning om 100 nybörjarplatser på specialistsjuksköterskeutbildningarna från och med 2012.

#### 4.5.3 Vårdgaranti och förbättrad första linjens vård inom psykiatri

Regeringens satsning på en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri har varit framgångsrik. Landstingen har utökat sina satsningar på att förbättra tillgängligheten. Att möta barns och ungdomars psykiska ohälsa i ett så tidigt skede som möjligt med effektiva insatser utifrån individens behov kan vara avgörande för hans eller hennes utveckling. En förbättring av tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri är därför mycket angelägen.

##### *Förstärkt vårdgaranti har bidragit till bättre tillgänglighet*

Regeringen och SKL har träffat en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Målet är att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Alla landsting, ska utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för en bedömning inom högst 30 dagar och därefter en

beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Den förstärkta vårdgarantin omfattar 214 miljoner kronor per år under 2009–2012. Medlen fördelas i efterhand enligt en prestationsbaserad modell till de landsting som både uppfyllt kraven för väntetider och kraven på inrapportering till databasen Väntetider i vården. Kraven för att få ta del av medlen 2010 har skärpts jämfört med 2009.

Under 2010 uppfyllde 20 landsting kraven för första besök och 18 landsting kraven för fördjupad utredning/behandling. Samtliga landsting uppfyllde dessutom kraven på inrapportering för både besök och utredning eller behandling.

Även om satsningen på en förstärkt vårdgaranti har varit lyckad behöver tillgängligheten förbättras ytterligare för att det uppsatta målet ska nås under 2012. För att följa utvecklingen och landstingets prestationer bättre kommer den faktiska väntetiden att mätas under 2011. Det betyder att det kommer att gå att se hur många barn som fått insatser i respektive landsting och hur lång tid som de faktiskt väntat, dvs. antalet dagar som gått från beslut om insats till att den inleds.

##### *God tillgänglighet med en väl fungerande första linjens vård och omsorg*

För att främja den psykiska hälsan hos barn och ungdomar genom hälsofrämjande och förebyggande arbete, tidiga insatser och god tillgänglighet till effektiva vård- och stödinsatser utifrån behov måste alla aktörer göra sin del. Det är av central betydelse att den s.k. första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom fungerar väl. Till första linjen räknas de verksamheter i landsting och kommuner som på olika sätt arbetar med vård och omsorg för barn och ungdomar. Det krävs krafttag och målmedvetet arbete för att skapa gemensamma lednings- och styrningsstrukturer mellan huvudmän och mellan olika verksamheter. Det krävs också starka incitament och systematisk uppföljning för att en fungerande samverkan mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård ska bli verklighet och märkbar för barn och föräldrar.

Regeringen och SKL ingick 2011 en överenskommelse om en fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga. Målet med överenskommelsen är att

utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Arbetet ska utgöra underlag för lokalt utvecklingsarbete dels för de kommuner och landsting som deltar direkt i arbetet, dels generera praktiskt fungerande modeller för hela riket vad gäller arbets- och samverkansmetoder avseende insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Projektet pågår mellan 2011 och 2014.

#### 4.5.4 Förbättrat tandvårdsstöd gör tandvården mer tillgänglig

Regeringen har under förra mandatperioden i det närmaste fördubblat statens satsning på vuxentandvården i syfte att skydda tandvårdspatienter mot höga kostnader. Därigenom görs tandvården mer tillgänglig för dem som av ekonomiska skäl är mindre benägna att uppsöka tandvård, med försämrad tandhälsa till följd.

Tandvårdspriserna ökar inte i samma takt som under tidigare år. Under 2010 uppskattas priserna ha ökat med cirka 2 procent och en motsvarande ökning förväntas för 2011. Under perioden januari 2003 till juni 2008 ökade tandvårdspriserna med cirka 4,5 procent per år.

Det gällande statliga tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 juli 2008 och består dels av ett allmänt tandvårdsbidrag i vårdförebyggande syfte, dels ett skydd mot höga kostnader. Regeringens ambition med reformen är att via det allmänna tandvårdsbidraget bibehålla en god tandhälsa hos individer med små tandvårdsbehov samt via högkostnadsskyddet möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att erhålla tandvård till en rimlig kostnad.

##### *Tandvårdsbidraget ska stimulera till fler besök*

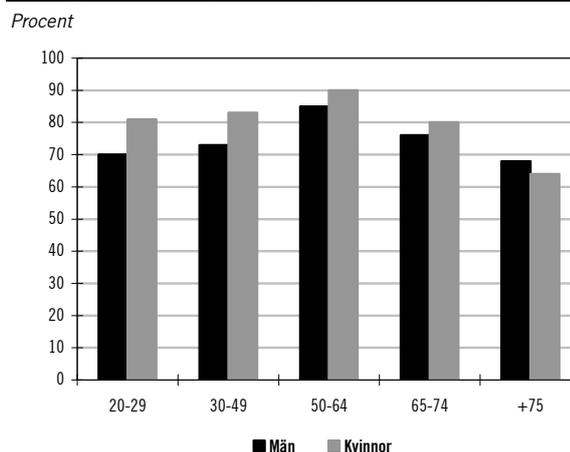
Målet med det allmänna tandvårdsbidraget är att stimulera en större andel människor till att besöka tandvården och speciellt i de åldersgrupper där besöksfrekvensen tidigare varit låg. Det årliga bidraget på 150 kronor per person kan sparas och ackumuleras under två år och därmed leda till en rabatterad undersökning med 300 kronor. För åldersgrupperna 20–29 år samt 75 år och äldre är det årliga bidraget 300 kronor.

Regeringen har givit Försäkringskassan i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram av det nya statliga tandvårdsstödet. I en rapport

som myndigheten överlämnade i maj 2011 har Försäkringskassan undersökt befolkningens kännedom om tandvårdsstödet. Enligt undersökningen känner endast hälften av befolkningen till det allmänna tandvårdsbidraget vilket tyder på att bidraget inte på det sätt som varit tänkt har bidragit till att stimulera till fler besök. Regeringen har avsatt omfattande resurser för att säkerställa att tillgången till information om tandvårdsstöden är god. Under 2010 fick SKL ett bidrag om 15 miljoner kronor för att utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvården och 2009 avsatte regeringen 3 miljoner kronor för utvecklandet av en rådgivnings- och informationstjänst på webbplatsen 1177.se.

Under reformens tre första år beräknas cirka 78 procent av den vuxna befolkningen ha gjort minst ett besök hos tandläkare eller tandhygienist. Bland kvinnorna hade 81 procent besökt tandvården medan andelen bland männen var 76 procent. Regeringen följer särskilt utvecklingen bland de unga vuxna, dvs. personer mellan 20 och 29 år, då dessa tidigare visat en lägre besöksfrekvens än övriga vuxna. I gruppen unga vuxna har cirka 81 procent av kvinnorna besökt tandvården minst en gång sedan den 1 juli 2008 jämfört med cirka 70 procent av männen. För en helhetsbild av åldersgruppernas besöksfrekvens hänvisas till diagram 4.6 och tabell 4.6.

**Diagram 4.6 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2011**



Källa: Försäkringskassan

**Tabell 4.6 Antal besök hos tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2011**

Kön	Ålder	Antal besök totalt	Genomsnittligt antal besök per person
Kvinnor	20-29 år	1 315 945	2,8
Män	20-29 år	1 161 894	2,7
Kvinnor	30-49 år	4 248 588	4,2
Män	30-49 år	3 807 192	4,1
Kvinnor	50-64 år	4 985 749	6,3
Män	50-64 år	4 660 197	6,2
Kvinnor	65-74 år	2 834 911	7,4
Män	65-74 år	2 676 153	7,6
Kvinnor	75 och äldre	1 981 904	6,4
Män	75 och äldre	1 491 177	6,7

Den statistik som finns beträffande det tandvårdsstöd som gällde t.o.m. den 30 juni 2008 är bristfällig vad gäller framför allt förebyggande besöksfrekvenser varför en jämförelse av historiska besöksfrekvenser blir missvisande.

### Lägre kostnader för patienterna

Genom tandvårdsmarknadens fria prissättning och ersättningssystemets utformning påverkas patienternas kostnader direkt av prisutvecklingen. Försäkringskassan har på uppdrag av regeringen undersökt prisutvecklingen sedan reformen trädde i kraft. I rapporten, Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet, konstaterar Försäkringskassan att det nya tandvårdsstödet inneburit lägre kostnader såväl för patienter med stort behov av tandvård som för patienter med små behov. Försäkringskassan har också i en rapport som redovisades i maj 2010 analyserat effekterna av skyddet mot höga kostnader och bl.a. funnit att patientkostnaden för dem som konsumerat omfattande tandvård blivit lägre i alla åldersgrupper.

I tabell 4.7 redovisas de totala utgifterna för tandvård under perioden 2004–2009, uppdelat på hushållens konsumtionsutgifter (patientavgifter) respektive offentliga utgifter (statens, landstingens och primärkommunernas utgifter). I tabell 4.8 redovisas kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet 2004–2010.

**Tabell 4.7 Tandvårdens utgifter, 2004–2009<sup>1</sup>**

Miljoner kronor

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Hushållens konsumtionsutgifter för tandvård</b>						
Patientavgifter	11 345	12 061	12 039	12 445	13 100	14 441
<b>Offentliga konsumtionsutgifter för tandvård</b>						
Statens, landstingens och primärkommunernas utgifter	7 178	6 691	7 340	7 622	8 523	9 843
<b>Summa utgifter</b>	<b>18 523</b>	<b>18 752</b>	<b>19 379</b>	<b>20 067</b>	<b>21 623</b>	<b>24 284</b>
<b>Andel patientavgifter %</b>	<b>61,2</b>	<b>64,3</b>	<b>62,1</b>	<b>62,0</b>	<b>60,6</b>	<b>59,5</b>

<sup>1</sup>Tabellen baseras på tabell 2 i de svenska hälsoräkenskaperna som utarbetats av SCB, vilka i sin tur är utformade enligt OECD:s System of Health Accounts. Dessa publicerades första gången 31 mars 2008. Uppgifterna baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.  
Källa: SCB, Svenska hälsoräkenskaper

**Tabell 4.8 Kostnader för statligt tandvårdsstöd 2004–2010**

Miljoner kronor

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Statligt tandvårdsstöd	3 129	2 426	3 099	3 159	3 749	5 323	4 910
Administrationskostnader för försäkringen	175	186	168	234	205	221	206

Källa: Försäkringskassan

För många personer, särskilt de med stora tandvårdsbehov, har kostnaderna sjunkit i och med det nya statliga tandvårdsstödet. Det finns dock vissa patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård. Regeringen avser att lämna förslag till riksdagen om nya riktade stöd till dessa grupper och bedömer att de nya reglerna ska kunna träda i kraft den 1 januari 2013.

Regeringens tandvårdsreform 2008 har gjort tandvården mer tillgänglig för stora delar av befolkningen. Ett särskilt stöd till vissa patientgrupper med stora tandvårdsbehov kommer att ytterligare förstärka tillgängligheten.

#### 4.5.5 Bättre tillgänglighet till läkemedel efter apoteksomregleringen

Apoteksomregleringen har inneburit fler försäljningsställen, både vad gäller nya apotek och försäljningsställen för receptfritt, samt förbättrade öppettider. Detta har i sin tur medfört en bättre tillgänglighet till läkemedel. Etableringsintresset på den omreglerade apoteksmarknaden är stort och regeringens bedömning är att tillgängligheten och servicen på apoteksmarknaden kommer att fortsätta förbättras.

##### *Fler apotek sedan apoteksmarknaden omreglerats*

Genom omregleringen av apoteksmarknaden är det möjligt även för andra än Apoteket AB att äga och driva apotek. Utöver de apotek som överlätits från Apoteket AB till nya ägare hade Läkemedelsverket t.o.m. december 2010 beviljat tillstånd för över 200 nya apotek. I takt med att de nya apoteken öppnar ökar tillgängligheten till läkemedel.

Den 1 juli 2009 trädde lagen (2009:366) om handel med läkemedel i kraft. Det innebär att den som fått tillstånd av Läkemedelsverket får driva öppenvårdsapotek. Regeringens mål med omregleringen av apoteksmarknaden är att konsumenterna ska få ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och större tjänsteutbud. Medlet för att uppnå målet var att utsätta marknaden för konkurrens. Det ställs höga krav på öppenvårdsapoteken, t.ex. beträffande farmaceutisk bemanning, tillhandahållande av förordnade läkemedel och varor samt rådgivning. Samtidigt kan det konstateras att regleringen ger möjlighet till en mångfald på marknaden vad gäller t.ex. öppettider och service.

Den genomsnittliga öppettiden en normalvecka före omregleringen låg på 45 timmar. Enligt uppgift från Sveriges Apoteksförening låg den genomsnittliga öppettiden under 2010 på 53,2 timmar. Enligt ytterligare uppgifter från Sveriges Apoteksförening beträffande apotekstätheten låg denna under 2010 på 8 300 invånare per apotek jämfört med 10 000 invånare per apotek före omregleringen. I en SIFO-undersökning som Sveriges Apoteksförening har låtit göra svarar 99 procent av de som tagit ställning i frågan att de upplever att öppettiderna är bättre eller lika bra som före omregleringen. Av de som tagit ställning till frågan om utbudet av tjänster uppger 97 procent att detta har förbättrats eller är minst lika bra som före omregleringen.

I Konkurrensverkets rapport från slutet av 2010 konstateras att etableringsintresset på den omreglerade apoteksmarknaden är stort och att etableringstakten av nya apotek kommer att vara fortsatt hög de närmaste åren. Som förklaring till detta pekar Konkurrensverket på den omstrukturering av Apoteket AB som skedde genom försäljning av apotek och separation av strategisk infrastruktur. Konkurrensverket anför vidare att apotek har etablerats på orter som tidigare saknade apotek. Det kan konstateras att tillgängligheten till apotek därmed har ökat och att nya tjänster har börjat utvecklas på området.

##### *Receptfria läkemedel på fler försäljningsställen*

Regeringens mål med denna del av omregleringen har uppnåtts genom att tillgängligheten till receptfria läkemedel har ökat markant. I april 2011 fanns 6 150 anmälda försäljningsställen för enbart receptfria läkemedel.

Den 1 november 2009 trädde lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel i kraft. Lagen gör det möjligt att sälja vissa receptfria humanläkemedel på andra platser än apotek. Det är Läkemedelsverket som, utifrån vissa i lagen angivna kriterier, bestämmer vilka läkemedel som får säljas enligt regelverket. En fortsatt hög säkerhet i läkemedelsanvändningen tryggas bl.a. genom att det endast är läkemedel som uppfyller vissa kriterier som får säljas samt genom krav som ställs på näringsidkaren. Tillgängligheten har ökat genom att vissa läkemedel finns där konsumenterna även gör andra inköp, t.ex. i dagligvaruhandeln eller på bensinstationen. Tillgängligheten har även ökat under kvällar och helger i enlighet med försäljningsstälernas ordinarie öppettider.

### *Ökad konkurrens beträffande både sjukhusens läkemedelsförsörjning och tillhandahållandet av extemporeläkemedel*

Den 1 september 2008 gavs vårdgivarna ökad frihet att organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhusen. I fem av åtta genomförda landstingsupphandlingar har avtal ingåtts med en annan aktör än den som dittills varit ansvarig för det aktuella landstingets läkemedelsförsörjning. Regeringen kan således konstatera att vårdgivarna utnyttjat sin ökade frihet på detta område.

Den 1 juni 2010 infördes en lag som möjliggör bedrivandet av extemporeapotek, dvs. en inrättning som har Läkemedelsverkets tillstånd att tillverka läkemedel för ett visst tillfälle. Regleringen innebär att ytterligare aktörer utöver det statligt ägda Apotek Produktion och Laboratorier AB (APL) har möjligt att tillverka och sälja läkemedel för visst tillfälle. I april 2011 meddelade Läkemedelsverket extemporeapotekstillstånd för ytterligare en aktör förutom APL.

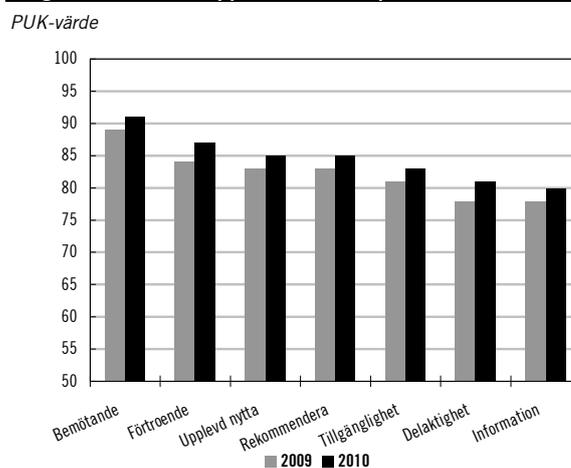
## 4.6 Patientens valfrihet och delaktighet

Regeringens arbete inom detta område har som mål att säkerställa patienternas möjlighet till delaktighet och självbestämmande. En god vård kännetecknas av att den är patientfokuserad. Med detta menas att vården ska bygga på respekt för människors lika värde och den enskilda människans självbestämmande och integritet. Vården ska vidare planeras och genomföras i samråd med patienten. Som framgått av tidigare utredningar så har svensk hälso- och sjukvård vissa brister när det gäller patientens ställning och delaktighet i sin egen vård. Exempelvis pekade Utredningen patientens rätt i sitt delbetänkande Patientens rätt – några förslag för att stärka patientens ställning (SOU 2008:127) ut tillgängligheten i vården liksom patientens delaktighet i vården som särskilt viktiga områden. Socialstyrelsen konstaterade också i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 att befintliga underlag pekade på att vården inte alltid uppfyllde hälso- och sjukvårdslagens krav när det gäller till exempel att informera och ge möjligheter att diskutera behandlingsalternativ med patienter.

Dessa områden avspeglar sig även i resultaten från de senaste två årens nationella patient-

enkäter som riktats till personer som besökt primärvården. Resultatet från enkäten redovisas som ett värde, i intervallet 0–100, kallat patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ju högre PUK-värde desto mer positiv inställning har patienterna. I diagram 4.7 framgår att av de områden som enkäten täcker så upplever patienterna att man får ett gott bemötande men att områdena delaktighet och information ligger lägst. En positiv utveckling kan konstateras på samtliga områden. Analyser av skillnader i upplevd kvalitet i primärvården mellan kvinnor och män visar att det finns små eller inga skillnader mellan könen. Sammanfattningsvis kan konstateras att den stora andelen patienter har en positiv inställning till hälso- och sjukvården.

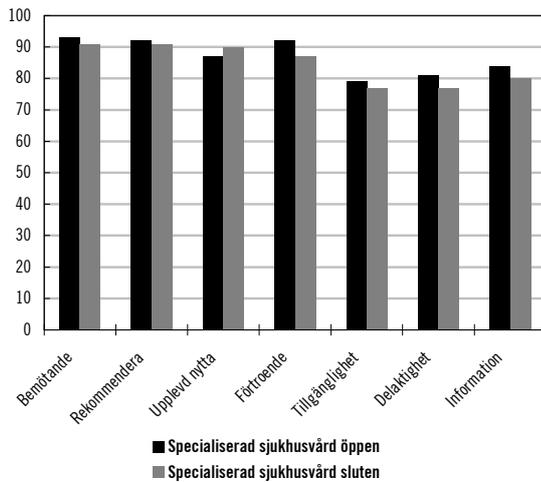
**Diagram 4.7 Patientupplevd kvalitet i primärvård**



Regeringen har även under 2010 avsatt medel till SKL för att genomföra en patientenkät inom den specialiserade vården. Som framgår av diagram 4.8 stämmer resultaten från denna överens med resultaten från primärvården, dvs. information och delaktighet är två områden som får ett lågt värde. Vidare kan konstateras att i jämförelse med primärvården är den patientupplevda kvaliteten genomsnittligt högre i detta diagram och att patienterna är mest nöjda med den öppna specialiserade vården. Analyser av skillnader i upplevd kvalitet inom den specialiserade vården mellan kvinnor och män visar att det finns små eller inga skillnader mellan könen.

**Diagram 4.8 Patientupplevd kvalitet i specialiserad slutenvård och öppen specialiserad vård 2010**

PUK-värde



Källa: SKL samt Institutet för kvalitetsindikatorer

Regeringen kan konstatera att flera olika aspekter behöver beaktas i arbetet med att öka patientens ställning och makt i vården. Det handlar bl.a. om att säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande i kontakterna med hälso- och sjukvården. Regeringen har genomfört flera insatser för att stärka patientens ställning. Hit hör bland annat reformer på områden som valfrihet och mångfald där patienten har fått ökade valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och förbättrad tillgänglighet till vård.

I avsnitten nedan beskrivs utvecklingen utifrån några av de centrala insatser som gjorts för att stärka patientens ställning i vården, det handlar bl.a. om insatser för att öka valfriheten och att förbättra möjligheterna för asylsökande att få vård i Sverige.

#### 4.6.1 Patienter kan välja vård i ökad utsträckning

En ökad valfrihet i vården ökar inte bara möjligheterna för patienter att själva, utifrån behov och önskemål, välja vårdgivare utan driver även på utvecklingen inom hälso- och sjukvården genom att fler och nya utförare konkurrerar utifrån tillgänglighet och kvalitet. En sådan utveckling ökar tydligt incitamenten att ytterligare förbättra bemötande av patienten.

*Stärkt ställning för patienten en väg till jämlik vård*  
Regeringen tillsatte under början av 2011 en utredning som ska lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården ytterligare kan stärkas. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård. Utredaren ska bland annat föreslå hur vården kan ges på mer likvärdiga villkor, hur patientens valmöjligheter i vården kan förbättras, hur patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet, hur berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning, och hur informationsutbytet mellan patient och vårdgivare kan underlättas och utvecklas. Utredaren ska också lämna förslag till en ny patientlagstiftning där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas och föreslå de följändringar som krävs i övrig lagstiftning på området. Ett delbetänkande ska lämnas sommaren 2012. Utredningen lämnar sin slutredovisning i början på 2013.

#### *Fler vårdcentraler efter införandet av vårdvalssystem*

Från den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för landstingen att erbjuda vårdvalssystem inom primärvården och sådana system finns nu i hela landet. Syftet med införandet av ett obligatoriskt vårdval inom primärvården är att stärka patienternas valfrihet, stimulera mångfald och förskjuta makt från hälso- och sjukvårdssystemet till patienterna.

Konkurrensverket har haft regeringens uppdrag att under 2009–2010 följa upp införandet av vårdvalet i primärvården. Myndighetens sammanfattande bedömning i den slutrapport som lämnades till regeringen i november 2010 är att införandet av vårdvalet har varit framgångsrikt. Ett tydligt resultat är att antalet vårdmottagningar sedan införandet av vårdvalet har ökat med 233 stycken, eller 23 procent. Konkurrensverket konstaterade att nytillskottet av vårdcentraler har inneburit att omkring en halv miljon människor under det senaste året har fått en andra vårdmottagning inom fem minuters bilavstånd från bostaden. I Konkurrensverkets uppföljning framgår vidare att landstingen framfört att vårdmottagningarna har utökat sina öppettider, att tillgängligheten för patienterna har förbättrats och att vårdgivarna tycks ha blivit bättre på att tillgodose patienternas behov. Där-

emot har intresset för att nischa verksamheten eller att satsa på nya sätt att organisera och bedriva primärvård varit relativt begränsat.

#### *Allt fler valfrietssystem inom den öppna specialiserade vården*

I april 2011 fick Konkurrensverket ett förnyat uppdrag att under 2011 och 2012 fortsatt följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt. I uppdraget ingick dessutom att kartlägga landstingens användning av valfrietssystem enligt lagen (2008:962) om valfrietssystem inom den specialiserade öppenvården. I den kartläggning som myndigheten gjorde för denna del av uppdraget framgick att omkring hälften av landstingen har infört eller utreder möjligheten att införa vårdval inom fler områden än för allmänläkarverksamhet vid vårdcentraler eller liknande som sedan januari 2010 är obligatoriskt. Hur många och vilka områden som omfattas varierar mellan landstingen och i flera fall avses verksamheter som inom andra landsting ingår i uppdraget för det obligatoriska vårdvalet inom primärvården. Flest vårdvalssystem finns i Stockholms läns landsting där vårdval har införts inom 15 områden och beslut om vårdval har fattats om ytterligare åtta områden. Konkurrensverket kommer att slutrapportera uppdraget i februari 2012.

#### *Insatser för att patienter ska kunna utnyttja sina rättigheter inom vårdvalssystemen*

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp valfrietssystemen inom primärvård och socialtjänst ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Myndigheten lämnade i februari 2011 en delrapport inom ramen för uppdraget (Valfrietssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv – delredovisning). I denna konstaterar myndigheten att mycket arbete pågår i landstingen för att förbättra möjligheterna för patienter att välja vårdgivare. Socialstyrelsen konstaterar t.ex. att när det finns fler utförare att välja bland är det, ur administrativt hänseende, enkelt för den enskilde som så önskar att byta. Det innebär också att huvudmännen gör mycket arbete för att utveckla informationen, framför allt när det gäller att redovisa kvaliteten i verksamheterna vilket är en förutsättning för att ett valfrietssystem ska fungera. Dock kvarstår visst arbete när det gäller just att tydligt och transparent redovisa information om kvalitet. Social-

styrelsen framhåller i sin rapport att det i det fortsatta utvecklingsarbetet är viktigt att involvera mottagarna av informationen. En slutredovisning av uppdraget görs i februari 2012.

#### *Patientrörlighet inom Europeiska Unionen*

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd antog den 9 mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Det var en politiskt viktig fråga för Sverige under förhandlingen och Sverige drev också frågan med framgång under det svenska EU-ordförandeskapet hösten 2009.

Bakgrunden till direktivet är ett antal domar i EU-domstolen som slagit fast att sjukvård, oavsett hur den är finansierad och organiserad, träffas av fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) regler om fri rörlighet för tjänster. Patienter har därför rätt till ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet. EU-domstolens rättspraxis har dock skapat behov av en rättslig reglering inom unionen. Syftet med direktivet är därför att åstadkomma en mer allmän och effektiv tillämpning av de principer som EU-domstolen har utarbetat och på så sätt utveckla den inre marknaden.

Enligt direktivets bestämmelser ska medlemsstaterna senast den 25 oktober 2013 genomföra nödvändiga ändringar i nationell lagstiftning i överensstämmelse med vad som föreskrivs i direktivet.

Direktivet föranleder en översyn av de svenska myndigheternas och landstingens hantering av den gränsöverskridande vården.

#### *Valfrihet inom tandvård*

I syfte att stärka patienternas möjlighet att välja vårdgivare inom tandvården har regeringen vidtagit en rad åtgärder, bl.a. genom krav på vårdgivarna att tillhandahålla prislistor och information om behandlingsförslag och patientens tandhälsa. Försäkringskassan har startat en elektronisk prisjämförelsetjänst för att på ett enklare sätt möjliggöra jämförelser av olika vårdgivares priser. SKL har startat en tandvårdsrådgivningstjänst på internet som nås via sjukvårdsrådgivningens hemsida [www.1177.se](http://www.1177.se). I december 2009 tog regeringen initiativ till en förstudie för att klarlägga förutsättningarna för att integrera Försäkringskassans elektroniska prisjämförelsetjänst

med Sjukvårdsrådgivningens tandvårdsrådgivningstjänst. SKL och Inera AB (f.d. Sjukvårdsrådgivningen AB) har genomfört förstudien som redovisades i mars 2010 och visade att den nuvarande lösningen hade omfattande utvecklingsbehov och att det finns flera synergieffekter med att flytta prisjämförelsetjänsten från Försäkringskassan till Inera AB. Tjänsten kan bl.a. integreras med övrig tandvårdsinformation och frågetjänst på [www.1177.se](http://www.1177.se). Regeringen beslutade därför i juni 2010 om att utbetala medel till SKL för att i enlighet med förstudien utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvård. Tjänsten ska vara leveransklar i januari 2012.

#### 4.6.2 Ökad mångfald av vårdgivare

Begreppen valfrihet och mångfald hänger tätt ihop. För att uppnå valfrihet för patienten krävs ett varierat utbud av utförare att välja emellan. De insatser som regeringen har genomfört för att öka valfriheten för patienten har därför inriktats på att skapa just en mångfald av vårdgivare i form av privata eller ideella organisationer som verkar parallellt med den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Regeringen kan konstatera att mycket har hänt under 2010 i form av t.ex. nyetableringar i primärvården. Det finns dock fortfarande områden som behöver utvecklas vilket också framkommit i de utvärderingar som gjorts. Detta gäller bl.a. avsaknaden av nischade verksamheter och innovativt tänkande när det gäller processer och tjänster.

##### *Mångfald av vårdgivare är ett fortsatt utvecklingsområde*

De uppföljningar som gjorts för att följa mångfalden har främst fokuserat på huruvida de valfrihetsreformer som genomförts lett till att fler nya aktörer kommer in i hälso- och sjukvården. Utfallen från dessa utvärderingar visar också att antalet aktörer ökat under 2010. Exempelvis konstaterar Konkurrensverket i sin uppföljning av införandet av vårdval i primärvården att i princip inga nya vårdcentraler tillkommit inom ramen för landstingens verksamheter, dvs. tillskottet av nya vårdcentraler kan nästan uteslutande hänföras till privata vårdgivare. Konkurrensverket konstaterar vidare att två tredjedelar av de privata vårdcentralerna drivs av små företag, dvs. företag med färre än 50 anställda. Tre stora företag äger tillsammans

en tredjedel av de vårdmottagningar som bedrivs i privat regi. I förhållande till det totala antalet vårdcentraler i primärvården har dock dessa företag endast omkring 10 procent av vårdcentralerna. Konkurrensverket konstaterar också att flera företagsformer finns representerade bland ägarna av de privata vårdcentralerna inom primärvården men att endast några få procentenheter bestod av frivilligorganisationer eller idéburet företagande.

Även Tillväxtverket och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser har ett uppdrag att följa utvecklingen inom vård och omsorgssektorerna, men ska göra detta utifrån ett entreprenörskapsperspektiv. Inom ramen för uppdraget har myndigheterna publicerat ett flertal mindre studier kring bl.a. vilka vårdföretagarna är i vårdvalssystemen och hur företagarna ser på valfrihetssystemen generellt. Rapporterna visar, i likhet med Konkurrensverkets uppföljning, att många små företag är verksamma inom ramen för valfrihetssystemen. Rapporterna visar också att många företag startades i samband med införandet av vårdvalet, dvs. det var inte enbart aktörer som redan var verksamma som utökade sin verksamhet, och att av de privata vårdcentralerna har ökat antalet anställda för att möta ett ökat patientunderlag.

Regeringen har gett Tillväxtverket i uppdrag att utarbeta och genomföra en pilotsatsning med s.k. utvecklingscheckar för att främja tillkomst av innovationer inom vård och omsorg. Utvecklingscheckarna ska kunna användas av mottagaren för finansiering av externa kostnader för utveckling, rådgivning eller kommersialisering av innovativa idéer eller lösningar. Uppdraget ska stimulera innovationskraften hos individer eller företag inom vård och omsorg och bidra till att öka andelen innovativa entreprenörer inom vård och omsorg. Mottagaren ska själv kunna välja vilken utförare den vill använda sig av. Uppdraget löper under perioden 2011–2013.

För att skapa ökade förutsättningar för entreprenörskap och ökad mångfald har regeringen också gett Tillväxtverket och Skolverket i uppdrag att främja informations- och kunskaps-höjande insatser för entreprenörskap inom vård- och omsorgsutbildningar under 2010–2012.

För att stödja landsting, kommuner och enskilda företag har regeringen gett Kammarkollegiet i uppdrag att under 2010 utveckla en vägledning för upphandling inom vård och omsorg. Syftet med vägledningen är att underlätta

upphandlingsprocessen för kommuner och landsting samt leverantörer. Vägledningen ska bidra till att krav och villkor i ökad utsträckning anpassas efter den aktuella upphandlingen och ger utrymme för innovationer och en mångfald av leverantörer och lösningar. Inom ramen för uppdraget har myndigheten tagit fram ett antal separata vägledningar, bl.a. en checklista för framtagning av förfrågningsunderlag vid upphandling enligt Lag om valfrihetssystem (LOV) och en kravspecifikation för upphandling av primärvård enligt LOV.

#### *Mångfald inom tandvårdsområdet*

Inom tandvården har patienterna ett stort antal vårdgivare att vända sig till. Under det nya tandvårdsstödet första år gick nära tre fjärdedelar av statens utgifter till tandvård utförd av privata vårdgivare. Utbudet av vårdgivare varierar dock mellan olika delar av landet.

Regeringen gav 2008, mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande i denna fråga (bet. 1997/98:SoU25, rskr. 1997/98:289), Statskontoret i uppdrag att följa upp landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården och dess olika verksamheter i syfte att ge underlag för en bedömning av graden av transparens och risken för konkurrenssnedvridande subventioner till folktandvården samt att, vid behov, ge förslag till åtgärder. Statskontoret redovisade 2009 delrapporten Uppföljning av landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården. Rapporten visar att det då inte fanns en tillräckligt väl utvecklad särredovisning som gjorde det möjligt för externa intressenter att bedöma om det förekom konkurrenssnedvridande subventioner till folktandvården. Det fanns därmed enligt Statskontorets bedömning inte en tillräcklig grad av transparens i landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården. Efter att delrapporten överlämnats till Socialdepartementet har huvudmännen initierat ett utvecklingsarbete för att ta fram en gemensam redovisningsmodell för folktandvården, som uppfyller kraven på transparens. Huvudmännen har för avsikt att börja tillämpa den gemensamma redovisningsmodellen fr.o.m. 2012. I sin slutrapport, som lämnades i juni 2011 bedömer Statskontoret att modellen lever upp till kraven på en transparent redovisning. Kvaliteten på redovisningen bestäms dock av den faktiska tillämpningen. Statskontoret föreslår därför att en uppföljning av huvudmännens ekonomiska redovisning av folktand-

vården genomförs under 2014. När en sådan uppföljning har genomförts avser regeringen att återkomma till riksdagen med anledning av tillkännagivandet.

#### **4.6.3 Hälsa- och sjukvård till asylsökande**

I maj 2011 överlämnade utredningen om vård till papperslösa m.fl. sitt betänkande Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet (SOU 2011:48) till regeringen. Utredningen har haft i uppdrag att överväga och lämna förslag på hur en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda subventionerad hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning, samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändig tillstånd för att vistas här kan utformas i förhållande till nuvarande reglering. Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

#### **4.6.4 Bra bemötande inom psykiatrin men bristfällig samverkan**

Patienter befinner sig ofta i ett underläge i fråga om kunskap och möjligheter att påverka sin vård. Det förhållandet gäller i högsta grad inom den psykiatriska vården som i vissa fall utförs under tvång. Förutsättningarna för att kunna ta till sig information och vara delaktig i vården är mycket olika från fall till fall, och det är också mycket individuellt vad människor upplever som ett gott och respektfullt bemötande. Regeringen har genomfört ett antal insatser som syftar till att lyfta fram både patientens behov och dennes upplevelser av den vård som ges. Exempelvis har Socialstyrelsen inom ramen för sin tillsynsverksamhet sett på samverkansformer när det gäller personer med psykiatriska funktionsnedsättningar och SKL har tillsammans med landstingen genomfört särskilda patientenkäter inom psykiatrin. Insatser har också genomförts för att öka möjligheten till arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.

#### *Socialstyrelsens tillsyn visar på brister i verksamheterna*

På regeringens uppdrag bedriver Socialstyrelsen ett flerårigt tillsynsprojekt som rör personer med psykisk funktionsnedsättning. Under 2010

har tillsynen, inom ramen för projektet, haft två inriktningar. Myndigheten har granskat om kommuner och landsting ingått överenskommelser om samarbete och om de tillsammans har upprättat individuella planer för enskilda personer utifrån de nya lagbestämmelserna som infördes i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) under 2010. När det gäller överenskommelser konstaterar Socialstyrelsen att det finns sådana som reglerar hur kommuner och landsting ska samarbeta kring personer med psykiska funktionsnedsättningar. Innehållet i kommunernas och landstingens överenskommelser visar dock att flera viktiga samverkansområden är oreglerade. Det gäller bland annat äldre med psykisk funktionsnedsättning, kognitiva hjälpmedel, rutiner för hur barn till personer med psykisk funktionsnedsättning kan ges information, råd och stöd på bästa sätt när båda huvudmännen är involverade, tidpunkt för uppföljning och utvärdering, former för hur tvister ska lösas samt brukarorganisationernas och närståendes möjligheter att lämna synpunkter på överenskommelsens innehåll.

När det gäller individuella planer konstaterar Socialstyrelsen att sådana sällan upprättas. Socialstyrelsen framhåller att avsaknad av en individuell plan för den enskilde kan innebära en risk för att personen hamnar mellan stolarna och därmed inte får sina behov av insatser tillgodosedda fullt ut. Socialstyrelsen kommer att lämna en slutrapport från detta uppdrag i maj 2012.

#### *Patienter inom psykiatrien upplever ett gott bemötande*

Patienternas erfarenheter av och synpunkter på vården är ett viktigt underlag för sjukvårdens utvecklings- och förbättringsarbete. SKL har med stöd av bl.a. regeringen sedan 2009 genomfört ett antal olika patientenkäter inom olika områden.

Under våren och sommaren 2010 skickades 47 000 enkäter ut till slumpvis utvalda vuxna patienter som besökt eller varit inlagda inom den allmänna psykiatri i 19 landsting. Resultaten visar att över 80 procent av patienterna uppgav att man helt och hållet eller delvis blev bra bemött av personalen när man kom till avdelningen. Samma nivåer gällde frågor om förtroende för personalen. Analyser av skillnader i upplevd kvalitet inom den specialiserade vården mellan kvinnor och män visar att det finns små

eller inga skillnader mellan könen. De förbättringsområden som patienterna pekar på är tillgängligheten till den öppna vården, behovet av en mera långsiktig vårdplanering i samråd med patienten och en tydligare information om varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande sjukdomen eller behandlingen.

Under 2010 genomfördes även en patientenkät för den psykiatriska slutenvården. Denna enkät visar i stort sett på samma resultat, dvs. patienter upplever ett gott bemötande från personalen men vissa problem kvarstår när det gäller t.ex. vårdplanering.

#### *Skyldigheter att informera och göra patienter delaktiga i vården*

Under 2010 publicerade Socialstyrelsen en handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal där man ger en samlad beskrivning av lagstiftning, föreskrifter och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig generellt till personal inom hälso- och sjukvården men myndigheten uppmärksammar tydligt att personalen inom den psykiatriska tvångsvården har ett särskilt stort ansvar att verka för att deras patientgrupper får ett bra bemötande och en adekvat behandling.

#### *Ökad delaktighet för personer med psykisk funktionsnedsättning*

Inom ramen för psykiatrisatsningen fick Arbetsförmedlingen i december 2008 i uppdrag att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Regeringen har totalt avsatt 150 miljoner kronor för uppdraget, som pågår t.o.m. 2014. Till mitten av maj 2011 hade 704 personer startat, 399 av dessa hade avslutat sitt deltagande och 305 hade en pågående sysselsättning hos upphandlad aktör. Av de 704 personer som hade startat är 290 personer (41,2 procent) män och 414 personer (58,8 procent) kvinnor. Av de som avslutat projektet hade 20 procent gått vidare till arbete eller studier, vilket enligt Arbetsförmedlingen är ett bra resultat med tanke på att detta är en målgrupp som står mycket långt från arbetsmarknaden och där arbetslösheten är mycket stor.

Socialstyrelsen fördelar sedan 2009 verksamhetsbidrag enligt förordningen (2009:955) om statsbidrag till vissa juridiska personer som till-

handahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Sysselsättningen ska vara utformad så att den stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv och vara inriktad mot rehabilitering i syfte att främja att den enskilde kan återgå till ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden. För 2010 avsattes och fördelades 19,5 miljoner kronor för detta ändamål. Enligt Socialstyrelsen har insatsen bidragit till ett utökat och mer varierat utbud av sysselsättning för denna målgrupp.

## 4.7 Uppföljning av resultat

Regeringens arbete inom detta område inriktas mot att skapa goda förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat ska kunna följas upp på ett öppet och jämförbart sätt. Regeringens bedömning är att fortlöpande och systematisk uppföljning av vårdens resultat är en avgörande framgångsfaktor för att vården ständigt ska kunna utvecklas och förbättras. En högkvalitativ och öppen uppföljning blir därför även ett viktigt led i att möjliggöra att de uppställda kvalitetsmålen för hälso- och sjukvården kan uppnås. En viktig del i resultatuppföljning av vården är patienternas upplevelser (se avsnitt 4.6. och 4.7.1).

Det pågår ett ständigt arbete med att utveckla metoder och verktyg för att förbättra möjligheterna till en uppföljning av god kvalitet. Regeringens bedömning är att en grundläggande del i detta arbete är att vidta åtgärder för att förbättra datakvaliteten i de informationskällor som används för uppföljning. Förutom att en förbättrad datakvalitet, i t.ex. kvalitetsregister och hälsodataregister, bidrar till en förbättrad uppföljning bidrar den även till utökade möjligheter att bedriva registerbaserad klinisk forskning av hög kvalitet. Regeringen har drivit på denna utveckling bl.a. genom att påbörja en utökad satsning på kvalitetsregister, genom satsningar på öppna jämförelser och genom att Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utarbeta och implementera en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk inom vården. Vidare inledde under 2011 Myndigheten för vårdanalys sin verksamhet. Myndighetens huvuduppdrag är att följa upp hur väl hälso- och sjukvården totalt sett fungerar och analysera större satsningar och reformer.

Regeringen anser att det är av vikt att följa utvecklingen vad det gäller metoder och verktyg för uppföljning. Ett mått på kvaliteten i de nationella kvalitetsregistren är registrens täckningsgrad. Det är inte något heltäckande mått men ger en viss indikation på användbarheten av registerdata för uppföljning och forskning.

**Tabell 4.9 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret**

Nationellt kvalitetsregister	Täckningsgrad (%)	
	2007/2008	2009
Svenska hjärtkirurgiregistret	97,5	94,4
Riks-Stroke (förstagångsfall)	83,4	85,1
Svenska Höftprotesregistret	97,7	97,5
RIKSHÖFT- nationella höftfrakturregistret	68,7	72,0
Nationella Kataraktregistret, operationer	96,5	–
Nationella prostatacancerregistret	79,2	80,2
Svenskt Bräckregister	77,4	–
Nationella Diabetesregistret (läkemedelsbehandling)	–	66,8

Källa: Socialstyrelsen

### 4.7.1 Utvecklingsarbete för att förbättra uppföljningen

För att svensk hälso- och sjukvård kontinuerligt ska kunna utvecklas och förbättras och för att stärka patienternas ställning i vården, behöver verksamheterna regelbundet följas upp och utvärderas. Det pågår i dag flertalet olika projekt för att förbättra möjligheterna att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården på olika nivåer. Bland annat har Socialstyrelsen utöver sina årliga rapporteringar av situationen i hälso- och sjukvården genomfört ett antal fördjupade studier på olika områden.

#### *Ny myndighet för uppföljning av vården*

Den 1 januari 2011 bildades en ny myndighet, Myndigheten för vårdanalys. Myndigheten har till huvuduppdrag att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården, tandvården samt verksamheter i gränssnittet mellan vård- och omsorg. Myndigheten har dessutom till uppdrag att analysera vårdens och omsorgens funktionssätt samt effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter inom berörda områden. Regeringen har

möjlighet att ge myndigheten i uppdrag att utvärdera effekterna av de reformer och satsningar som initieras.

*Patienternas upplevelser av vården är en av de viktigaste kvalitetsindikatorerna*

SKL har tillsammans med landstingen genomfört ett antal olika patientenkäter till bl.a. patienter i primärvården, den specialiserade öppenvården och vid akutmottagningar. Under 2011 kommer enkäter att genomföras inom barnsjukvården, barn- och ungdomspsykiatri samt primärvården och under 2012 kommer nya enkäter att gå ut till den specialiserade sjukhusvården samt psykiatrin. Patienterna kan bl.a. ta del av resultatet av enkäten på webbplatsen [www.1177.se](http://www.1177.se) och på [www.indikator.org](http://www.indikator.org). Regeringen bedömer att enkäterna har varit och kommer att vara mycket användbara i uppföljningen av hälso- och sjukvården. (Se även avsnitt 4.6.)

*Satsning på de nationella kvalitetsregistren*

Regeringen påbörjade under 2010 en utökad satsning på de nationella kvalitetsregistren i syfte att skapa effektiva verktyg för uppföljning av medicinska resultat och verksamhetsutveckling till nytta för den enskilda patienten. Regeringen bedömer att en långsiktig satsning på sikt även kommer att leda till effektivitetsvinster och kostnadsbesparingar i vården samt att Sverige kan behålla ett försprång vad det gäller registerbaserad klinisk forskning. Detta kan i sin tur bidra till att behålla och skapa arbetstillfällen inom life-science industrin i Sverige.

I en översyn av de nationella kvalitetsregistren som gjorts i samarbete mellan Socialdepartementet och SKL och som slutfördes i oktober 2010 konstateras ett antal angelägna utvecklingsområden för de nationella kvalitetsregistren. Bland annat påvisar översynen att finansieringen av kvalitetsregistren är bristfällig och kortsiktig vilket har inneburit problem med att anställa personal eller avsätta resurser för nödvändiga investeringar. Det förekommer även en betungande dubbelregistrering av uppgifter i journalsystem och kvalitetsregister vilket i sin tur leder till bristfällig täckningsgrad och datakvalitet. Det har saknats en nationell samordning vad det gäller it-utveckling för kvalitetsregister. Styrning och uppföljning av registrens resultat och resursanvändning har varit otillräcklig. Även användning av registrens potential vad det gäller kvalitetsutveckling och forskning har varit låg.

Med översynen av de nationella kvalitetsregistren och tillsättandet av utredningen som ska se över kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering av myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet (Dir 2011:4), se avsnitt 4.4.1, så har regeringen tagit om hand Socialutskottets betänkande 2006/07:SoU8 med tillkännagivande om att se över Socialstyrelsens ansvar och befogenheter att följa och utveckla vården på nationell nivå samt förutsättningarna för fortsatt statligt stöd till kvalitetsregistren.

Regeringen delar i stort översynens problembeskrivning av de nationella kvalitetsregistren. Med anledning av detta enades regeringen och SKL i samband med Dagmaröverenskommelsen för 2011 om att utse en person som skulle driva förslagen som lämnats i översynen av kvalitetsregistren vidare. I mars 2011 tillsattes därför en nationell samordnare för utveckling av de nationella kvalitetsregistren med uppgift att bl.a. utveckla de organisatoriska förslagen samt lämna förslag till långsiktig finansiering av kvalitetsregistren med utgångspunkt i översynens förslag och dess remissbehandling. Vidare utökades även den statliga finansieringen till de nationella kvalitetsregistren. Inom ramen för Dagmaröverenskommelsen 2011 avsattes 93 miljoner kronor för dels basfinansiering av kvalitetsregistren och dels utveckling av bl.a. gemensamma it-plattformar.

De nationella kvalitetsregistren bidrar med data till ett 40-tal indikatorer som ingår i öppna jämförelser för hälso- och sjukvården och är därför ett viktigt verktyg för att arbetet med öppna jämförelser ska kunna bedrivas på ett framgångsrikt sätt.

#### **4.7.2 Uppföljning genom öppna jämförelser**

Regeringens strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser har bidragit till ett förändrat synsätt hos landstingen. Verksamheterna styrs nu i högre grad av mätbara mål och indikatorer för verksamheternas resultat i stället för enbart ekonomiskt utfall. Regeringen har under året haft en aktiv dialog med landstingen kring resultaten i öppna jämförelserna.

Allt fler centrala indikatorer om verksamheternas resultat fångas och tillgängliggörs med nationell täckning. Det innebär att regeringen,

huvudmännen och medborgarnas möjligheter att se vilken vård som ges för skattemedlen förbättrats. Genom detta förbättras även möjligheterna för problemanalyser och verksamhetsutveckling liksom nya typer av resultatbaserad styrning på nationell och regional nivå. Exempel på detta är den så kallade kömiljarden eller stöd till patienter att välja utförare inom primärvård och äldreomsorgen.

#### *En nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser*

Regeringen beslutade 2009 om en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strategin är en del av regeringens arbete med att skapa en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Syftet är att, genom jämförelser, stimulera utvecklingen av en jämlik, säker och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Visionen för strategin är; aktuell kunskap när du vill ha den och som du vill ha den. För att nå visionen anger strategin fyra utvecklingsområden: fånga jämförbara och aktuella data, genomföra öppna jämförelser, stimulera nationella och lokala analyser, stärka det lokala förbättringsarbetet baserat på analyser och tillgänglig kunskap. Genom strategin befästs även att öppna jämförelser i hälso- och sjukvården ska genomföras återkommande och att åtagandet är långsiktigt.

Under 2011 har en handlingsplan för det fortsatta genomförandet av strategin utarbetats. Handlingsplanen sätter fokus på behovet av att förstärkta insatser avseende underlag för patienters val, nationellt koordinerat stöd till strukturer för regionala analyser och förbättring, förbättrad tillgång och aktualitet på data samt en process för att tydliggöra vilka öppna jämförelser som regeringen står bakom. Vidare har folkhälsoarbetets roll i öppna jämförelser tydliggjorts (se Folkhälsopolitik, avsnitt 5.8).

Det är viktigt med en transparent uppföljning av vårdens resultat och arbetet med de fyra utvecklingsområden som anges i strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser har varit framgångsrikt. Regeringen anser dock att mer kan göras för att nationellt stödja landstingens analys- och förbättringsarbete.

### **4.7.3 Behov av förbättrad statistik och uppföljning inom psykiatri**

Regeringen har tagit viktiga steg för att skapa förbättrade möjligheter till uppföljning inom psykiatriområdet. Kvalitetsregistren kommer att bli ett betydelsefullt verktyg för att följa upp psykiatrins processer och resultat.

#### *Ny portal för kvalitetsregister inom psykiatriområdet*

Under 2008 undertecknade SKL och regeringen en överenskommelse om att upprätta en portal för samtliga kvalitetsregister inom psykiatriområdet. Överenskommelsen innebar bl.a. att regeringen bidrog med drygt 36 miljoner kronor för uppbyggandet av portalen. Som en del i arbetet med överenskommelsen riktade SKL i september 2008 en intresseförfrågan angående centrumbildning till stöd för nationella kvalitetsregister inom psykiatri till samtliga landsting. Därigenom bildades ett nytt centrum med nytt namn, KCP (Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro-Uppsala). KCP drivs gemensamt av de båda landstingen men är lokaliserat till Örebro. KCP har sedan detta arbetat fram portalen som planeras att lanseras under hösten 2011.

#### *Analys av psykiatri visar på fortsatt behov av utveckling av statistik*

I rapporten Öppna jämförelser och utvärderingar – psykiatrisk vård, som Socialstyrelsen publicerade 2010, framgår att det inom psykiatri fortfarande saknas statistik som kan utgöra underlag för fördjupade analyser. Av det 30-tal indikatorer som man föreslår bör vara utgångspunkten för en uppföljning av den psykiatriska vården är det bara ett fåtal som går att följa upp i dag. Myndigheten konstaterar dock att de satsningar som görs av bl.a. regeringen kommer att få effekt och att det därmed i framtiden kommer att gå att använda kvalitetsregistren för uppföljning av psykiatrins processer och resultat. Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att påskynda och förstärka sitt arbete med att utveckla grunddata, statistik, kvalitetsindikatorer m.m. för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet. I uppdraget ingår även frågor om kvalitet och omfattning i data, förbättrad rapportering av diagnoser och tvångsvårdsåtgärder samt att möjliggöra registre-

ring av vårdåtgärder utförda av andra yrkeskategorier än läkare.

#### 4.7.4 Förbättrade förutsättningar för uppföljning av tandvården

Regeringen har tagit flera initiativ för att öka möjligheterna och förutsättningarna för att följa upp tandvårdens verksamhet och resultat.

##### *Kartläggning av tandhälsa*

Ett tandhälsoregister hos Socialstyrelsen är under uppbyggnad och kommer att utgöra en unik möjlighet att skapa en samlad bild av den vuxna befolkningens tandhälsa i Sverige och att följa denna över tid. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag också utvecklat indikatorer för god tandvård, vilka kommer att användas i återkommande nationella öppna jämförelser och som underlag för uppföljning och utvärdering av tandvården i syfte att bl.a. öka kunskapen om tandvårdens processer, resultat och kostnader.

Regeringen gav 2009 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga den vuxna befolkningens tandhälsa som ett led i utvärderingen av det statliga tandvårdsstödet. Socialstyrelsen redovisade i maj 2010 två delrapporter: Befolkningens tandhälsa samt Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret. Resultaten från kartläggningen visar bl.a. att den självskattade tandhälsan sammantaget är god, men att socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda personer har genomgående sämre upplevd tandhälsa, sämre tandstatus, lägre besöksfrekvens och lägre kunskap om det statliga tandvårdsstödet. Socialstyrelsen pekar på att en utmaning för framtiden är hur tandvården ska kunna nå dessa grupper. Socialstyrelsen föreslår, för framtida utveckling av tandhälsoregistret och för att förbättra möjligheterna att ta fram bra statistik över befolkningens tandhälsa, bland annat att registret utvidgas till att inkludera även barn och ungdomar under 20 år samt personer som får tandvård genom landstingens särskilda tandvårdsstöd och att uppgifter om biverkningar om dentala material inkluderas i registret.

##### *Utvärdering av det nya tandvårdsstödet*

Regeringen gav 2008 Försäkringskassan i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram avseende reformeringen av det statliga tandvårdsstödet. Utvärderingen ska i ett första steg avse prisutveckling, besöksfrekvens, effekterna av

skyddet mot höga kostnader samt en särskild utvärdering av implantatbehandlingar. I ett andra steg ska en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården genomföras. Försäkringskassan lämnade i december 2009 en delrapport i vilken det bl.a. konstateras att en majoritet av patienterna med låg tandvårdskonsumtion har fått lägre kostnader än tidigare. För åldersgruppen 65–74 år har dock kostnaderna stigit. Patienter med hög eller mycket hög konsumtion har däremot fått lägre kostnader än tidigare och detta gäller samtliga ålderskategorier. En andra delrapport lämnades i maj 2010 i vilken Försäkringskassan analyserat såväl besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader. Bland annat visar rapporten att cirka 67 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett besök som innehållit minst en förebyggande åtgärd mellan den 1 juli 2008 och den 30 april 2010. En uppskattning av besöksfrekvenser i det tidigare gällande tandvårdsstödet visar att det har skett en viss ökning av konsumtion av förebyggande tandvård. Försäkringskassan överlämnade en rapport i maj 2011 i vilken det presenteras en utvärdering av olika ersättningsformer inom tandvården. Utvärderingen har gjorts som ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen, Försäkringskassan och TLV. Undersökningen utgår från de två huvudmålen i 2008 års tandvårdsreform vilka är att stimulera till regelbundna förebyggande tandvårdsbesök, samt att möjliggöra för individer med omfattande tandvårdsbehov att få kostnadseffektiv tandvård till rimlig kostnad.

##### *Ett nytt åtagande för service och support*

I november 2009 lämnade regeringen ett uppdrag till Försäkringskassan att utarbeta ett serviceåtagande gentemot aktörer inom tandvården. Serviceåtagandet ska klargöra vilken kvalitet, tillgänglighet, service och support Försäkringskassan tillhandahåller dessa aktörer. Ett tydligt serviceåtagande från Försäkringskassan syftar till att stärka vårdgivarnas och allmänhetens tilltro till myndighetens förmåga att tillhandahålla ett väl fungerande stöd i administrationen av det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan redovisade i november 2010 sitt nya serviceåtagande på tandvårdsområdet. Åtagandet omfattar bland annat förbättrad tillgänglighet för it-stödet, en förbättrad struktur för information, uppbyggnad av testmiljöer för journalsystems-

leverantörer och ett utökat öppethållande för vårdgivare. En gång i månaden publiceras information på Försäkringskassans webbplats om hur väl målen i serviceåtagandet uppnås.

#### *Samlad uppföljning av stöd för vuxentandvård*

I den lagrådsremiss om tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som regeringen beslutade 22 juni 2011 gör regeringen bl.a. bedömningen att samtliga stöd för vuxentandvård ska utvärderas i ett samlat utvärderingsprogram.

Sammantaget anser regeringen att de uppföljningar som hittills gjorts bl.a. visat att det statliga tandvårdsstödet ger ett bra skydd mot höga kostnader men att flera utmaningar kvarstår. Regeringen anser också att de satsningar som gjorts ger förutsättningar för kommande uppföljningar och utvärderingar av tandvårdens verksamheter och resultat.

#### **4.7.5 Uppföljning inom läkemedelsområdet**

En viktig del av läkemedelsstrategin (se avsnitt 4.4.5) är att följa utvecklingen på läkemedelsområdet. För att säkerställa att genomfört utvecklingsarbete leder läkemedelsanvändningen i rätt riktning kommer tyngd att läggas på uppföljning av strategin. Uppföljningen kommer att fokusera både på genomförandet av insatser och på de uppsatta målen.

#### *Uppföljning av apoteksreformen*

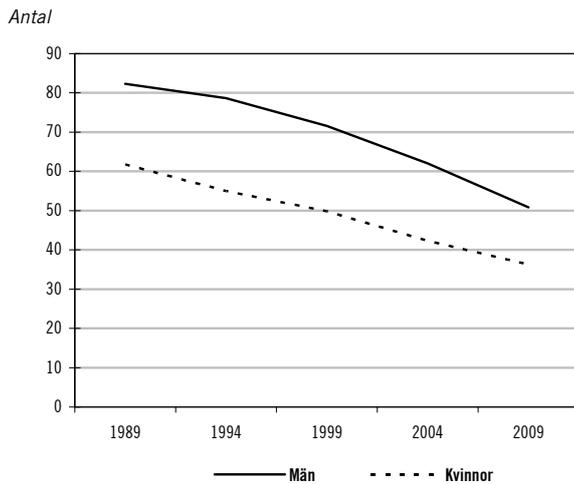
Statskontoret har fått i uppdrag att följa upp och utvärdera omregleringen av apoteksmarknaden utifrån målen med reformen. Uppföljningen och utvärderingen ska omfatta såväl receptfria som receptbelagda läkemedel. I en delredovisning den 29 april 2011 har Statskontoret redogjort för de indikatorer som kommer att ligga till grund för utvärderingen och uppföljningen. Uppdraget ska redovisas i ytterligare en delrapport samt i en slutrapport som ska lämnas senast i juni 2013.

Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) har i uppdrag att följa upp prisutvecklingen på läkemedelsmarknaden med anledning av omregleringen av apoteksmarknaden och ska dessutom följa och analysera den geografiska tillgängligheten till läkemedel för att kunna bedöma omregleringens effekter. Dessa uppdrag ska slutredovisas senast i

december 2012. Även Konsumentverket har av regeringen fått i uppdrag att följa utvecklingen med anledning av omregleringen av apoteksmarknaden. I Konsumentverkets uppdrag ingår att löpande under omregleringsperioden följa och analysera åtgärder som aviseras eller vidtas av aktörer på utbudssidan gentemot konsumenterna och som kan ha betydelse för målet att skapa en fungerande marknad. Konsumentverket redovisade sitt uppdrag den 30 juni 2011. Av rapporten framgår att en klar majoritet (77 procent) av de som handlat på apoteken allt sammantaget ger ett positivt betyg på apoteksmarknaden. Konsumentverket pekar dock på att vissa åtgärder bör vidtas, bl.a. vad gäller tillgängligheten till personal med farmaceutisk kompetens.

#### **4.8 Kvalitetsutveckling och systematisk förbättring**

Regeringens arbete inom detta område inriktas mot att kunskap och erfarenheter ska tillvaratas för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården. För att åstadkomma kvalitetsutveckling i vården måste de kunskaper som genereras genom forskning och annan kunskapsproduktion även omsättas i praktiken ute verksamheten. Kvalitetsutveckling handlar ytterst alltid om att vårdens resultat ska bli bättre. Det finns flera utvecklingsområden för kvalitetsutveckling inom vården och regeringen arbetar därför aktivt inom en rad områden som är viktiga för kvalitetsutvecklingen. Däribland kan nämnas patientsäkerhetsområdet, cancerområdet och it-utvecklingen inom vården. Utöver dessa specifika områden måste förstås alltid ett aktivt kvalitetsutvecklingsarbete pågå och vårdens styrsystem måste utformas så att de uppmuntrar till ett ständigt förbättringsarbete. Ett övergripande mått på kvalitetsutvecklingen i vården är indikatorn sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall, dvs. de dödsfall som skulle ha kunnat undvikas genom adekvata åtgärder inom vården, se diagram 4.9.

**Diagram 4.9 Sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare (1–79 år)**

Källa: Socialstyrelsen

Indikatorn speglar huruvida den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och behandlingsmetoders effektivitet omsätts till handling. Den senaste 20-årsperioden har den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten sjunkit betydligt både för kvinnor och män vilket indikerar att det har skett en betydande kvalitetsutveckling i vården.

#### 4.8.1 Kraftfull satsning för bättre patientsäkerhet

Socialstyrelsens vårdskadestudie visar att nästan nio procent av patienterna i den somatiska sjukhusvården drabbas av en vårdskada. Hälso- och sjukvården står därmed inför stora utmaningar. Förbättrad patientsäkerhet är därför en av de viktigaste frågorna för hälso- och sjukvården.

Varje år inträffar omkring 100 000 vårdskador, varav cirka 3 000 leder till dödsfall. Vårdrelaterade infektioner är ett stort patientsäkerhetsproblem, likaså skador till följd av felaktig läkemedelsbehandling. Skador är också vanliga i samband med operationer och andra ingrepp.

Tidigare studier som har genomförts av Socialstyrelsen visar på behov av förbättringar inom patientsäkerhetsområdet. Av Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport (2009) framgår att vårdgivarnas intresse för patientsäkerhetsfrågor har ökat de senaste åren och att stora framsteg har gjorts när det gäller systematisk egenkontroll, men att det ännu är långt kvar till att en säkerhetskultur genomsyrar hela vårdarbetet.

Som ett resultat av de behov av förbättringar som finns inom området har regeringen vidtagit en rad åtgärder för att öka patientsäkerheten. En ny patientsäkerhetslag (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011 med syftet att skapa en säkrare vård. Socialstyrelsen arbetar på uppdrag av regeringen med att ta fram ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet. Strategin ska utgöra en plattform i det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet och innehålla ett antal uppföljningsbara mål.

En omfattande, tidsbegränsad patientsäkerhetssatsning genomförs under 2011–2014. Regeringen satsar 2,5 miljarder kronor under perioden. Utgångspunkten för satsningen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Huvuddelen av satsningen utgörs av prestationsbaserade stimulansbidrag för patientsäkerhetsarbete i landstingen, vilka regleras i en överenskommelse mellan staten och SKL. Överenskommelsen för 2011 innehåller krav och indikatorer som måste uppfyllas för att medlen ska komma landstingen till del. Det handlar bl.a. om att bedriva ett aktivt arbete för att uppnå en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaförskrivning, att mäta patientsäkerhetskulturen och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att ansvara för en samlad uppföljning av överenskommelsen samt för att lämna en rapport om tillståndet inom patientsäkerhetsområdet. Smittskyddsinstitutet har fått i uppdrag att specifikt följa upp de delar som omfattar antibiotikaförskrivningen. Vidare har SKL fått bidrag för att stödja och stärka patientsäkerhetsarbetet.

Socialstyrelsen har tagit fram en guide till en säkrare vård, som vänder sig till patienter. Guiden lanserades den 1 juli 2011 och syftar till att patienten bättre ska kunna förbereda sig inför kontakten med vården och därmed kunna medverka till att förebygga och minska risken att något blir fel. SKL håller på att ta fram modeller för bättre patientmedverkan, ett arbetet som bedrivs tillsammans med såväl patientföreträdare som sjukvårdshuvudmän.

#### *En satsning för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre*

Regeringen satsar 3,75 miljarder kronor under mandatperioden i syfte att förbättra samverkan i vården och omsorgen kring de mest sjuka äldre.

En nationell äldresamordnare har tillsats och leder arbetet. Samordnarens uppgift är att ta fram förslag till konkreta åtgärder som ska underlätta huvudmännens gemensamma åtagande gentemot patientgruppen de mest sjuka äldre.

Svensk hälso- och sjukvård uppvisar på många områden goda resultat. De mest sjuka äldre är dock minst tillfredsställda med den vård och omsorg som tillhandahålls. Hälso- och sjukvården har tydliga brister när det gäller att på ett optimalt sätt ta hand om dessa personer. Vården och omsorgen är ofta inte organiserad eller saknar incitament för att på ett lämpligt sätt möta dessa sköra personer med omfattande och/eller snabbt föränderliga behov. Det saknas ofta kontinuitet, överblick och samverkan. Det finns därför en risk för att äldre inte får den vård och omsorg som de behöver. För 2011 finns 150 miljoner kronor avsatta för inledande insatser. Medlen ska bl.a. gå till att förbättra informationen om äldres samlade läkemedelsanvändning, påskynda införandet av elektroniska förskrivnings- och expeditjonsstöd samt kartlägga primärvårdens ansvar och insatser för de äldre.

Regeringens insatser för att förbättra vården och omsorgen av äldre berör många redan pågående satsningar, främst patientsäkerhetsarbetet, den nationella eHälsostrategin samt läkemedelsstrategin. (se avsnitt 7.5.1 och 7.5.2).

#### *Säkrare hantering av organ*

Europaparlamentet och rådet antog den 7 juli 2010 direktiv 2010/45/EU om kvalitets- och säkerhetsnormer för mänskliga organ avsedda för transplantation. Genom en rättelse ändrades direktivets nummer till 2010/53/EU.

Det huvudsakliga syftet med direktivet är att garantera att mänskliga organ för transplantation inom EU uppfyller gemensamma grundläggande kvalitets- och säkerhetskrav. Direktivet omfattar hela processen, det vill säga donation, tillvaratagande, kontroll, förvaring, transport och transplantation. En god infrastruktur och ansvarsfulla institutioner för tillvaratagande och transplantation av organ har konstaterats vara den viktigaste komponenten i ett väl fungerande transplantationssystem. Förbättrad säkerhet och effektivitet av systemen förväntas öka tillgången på organ, bland annat genom att underlätta organutbyte mellan medlemsstaterna.

Enligt direktivets bestämmelser ska medlemsstaterna senast den 27 augusti 2012 genomföra nödvändiga ändringar i nationell lagstiftning i

överensstämmelse med vad som föreskrivs i direktivet. Arbetet pågår med att se över den svenska hanteringen av donations- och transplantationsverksamheten så att den överensstämmer med direktivets bestämmelser.

#### **4.8.2 Insatser för en hälsofrämjande sjukvård**

Regeringens insatser för en hälsofrämjande sjukvård syftar till att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet ska integreras som en naturlig del i den dagliga hälso- och sjukvården. Eftersom hälso- och sjukvården möter många människor i sin verksamhet, och har ett högt förtroende hos allmänheten, finns goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att effektivt stödja individer i valet att förändra sina levnadsvanor. Regeringen har därför vidtagit ett antal insatser för att stödja kvalitetsutveckling genom att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

#### *Riskbruksprojektet har bedrivit ett framgångsrikt arbete*

Under 2010 avslutades Riskbruksprojektet som har drivit ett framgångsrikt arbete för att förebyggande insatser gällande alkohol och tobak ska få en större plats i hälso- och sjukvården. Riskbruksprojektet som bedrivits sedan 2004 har bland annat syftat till att hälso- och sjukvårdspersonal ska öka sin uppmärksamhet på patienternas alkoholvanor och utveckla sin kompetens att ge råd för att förändra ohälsosamma alkoholvanor. Målsättningen har varit att frågor om alkohol ska ha en naturlig plats i vardaglig hälso- och sjukvård. Projektet har varit ett tydligt implementeringsprojekt där kompetenshöjande och stödjande insatser till olika personalkategorier har varit bärande delar. De utvärderingar som genomförts för att undersöka vilken effekt projektet haft på områden som primärvård, företagshälsovård samt högskolor och universitet visar generellt att de metoder som projektet arbetat med har tagits i bruk och används på ett systematiskt sätt.

*Alla landsting arbetar med fysisk aktivitet på recept*  
Statens folkhälsoinstitut har haft ett långsiktigt uppdrag att utveckla och sprida metoden fysisk aktivitet på recept (FaR). FaR innebär att man ordinerar fysisk aktivitet på motsvarande sätt som ett läkemedel, d.v.s. tar upp anamnes, ger

ordination på en receptblankett samt följer upp behandlingsresultatet. FaR kan användas både i förebyggande och behandlande syfte. Receptet ska vara individuellt anpassat avseende dosering (intensitet, behandlingsperiodens längd och frekvens) och typ av aktivitet. Myndighetens arbete med FaR slutredovisades i mars 2010. Utvärderingen visar att 87 procent av vård- och hälso-centralerna använder metoden och att alla landsting har en FaR-samordnare eller motsvarande. De främsta förskrivarna av FaR är läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och sjuksköterskor och 2007 skrevs det ut cirka 17 000 recept på fysisk aktivitet i landet. Av utvärderingen framgår vidare att forskningen visar att individualiserad förskrivning av fysisk aktivitet på recept ökar patienternas fysiska aktivitet och att denna behandling har visat sig ha samma grad av följsamhet bland patienter som andra långtidsbehandlingar.

#### *Nätverk stödjer ett effektivt hälsofrämjande arbete*

Som en del i arbetet med att integrera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården stödjer regeringen nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. Nätverket, där i dag 80 sjukhus eller vårdorganisationer är medlemmar, arbetar för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att redovisa hur de medel som staten fördelat till nätverket under 2008–2010 använts. Av Socialstyrelsens rapport från mars 2011 framgår bland annat att de statsbidrag som nätverket erhållit 2008–2010 har möjliggjort att nätverket kunnat anställa projektledare för att stärka de temagrupper som utvecklar nätverkets verksamhet. Exempel på sådan verksamhet är ett webbaserat läromedel om hälsofrämjande förhållningssätt i hälso- och sjukvården. Nätverket har också förbättrat de indikatorer som används vid de årliga uppföljningarna av medlemsorganisationernas verksamhet med syfte att utveckla verksamheten i mer hälsofrämjande riktning. Därutöver har medlen, bland annat, använts till att utveckla verksamheten i temagrupper på området levnadsvanor – tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor.

#### *Insatser för bättre måltider och mathållning inom hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen har getts i uppdrag att i samverkan med Livsmedelsverket sammanställa och sprida exempel där landsting, kommuner eller

privata utförare arbetat utifrån ett helhets-tänkande när det gäller måltider och mathållning inom hälso- och sjukvården. Av uppdraget framgår att det är av särskild vikt att lyfta fram exempel där inte bara enskilda patienters näringsbehov och näringsrekommendationer uppfylls utan där även helhetsupplevelsen utgör grunden för måltiderna som serveras. Uppdraget ska slutrapporteras senast den 30 november 2011.

#### *Förebyggande tandvård viktig under hela livet*

En god tandhälsa förebygger inte bara sjukdomar i munhålan utan kan även ha betydelse för förekomst av övriga sjukdomar i kroppen. Studier visar bl.a. att det finns samband mellan tandlossning och t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsa som finns bland stora grupper i den vuxna befolkningen. Förebyggande insatser är även viktiga hos de patienter som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdoms-angrepp på dessa kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium. På så sätt kan behoven av mer omfattande behandling minska. Förebyggande tandvård är även viktig för äldre patienter för att bibehålla munhålan frisk hela livet. Slutligen är de förebyggande insatserna centrala för patienter med omfattande protetiska konstruktioner, t.ex. förankrade på implantat. Vikten av egenvård är minst lika stor hos dessa patienter som hos patienter med egna tänder i behåll.

Definitionen av ersättningsberättigande tandvård i det statliga tandvårdsstödet utgår från detta synsätt och uttrycker en övergripande prioritering som lyfter fram förebyggande insatser och annan tandvård som bevarar vävnader i munnen så långt som möjligt. För att ytterligare stärka den hälsofrämjande inriktningen lämnas ett särskilt ekonomiskt stöd som kan användas till bl.a. undersökningar och förebyggande tandvård och som kommer alla till del oavsett vilka tandvårdsbehov man har.

Försäkringskassan redovisade i maj 2010 en rapport i vilken kassan analyserat såväl besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader. Bland annat visar rapporten att cirka 67 procent av den vuxna befolkningen gjort minst ett besök som innehållit minst en förebyggande åtgärd mellan den 1 juli 2008 och den 30 april 2010. En uppskattning av besöksfrekvenser i det

tidiga gällande tandvårdsstödet visar att det har skett en viss ökning av konsumtion av förebyggande tandvård.

Regeringen har i en remiss till Lagrådet föreslagit ett nytt selektivt stöd för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrade tandhälsa. Stödet ska endast kunna användas för betalning av förebyggande tandvård.

Sammantaget finner regeringen att insatser har gjorts för att öka antalet förebyggande tandvårdsbesök och att dessa har gett positiva resultat. Regeringen konstaterar dock att det återstår en del att göra på området.

#### 4.8.3 Samlade insatser för en förbättrad cancervård

Arbetet med att genomföra en nationell cancerstrategin har pågått sedan 2009. Strategin grundar sig på utredningen En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Det finns fem övergripande mål för arbetet inom cancerområdet:

- minska risken för insjuknande i cancer,
- förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer,
- förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos,
- minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos,
- minska skillnader i insjuknande och överlevnadstid mellan befolkningsgrupper.

##### *Ytterligare steg mot en förbättrad cancervård*

Regeringen har fortsatt arbetet med att förbättra vården till personer som drabbas av cancer bl.a. genom en förnyad överenskommelse med SKL. Överenskommelsen syftar till att precisera ansvar, tidplan och resurstilldelning för genomförandet av vissa insatser på cancerområdet inom hälso- och sjukvården. Några av insatserna är försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård, åtgärder för att minska tobaksrökningen och åtgärder för tidig upptäckt av cancer genom ökat deltagande i screeningprogram. Sedan februari 2011 är dessutom en informationstjänst inom cancerområdet i drift som en del av 1177.se. Syftet med in-

formationstjänsten är att främja hälsa och stärka patientens ställning i cancervården.

Socialstyrelsen har under 2011 tagit fram nationella riktlinjer för lungcancervården. Det är ungefär 3 500 personer som dör i lungcancer varje år och lungcancer är därmed den cancer-sjukdom som tar flest liv i Sverige. Ett av syftena med de nationella riktlinjerna är att få en likvärdig lungcancervård över landet. Socialstyrelsen har också fastställt ett utgångsläge beträffande insjuknande och överlevnad för ett flertal cancerdiagnoser. På så sätt blir det lättare att följa utvecklingen och följa upp effekten av förändringar i cancervården. Under 2011 kommer öppna jämförelser för cancersjukvården att presenteras. Socialstyrelsen arbetar även med att ta fram fördjupade öppna jämförelser för bröstcancer-, kolorektalcancer-, prostatacancer- och lungcancervården.

##### *Utveckling av regionala cancercentrum*

Regeringen utsåg i november 2009 en nationell cancersamordnare med uppdrag att samordna processen och främja utvecklingen av regionala cancercentrum (RCC). Cancersamordnaren har även tagit fram kriterier för vad som ska utmärka ett RCC. Beslutet att utveckla RCC är det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för cancervården i ett framtidsperspektiv, eftersom det på ett konkret sätt ska stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervården. Syftet är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten samt effektivisera utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser. Samtliga sex sjukvårdsregioner har under 2010 och 2011 utvecklat projektorganisationer för uppbyggnaden av RCC. Regeringen har bidragit med 56 miljoner kronor för stöd till uppbyggnaden av centren.

#### 4.8.4 Säker och effektiv vård med eHälsa

Regeringens arbete med att etablera en bred samsyn om hur hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens informationshantering ska förbättras har varit mycket framgångsrikt under det senaste året. Det råder nu enighet mellan regeringen och aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten om att arbetet med eHälsa ska fokusera på införande, användning och nytta av de olika e-hälsotjänster och nya regelverk som utvecklats under senare år. Betydande framsteg

har gjorts för att nå den övergripande målsättningen om att erbjuda en mer säker och effektiv vård med hjälp av sammanhållen och strukturerad dokumentation. Införandet av exempelvis den nationella patientöversikten, sammanhållna journalsystem och elektroniska beslutsstöd pågår nu inom hela sektorn.

#### *Stärkt samverkan för individens bästa*

Staten och huvudmännen har sedan 2005 etablerat ett nära samarbete genom den Nationella IT-strategin för vård och omsorg (Skr. 2005/06:139) för att skapa förutsättningar för en sammanhållen, ändamålsenlig och strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården. Arbetet med att inkludera socialtjänstens verksamheter i strategin har pågått under flera år, med målet att sätta fokus på individens behov av en samlad dokumentation vid insatser från landsting, kommuner eller privata och idéburna utförare av vård och omsorg.

För att tydligt markera att socialtjänsten är en del av strategin och för att åskådliggöra att det är införande och användning inom vård och omsorg som står i fokus snarare än teknikutveckling har regeringen beslutat ändra namnet på strategin till Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Den förändrade inriktningen beslutades av regeringen i maj 2010 följt av ett likalydande beslut i styrelsen för SKL.

#### *Elektroniskt förskrivarstöd för en säkrare läkemedelsanvändning*

De insatser som pågår inom ramen för Nationell eHälsa har stor betydelse för många andra satsningar som regeringen gör, exempelvis den nationella läkemedelsstrategin och satsningen på de mest sjuka äldre. En gemensam fråga för dessa tre satsningar är behovet av att alla förskrivare har tillgång till ett elektroniskt beslutsstöd som automatiskt varnar för en olämplig eller farlig mix av olika läkemedel för att undvika felmedicinering. Dokumentation kring patientens läkemedelsanvändning är en del av en säker och effektiv informationshantering och därmed en del av Nationell eHälsa.

Regeringen har tagit flera initiativ för att skynda på arbetet med att utveckla effektiva besluts- och förskrivarstöd. Läkemedelsverket har på regeringens uppdrag jämfört och analyserat interaktionsmodulerna i två olika system (se avsnitt 4.8.7). För att etablera en nationell ordina-

tionsdatabas samt påskynda införandet av elektroniska förskrivar- och expeditionsstöd inom hela hälso- och sjukvården och berörda delar av socialtjänsten har en styrgrupp inrättats under ledning av Socialdepartementet. Resultatet av Läkemedelsverkets rapport hanteras av styrgruppen, som också beslutar om fortsatta åtgärder. Styrgruppen ska under 2011 också utarbeta en handlingsplan för planerade insatser avseende elektroniska förskrivar- och expeditionsstöd inom hela hälso- och sjukvården och berörda delar av socialtjänsten

#### *Utveckling av nya e-hälsotjänster*

Det pågår ett arbete för att på olika sätt stärka patientens ställning och skapa förbättrade möjligheter till delaktighet, insyn och självbestämmande i den egna vården och omsorgen. Målet är att ge individer bred tillgång till enkla och säkra e-tjänster för att kunna planera sin egen vård och behandling, exempelvis genom en hälsodagbok på nätet eller genom e-tjänster för att administrera sina kommande besök och behandlingar. Detta förutsätter nya interaktiva tjänster för att kommunicera information om vård och hälsa.

En invånartjänst som nu är i drift i huvuddelen av landstingen är den nationella sjukvårdsrådgivningen 1177. Den tillhörande webbplatsen 1177.se utvecklas fortlöpande och det är nu möjligt att exempelvis boka läkartider via tjänsten Mina vårdkontakter samt att hitta och jämföra vårdgivare.

Under det svenska EU-ordförandeskapet 2009 initierades en process för ett mellanstatligt ehälsöarbete på strategisk nivå och detta arbete har lanserats genom gruppen eHealth Governance initiative (eHGI). Gruppens mandat sträcker sig till 2013 och Sverige är fortsatt en drivande aktör i arbetet. Gruppens syfte är att främja samarbete och vara en drivande kraft både på europeisk och på medlemsstatlig nivå. Exempel på frågor som hanteras av gruppen är informationsöverföring, semantik, patientsäkerhet, tekniska standarder och telemedicin.

#### *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation*

För att uppnå en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation finns det ett behov av att se över lagstiftning och gällande regelverk så att det finns lagstöd för ett effektivt och säkert informationsutbyte som säkerställer både patientsäkerhet och integritet. Ett tydligt nationellt regelverk för ändamålsenlig och strukturerad

dokumentation ska garantera att all information i vård- och omsorgsverksamheter har en enhetlig struktur och använder en gemensam terminologi för att den ska kunna tolkas på ett entydigt sätt. Det är, enligt regeringens bedömning, nödvändigt att etablera ett tydligt nationellt ledarskap för en sådan dokumentation. Dokumentationen ska ta sin utgångspunkt i individens behov av en sammanhållen vård- och omsorgsprocess.

Socialstyrelsen fick 2006 i uppdrag att förbereda utarbetandet av en gemensam nationell informationsstruktur som nu är på plats. Nästa steg har varit att denna informationsstruktur utvecklas mot att även täcka socialtjänst samt att starta införande i vården, ett arbete som nu pågår. 2007 gav regeringen även Socialstyrelsen i uppdrag att ta ett övergripande nationellt och strategiskt ansvar för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig med hjälp av ett nationellt fackspråk. Resultaten av Socialstyrelsens två uppdrag har visat på behovet av nationell samverkan och regeringen har nu gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta ett nationellt samordningsansvar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att underlätta för vårdgivare och utförare inom socialtjänsten att införa och använda en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk.

#### 4.8.5 Ökad kunskap för en bättre psykiatrisk vård

Inom ramen för regeringens satsning på psykiatrin har regeringen genomfört ett flertal satsningar för att tillvarata kunskap och erfarenheter för att personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv vård av god kvalitet.

##### *Nationella riktlinjer som instrument för utveckling*

Ett viktigt instrument för kvalitetsutveckling är nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har under 2011 presenterat nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknade tillstånd. Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som ofta medför betydande psykiska och sociala konsekvenser. Det uppskattas att mellan 30 000–40 000 personer behöver samhällets insatser som en följd av sjukdomen. En av utgångspunkterna för Social-

styrelsen i arbetet med riktlinjerna har varit att lyfta fram fungerande evidensbaserade åtgärder så att personer med schizofreni över hela landet har tillgång till vård och omsorg av god kvalitet. Riktlinjerna innefattar ett flertal rekommendationer som ska påverka praxis och resursfördelningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen har även utarbetat indikatorer för att löpande följa upp hur verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillämpar riktlinjerna inom psykiatriområdet.

Under 2010 presenterade Socialstyrelsen även nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom. I riktlinjerna finns det rekommendationer bl.a. om screening, ett effektivt omhändertagande samt diagnostik och bedömning.

##### *Attityder och bemötande kan påverka kvaliteten i vård och stöd*

Kunskapspridning och förändring av allmänhetens negativa attityder och beteenden är en viktig insats för att människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning ska kunna återhämta sig och/eller hitta strategier för att kunna hantera sitt liv. Regeringen har gett Handisam i uppdrag att i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) utforma och driva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Inom ramen för uppdraget pågår kampanjen Hjärnkoll – Slå håll på myter om psykisk ohälsa.

##### *Utveckling av den psykiatriska heldygnsvården*

Regeringen och SKL har enats om att arbeta för att stödja ett metodiskt förbättringsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården för att förbättra kvaliteten i metoder och arbetssätt med målsättningen att ge en god och säker vård med ett tydligt patientperspektiv. Överenskommelsen är en konsekvens av den kartläggning som SKL genomförde 2010, på initiativ av regeringen. Kartläggningen visade på stora variationer inom och mellan landsting, exempelvis när det gäller antal platser, hur platserna används, vilka vårdinsatser som erbjuds och hur personal- och lokalsituationen ser ut. Överenskommelsen med SKL fokuserar särskilt på tvång och tvångsåtgärder och heldygnsenheter där tvångsvård ingår ska stimuleras till att förbättra vårdens innehåll. Projektet pågår mellan 2010–2012.

*Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen ses över*  
Under 2008 tillsatte regeringen en utredning (Psykiatrilagsutredningen S2008:09) som har i uppdrag att genomföra en totalöversyn av psykiatrins tvångsvårdslagstiftning, dvs. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Utredningen ska exempelvis behandla frågor som handlar om vilka förutsättningar som ska gälla för intagning till psykiatrisk tvångsvård och hur lagstiftningens struktur kan förenklas och förtydligas. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 15 december 2011.

#### **4.8.6 Kvalitetsutveckling inom tandvårdsområdet**

Det statliga tandvårdsstödet bidrar till att höja tandvårdens kvalitet. Tandvårdsstöd ges endast för tandvård som bedöms uppfylla kriterierna för att vara ersättningsberättigande. Vid denna bedömning ska åtgärdernas kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna.

För att ge bättre underlag för framtida beslut om ersättningsberättigande tandvård har Socialstyrelsen utarbetat nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. För kvalitetsutvecklingen är det också viktigt att det inrättas nationella kvalitetsregister för olika delar av tandvården. Regeringen avsätter totalt 3 miljoner kronor årligen för bidrag till sådana register.

I syfte att ytterligare stärka kvaliteten på tandvårdstjänsterna genomför Försäkringskassan efterhandskontroller för att utreda om endast ersättningsberättigande åtgärder har utförts. Under 2010 har Försäkringskassan genomfört cirka 48 000 sådana kontroller, jämfört med cirka 80 000 under 2009. Beslut om återbetalning har under 2010 fattats i 15 procent av dessa ärenden. Under 2009 var motsvarande andel 6 procent.

#### *Omfattande antibiotikaförskrivning inom tandvården*

Tandvård av god kvalitet bör också vara en säker tandvård. Säker tandvård innebär bl.a. att läkemedel förskrivs på ett riktigt sätt. Tandläkare förskriver en betydande andel av den antibiotika som förskrivs i öppenvården. Enligt statistik från Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning (Strama) stod tandvården för cirka 8 procent av antibiotikaförskrivningen i öppen-

vården under 2009 (7 procent 2008). Det finns stora regionala skillnader i antibiotikaförskrivningen. Tandläkare i Stockholms län och Skåne län förskriver mer än dubbelt så mycket antibiotika per 1 000 invånare jämfört med tandläkare i Västerbottens län. Socialstyrelsen skriver i Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst att orsakerna till dessa stora skillnader inte är kända och att de bör utredas närmare då överförskrivning av antibiotika dels riskerar att bidra till utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier, dels medför kostnader för samhället och patienten.

I Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 har Socialstyrelsen tydligt markerat de situationer där tandvården bör erbjuda antibiotika och där den bör undvika det. Styrelsen menar att rekommendationerna på sikt bör bidra till en minskad förskrivning och användning av antibiotika och därmed till en rationell antibiotikaanvändning.

Regeringens ambition är att minska onödig förskrivning av antibiotika (se Folkhälsopolitik, avsnitt 5.6.5) och ser de nya riktlinjerna och rekommendationerna som viktiga för att tandvården ska kunna bidra till en ansvarsfull läkemedelsförskrivning och till en ökad patientsäkerhet.

#### **4.8.7 Kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet**

Som ett resultat av det utvecklingsarbete som genomförs inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin (se avsnitt 4.4.5) förväntas kvaliteten utvecklas inom läkemedelsområdet. Dels kommer insatserna i sig leda till en sådan utveckling. Dels kommer uppföljningen av läkemedelsområdet, som är en viktig del av läkemedelsstrategin, kunna ge en bild av fortsatta utvecklingsbehov inom läkemedelsområdet.

#### *Tillgång till förskrivarstöd*

En förutsättning för förbättrad läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning är att förskrivare har tillgång till kvalificerade beslutstöd och översikt över patientens samlade läkemedelsordinationer. Under hösten 2010 fick fyra akutkliniker i landet därför på försök tillgång till beslutsstödet Elektroniskt Expertstöd (EES), som i huvudsak används av apotek.

EES avropar data direkt från receptregistret och beaktar därför patientens alla elektroniska läkemedelsordinationer (oavsett förskrivare, journalsystem, landsting etc.). Försöksprojektet, som drivits av Apotekens Service AB på uppdrag av regeringen, innebar ett erbjudande till landsting och vårdgivare att omgående använda EES.

Utvärderingen av projektet visar att EES tillför patientnytta genom att vårdgivaren får tillgång till en total översikt över elektroniskt förskrivna läkemedel samt signaler om potentiellt riskfylld läkemedelsförskrivning. Utöver EES finns SFINX som är en källa till Svensk Informationsdatabas för Läkemedel, SIL. Landstingen arbetar med att integrera SIL och SFINX i sina journalsystem. Läkemedelsverket har på regeringens uppdrag jämfört och analyserat interaktionsmodulen i EES och SFINX i syfte att undersöka om och på vilket sätt dessa kan användas enskilt, integrerat eller som komplement till varandra inom all hälso- och sjukvård. Resultatet av Läkemedelsverkets uppdrag hantearas av en nyinrättad styrgrupp (se avsnitt 4.8.4).

#### *Läkemedelsavtalet för 2011 bidrar till ytterligare förbättringar inom läkemedelsområdet*

Regeringen fortsätter arbetet med att, inom ramen för läkemedelsförhandlingarna, utveckla och effektivisera delar inom läkemedelsområdet.

Landstingen har sedan 1998 ersatts för kostnaderna för läkemedelsförmånerna genom ett särskilt statsbidrag som reglerats i överenskommelser mellan staten och SKL. I det nuvarande avtalet ersätts landstingen inte bara för läkemedelsförmånernas kostnader utan parterna åtar sig också att vidta vissa åtgärder för att även fortsättningsvis arbeta för att uppnå en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning.

Statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna är i dag ett specialdestinerat statsbidrag. Ersättningen kan också ske via anslaget för kommunalekonomisk utjämning. Parterna är överens om att inleda diskussioner om förutsättningarna att föra över ersättningen till anslaget för Kommunalekonomisk utjämning (utgiftsområde 25). En gemensam arbetsgrupp har tillsatts med uppdrag att senast den 1 oktober 2012 göra en översyn av den fördelningsmodell som finns för att fördela ersättningen till staten och även se över den solidariska finansieringen. Arbetsgruppen ska också komma med förslag på hur utjämningen ska utformas inom

ramen för den kommunalekonomiska utjämningen.

Som en del i regeringens arbete med att säkerställa god vård på lika villkor åtar sig SKL inom ramen för avtalet att kartlägga användningen av sällsynta läkemedel i landstingen. SKL åtar sig vidare att kartlägga användningen av läkemedelsförteckningen vid förskrivning av läkemedel. Tillgången till information om patienters olika läkemedel i förskrivningsögonblicket är en förutsättning för att en läkare ska kunna undvika över- och underförskrivningar samt andra former av felaktig förskrivning. I läkemedelsförteckningen finns en korrekt och komplett bild över en patients uthämtade läkemedel.

Med Svensk Informationsdatabas för läkemedel (SIL) integrerat i journalsystemen blir läkarnas beslut i samband med förskrivning mer pålitliga och effektiva vilket i slutändan resulterar i ökad patientsäkerhet. Inom ramen för avtalet fortsätter arbetet med att implementera SIL i landstingens journalsystem med målet att alla landsting ska ha implementerat SIL i samtliga relevanta journalsystem inom primärvården och slutenvården per den sista december 2011. SIL innehåller kvalitetssäkrad och aktuell läkemedelsinformation från ett flertal olika källor och är en förutsättning för att förskrivarna i förskrivningsögonblicket ska ha korrekt information om läkemedel.

I avtalet regleras också att kostnaderna för recept som inte har fullständiga och korrekta personnummer och där läkemedlet ingår i läkemedelsförmånerna kommer att debiteras det landsting där arbetsplatskoden är hemmahörande. Denna förändring görs för att öka incitamenten för landstingen att säkerställa att fullständiga och korrekta personnummer anges på recepten. Nu finansieras kostnaderna för dessa recept gemensamt av alla landsting.

#### *Olika läkemedel men samma substans – krav på kvalitetssäkring*

Inom hälso- och sjukvården behöver substanser som finns i olika läkemedel kunna identifieras på ett säkert sätt. De aktörer som samverkar kring en patients läkemedelsbehandling har behov av att kunna utbyta information med varandra. För att detta ska kunna ske på ett säkert sätt måste information om samtliga substanser som ingår i läkemedlet identifieras, struktureras och göras tillgängligt till berörda aktörer. Regeringen gav i december 2010 Läkemedelsverket i uppdrag att

utreda frågan om att inrätta ett nationellt substansregister.

Läkemedelsverket presenterade i maj 2011 sin rapport. I rapporten redovisar Läkemedelsverket hur ett nationellt substansregister kan utarbetas, uppdateras, kvalitetssäkras och göras tillgängligt för berörda aktörer.

Regeringen gav i juni 2011 Läkemedelsverket i uppdrag att inrätta ett substansregister. Uppdraget ska slutredovisas i september 2012.

#### *Nya EU-regleringen stärker säkerheten kring läkemedel*

Rådet och europaparlamentet har antagit ny lagstiftning inom områdena säkerhetsövervakning av läkemedel och förfälskade läkemedel. Delen rörande säkerhetsövervakning av läkemedel har för avsikt att klargöra roller och samordna biverkningsrapporteringen i den europeiska unionen. Reglerna ska vara genomförda i svensk lagstiftning i juli 2012. Arbetet med genomförande är pågående och kommer att fortsätta fram till genomförandedatum. Reglerna, i den mån de inte ska genomföras genom föreskrifter, är avsedda att ändra nuvarande läkemedelsdirektiv och läkemedelsförordning.

Ett direktiv som gäller att förhindra att förfälskade läkemedel kommer in i den legala försörjningskedjan har också antagits. Syftet med direktivet är bland annat att införa säkerhetsdetaljer som kan användas för att säkerställa att ett läkemedel inte är förfälskat samt införa ansvar för alla som befattar sig med läkemedel i distributionskedjan. Arbetet med att införliva direktivet i svensk rätt kommer att pågå under 2012.

#### *Stort behov av nya antibiotika*

I dag har utvecklingen av antibiotika nästan upphört. Endast två klasser av nya antibiotika har introducerats under de senaste 40 åren. Samtidigt finns det rapporter om resistens mot alla kända antibiotika. Det svenska ordförandeskapet inom EU 2009 anordnade en expertkonferens om innovativa incitament för utvecklandet av antibiotika (Innovative Incentives for Effective Antibacterials).

För att följa upp initiativet 2009 anordnades på regeringens uppdrag en andra konferens 2010. Regeringen beviljade 2011 ReAct/Uppsala universitet medel för olika aktiviteter som bedöms viktiga för att behålla det intresse för frågan som byggts upp genom det svenska initiativet.

## 4.9 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har den 21 februari 2011 reviderat årsredovisningen för SBU för 2010. Riksrevisionen har den 17 mars 2011 lämnat en modifierad revisionsberättelse för SBU.

Under rubriken Grund för uttalande med reservation anger Riksrevisionen följande. Myndigheten har felaktigt avräknat en anslagspost på förvaltningsanslaget med ett för högt belopp om cirka 2,5 miljoner kronor som borde ha finansierats med bidrag. Om kostnaderna inte hade avräknats förvaltningsanslaget hade det utgående överföringsbeloppet, årets anslagssparande, varit 2,5 miljoner kronor vilket är knappt 1 miljon kronor över det enligt regleringsbrevet tillåtna anslagssparande på 3 procent. Detta påverkar därmed även poster i resultat- och balansräkningen. I resultaträkningen borde posten Intäkter av anslag redovisats med ett lägre belopp och posten Intäkter av bidrag med motsvarande högre belopp. I balansräkningen borde myndigheten redovisat cirka 1 miljon kronor under posten Upplupna bidragsintäkter. Posten Avräkning med statsverket skulle ha redovisats med ett lägre belopp om cirka 2,5 miljoner kronor och posten Oförbrukade bidrag skulle ha redovisats med ett lägre belopp om cirka 1,4 miljoner kronor.

Enligt Riksrevisionens uppfattning ger årsredovisningen, förutom effekterna av det förhållande som beskrivs i stycket Grund för uttalande med reservation, en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av SBU:s finansiella ställning per den 31 december 2010 och av dess resultat och finansiering för året enligt förordningen (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag, instruktion, regleringsbrev och övriga beslut för myndigheten.

Socialdepartementet för en dialog med SBU kring de områden som Riksrevisionen uppmärksammat.

## 4.10 Politikens inriktning

Regeringen fortsätter arbetet med att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov och önskemål. Regeringens insatser syftar till att verka för bibehållen samt ökad hälsa och livskvalitet för patienten och för medborgaren i all-

mänhet. Särskild vikt fästs vid att förbättra tillgängligheten och säkerheten för patienten samt att öka patientens valmöjligheter i vården. Ytterligare insatser kommer att göras för att öka jämlikheten i vården, samt för att förbättra vård och omsorg för äldre. Patienten ska vara delaktig i beslutsfattandet och ha god tillgång till information om vården och dess resultat.

#### 4.10.1 Förbättrad tillgänglighet och valfrihet för patienten

Som patient ska man få vård snabbt och få information om vilka tidsramar vården är skyldig att erbjuda vid besök och behandling. Regeringens insatser för att öka tillgängligheten för patienten har bidragit till att nio av tio får vård inom angiven tid. Regeringen har för avsikt att under nuvarande mandatperiod utöka satsningarna på förbättrad tillgänglighet för patienten. Mot bakgrund av att nästan alla landsting uppnår vårdgarantins lagstadgade tidsgränser finns behov av att ta ytterligare steg och skärpa dessa gränser. Regeringens ambition är att vårdgarantin även ska omfatta en ökad andel av patientens kontakter med vården. Som ett led i arbetet har regeringen initierat ett samverkansprojekt med SKL som syftar till att följa patientens väg i vården. Målet är att ha ett nationellt mätsystem på plats under 2013. I arbetet ingår även att analysera möjligheterna att systematiskt följa återbesöksfrekvensen för olika patientgrupper.

Genom att sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas kan vårdens samlade kvalitet och resultat förbättras. Socialstyrelsen kommer på uppdrag av regeringen att utreda hur myndigheten kan inrätta ett system för att följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar på nationell nivå. I uppdraget ingår dels att fastställa vilken väntetidsstatistik som ska samlas in, dels att påbörja insamlandet av sådan statistik. I uppdraget ingår vidare att föreslå kompletterande kvalitetsindikatorer för akutsjukvården utöver de väntetidsdata som myndigheten ska arbeta fram.

Vårdval har skapat goda förutsättningar för entreprenörskap i vården. Ett ökat nyföretagande inom vården är önskvärt av flera skäl men främst för att nya vårdgivare stärker medborgarnas möjlighet att välja och välja bort. Det är viktigt att reglerna utformas så att de skapar

konkurrensneutralitet och inte missgynnar småföretagande. Genom vårdval flyttas makt till patienterna. Avgörande för att det ska lyckas är att patienten får en reell valmöjlighet.

Regeringen vill, som en ytterligare åtgärd, förstärka patientens valmöjligheter inom den specialiserade vården. Landstingen är i dag skyldiga att införa vårdval inom primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Regeringens ambition är att alla landsting ska erbjuda en utökad valfrihet för den enskilde även i den specialiserade vården enligt LOV. Ett tidsbegränsat stimulansbidrag införs därför 2012–2014. För inte patienterna via denna satsning utökade valmöjligheter inom den specialiserade vården kommer regeringen att överväga behovet av lagstiftning i likhet med situationen som i dag råder när det gäller LOV och primärvård. Utöver ökad mångfald av vårdgivare ska det skapas ökat utrymme för innovation av nya tjänster inom ramen för valfrihetssystemen. Det kan t.ex. handla om att innovationen inriktas mot att öppenvården blir mer sammanhållen i syfte att skapa kontinuitet för den enskilde. En annan vinst av ett innovationsdrivet system kan vara en öppenvård som i ökad utsträckning fokuserar de hälsofrämjande insatserna.

För att skapa förbättrade möjligheter till delaktighet och inflytande i den egna vården krävs nya interaktiva tjänster för att kommunicera information om vård och hälsa. Det handlar dels om att göra den egna journalen tillgänglig via en säker webblösning, dels att brett lansera tillgång till enkla tjänster för att planera sin egen vård och behandling. Regeringen genomför därför inom ramen för satsningen på ett utökad vårdval m.m. en särskild insats för att stödja utvecklandet av en hälsodagbok på webben. Genom hälsodagboken skapas möjligheter för patienten att själv dokumentera och följa sin hälsoutveckling samt att få en personligt anpassad rådgivning om hur den egna hälsan kan förbättras.

Inom ramen för utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (dir 2011:25) ska förslag läggas om en reglering av ett fritt vårdval i hela Sverige. Utredningen ska även föreslå hur man kan underlätta för patienten att välja privata vårdgivare i andra landsting och förenkla för privata vårdgivare att tillhandahålla så kallad utomlänsvård. Regeringen anser att en reglering av det fria vårdvalet skulle medföra flera fördelar för såväl patient som vårdgivare. Framför allt skulle en

lagreglering innebära att landstingen får en skyldighet att upprätthålla de krav på valmöjlighet för patienten som rekommendationen innebär. En lagreglering kan även vara ett sätt att öka öppenheten för patienter och övriga medborgare och samtidigt tydliggöra att valfrihet som kan leda till ökad tillgänglighet är en viktig kvalitetsaspekt. Regeringen anser vidare att det finns anledning att utveckla bättre strukturer för hur information om hälso- och sjukvårdens utbud och prestationer ska göras tillgänglig för den enskilde så att han eller hon ska kunna utnyttja sina valmöjligheter inom hälso- och sjukvården fullt ut.

Regeringen fortsätter arbetet med att införliva EU-direktivet om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård i svensk lagstiftning. Ambitionen är att detta arbete ska vara slutfört under hösten 2013.

#### 4.10.2 Förbättrad kvalitet och säkerhet för patienten

Regeringen arbetar kontinuerligt för att vårdens resultat ständigt ska förbättras. Ett av de främsta redskapen för att driva kvalitetsutvecklingen framåt är öppna jämförelser. Genom att lyfta fram hälso- och sjukvårdens resultat uppmuntras vårdenheter och landsting till kontinuerlig kvalitets- och effektivitetsutveckling.

Ett annat verktyg är de nationella riktlinjerna för god vård, som utarbetas för de stora folksjukdomarna och för patienter med andra allvarliga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna ska vara ett stöd vid prioriteringar och ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Målsättningen med det fortsatta arbetet med nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården är att få till stånd en mer jämlik och effektiv vård av bättre kvalitet.

Satsningen på ökad patientsäkerhet ska sammantaget leda till en säkrare vård för patienten och ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete, vilket i sin tur leder till minskat lidande samt färre omoperationer, vård dygn och sjukskrivningar. Regeringen har under den gångna mandatperioden initierat en genomgripande patientsäkerhetsreform. I budgetpropositionen för 2011 föreslogs en särskild satsning på patientsäkerhet. Huvuddelen av satsningen utgörs av de prestationsbaserade stimulansbidrag som regleras inom

ramen för en överenskommelse mellan staten och SKL under 2011. Inför 2012 års överenskommelse är avsikten att ytterligare utveckla och höja ambitionsnivån avseende patientsäkerhetsarbetet. Viktiga frågor kommer bl.a. att vara läkemedelsanvändning och strukturerad journalgranskning. Andra viktiga områden för patientsäkerheten som kan bli aktuella att följa närmare är t.ex. vårdrelaterade infektioner, skador orsakade av kirurgi, överbeläggningar, genomförande av risk- och händelseanalyser samt förebyggande av undernäring och fallskador i samband med vård.

Regeringen fortsätter att nära följa implementeringen av den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft 1 januari 2011. Särskild vikt kommer att fästas vid att patienter och anhörigas klagomål på hälso- och sjukvården och dess personal hanteras på ett rättssäkert sätt och inom tydliga tidsramar. Likaså är det ur ett patientsäkerhetsperspektiv viktigt att följa hanteringen av möjligheten att ålägga en legitimerad yrkesutövare prövotid på grund av oskicklighet. En effektiv och väl fungerande tillsyn såväl av verksamhet som av personal, är ett fundament i styrningen av hälso- och sjukvården och avgörande för förtroendet för vården. I linje med regeringens bedömning i propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) kommer möjligheten att överklaga Socialstyrelsens beslut om kritik, såväl i klagomålsärenden som i andra tillsynsärenden, att utredas under året i syfte att ta fram förslag på området.

I sin helhet ska patientsäkerhetslagens bestämmelser leda till att stärka patientens ställning med ökad delaktighet i patientsäkerhetsarbetet och i klagomålshanteringen samt att vårdgivaren ska ta ett tydligt ansvar för att utreda händelser, förebygga vårdskador och se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård.

Regeringens arbete med att genomföra den nationella cancerstrategin påbörjades 2009. Inom strategin har regeringen initierat ett antal insatser för att förbättra svensk cancervård. Under 2012 avser regeringen att fortsätta och ytterligare förstärka genomförandet av strategin. Regeringen avser att fortsätta insatserna på cancerområdet, bl.a. gällande prevention och åtgärder för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård. Regeringen kommer också att besluta om fler myndighetsuppdrag inom cancerområdet, bl.a. vad gäller möjligheterna att införa målnivåer inom cancervården.

Regeringen kommer vidare att stödja sjukvårdshuvudmännens pågående arbete med tillskapandet av sex regionala cancercentrum. Under 2011 tog regeringens nationella cancersamordnare fram kriterier som ska utmärka dessa centrum och särskilda medel kommer att utbetalas 2012 för de RCC som uppfyller kriterierna. Syftet med regionala cancercentrum är att de ska leda till ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.

Sommaren 2010 presenterades en förstudie med förslag om en nationell läkemedelsstrategi. Regeringen har därefter tillsammans med berörda aktörer, så som myndigheter, SKL, ett antal landsting, läkarprofessionen, industrin och apoteksbranschen, tagit fram en nationell läkemedelsstrategi med gemensamma målsättningar att arbeta mot. Målen rör områden som goda medicinska resultat och patientsäkerhet, jämlik läkemedelsanvändning, kostnadseffektivitet, innovationskraft samt minimal negativ miljöpåverkan. Den nationella läkemedelsstrategin ska nu implementeras. En av aktörerna i det fortsatta arbetet är Centrum för bättre läkemedelsanvändning vid Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket kommer på uppdrag av regeringen att dels inrätta ett nationellt substansregister för läkemedel, dels utreda nödvändiga förutsättningar för ett införande av frivillig generisk förskrivning vilket innebär att förskrivarna anger namnet på den aktiva substans som ingår i ett visst läkemedel i stället för läkemedlets handelsnamn. Ett införande av generisk förskrivning skulle minska risken för felmedicinering och underlätta kommunikationen mellan förskrivare och patient.

Regeringen har uppdragit åt en särskild utredare se över frågor om prissättning, tillgänglighet, och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet. I huvuddirektiven till utredningen beskrivs de delar av uppdraget som rör maskinell dosdispensering, vissa övriga frågor samt handeln med läkemedel för djur. Regeringen har för avsikt att till detta direktiv besluta om ett tilläggsdirektiv med en översyn av bl.a. prissättningen av originalläkemedel utan generisk konkurrens.

Regeringen har under den föregående mandatperioden omreglerat den svenska apoteksmarknaden. Den omreglerade marknaden präglas av mångfald och förbättrad tillgänglighet. Uppföljningen av omregleringen av apoteks-

marknaden fortsätter med uppdrag till Statskontoret och Myndigheten för tillväxtpolitiska studier. Regeringen avser följa utvecklingen och verka för att målen med reformen uppfylls. I en rapport beträffande omregleringen av apoteksmarknaden ställde Konkurrensverket ett antal frågor beträffande regeringens metod för att mäta Apoteket AB:s marknadsandel. Regeringen bereder för närvarande frågan.

I denna budgetproposition föreslås en justering av högkostnadsskyddet för besök inom den öppna hälso- och sjukvården samt för läkemedel (se avsnitt 4.11). Syftet med förslaget är att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen.

Regeringen har även tillsatt en utredning för att se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. Högkostnadstaken för läkemedel och i öppenvården har varit nominellt oförändrade en längre tid. Utredningen ska föreslå en struktur för avgifter och högkostnadsskydd som långsiktigt bidrar till att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen, värnar de grupper som är mest i behov av vård eller omsorg, styr patienten att söka vård på rätt nivå och i rätt tid samt stimulerar till förebyggande och tidiga insatser. Förslagen ska bidra till en långsiktigt hållbar finansiering av vården och omsorgen.

Regeringen kommer under 2012 att aktivt delta och bidra till förhandlingsarbetet i ministerrådet beträffande nya förslag från kommissionen om information till allmänheten om receptbelagda läkemedel. Även på andra områden relaterade till läkemedel och medicin-teknik som väntas komma under 2012 ska regeringen aktivt delta i förhandlingarna. Detta inkluderar det så kallade transparensdirektivet vilket reglerar de tider som myndigheter måste fatta beslut om läkemedel som ingår i nationella subventioner.

Regeringen avser fortsätta arbetet med att förbättra vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Problembilden, vilken är gemensam för regeringen, landsting och kommuner, visar på att samordningen mellan huvudmännen måste förbättras för att vården och omsorgen ska utgå från patientens behov och för att de äldre ska uppleva en ökad trygghet och ett förbättrat stöd. De medel som avsätts för 2012 och framåt ska huvudsakligen kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Ambitionen är att tydliga och

avläsbara resultat ska åstadkommas under mandatperioden. Bland annat kommer regeringen överväga behovet av nya innovativa vård- och omsorgstjänster samt intensifiera arbetet med vårdens systematiska användning av elektroniska beslutsstöd i syfte att åstadkomma en säker och ändamålsenlig läkemedelsbehandling.

Psykiatri och psykisk ohälsa är ett av regeringens mest prioriterade områden för insatser. För att dra största möjliga lärdom av regeringens satsningar under 2007–2011 har regeringen haft en kontinuerlig dialog med berörda organisationer och myndigheter. Statskontoret har dessutom fått i uppdrag att följa upp och analysera hur vården och det sociala stödet till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning har utvecklats över tid utifrån den inriktning och de uppföljningsmått som nämns i regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185). Uppdraget ska slutredovisas hösten 2012. Ett av syftena med uppdraget till Statskontoret och dialogerna med berörda aktörer är att förse regeringen med underlag för den satsning som planeras inom psykiatriområdet för perioden 2012–2014. Under dessa år avsätts cirka 900 miljoner kronor per år för att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Det är av central betydelse att regeringen fortsätter att driva på utvecklingen tillsammans med myndigheter och ansvariga huvudmän, landsting och kommuner.

Förutsättningarna för en god hälsa grundläggs i barndomen och det är således viktigt att så tidigt som möjligt identifiera och hantera psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga. Regeringen har de senaste åren genomfört stora satsningar för att förebygga och förbättra barns och ungas psykiska ohälsa och kommer att fortsätta att prioritera sådana insatser. Målet är att åstadkomma effektiva former för hälsofrämjande insatser och att barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom erbjuds vård på rätt nivå. Regeringen kommer att fortsätta att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för dessa barn och unga. Det sker bl.a. genom en förstärkt vårdgaranti och en överenskommelse mellan staten och SKL om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa.

En av regeringens ambitioner är att tillgången till subventionerad hälso- och sjukvård ska utvidgas för vissa grupper som i dag saknar tillgång till subventionerad hälso- och sjukvård. Regeringen tillsatte under 2010 en utredning som skulle lämna förslag på hur den reglering som avser hälso- och sjukvård åt asylsökande, personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning, samt personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här kan göras mer ändamålsenlig än i dag. Vidare skulle utredaren, mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden, överväga och lämna förslag på hur en utvidgad skyldighet för landstingen att erbjuda subventionerad hälso- och sjukvård åt de berörda grupperna kan utformas i förhållande till nuvarande reglering. Slutbetänkandet har överlämnats till regeringen. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### **4.10.3 Jämlik vård och självbestämmande för patientens bästa**

Regeringen kommer att fortsätta satsningen på jämlikhet i vården. Vården ska ges efter behov och den ska vara jämlik för både kvinnor och män, utrikes födda och inrikes födda oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål. Hänsyn ska tas till att barn har förutsättningar och behov som kan skilja sig från vuxnas, liksom till att flickor och pojkar kan ha delvis olika behov. Regeringen avser ta fram en samlad strategi för en jämlik vård. Icke-diskrimineringsprincipen, som bl.a. kommer till uttryck i diskrimineringslagens förbud mot diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, utgör en utgångspunkt i detta arbete. Som underlag för strategin behövs en beskrivning av de fortsatta utmaningarna inom området och regeringen har därför givit Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett sådant underlag.

Ett av regeringens och landstingens verktyg för att analysera ojämlikheter och driva kvalitets- och effektivitetsutvecklingen i vård och omsorg är öppna jämförelser. Under mandatperioden arbetar regeringen för att stärka analys och förbättringsarbetet inom ramen för öppna jämförel-

ser, såväl regionalt som nationellt. En fortsatt utveckling av öppna jämförelser ingår också i regeringens satsning på en mer jämlik vård. Regeringens överenskommelse med SKL om en jämlik vård innebär att ett antal insatser ska genomföras som bland annat syftar till att öka patientens tillgänglighet till information om vården och öka jämlikheten i vården för människor i socioekonomiskt utsatta områden. I syfte att öka nyttogörandet av öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet påbörjas även ett arbete för att stimulera till fördjupade analyser på landstingsnivå.

Som ett led i regeringens ambition att öka kvaliteten och effektiviteten i vården deltar Sverige i en internationell undersökning med jämförelser av vårdens prestationer och befolkningens syn på dessa. Undersökningen tar bland annat upp den översiktliga uppfattningen av hälso- och sjukvården, synen på tillgänglighet samt erfarenheter av sjukhus och akutvård. Regeringen planerar för att utöka undersökningen med fördjupade analyser och rapporter inom olika områden däribland äldre.

Regeringen avser att fortsätta genomföra åtgärder i syfte att stärka patientens ställning. Som redan nämnts ska en särskild utredare på uppdrag av regeringen lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas genom en ny patientlagstiftning (dir 2011:25). Utredningen ska bland annat ta ställning till hur en samlad patientlagstiftning bör utformas och vilka bestämmelser med betydelse för patientens ställning som den bör innehålla. Utredaren ska även föreslå hur regionala skillnader i vårdinnehåll och vårdresultat kan uppmärksammas och hanteras så att kvinnor och män i alla åldrar i hela befolkningen erbjuds en likvärdig och jämlik tillgång till vård av god kvalitet. För att kunna utveckla hälso- och sjukvården är det viktigt att patienters upplevelser och synpunkter samlas in och sammanställs. Utredaren ska föreslå en modell för systematisk insamling och bearbetning av patientberättelser i klagomåls- och anmälningsärenden, samt föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet.

Möjligheten att ge patienten ökad elektronisk tillgång till den egna medicinska informationen skapar ökade förutsättningar för den enskilde att följa upp sin egen hälsosituation och gör hälso- och sjukvården mer öppen. Inom ramen för nämnda utredning ska lämnas förslag om hur

patientens tillgång till sin egen journal via nätet kan påskyndas och underlättas.

Den nyinrättade Myndigheten för vårdanalys har till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp, analysera och effektivitetsgranska verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt verksamheter i gränssnittet mellan vård och omsorg. Ambitionen är att driva på utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård. En stor del av den uppföljning som görs på området i dag, utgår inte från patienternas eller medborgarnas perspektiv. Ett central målsättning med myndigheten är således att stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande. Det är viktigt att stärka deras insyn i och förtroende för hälso- och sjukvårdens verksamhet och tillgång till relevant information är en förutsättning för detta. Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet.

Genom det s.k. tredje steget i tandvårdsreformen avser regeringen att satsa på förebyggande tandvård och få till stånd ett utökat tandvårdsstöd för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar. I en nyligen utarbetad lagrådsremiss föreslås ändringar i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd som innebär att det bland annat införs ett nytt stöd i form av ett särskilt tandvårdsbidrag. Bidraget ska kunna lämnas för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa och ska få användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder och abonnemangstandvård. Vidare lämnas förslag om att det i tandvårdslagen (1985:125) ska införas en skyldighet för landstingen att se till att tandvård kan erbjudas personer som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Det föreslås också att det i tandvårdslagen införs en bestämmelse om att vårdgivare ska lämna uppgifter till Socialstyrelsen om patientens tandhälsa och om utförd tandvård, när det gäller dels nödvändig tandvård, dels tandvård för personer med stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Vidare föreslås att vårdgivarna inte längre ska ha en lagstadgad skyldighet att lämna uppgifter om aktuella priser för de ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder

som de utför till Försäkringskassans prisjämförelsetjänst. Detta lagförslag föreslås träda i kraft den 1 januari 2012. Övriga lagförslag föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. Regeringen avser att lämna en proposition till riksdagen under hösten 2011. De ekonomiska konsekvenser som förslagen kommer att medföra på statens budget behandlas i avsnitt 4.12.4.

För att de nya tandvårdsstöden ska nå de prioriterade patientgrupperna kommer det att krävas informations- och utbildningsinsatser, föreskriftsarbete samt anpassningar av de it-system och -stöd som i dag administrerar det statliga tandvårdsstödet. Regeringen genomför därför under 2012 en engångssatsning på de åtgärder som är nödvändiga för ikraftträdande av reformen. Det är exempelvis viktigt att såväl patienter som behandlande tand- och hälso- och sjukvårdspersonal får kännedom om att stöden finns och vilka förutsättningarna är för att få ta del av dem. Det ska också vara administrativt enkelt för både patienter och vårdpersonal att ansöka om och tillämpa stöden, vilket är direkt avgörande för i vilken grad stödet kommer att utnyttjas. För bästa möjliga tillämpning av de nya stöden krävs vidare att det finns tydliga föreskrifter på plats som kompletterar bestämmelser i lagar och förordningar.

#### **4.10.4 Systematiska förbättringar genom kunskapsbildning och -spridning samt uppföljning**

Regeringen stimulerar utvecklingen av kvalitet och effektivitet genom satsningar på kunskapsbildning och uppföljning. Kunskapsbildning och -spridning sker såväl inom diagnos och behandling som inom ledning och styrning av hälso- och sjukvården. En viktig del är att tydliggöra skillnader i vårdens resultat liksom att peka på situationer där bästa tillgängliga kunskap inte tillämpas. Som ett led i att förbättra hälso- och sjukvården i sin helhet har regeringen gett en särskild utredare i uppdrag att se över hela myndighetsstrukturen.

Kommunsektorn är en allt viktigare samarbetspartner i regeringens arbete med att förbättra hälso- och sjukvården. I många av regeringens satsningar inom hälso- och sjukvården har SKL en roll för nationellt stöd och samordning i genomförandet. I syfte att förbättra och utveckla samarbetet kommer en utökad

uppföljning av dessa nationella och strategiska stödfunktioner att ske.

Ytterligare ett viktigt stöd för utvecklingen av hälso- och sjukvården är det samlade arbete som genomförs inom ramen för nationella e-hälsostrategin. Utvecklingsarbete pågår inom en rad områden, däribland nationell patientöversikt, sammanhållna journalsystem, elektroniska beslutsstöd, invånartjänster samt nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. Det handlar om system, stödstrukturer och tjänster som både ska leda till bättre insatser av högre kvalitet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och till en starkare ställning och fler möjligheter för individen. Regeringen och aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är överens om att arbetet med eHälsa nu och under kommande år måste fokusera på att de olika e-hälsotjänster och nya regelverk som utvecklats under senare år införs och används i daglig verksamhet så att nyttan av dem kan realiseras, för individen, personalen och verksamheterna.

Inom det europeiska samarbetet kring gränsöverskridande informationsutbyte av patientöversikt och e-recept (epSOS) fortsätter Sverige som ett av de ledande länderna arbeta för införandet av de första testerna av systemet, s.k. piloter. Detta är ett viktigt steg mot tillämpning av patientrörlighetsdirektivet och regeringen lägger mycket fokus på att starta de svenska piloterna samt nå bästa möjliga resultat och användbarhet.

Det är angeläget att hanteringen av information om individer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är utformad så att rätt aktör har tillgång till rätt information vid rätt tillfälle och att informationshanteringen sker säkert, effektivt och med bibehållet integritetsskydd för den enskilde. Regeringens reformer har medfört en större mångfald av vårdgivare och en utveckling där verksamheten i allt större utsträckning utförs av privata, idéburna och ideella aktörer. Dessa strukturförändringar ställer allt högre krav på möjligheterna för vårdgivare och utförare att på ett säkert, effektivt och entydigt sätt hantera information om patienten/brukaren för att kunna erbjuda goda, individanpassade och säkra insatser av hög kvalitet där den enskildes integritet värnas.

Nationella kvalitetsregister spelar en avgörande roll för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling. Registren är också ett ovär-

derligt verktyg för forskningen. Regeringen anser att en satsning på förbättrad organisation, infrastruktur och grundfinansiering av kvalitetsregister kan göra Sverige till ett av de ledande länderna inom uppföljning av hälso- och sjukvården och registerbaserad klinisk forskning. Det handlar om såväl utvecklingsinsatser som att skapa en stabil och långsiktig finansiering av registren. Vidare behövs insatser för ökad samordning och styrning och för att få effektivare system behövs bl.a. insatser för att skapa enhetliga it-plattformar och system som undviker dubbelregistrering. Både staten och sjukvårdshuvudmännen har intresse i att de nationella kvalitetsregistrens potential kan utnyttjas på ett optimalt sätt. Regeringen genomför därför en utökad långsiktig satsning på utveckling och finansiering av kvalitetsregistren som inleds 2012. En förutsättning för satsningen är medfinansiering från landstingen. Avsikten är att teckna en överenskommelse med kommuner och landsting om utvecklingen och finansieringen av de nationella kvalitetsregistren.

För att forskningsresultat ska kunna göra nytta krävs att det finns verktyg för att implementera resultat i vården och se till att nya läkemedel, behandlingar och diagnostiska metoder kommer verksamheten och patienten till del. Regeringen har för avsikt att, genom att omförhandla ALF-avtalet, stärka klinisk forskning och utbildning och säkerställa att de statliga ALF-medlen på ett tydligare sätt bidrar till kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvården.

Regeringen anser att det finns skäl att vidta åtgärder för att stödja hälso- och sjukvården i att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet så att det blir en integrerad del i hälso- och sjukvårdens dagliga arbete. Detta görs bland annat genom regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

## 4.11 Förslag till författningsändringar

### 4.11.1 Förslag till uppdaterade högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård samt läkemedel

---

**Regeringens förslag:** Högkostnadsskyddet för bl.a. besök inom den öppna hälso- och sjukvården höjs från 900 kronor till 1 100 kronor och för läkemedel m.m. från 1 800 kronor till 2 200 kronor. Beloppen inom högkostnads-trappan för läkemedel höjs proportionerligt lika mycket. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2012. För patienter som har hunnit påbörja en högkostnadsperiod före ikraftträdandet ska nuvarande bestämmelser gälla under resten av perioden.

---

**Ärendet och dess beredning:** En promemoria har tagits fram inom Socialdepartementet, Uppdaterade högkostnadsskydd – öppen hälso- och sjukvård samt läkemedel (Ds 2011:23). Promemorian har remissbehandlats. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2011/6090/FS).

De föreslagna lagändringarna är författnings-tekniskt och även i övrigt av sådan beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Lagrådets yttrande har därför inte inhämtats.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** En majoritet av de instanser som yttrat sig tillstyrker förslagen eller lämnar dem utan invändningar. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och flera landsting ser dock ett behov av att utforma ett system med årlig indexering.

Ett par instanser, bl.a. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och ett par landsting tillstyrker förslagen i stort men påtar att höjningen kan medföra att ekonomiskt utsatta grupper avstår vård eller läkemedel i större utsträckning än i dag samt att detta på sikt kan leda till större ohälsa för individen och ökade kostnader för samhället.

Några få kommuner påpekar att den enskildes ökade kostnader för läkemedel och sjukvårdsbesök kan få återverkningar på den kommunala ekonomin. Ett par instanser, bl.a. Reumatikerförbundet, diskuterar behovet av kompensation till särskilt svaga grupper. Ett par instanser, bl.a. Läkemedelsindustriföreningen och Praktiker-tjänst, påtalar att det finns behov av en vidare diskussion om hälso- och sjukvårdens finansiering.

Några landsting avstyrker förslagen och menar att de slår hårt mot redan utsatta grupper. De efterlyser samtidigt ytterligare konsekvensanalyser.

En del intresseorganisationer, exempelvis PRO, Handikappförbunden och Astma- och allergiförbundet, avstyrker förslaget med hänvisning till att beloppen redan är tillräckligt höga alternativt att de slår mot redan svaga grupper. Andra intresseorganisationer, t.ex. Prostatacancerförbundet, uttrycker förståelse för förslaget och lämnar det därför utan invändningar.

## Skälen för regeringens förslag

### Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården finns det ett tak för hur mycket man behöver betala för bl.a. läkarbesök. Detta regleras i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Högkostnadsskyddet innebär att man under en period på tolv månader sammanlagt behöver betala högst 900 kronor i vårdavgifter inom öppenvården, avgifter för vissa förbrukningsartiklar och avgifter för viss tandvård. När man har betalat 900 kronor får man ett frikort som gäller under resten av tolv månadersperioden. Landstingen kan i stort sett själva bestämma vilka avgifter som ska tas ut vid läkarbesök och andra tjänster i vården.

Barn och ungdomar under 18 år i samma familj (samma hushåll) har ett gemensamt högkostnadsskydd. Det innebär att deras avgifter räknas samman och ger frikort om de överstiger 900 kronor. De flesta landsting har infört avgiftsbefrielse för vård av barn och ungdomar upp till 18–20 års ålder.

Inom den slutna vården får en vårdavgift på maximalt 80 kronor per vård dag tas ut av landstingen enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen.

Till patientavgifter räknas både de avgifter som betalas hos landstingets mottagningar och

avgifter hos de privata vårdgivare som har avtal med landstinget. Även besök hos andra landsting kan räknas in.

Det finns inget nationellt högkostnadsskydd för avgifter med anledning av att man är inlagd på sjukhus (sluten vård) eller för sjukresor och tekniska hjälpmedel. Det finns i vissa landsting högkostnadsskydd för sjukresor och tekniska hjälpmedel. Utformningen av dessa högkostnadsskydd bestäms av landstingen. Även vilka avgifter som tas ut bestäms av landstingen.

### Läkemedel

Det nuvarande statliga förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997. De grundläggande bestämmelserna kring de nuvarande läkemedelsförmånerna finns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Bestämmelserna i lagen kompletteras av vissa bestämmelser i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

När det nuvarande förmånssystemet trädde i kraft den 1 januari 1997 begränsades patientens samlade läkemedelsutgifter under en tolv månadersperiod till 1 300 kronor. Beloppsgränserna för högkostnadsskyddet har sedermera höjts med verkan fr.o.m. den 1 juni 1999 till nuvarande 1 800 kronor per tolv månadersperiod.

Högkostnadsskyddet bygger på att den enskilda patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. högkostnadstrappan, beroende på hur stor kostnaden är. Detta innebär enligt nuvarande beloppsgränser att den sammanlagda läkemedelskostnaden reduceras endast om den överstiger 900 kronor. Om så är fallet utgör kostnadsreduceringen 50 procent av den del som överstiger 900 kronor men inte 1 700 kronor, 75 procent av den del som överstiger 1 700 kronor men inte 3 300 kronor, 90 procent av den del som överstiger 3 300 kronor men inte 4 300 kronor samt hela den del av den sammanlagda kostnaden till den del den överstiger 4 300 kronor. Läkemedel som inte ingår i förmånerna samt läkemedel med merkostnad inom det generiska utbytessystemet kan göra att läkemedelsutgifterna för en enskild patient överstiger 1 800 kronor under en tolv månadersperiod.

Läkemedel som används inom den slutna vården betalas dock av sjukvårdshuvudmännen.

Med sluten vård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen sådan vård som kräver intagning på sjukhus.

*Förslagen till uppdaterade högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård samt läkemedel*

De satsningar som regeringen genomför inom hälso- och sjukvårdens område syftar till att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov. I första hand syftar regeringens satsningar till att verka för en bibehållen eller bättre hälsa för patienten. För invånarna, i egenskap av skattebetalare, är det av vikt att detta sker genom ett effektivt utnyttjande av gemensamma resurser. Det är angeläget att lägga särskilt fokus på att öka valfriheten, tillgängligheten och säkerheten för patienten och brukaren. Satsningar görs också för att stimulera kommuner och landsting till en effektivare och bättre sammanhållen vård och omsorg för äldre. Vidare är det viktigt för patienten och brukaren att det finns möjlighet att vara delaktig, fatta beslut och ta del av kunskap och information om vårdens utformning och resultat. Detta kan i sin tur leda till att patienterna och brukarna i ökad utsträckning kan verka pådrivande i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete.

Syftet med föreliggande förslag är att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen. Höjt fribelopp för sjukvård syftar även till att förbättra landstingens möjligheter att styra patienterna mot en ändamålsenlig vårdkonsumtion. Detta sker dels genom den statiska förändring som följer av att högkostnadsskyddet höjs vilket bedöms ge landstingen ökade möjligheter att utforma en mer ändamålsenlig avgiftsstruktur som på ett bättre sätt styr patienterna till rätt vårdnivå, dels genom de dynamiska effekter detta ger genom förändrade beteendemönster.

En förändring av högkostnadsskydden kan knytas till ett index. Vid en genomgång av andra områden finner man att avgifterna för äldre och handikappomsorg är knutet till prisbasbeloppet (PBB), som i princip följer konsumentprisindex. Nivån på det vanliga och det särskilda bostadstillägget till pensionärer (BTP och SBTP) följer PBB liksom äldreförsörjningsstödet. Även garantipensionen följer PBB. Handikappersättning som betalas ut i vissa fall är knuten till prisbasbeloppet. Sjukpenning, sjuk- och aktivitets-

ersättning och rehabiliteringsersättning är däremot oftast inkomstrelaterat.

Riksnormen för försörjningsstöd räknas inte upp med automatik även om hänsyn tas till bland annat PBB vid förändringar. A-kassans högsta belopp är nominellt bestämt liksom bostadsbidrag till barnfamiljer och föräldrapenningens garantinivå.

Även om vissa ersättningar är inkomstrelaterade har många med stora vårdbehov ersättningar kopplade till prisbasbeloppet. Vissa ersättningar är till och med nominellt oförändrade eller ändras vid särskilda beslut.

Med en historisk indexering i takt med PBB föreslås högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård bli 1 100 kronor fr.o.m. 2012 jämfört med 900 kronor i dag.

Med en historisk indexering i takt med PBB föreslås en ökning av högkostnadsskyddet för läkemedel från 1 800 kronor till 2 200 kronor fr.o.m. 2012. Detta innebär en ren uppdatering av nuvarande högkostnadstrappa där antalet trappsteg och subventionsgraden behålls intakta medan beloppen inom trappstegen ökar proportionerligt ungefär lika mycket och med ett maximalt läkemedelsvärde om 5 400 kronor jämfört med 4 300 kronor i dag.

Vid remissbehandlingen har en del instanser lyft fram behovet av en fortsatt översyn av nuvarande konstruktioner av avgifter och högkostnadsskydd. SKL och flera landsting ser dock ett behov av att utforma ett system med årlig indexering medan andra instanser betonat behovet av att ytterligare belysa fördelningspolitiska aspekter.

Regeringen delar uppfattningen att dagens konstruktioner av avgifter och högkostnadsskydd för besök inom hälso- och sjukvården och för läkemedel är i behov av fortsatt översyn, men även inom andra delar av det sociala området finns detta behov. Den 22 juni 2011 tillsatte regeringen därför en särskild utredare som ska se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. Syftet är att åstadkomma en struktur för avgifter och högkostnadsskydd som långsiktigt bidrar till att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen, värnar de grupper som är mest i behov av vård eller omsorg, styr patienten att söka vård på rätt nivå och i rätt tid, stimulerar till förebyggande och tidiga insatser och bidrar till en långsiktigt hållbar finansiering av vården och omsorgen. Utgångspunkten ska vara att de som

har det sämst ställt ekonomiskt eller är mest i behov av vård eller omsorg inte ska behöva avstå från vård och omsorg på grund av höga kostnader och därför behöver fördelningspolitiska aspekter beaktas. Uppdraget ska redovisas i januari 2012.

#### *Konsekvenser*

Konsekvenserna av promemorians förslag blir ökade intäkter för landstingen samt ökade utgifter för personer som ligger över gränsen för högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård och läkemedel.

Den samlade ökningen av avgiftsintäkterna vid en historisk indexering av intäkterna blir vid en prognos för 2012 cirka 980 miljoner kronor. Eventuella dynamiska effekter i form av beteendeförändringar har inte beaktats i denna beräkning. Avgiftsintäkterna för landstingen beräknas öka med ungefär 10 procent eller med cirka 280 miljoner kronor 2012 som en följd av denna höjning. I relation till de samlade patientavgifterna ökar patientandelen från 1,8 procent av nettokostnaderna till 2,0 procent år 2012.

En uppdatering av högkostnadstrappan för läkemedel beräknas ge cirka 700 miljoner kronor i ökade avgiftsintäkter, om inte avgiftshöjningen påverkar läkemedelskonsumtionen.

För att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen görs ingen reglering enligt den kommunala finansieringsprincipen beträffande landstingens ökade avgiftsintäkter för sjukvårdsbesök. Detta beräknas öka landstingens intäkter med 140 miljoner kronor 2012 och 280 miljoner kronor från 2013. För att de ökade avgiftsintäkterna för läkemedel ska komma landstingen till del ökas anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner med 350 miljoner kronor 2012 och med 700 miljoner kronor per år från och med 2013, samtidigt som anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* under utgiftsområde 9 minskas med motsvarande belopp.

Totalt blir den enskilda patientens maximala kostnad för högkostnadsskydden under en tolv månadersperiod 3 300 kronor. För en person som hamnar över frikortsgården för både sjukvård och läkemedel ökar kostnaderna med maximalt 600 kronor under ett år.

De som kommer att belastas mest av högre avgifter är de som har flest sjukvårdsbesök och samtidigt använder läkemedel. Dessa grupper beräknas i snitt få betala 250–350 kronor per person i högre avgifter årligen. Personer som inte ingår i dessa grupper beräknas få betala cirka 150 kronor mer per person i genomsnitt per år. Justeringen innebär en ren uppdatering av högkostnadsskydden så att de motsvarar det reala värdet vid den senaste revideringen. De personer som behöver mest vård kommer även fortsättningsvis att betala endast en mindre del vid nyttjandet av sjukvård och läkemedel.

#### *Ikraftträdande och övergångsbestämmelser*

Regeringen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2012, men att de nuvarande bestämmelserna om högkostnadsskydd ska gälla övergångsvis.

En patient som före den 1 januari 2012 har uppnått kostnadsbefrielse för avgifter enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen enligt bestämmelsens nuvarande lydelse, dvs. betalat avgifter om 900 kronor, behåller denna förmån under den resterande delen av högkostnadsperioden trots att takbeloppet höjts till 1 100 kronor. Kostnadsbefrielsen upphör ett år från det att den första avgiften betalades.

Likaså gäller äldre föreskrifter fortfarande för inköp av förmånsberättigade läkemedel m.m. om det första inköpstillfället inträffat före lagändringarna träder i kraft. Om den enskilde genom att köpa t.ex. ett förmånsberättigat läkemedel har påbörjat en högkostnadsperiod före den 1 januari 2012 tillämpas således nu gällande bestämmelser om kostnadsreducering under den resterande delen av tolv månadersperioden.

## 4.12 Budgetförslag

### 4.12.1 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

**Tabell 4.10 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Tusental kronor

2010	Utfall	29 469	Anslags-sparande	1 813
2011	Anslag	18 696 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	11 675
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>10 000</b>		
2013	Beräknat	10 180 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	10 380 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	10 658 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 10 000 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 9 985 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 9 984 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för kostnader kopplade till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Kammarkollegiet disponerar medlen för de administrativa och handläggande uppgifter som myndigheten utför åt HSAN. HSAN prövar från och med 1 januari 2011 enbart behörighetsfrågor. Prövningen ska ske på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt. Genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrkens ska HSAN bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Medlen på anslaget får även användas till andra kostnader kopplade till patientsäkerhet och patientklagomålshantering. Under 2010 uppgick anslaget till 30,8 miljoner kronor och utfallet var cirka 29,5 miljoner kronor.

#### Regeringens överväganden

Till följd av patientsäkerhetsreformen och den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) överfördes hanteringen av patientklagomål från HSAN till Socialstyrelsen den 1 januari 2011. HSAN:s verksamhet renodlades till ett ansvar för behörighetsfrågor, dvs. återkallelse av legitimation och andra behörigheter samt provotid och ansökan om ny legitimation eller annan behörighet. Dessa frågor utgör endast en mycket liten del av den tidigare verksamheten vid HSAN. I propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) bedömde regeringen att myndigheten även fortsättningsvis bör finnas kvar. HSAN har en viktig funktion att fylla och det

gagnar både patientsäkerheten och rättsäkerheten att behålla HSAN.

För att verksamheten ska kunna bedrivas på ett rättssäkert och effektivt sätt har HSAN organiserats som en nämndmyndighet med Kammarkollegiet som vårdmyndighet från och med den 1 juli 2011. Som en konsekvens av minskade arbetsuppgifter och den nya organisationen måste en anpassning ske av HSAN:s anslag. Anslaget minskas därför 2012 och framåt.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för HSAN:s verksamhet har dock förändrats under 2011.

**Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011 <sup>1</sup></b>	<b>18 696</b>	<b>18 696</b>	<b>18 696</b>	<b>18 696</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	184	524	931	1 458
Beslut	-8 880	-9 040	-9 231	-9 479
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-16	-16
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>10 000</b>	<b>10 180</b>	<b>10 380</b>	<b>10 658</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 10 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 10 180 000 kronor, 10 380 000 kronor respektive 10 658 000 kronor.

#### 4.12.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

**Tabell 4.12 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

2010	Utfall	56 718	Anslags- sparande	142
2011	Anslag	56 168 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	55 132
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>56 702</b>		
2013	Beräknat	57 951 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	59 062 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	60 569 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 56 702 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 56 623 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 56 624 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för SBU:s förvaltningskostnader. Myndigheten har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. SBU ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt samt sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. Myndigheten ska också kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården. Myndigheten ska även systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården, vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Under 2010 uppgick anslaget till cirka 55,9 miljoner kronor och utfallet var cirka 56,7 miljoner kronor.

#### Regeringens överväganden

SBU ska från och med 2011 sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomsten av sjukdomar. För detta arbete tilldelas myndigheten 5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 t.o.m. 2014. Medlen belastar utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet, anslaget 3:1 *Särskilda jämställdhetsåtgärder*.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för SBU:s verksamhet bör i stort kvarstå.

**Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011 <sup>1</sup></b>	<b>56 168</b>	<b>56 168</b>	<b>56 168</b>	<b>56 168</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	601	1 851	3 046	4 557
Beslut	-67	-68	-70	-72
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-82	-84
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>56 702</b>	<b>57 951</b>	<b>59 062</b>	<b>60 569</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 56 702 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 57 951 000 kronor, 59 062 000 kronor respektive 60 569 000 kronor.

#### 4.12.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

**Tabell 4.14 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

2010	Utfall	87 984	Anslags- sparande	7 247
2011	Anslag	111 348 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	107 060
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>112 565</b>		
2013	Beräknat	115 101 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	117 300 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	120 274 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 112 565 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 112 409 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 112 409 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för TLV:s förvaltningskostnader. TLV ansvarar för beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna samt har tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen.

Myndigheten ska medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt god tillgänglighet till läkemedel i samhället. TLV ansvarar också för beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader. I myndighetens uppdrag ingår också att bestämma hur det generiska utbytet av läkemedel på apoteken ska ske. TLV reglerar hur stor ersättning apoteken får när de säljer receptbelagda läkemedel inom högkostnadsskyddet genom att bestämma apotekens handelsmarginal. Utöver det har TLV i uppgift att utöva tillsyn över apoteksmarknadens aktörer. Under 2010 uppgick TLV:s anslag till cirka 96,5 miljoner kronor och utfallet var cirka 88 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för TLV:s verksamhet inom läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdet bör i stort kvarstå.

**Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

*Tusental kronor*

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>111 348</b>	<b>111 348</b>	<b>111 348</b>	<b>111 348</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	1 217	3 753	6 115	9 093
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-163	-167
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>112 565</b>	<b>115 101</b>	<b>117 300</b>	<b>120 274</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 112 565 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräk-

nas anslaget till 115 101 000 kronor, 117 300 000 kronor respektive 120 274 000 kronor.

### 4.12.4 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

**Tabell 4.16 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.**

*Tusental kronor*

2010	Utfall	4 908 681	Anslags-sparande	1 684 628
2011	Anslag	6 694 480 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	5 104 670
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 454 300</b>		
2013	Beräknat	6 144 230		
2014	Beräknat	6 402 840		
2015	Beräknat	6 644 690		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera det statliga tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan. Ändamålet omfattar både tandvårdsersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och tandvårdsstöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. En mindre del av anslaget används för stöd till kompetenscentrum m.m. på tandvårdsområdet.

Under 2010 uppgick anslaget till knappt 6,6 miljarder kronor medan utfallet blev knappt 5 miljarder kronor. Avvikelsen i utfall gentemot budgeterat anslag förklaras bl.a. av en lägre volym besök än budgeterat.

### Regeringens överväganden

Under 2008 infördes ett nytt statligt tandvårdsstöd i form av ett allmänt tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader. För att finansiera reformen gjordes en generell ökning av anslaget. För 2008 ökade anslaget till 5,3 miljarder kronor och under 2009, då reformen fick helårseffekt, uppgick anslaget till cirka 7,3 miljarder kronor. Under 2011 uppgår anslaget till cirka 6,7 miljarder kronor.

Regeringen beräknade i budgetpropositionen för 2011 en satsning om 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 på detta anslag för särskilda stöd till patienter som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård (se avsnitt 4.10.3). I syfte att ge såväl tandvårdsaktörer som myndigheter tid att förbereda sig inför den nya reformen har ikraftträdandet senarelagts till den 1 januari 2013. Ut-

gifterna för 2012 minskar därmed jämfört med vad som tidigare har beräknats. Regeringen avser att lämna en proposition rörande denna satsning till riksdagen under hösten 2011. Av medlen beräknas, från och med 2013, 205 miljoner kronor per år tillföras anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, för de delar av stödet som ska utföras av landstingen. 1,2 miljoner kronor per år beräknas från och med 2013 tillföras anslaget 1:5 *Sveriges Domstolar* utgiftsområde 4 Rättsväsendet för handläggning av mål avseende statligt tandvårdsstöd. Vidare beräknas 13 miljoner kronor per år från och med 2013 tillföras anslaget 2:1 *Försäkringskassan* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp, för administration av de delar av det nya stödet som faller inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. För 2012 föreslås 35 miljoner kronor användas för åtgärder och insatser som är nödvändiga för genomförandet av de nya stöden. Av dessa medel föreslås 12 miljoner kronor tillföras anslaget 7:1 *Socialstyrelsen* för framtagande av föreskrifter, 20 miljoner kronor föreslås tillföras anslaget 2:1 *Försäkringskassan* för utvecklande av it-stöd och informationsinsatser samt 3 miljoner kronor tillföras anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för övriga informationsinsatser. För 2013–2017 beräknas Försäkringskassan tillföras 10 miljoner kronor per år för avskrivningar och räntekostnader kopplade till investeringar i it-stöd.

**Tabell 4.17 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.**

Tusental kronor				
	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>6 694 480</b>	<b>6 694 480</b>	<b>6 694 480</b>	<b>6 694 480</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	61 250	551 250	551 250	551 250
Övriga makroekonomiska förutsättningar				
Volym	-1 301 430	-882 300	-623 690	-381 840
Överföring till/från andra anslag		-219 200	-219 200	-219 200
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>5 454 300</b>	<b>6 144 230</b>	<b>6 402 840</b>	<b>6 644 690</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 5 454 300 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 6 144 230 000 kronor, 6 402 840 000 kronor respektive 6 644 690 000 kronor.

#### 4.12.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

**Tabell 4.18 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
2010	Utfall	23 066 667	Anslags-sparande	133 333
2011	Anslag	23 200 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	22 561 320
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>22 550 000</b>		
2013	Beräknat	22 200 000		
2014	Beräknat	22 200 000		
2015	Beräknat	22 200 000		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera det särskilda statsbidrag till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskrivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Statens ekonomiska ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna fastställs genom överenskommelser mellan staten och SKL. I enlighet med överenskommelsen för 2011 ersätter staten sjukvårdshuvudmännen med 22,9 miljarder kronor. Till detta belopp ska avräknas drygt 400 miljoner kronor, som är landstingens återbetalning av statsbidrag avseende förra avtalsperioden. Den överenskomna ersättningen för ett visst år utbetalas från detta anslag till landstingen med ett fast månatligt belopp. Det månatliga beloppet motsvarar en tolfedel av den överenskomna ersättningen och utbetalas två månader i efterhand. Från anslaget utbetalas således under 2011 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2010, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2011. Under 2011 kommer följaktligen cirka 22,5 miljarder kronor att utbetalas från anslaget.

## Regeringens överväganden

För 2012 finns inget avtal. Regeringen avser att teckna ett avtal med SKL för 2012. I avtalet för 2011 finns dock reglerat att parterna, dvs. Socialdepartementet och SKL, ska inleda diskussioner om förutsättningarna för att föra över ersättningen till anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Parterna är också överens om att tillsätta en gemensam arbetsgrupp som bl.a. ska genomföra en översyn av hur utjämningen kan utformas inom ramen för den kommunalekonomiska utjämningen samt storleken på ett eventuellt växlingsbelopp. Gruppen ska senast den 1 oktober 2011 redovisa sitt uppdrag till Socialdepartementet och SKL.

Eftersom avtalet för 2011 uppgår till 22,9 miljarder kronor medan den tidigare beräknade anslagsnivån för 2011 och framåt var 23,2 miljarder kronor minskas anslaget nivå med 300 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012.

I denna proposition föreslås att högkostnads-skyddet för läkemedel m.m. höjs från 1 800 kronor till 2 200 kronor. Beloppen inom högkostnadstrappan för läkemedel höjs proportionerligt lika mycket. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2012. För patienter som har hunnit påbörja en högkostnadsperiod före ikraftträdandet ska nuvarande bestämmelser gälla under resten av perioden.

Konsekvenserna av förslaget innebär ökade intäkter för landstingen. En uppdatering av högkostnadstrappan för läkemedel beräknas ge cirka 700 miljoner kronor i ökade avgiftsintäkter per år. För att de ökade avgiftsintäkterna för läkemedel ska komma landstingen till del ökas anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner med 350 miljoner kronor 2012 och med 700 miljoner kronor per år från och med 2013. Anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* minskas i samma omfattning, eftersom landstingens kostnader för läkemedelsförmånerna reduceras när avgiftsintäkterna ökar.

**Tabell 4.19 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>23 200 000</b>	<b>23 200 000</b>	<b>23 200 000</b>	<b>23 200 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	–350 000	–700 000	–700 000	–700 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	–300 000	–300 000	–300 000	–300 000
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>22 550 000</b>	<b>22 200 000</b>	<b>22 200 000</b>	<b>22 200 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 22 550 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 22 200 000 000 kronor respektive år.

### 4.12.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

**Tabell 4.20 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2010	Utfall	489 508		39 808
2011	Anslag	944 765 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	929 768
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 711 923<sup>2</sup></b>		
2013	Beräknat	1 606 414		
2014	Beräknat	1 606 414		
2015	Beräknat	490 214		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 364 tkr avser statlig ålderspensionsavgift för 2012 varav –181 tkr avser regleringsbelopp för 2009.

Ändamålet för anslaget är att genom riktade satsningar arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, håller en god tillgänglighet, stärker patientens delaktighet och valfrihet i vården samt för att förbättra förutsättningarna för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt och att kunskap och erfarenheter tas till vara för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården. Från anslaget utbetalas även medel för att stärka hälsofrämjande hälso- och sjukvård och för insatser inom regeringens folkhälsoarbete m.m. Anslaget uppgick till 522,5 miljoner kronor

under 2010 och utfallet under samma år blev 489,5 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Ett antal utvecklingsprojekt för att stärka regeringens politik inom hälso- och sjukvårdsområdet har under de senaste åren påbörjats. Flera av dessa är långsiktiga åtaganden som kommer att kräva finansiering även under 2012. Däribland kan nämnas satsningar inom cancerområdet, nationell e-hälsa och strukturerade journaler, riktlinjer för förebyggande metoder m.m. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2012.

Dessutom utbetalas medel från anslaget i samband med överenskommelser med SKL för implementering av regeringens politik samt andra insatser och bidrag som ryms inom anslagets ändamål. Medel från anslaget fördelas även till insatser som är viktiga för folkhälsan samt till vissa internationella åtaganden inom området folkhälsa och sjukvård.

Inom anslaget avsätts utöver detta cirka 8,8 miljoner kronor för ersättning för vissa kostnader och förluster som uppkommit till följd av myndighetsingripanden för att hindra spridning av smittsam sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168), miljö- och livsmedelsbalken (2006:804) samt för ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare, samt cirka 500 000 kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.

I budgetpropositionen för 2011 aviserade regeringen en flerårig satsning på patientsäkerhet som till största delen består av ett årligt prestationsbaserat stimulansbidrag till landstingen. Under 2011 uppgår satsningen till 500 miljoner kronor. För 2012–2014 aviserade regeringen 675 miljoner kronor per år för patientsäkerhets-satsningen. Under 2012 avsätts 15 miljoner av dessa medel för jämlik vård.

Vidare aviserade regeringen i budgetpropositionen för 2011 en särskild satsning under 2012–2014 för förbättringar av vården och omsorgen av äldre. För denna perioden beräknades 325 miljoner kronor per år.

Regeringen har sedan tidigare aviserat en satsning kring forskning inom ämnesområdet farmaci om 4 miljoner kronor per år.

För att finansiera en utvidgning av förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området till att även omfatta områdena folkhälsa och stöd till efterlevande överförs till detta anslag fr.o.m. 2012 årligen 3 miljoner kronor från anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* samt 450 000 kronor från anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut*.

Försäkringskassan har haft 2 miljoner kronor årligen för löpande drift och förvaltning av en prisjämförelsetjänst för tandvården. Försäkringskassan har under 2011, i enlighet med uppdrag i regleringsbrevet för 2011, avvecklat tjänsten. 2 miljoner kronor flyttas därför permanent från anslaget 2:1 *Försäkringskassan* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp till anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*.

Regeringen beräknade i budgetpropositionen för 2011 en satsning om 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 på anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för särskilda stöd till patienter som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård (se avsnitt 4.10.3 och 4.12.4). Regeringen avser att lämna en proposition rörande denna satsning till riksdagen under hösten 2011. För 2012 föreslås anslaget 1:6 tillföras 3 miljoner kronor från anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för informationsinsatser kopplade till genomförandet av satsningen.

Medel överförs från det i statens budget för 2011 uppförda anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder*, som upphör vid årsskiftet 2011/2012. Beloppet uppgår till 8,3 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012. Medlen används till kostnader för beredskapslager av antivirala läkemedel och antibiotika samt till den fortsatta utvecklingen av skaderegistreringssystemet Injury Data Base.

Inom ramen för anslaget och den så kallade Dagmaröverenskommelsen har det under flera år gjorts satsningar på kvalitetsregister. Regeringen avser att fortsätta göra satsningar på kvalitetsregister från anslaget och förstärker anslaget från och med 2012 med 80 miljoner kronor per år för utökade kvalitetsregistersatsningar (se avsnitt 4.10.4).

Anslaget föreslås ökas 2012 med 160 miljoner kronor för satsningar på tillgänglighet, innefattande bl.a. hälsodagbok och stimulansbidrag för införande av LOV (se avsnitt 4.10.1). För 2013 och 2014 beräknas motsvarande satsning till 100 miljoner kronor per år.

**Tabell 4.21 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>944 765</b>	<b>944 765</b>	<b>944 765</b>	<b>944 765</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	753 000	646 000	646 000	-469 000
Överföring till/från andra anslag	14 158	15 649	15 649	14 449
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 711 923</b>	<b>1 606 414</b>	<b>1 606 414</b>	<b>490 214</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 711 923 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* under 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 1 606 414 000 kronor, 1 606 414 000 kronor respektive 490 214 000 kronor.

#### 4.12.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

**Tabell 4.22 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2010	Utfall	578 806		-27 901
2011	Anslag	623 425 <sup>1</sup>		624 626
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>583 692</b>		
2013	Beräknat	604 451		
2014	Beräknat	628 018		
2015	Beräknat	650 902		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används till att finansiera ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden. Administrationen sköts av Försäkringskassan och grundar sig på fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) och EU-förordning 883/04 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Under 2010 uppgick anslaget till cirka 557 miljoner kronor och utfallet under samma år blev 579 miljoner kronor.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har kopplingar till det svenska EU-medlemskapet och till sjukvårdsavtal som Sverige tecknat med andra länder. Kostnaderna

inom anslaget kan delas upp i fyra olika områden – turistvård, sjuk- och tandvårdstjänster, pensionärsvård samt konventionsvård.

Med termen turistvård avses vård för svenska turister som blivit sjuka i samband med tillfällig vistelse i annat EU-land samt vård för studerande och utsända. I begreppet ingår även planerad vård efter förhandstillstånd. Begreppet sjuk- och tandvårdstjänster avser kostnader i samband med ersättningar i enlighet med EUF-fördragets artiklar 56–57 om den fria rörligheten för tjänster. I begreppet pensionärsvård ingår vård för svenska pensionärer som valt att bosätta sig i annat medlemsland. Termen konventionsvård avser kostnader till följd av bilaterala överenskommelser om vårdförmåner och betalningsavståenden med länder inom och utanför EU.

Kostnaderna för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden har stigit i och med ett ökat europeiskt samarbete, en utvidgad union, en ökad rörlighet över gränserna samt en ökad kunskap om rättigheter och möjligheter i ett integrerat Europa.

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd antog i mars 2011 direktivet 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bakgrunden till direktivet är ett antal domar i EU-domstolen som slagit fast att sjukvård, oavsett hur den är finansierad och organiserad, träffas av EUF-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster. Patienter har därför rätt till ersättning från sitt hemland för vård utförd i andra EU-länder på samma villkor som gäller för vård i hemlandet. Enligt direktivets bestämmelser ska medlemsstaterna senast den 25 oktober 2013 genomföra nödvändiga ändringar i nationell lagstiftning i överensstämmelse med vad som föreskrivs i direktivet.

#### Regeringens överväganden

Kostnaden för sjukvårdsförmånerna i internationella förhållanden har kopplingar till det svenska medlemskapet i EU och till avtal om sjukvårdsförmåner som Sverige tecknat med andra länder. Med medlemskapet i EU följer ett kostnadsansvar för sjukvård som lämnas i andra EU-länder till personer som är försäkrade i Sverige samt till pensionärer som är bosatta i en annan medlemsstat. På motsvarande sätt har andra medlemsstater ett kostnadsansvar gent-

emot Sverige. Utgifterna bestäms av faktorer som till övervägande del är svåra att påverka – människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Eftersläpningen i debiteringen för turist- och pensionärvården bidrar också till osäkerheten i prognoserna för vård i internationella förhållanden.

**Tabell 4.23 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>603 425</b>	<b>603 425</b>	<b>603 425</b>	<b>603 425</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	-56 827	-49 220	-53 638	113 763
Volym	37 094	50 246	78 231	-66 286
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>583 692</b>	<b>604 451</b>	<b>628 018</b>	<b>650 902</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 583 692 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 604 451 000 kronor, 628 018 000 kronor respektive 650 902 000 kronor.

#### 4.12.8 1:8 Bidrag till psykiatri

**Tabell 4.24 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

År	Utfall	802 550	Anslags-sparande	109 650
2010	Utfall	802 550	Anslags-sparande	109 650
2011	Anslag	887 942 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	867 857
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>867 330</b>		
2013	Beräknat	867 330		
2014	Beräknat	867 330		
2015	Beräknat	867 330		

<sup>1</sup> Inklusivt ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Under 2010 uppgick anslaget till cirka 890 miljoner kronor och utfallet var cirka 797 miljoner kronor. Det huvudsakliga skälet till överskottet är att avsatta medel till sysselsättningsnedsättningen riktad mot kommunerna (cirka 75 miljoner kronor) endast delvis har förbrukats på grund av att det bara är ett fåtal kommuner som har sökt bidraget. Ett ytterligare skäl är att Socialstyrelsen endast har kunnat förbruka en mindre del av de medel (25 miljoner kronor) som avsatts för förstärkt tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Bakgrunden är det omfattande förändringsarbetet på grund av övertagandet av tillsynen av socialtjänsten.

Under 2011 har regeringen avsatt cirka 888 miljoner kronor för att genom olika insatser åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Insatserna har i huvudsak bestått av uppdrag till myndigheter och överenskommelser mellan regeringen och SKL.

#### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2012 för ramanslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 21 000 000 kronor 2013–2017.

**Skälen för regeringens förslag:** Den grundforskning som finansieras av Vetenskapsrådet bedrivs vanligen i form av fleråriga projekt. Följaktligen medför finansiering av forskning i form av stöd till anställningar fleråriga åtaganden.

Regeringen anser därför att Vetenskapsrådet för budgetåret 2012 ska ges möjlighet att fatta beslut om stöd till forskning som innebär åtaganden för kommande budgetår.

**Tabell 4.25 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2010	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014–2017
Ingående åtaganden	0	10 739	20 000		
Nya åtaganden	10 739	14 261	13 000		
Infriade åtaganden	0	-5 000	-12 000	-12 000	-9 000
Utestående åtaganden	10 739	20 000	21 000		
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>25 000</b>	<b>21 000</b>	<b>21 000</b>		

## Regeringens överväganden

Psykiatriområdet är ett av regeringens mest prioriterade områden. Genom de satsningar som presenterades för riksdagen våren 2009 (skr. 2008/09:185) har regeringen inlett ett omfattande förbättrings- och utvecklingsarbete som ska leda till bättre villkor för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Det är viktigt att detta arbete fortsätter. Målsättningen med regeringens politik är att genom strategiska och mer långsiktiga satsningar åstadkomma varaktiga förbättringar inom detta område. Det är också angeläget att åtgärder vidtas som motverkar psykisk ohälsa i befolkningen, särskilt när det gäller barn och unga.

Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning har regeringen tidigare, efter beslut i riksdagen, gjort överföringar mellan anslaget 1:8 och andra anslag inom andra utgiftsområden, bl.a. till Karolinska institutet för utökad antal platser på psykologprogrammet. Dessa överföringsbelopp kommer att förändras årligen i takt med att programmet byggs ut till full volym, och när det gäller psykologprogrammet vid Karolinska institutet omfattar de cirka 11,5 miljoner kronor 2012 för plats- och studiemedelskostnader.

Anslaget minskas med 3 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 för att finansiera en utvidgning av förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området till att även omfatta områdena folkhälsa och stöd till efterlevande. Anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* ökar med motsvarande belopp.

Anslaget minskas med 15 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 för att finansiera andra angelägna satsningar inom utgiftsområde 9.

**Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>887 942</b>	<b>887 942</b>	<b>887 942</b>	<b>887 942</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-15 000	-15 000	-15 000	-15 000
Överföring till/från andra anslag	-5 612	-5 612	-5 612	-5 612
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>867 330</b>	<b>867 330</b>	<b>867 330</b>	<b>867 330</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 867 330 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 867 330 000 kronor respektive år.

## 4.12.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

**Tabell 4.27 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2010	1 000 000	0	
2011	Anslag	1 000 000 <sup>1</sup>	1 000 000
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>	
2013	Beräknat	1 000 000	
2014	Beräknat	1 000 000	
2015	Beräknat	1 000 000	

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för statsbidrag till landstingen för att kontinuerligt arbeta med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Medlen fördelas genom en resultatbaserad ersättningsmodell som regeringen och SKL årligen kommer överens om. Avsikten är att genom tydliga incitament ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i rätt tid. Syftet är att eliminera de vårdköer som i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar samhällets kostnader för hälso- och sjukvården. För 2010 uppgick anslaget till 1 miljard kronor och utfallet var 1 miljard kronor.

### Regeringens överväganden

Regeringen ingick i december 2008 en överenskommelse med SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen omfattar 1 miljard kronor per år 2010–2012 och ska revideras årligen. I överenskommelsen regleras de kriterier som landstingen ska uppfylla för att statliga bidrag ska utbetalas. Vid avstämningen av 2010 års resultat konstaterades att trots att kraven har ökat i jämförelse med 2009 års överenskommelse klarade 20 av 21 landsting av att ge åtminstone 80 procent av patienterna vård inom vårdgarantins gräns på 90 dagar för antingen besök eller behandling eller både och. En utförligare beskrivning av arbetet med kömiljarden ges i avsnitt 4.5.1.

I slutet av 2010 ingicks överenskommelsen som ska gälla 2011 års kömiljard. Grundkonstruktionen är densamma men satsningen stramas åt ytterligare för att skynda på arbetet med att förbättra tillgängligheten. I och med att vårdgarantins 90-dagarsgränser numera regleras i hälso- och sjukvårdslagen (3 g §) och förordning (2010:349) om vårdgaranti så har kraven på landstingen förändrats så tillvida att landstingen under året måste klara av att ge patienter ett besök eller en behandling inom 60 dagar.

**Tabell 4.28 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

Tusental kronor				
	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor respektive år.

#### 4.12.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

**Tabell 4.29 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor				
2010	Utfall	74 000	Anslags-sparande	0
2011	Anslag	74 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	74 000
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>74 000</b>		
2013	Beräknat	74 000		
2014	Beräknat	74 000		
2015	Beräknat	74 000		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Den 31 mars 2004 antog Europaparlamentet och rådet ett direktiv (2004/23/EG) om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Direktivet har genomförts i svensk rätt genom lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler. För 2010 uppgick anslaget till 74 miljoner kronor och utfallet var 74 miljoner kronor.

## Regeringens överväganden

Sjukvårdshuvudmännens kostnader för genomförandet i Sverige av de krav direktivet ställer beräknades till 119 miljoner kronor per år under tio år, 2008–2017. Av dessa utbetalas 45 miljoner kronor via anslaget 1:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resterande medel utbetalas via detta anslag.

**Tabell 4.30 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
Anvisat 2011 <sup>1</sup>	74 000	74 000	74 000	74 000
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 74 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *Bidrag för mänskliga vävnader och celler* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 74 000 000 kronor respektive år.

### 4.12.11 1:11 Läkemedelsverket

**Tabell 4.31 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket**

Tusental kronor

2010	Utfall	Anslags-sparande	0
2011	Anslag	113 190 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos 110 821
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>113 190</b>	
2013	Beräknat	113 190	
2014	Beräknat	113 190	
2015	Beräknat	113 190	

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Detta anslag används för vissa verksamheter vid Läkemedelsverket. Verksamheterna omfattar bl.a. marknadsbevakningen för medicintekniska produkter, utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen

(2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler, samt ökade kostnader för Läkemedelsverket till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områdena för kosmetika, medicinteknik och avancerade terapier. De omfattar även myndighetens ökade kostnader efter apoteksomregleringen, bl.a. Giftinformationscentralen, producentoberoende läkemedelsinformation och centrumet för bättre läkemedelsanvändning. Anslaget är nytt för 2011.

## Regeringens överväganden

**Tabell 4.32 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:11 Läkemedelsverket**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
Anvisat 2011 <sup>1</sup>	113 190	113 190	113 190	113 190
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>113 190</b>	<b>113 190</b>	<b>113 190</b>	<b>113 190</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 113 190 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 113 190 000 kronor respektive år.

### 4.12.12 1:12 Myndigheten för vårdanalys

**Tabell 4.33 Anslagsutveckling 1:12 Myndigheten för vårdanalys**

Tusental kronor

2010	Utfall	Anslags-sparande	0
2011	Anslag	18 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos 13 903
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>27 000</b>	
2013	Beräknat	29 428 <sup>2</sup>	
2014	Beräknat	29 858 <sup>3</sup>	
2015	Beräknat	30 646 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 28 865 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 28 685 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 28 684 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget ska användas för Myndighetens för vårdanalys förvaltningskostnader. Myndigheten för vårdanalys har till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Myndigheten inrättades den 1 januari 2011 och är under uppbyggnad under 2011 och 2012.

### Regeringens överväganden

Den 1 januari 2011 inrättades Myndigheten för vårdanalys. Myndigheten ska bl.a. följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt inom sitt verksamhetsområde bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning. Myndigheten har även till uppgift att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde.

Anslaget tillförs 2012 cirka 7 miljoner kronor från anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Medel överförs även för socialtjänstområdet, från anslag 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindringsområdet*, 2 miljoner kronor för 2012 samt ytterligare 2 miljoner kronor beräknas per år från och med 2013. Ökningen av anslaget beror på att myndigheten är under uppbyggnad under 2011 och 2012.

**Tabell 4.34 Härläning av anslagsnivån 2012–2015, för 1:12 Myndigheten för vårdanalys**

Tusental kronor				
	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>18 000</b>	<b>18 000</b>	<b>18 000</b>	<b>18 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	179	533	923	1 422
Beslut	1 970	3 910	3 845	3 947
Överföring till/från andra anslag	6 851	6 985	7 131	7 320
Övrigt			-42	-43
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>27 000</b>	<b>29 428</b>	<b>29 858</b>	<b>30 646</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 27 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:12 *Myndigheten för vårdanalys* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 29 428 000 kronor, 29 858 000 kronor respektive 30 646 000 kronor.

### 4.13 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälso- och smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska verka för en god hälsa och social välfärd samt för stödinsatser, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de handikappolitiska målen med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar vara samlade, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Inom ramen för dessa verksamheter har Socialstyrelsen tre huvuduppgifter. Socialstyrelsen ska bygga upp och sprida kunskap, arbeta med regelgivning och utöva tillsyn.

Inom ramen för verksamhetsgrenen kunskap samlar myndigheten in, sammanställer, analyserar och rapporterar inom sina ansvarsområden. Genom statistikframställning, uppföljning och utvärdering följer myndigheten utvecklingen inom sina ansvarsområden. Socialstyrelsens arbete ska bidra till att vård och omsorg baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, och att patienter, klienter och brukare får god vård, omsorg och service.

Normeringsarbetet handlar om att ta fram föreskrifter och allmänna råd inom hälso- och sjukvård, smittskydd, hälsoskydd och socialtjänst. I begreppet inkluderas nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg, klassifikationer av sjukdomar och åtgärder, rekommenderade termer och begrepp samt kompetensbeskrivningar. Normeringen ska vara ett stöd för de verksamhetsansvariga och personalen i deras arbete med att höja kvaliteten och öka säkerheten och effektiviteten.

Tillsynsverksamheten kontrollerar på olika sätt att lagstiftningen följs inom hälso- och sjukvård, smittskydd och hälsoskydd och socialtjänst. Länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har förts över till Socialstyrelsen och samordnats med Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården. Även tillsynen av Statens Institutionsstyrelsens institutioner är numera en uppgift för Socialstyrelsen.

#### 4.13.1 7:1 Socialstyrelsen

**Tabell 4.35 Anslagsutveckling 7:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2010	Utfall	829 474		53 306
2011	Anslag	899 766 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	898 110
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>953 409</b>		
2013	Beräknat	955 576 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	973 964 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	999 222 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 937 362 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 936 107 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 936 108 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Socialstyrelsens förvaltningskostnader. Under 2010 uppgick anslaget till cirka 865 miljoner kronor och utfallet var cirka 829 miljoner kronor.

**Tabell 4.36 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor				
Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2010	24 710	0	22 647	2 063
Prognos 2011	22 200	0	22 500	-300
Budget 2012	22 200	0	22 500	-300

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta, utan dessa inlevereras i sin helhet till statens budgets inkomstsida. Socialstyrelsen ska även ta ut avgifter för tillsyn av blodverksamhet. Myndigheten disponerar inte dessa avgifter. Socialstyrelsen ska utöva till-

syn över verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. Tillsynen är avgiftsbelagd och avgifterna disponeras inte av Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kostnader för tillsynsuppgifterna för blod-, vävnads- och cellverksamhet kommer under en övergångstid på cirka ett år att väsentligen överskrida det resurstillskott som Socialstyrelsen erhållit. När föreskriftsarbetet och det inledande arbetet med tillståndsgivning är genomfört kommer kostnaderna att motsvara intäkterna.

**Tabell 4.37 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2010	17 084	16 316	766
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2011	18 000	18 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2012	18 000	18 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2010 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivningkostnader i tabellens beräkningar, inte personalkostnader.

Anskaffning av läkemedel kommer under de två närmaste åren att ske i dialog med Regeringskansliet varför inget belopp anges i fältet beräknad upplåning. I kostnaderna för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. ingår tryckkostnader, lagring, distribution, grafisk form och fotografier. Kostnader för personal, språkgranskning och översättning ingår inte.

#### Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har inrättat ett antal kunskapscentrum runt om i landet, som utvecklar, bevakar och samordnar kunskap om krisberedskap inom det medicinska fältet. Socialstyrelsen lade fram ett förslag om att inrätta dessa kunskaps- och forskningscentra mot bakgrund av det som kom fram i försvarsberedningens rapport Förändrad omvärld – omdanat försvar (Ds 1999:2) och i regeringens proposition 1998/99:74. Kunskapscentrumen har hittills finansierats med

medel från anslag 2:4 *Krisberedskap* inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. Verksamheten vid kunskapscentrum faller utanför ramen för de nya finansieringsprinciper för anslaget 2:4 *Krisberedskap* som regeringen har angett i budgetpropositionen för 2010 (prop. 2009/10:1, bet. 2009/10:FöU1, rskr. 2009/10:104). Den verksamhet som bedrivs vid kunskapscentrum är unik för den svenska krisberedskapen. Mot denna bakgrund överförs 19 miljoner kronor från anslaget 2:4 *Krisberedskap* inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap till en ny anslagspost under anslag 7:1 *Socialstyrelsen*. Överföringen av medel kommer att innebära ett formaliserat ansvar för Socialstyrelsen vilket kommer att anges i myndighetens instruktion. Regeringen avser vidare att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma en långsiktig strategi för kunskapscentrumens verksamhet samt att utarbeta rutiner för uppföljning, kunskapspridning och erfarenhetsåterföring på området.

Det expertstöd som de medicinska expertgrupperna besitter ska snabbt kunna utgöra en beredskapsresurs både nationellt och internationellt. De medicinska expertgrupperna utgör ett unikt expertstöd för samhället som kan användas vid allvarliga händelser med kemikalier eller radionukleära ämnen. Utan dessa expertstöd reduceras samhällets operativa förmågan att hantera allvarliga händelser inom respektive expertområde i hög grad. Medicinska expertgrupper faller utanför ramen för de nya finansieringsprinciper för anslaget 2:4 *Krisberedskap* inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. Mot denna bakgrund överförs 1,7 miljoner kronor från anslaget 2:4 *Krisberedskap* till en ny anslagspost under anslag 7:1 *Socialstyrelsen*. Ansvaret för de medicinska expertgrupperna kommer att anges i Socialstyrelsens instruktion.

Regeringen beräknade i budgetpropositionen för 2011 en satsning om 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 på anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för särskilda stöd till patienter som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård (se avsnitt 4.10.3 och 4.12.4). Regeringen avser att lämna en proposition rörande denna satsning till riksdagen under hösten 2011. För 2012 föreslås Socialstyrelsen tillföras 12 miljoner kronor från anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för föreskriftsarbete kopplat till genomförandet av sats-

ningen. Anslaget 7:1 *Socialstyrelsen* föreslås således öka med 12 miljoner kronor 2012.

Socialdepartementet fortsätter arbetet från förra året att renodla finansieringen av Socialstyrelsen i syfte att öka transparensen i finansieringen. På anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* har Socialstyrelsen tidigare disponerat 17,7 miljoner kronor för ett arbete med att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser och brukarundersökningar inom socialtjänsten. Regeringen föreslår att finansieringen av detta arbete fortsättningsvis sker via Socialstyrelsens förvaltningsanslag och att anslaget 7:1 *Socialstyrelsen* därför ökas med 17,7 miljoner kronor från och med 2012. Anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* föreslås minska med motsvarande belopp.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för Socialstyrelsens verksamhet i stort bör kvarstå.

**Tabell 4.38 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 7:1 Socialstyrelsen**

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>899 766</b>	<b>899 766</b>	<b>899 766</b>	<b>899 766</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	8 599	26 249	45 334	69 843
Beslut	13 688	-2 615	-2 669	-2 738
Överföring till/från andra anslag	31 141	30 498	31 127	31 934
Övrigt	215	1 678	407	417
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>953 409</b>	<b>955 576</b>	<b>973 964</b>	<b>999 222</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 953 409 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Socialstyrelsen* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 955 576 000 kronor, 973 964 000 kronor respektive 999 222 000 kronor.

## 4.14 Övrig verksamhet

### 4.14.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Verket utövar även tillsyn över kosmetiska och hygienprodukter. Läkemedelsverket har vidare ett sektorsansvar för miljöfrågor med anknytning till verkets verksamhetsområde. Läkemedelsverket ska bidra till att uppfylla målet för hälso- och sjukvårdspolitiken genom att bl.a. verka för en säker och rationell läkemedelsanvändning.

Läkemedelsverkets intäkter och kostnader uppgick 2010 till cirka 612,5 miljoner kronor respektive 567,5 miljoner kronor. Årets kapitalförändring uppgick därmed till cirka 45 miljoner kronor. Myndighetskapalet hade vid utgången av 2010 ett underskott på drygt 22 miljoner kronor. Läkemedelsverket har fram till och med utgången av 2010 finansierats till övervägande del av avgifter som betalas in av företag i enlighet med förordningen (1993:595) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. Läkemedelsverket redovisar en resultatförbättring om cirka 153 miljoner kronor för 2010 i förhållande till 2009. Resultatet kan härleds främst till ökade intäkter av avgifter och andra ersättningar samt regeringens beslut att fr.o.m. den 1 april 2009 ta bort en avgiftsreduktion, vilket gett helårseffekt 2010.

**Tabell 4.39 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2010	1 548	517 655	-474 026	45 177
Prognos 2011	2 844	496 957	-466 432	33 369
Budget 2012	2 844	527 115	-513 843	16 476

Förutsättningarna för Läkemedelsverket att utöva sin roll som central förvaltningsmyndighet på läkemedelsområdet har förändrats under de senaste åren, bland annat som en konsekvens av omregleringen på apoteksområdet. Behovet av samarbete med och stöd till andra myndigheter och andra aktörer har ökat och arbetet har blivit mer komplext i takt med att ambitionerna på Läkemedelsverket höjts. Verkets uppgifter ställer höga krav på kompetens och samordning inom myndigheten. Regeringen anser att verket

är på god väg med en att tillrättalägga de styrnings- och uppföljningsprogram samt den ekonomiska obalans som har uppstått vid tidigare års bristande kontroll. Läkemedelsverket arbetar dessutom vidare med att behålla och vidare öka kostnadsmedvetenheten i organisationen.

Regeringskansliet utarbetade under 2010 en ny förordning (2010:1167) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. Förordningen trädde ikraft den 1 januari 2011. Tanken bakom den nya förordningen för avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel är att den ska spegla verkets faktiska kostnader för läkemedelskontrollen.

Under 2010 har Läkemedelsverket fortsatt att arbeta för att minska ärendebalanser för ansökningar om nationella läkemedelsgodkännanden. Balansen har minskat under året eftersom verket avslutade betydligt fler nationella ansökningar (186 stycken) än vad som inkom (139 stycken).

Läkemedelsverket har tillsammans med andra myndigheter getts i uppdrag att bidra till att kunskapsspridningen till hälso- och sjukvården planeras och utförs på ett sådan sätt att staten så långt som möjligt uppfattas som en samordnad aktör av huvudmännen. Under året har förts en kontinuerlig dialog om arbetsfördelning mellan Socialstyrelsen, SBU, TLV och Läkemedelsverket vad gäller bl.a. värdering av läkemedel och behandlingsrekommendationer. Myndigheterna har gemensamma beröringspunkter i arbetet med sina kunskapsunderlag. Arbetet pågår fortfarande och bör ha samordningsvinster i ett längre perspektiv.

Läkemedelsverket har under 2010 fortsatt att vara involverat internationellt och har under året behållit sin ställning inom EU och låg i topp när det gäller antalet rapportörskap i den centrala godkännandeprocessen. Detta ligger väl i linje med regeringens intentioner att verket fortsatt ska ha en hög profil i det internationella arbetet såväl vad beträffar EU som globalt.

Läkemedelsverket har fått en ny utökad roll till följd av omregleringen av apoteksmarknaden vilket ställer nya och förändrade krav på samverkan med nya aktörer. Dessutom måste en ny marknad styras upp, vilket förutsätter såväl en utvecklad kompetens som utvecklad samverkan med aktörer och departement. Läkemedelsverket har gjort förstärkningar på apoteksområdet vilket gjort att synliga resultat har uppnåtts under 2010.

#### 4.14.2 Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn

##### *Apoteket AB*

Apoteket Aktiebolag (publ) (Apoteket AB) är ett av staten helägt bolag som har till uppgift att tillhandahålla varor och tjänster inom läkemedelsområdet. Under omregleringen av apoteksmarknaden ägdes Apoteket AB av moderbolaget Apoteket Omstrukturering AB (OAB), som hade inrättats för att leda och övervaka de processer som var nödvändiga för att omstrukturera Apoteket AB under denna period. Den 29 april 2010 delade OAB ut aktierna i Apoteket AB till staten.

Den 1 juli 2009 trädde en ny lag om handel med läkemedel i kraft och apoteksmarknaden öppnades därmed för konkurrens. I början på 2010 överlämnades cirka hälften av Apoteket AB:s apotek till fyra olika köpare. Dessutom överfördes 150 apotek till den s.k. Apoteksgruppen för att drivas av småföretagare.

Apotekets nettoomsättning uppgick 2010 till cirka 26,3 miljarder kronor (43,1 miljarder kronor 2009). Minskningen förklaras av lägre verksamhetsvolym till följd av avyttring av apotek. I jämförbara apotek ökade nettoomsättningen med 1,9 procent. Försäljningen av receptbelagda läkemedel svarade för nästan fyra femtedelar av den totala försäljningen av läkemedel till konsument medan receptfria produkter och andra produkter för egenvård svarade för drygt en femtedel av försäljningen. Rörelseresultatet uppgick till 63 miljoner kronor medan resultatet efter skatt uppgick till cirka 4,5 miljarder kronor. Resultatet belastades med omreglerings- och omstruktureringkostnader på sammanlagt 244 miljoner kronor. Apoteket lämnade för verksamhetsåret 2010 en utdelning till ägaren på 5,4 miljarder kronor till följd av försäljningen av apotek.

Under 2010 öppnades 24 nya öppenvårdsapotek. Apoteket AB har också avtal med cirka 800 apoteksombud för att trygga läkemedelsförsörjningen i glesbygd.

Regeringen bedömer att Apoteket AB även under 2010 har fortsatt att bidra till läkemedelsförsörjningen på ett tryggt, säkert och effektivt sätt och att bolaget är en väl fungerande aktör på den nya apoteksmarknaden. Bolaget har fortsatt placerat sig väl i mätningar när det gäller attityder och kundnöjdhet.

##### *Apoteksgruppen*

I april 2010 ombildades Apoteket Omstrukturering AB (OAB) till holdingbolag i Apoteksgruppen-koncernen. Bolaget ändrade samtidigt firma till Apoteksgruppen i Sverige Holding AB. Koncernen består av holdingbolaget samt dotterbolagen Apoteksgruppen i Sverige AB och Apoteksgruppen i Sverige Förvaltning AB. Under 2010 och 2011 har den försäljningsprocess, som inleddes 2009, fortsatt. Genom denna process bolagiseras och avyttras 150 apotek till småföretagare, som blir majoritetsägare i dessa bolag. Apoteksgruppen i Sverige AB ansvarar för en medlemsorganisation för småföretagare som förvärvat apotek. Medlemsorganisationen innehåller en särskild stödstruktur för småföretagare som innebär samverkan kring t.ex. inköp, distribution, it och kvalitet samt att stöd ges i organisatoriskt och administrativt hänseende. Apoteksgruppen i Sverige Förvaltning AB lämnar krediter till småföretagare på upp till 40 procent av försäljningspriset för respektive apotek. Till uppgifterna för Apoteksgruppen i Sverige Holding AB hör också att slutföra vissa uppgifter med anknytning till omregleringen.

Nettoomsättningen i koncernen minskade under 2010 från 43,1 miljarder kronor till 12,4 miljarder kronor, vilket berodde på att stora delar av verksamheten överläts under 2010. Rörelseresultatet efter skatt uppgick till ett underskott om 233 miljoner kronor. Utdelningen för verksamhetsåret 2010 uppgick till 203 miljoner kronor.

Försäljningen av apotek och överlämnandet till nya ägare har fortskridit i en takt som bedöms rimlig. Under 2010 såldes 89 apotek. Apoteksgruppen bedöms liksom Apoteket AB ha bidragit till läkemedelsförsörjningen på ett positivt sätt under 2010.

##### *Apotekens Service*

Apotekens Service AB har inrättats för att genom sin verksamhet skapa förutsättningar för en väl fungerande konkurrens på apoteksmarknaden genom att ge öppenvårdsapoteken tillgång till databaser, register och annan samhällsnyttig infrastruktur på likvärdiga och icke-diskriminerande villkor. Andra uppgifter som bolaget har är bl.a. att förmedla ersättning från landstingen till öppenvårdsapoteken enligt förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. Finansieringen av bolagets verksamhet sker huvudsakligen genom att man tar ut en avgift,

som fastställs av TLV, av apoteksaktörerna. I mars 2010 övergick Apotekens Service AB i direkt statlig ägo genom utdelning från dåvarande OAB.

Under 2010, som var det första hela verksamhetsåret efter apoteksreformens ikraftträdande, uppgick rörelsens intäkter till 256 miljoner kronor och resultatet efter skatt till 1,5 miljoner kronor. Enligt bolagsordningen ska det inte ske någon vinstutdelning till aktieägaren. Vinsten ska, i den mån den inte reserveras, användas för att främja bolagets ändamål. Bolaget fick i december 2009 31,2 miljoner kronor för att inrätta ett nationellt dosregister och utreda förut-sättningarna för ett nationellt samtyckesregister samt utveckla läkemedelsförteckningen. Bidrag har också för 2010 lämnats från staten för driften av läkemedelsförteckningen med 3 miljoner kronor och för drift och utveckling av elektroniskt expertstöd (EES) med 38 miljoner kronor.

Apotekens Service AB bedöms under 2010 ha utfört sina uppgifter väl och bidragit till en effektiv och säker distribution av läkemedel.

#### *APL*

Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL) är ett företag som har som huvuduppgift att tillverka extemporeläkemedel och lagerberedningar. Bolaget ägs från den 30 juni 2010 direkt av staten, efter att tidigare ha varit ett dotterbolag till Apoteket AB.

Nettoomsättningen under 2010 blev 500 miljoner kronor, vilket var något lägre än 2009. Bruttovinsten minskade med drygt 8 procent, vilket huvudsakligen förklaras av kassationer av produkter som APL inte längre får tillhandahålla. För verksamhetsåret 2010 delades drygt 2 miljoner kronor ut till staten.

APL har under 2010 fullgjort sin huvuduppgift på ett tillfredsställande sätt. Under 2010 trädde ny lagstiftning i kraft som innebar att även marknaden för extempore- och lagerberedningar blev konkurrensutsatt.

## 5 Folkhälsopolitik

### 5.1 Omfattning

Folkhälsopolitiken spänner över flera samhällssektorer vilket innebär att verksamheter och insatser inom flera utgiftsområden bidrar till politikens genomförande. Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen är myndigheter som spelar en central roll inom folkhälsoområdet genom att de fungerar som kunskapscentrum, ansvarar för nationell uppföljning och utvärdering såväl av folkhälsans utveckling som av insatser inom folkhälsoområdet samt ansvarar för tillsyn och epidemiologisk bevakning. Folkhälsoforskning finansieras bland annat av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap och av Vetenskapsrådet.

Inom utgiftsområde 9, delområde folkhälsopolitik, finns ett särskilt ansvar för smittskydd

och hälsoskydd och för en rad frågor av betydelse för samhällets beredskap i hälsorelaterade frågor, främst inom smittskyddsområdet.

Inom folkhälsopolitiken finns även ett särskilt ansvar för insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor i befolkningen. Vidare finansierar regeringen bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser.

Inom området finansieras även Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO), Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap samt Alkoholsortimentsnämnden.

### 5.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik**

*Miljoner kronor*

	Utfall 2010	Budget 2011 <sup>1</sup>	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
<b>Folkhälsopolitik</b>							
2:1 Statens folkhälsoinstitut	130	134	136	<b>137</b>	141	143	147
2:2 Smittskyddsinstitutet	194	197	198	<b>216</b>	226	230	236
2:3 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0
2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	15	20	15	<b>20</b>	21	21	21
2:5 Bidrag till WHO	37	35	34	<b>35</b>	35	35	35
2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	246	257	222	<b>299</b>	299	299	114
2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	144	146	142	<b>146</b>	146	146	146
2:8 Insatser för vaccinberedskap	2	85	0	<b>85</b>	85	85	85
<b>Summa Folkhälsopolitik</b>	<b>768</b>	<b>873</b>	<b>748</b>	<b>936</b>	<b>951</b>	<b>958</b>	<b>783</b>

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FIU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

### 5.3 Mål

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:35:SoU7, rskr. 2002/03:145).

För att nå målet krävs ett sektorsövergripande, långsiktigt och målinriktat arbete av aktörer på många olika nivåer i samhället. Ansvaret för de statliga insatserna är fördelat mellan departementen i Regeringskansliet och de statliga myndigheterna. Det huvudsakliga folkhälsoarbetet utförs på regional och lokal nivå av länsstyrelser, landsting, kommuner och idéburna organisationer.

Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bland annat på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (2010:1622), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808) och livsmedelslagen (2006:804).

#### *En samlad målstruktur med elva målområden*

För att underlätta uppföljningen av arbetet med att nå det övergripande målet har en samlad mål- och uppföljningsstruktur med elva målområden utvecklats. Målområdena omfattar politikområden som är relevanta för folkhälsoarbetet och de grupperar hälsans bestämningsfaktorer, dvs. de faktorer i människors levnadsvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor som har störst betydelse för folkhälsan.

De elva målområdena är:

1. Delaktighet och inflytande i samhället,
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar,
3. Barns och ungas uppväxtvillkor,
4. Hälsa i arbetslivet,
5. Miljöer och produkter,
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård,
7. Skydd mot smittspridning,
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa,
9. Fysisk aktivitet,
10. Matvanor och livsmedel,
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

#### *Särskilda mål inom vissa områden*

Målet för samhällets smittskydd är enligt smittskyddslagen (2004:168) att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Insatserna inom hälsoskyddsområdet faller inom miljöbalkens (1998:808) mål om att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö.

Målet för insatserna ifråga om hiv/aids är att begränsa spridningen av denna sjukdom och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar och begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och enskilda. En samlad nationell strategi för samhällets insatser för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar presenterades i december 2005 (prop. 2005/06:60, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218).

Målet för insatserna ifråga om antibiotikaresistens är att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människa och djur. En strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar presenterades i december 2005 (prop. 2005/06:50, bet. 2005/06:SoU13, rskr. 2005/06:178).

Målet för de samlade insatserna inom området fysisk aktivitet är att samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet hos hela befolkningen.

Det övergripande målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken antogs av riksdagen den 30 mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203).

Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

#### *Resultatredovisning*

I det följande lämnas först en övergripande redogörelse för hälsoutvecklingen i befolkningen. Därefter följer en beskrivning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer. Resultatredovisningen är av utrymmesskäl kortfattad och

omfattar endast ett urval av bestämningsfaktorer med betydelse för folkhälsan. Redovisningen görs på tre övergripande nivåer:

- levnadsvillkor, som t.ex. ekonomisk och social trygghet och trygga och goda uppväxtvillkor,
- livsmiljöer, som t.ex. miljö i förskola/skola, arbetsmiljö, smittskydd och hälsoskydd,
- levnadsvanor, som t.ex. fysisk aktivitet, matvanor och bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak.

I beskrivningen redogörs för insatser och resultat med relevans för folkhälsoutvecklingen. Eftersom dessa till stor del beskrivs inom andra utgiftsområden ligger tonvikten vid insatser inom utgiftsområde 9.

## 5.4 Folkhälsans utveckling

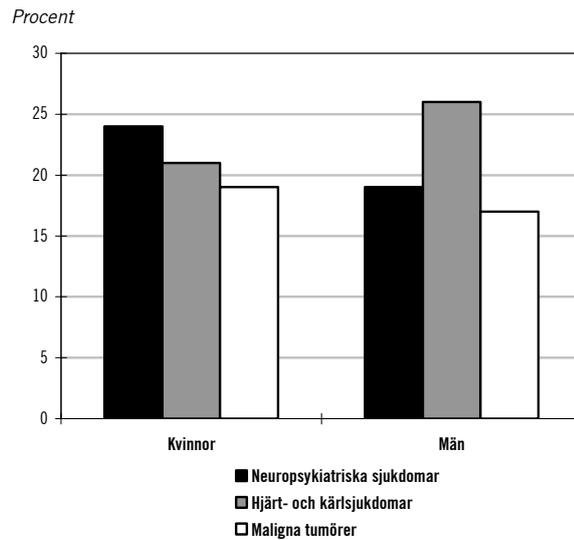
Hälsan i befolkningen har under de senaste decennierna förbättrats, vilket bland annat avspeglar sig i att medellivslängden fortsätter att öka. Nedan följer en kortfattad beskrivning av det aktuella läget. En mer utförlig beskrivning återfinns i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009.

### *Sjukdomsbördan domineras av tre sjukdomsgrupper*

WHO och Världsbanken har tillsammans tagit fram ett mått som mäter sjukdomsbördan av olika folksjukdomar. Med hjälp av detta mått, DALY (Disability Adjusted Life Years) kan man jämföra vilka sjukdomar som leder till mest ohälsa. Måttet väger samman olika sjukdomars påverkan på hälsotillstånd och förtida död.

Enligt beräkningar genomförda av Karolinska institutet på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut dominerades sjukdomsbördan i Sverige 2002 av tre sjukdomsgrupper: hjärt-kärlsjukdomar, neuropsykiatriska sjukdomar och cancer (maligna tumörer). Dessa svarade tillsammans för drygt 60 procent av den totala svenska sjukdomsbördan mätt i DALY. Bland både kvinnor och män bidrar hjärt- och kärlsjukdomar mest till förtida död och neuropsykiatriska sjukdomar mest till nedsatt hälsotillstånd.

**Diagram 5.1 De största sjukdomsgruppernas andel av sjukdomsbördan 2002 uttryckt i DALY (Disability Adjusted Life Years)**



Källa: Statens folkhälsoinstitut, (2006), Sjukdomsbördan i Sverige och dess riskfaktorer (Rapport nr. A 2006:4)

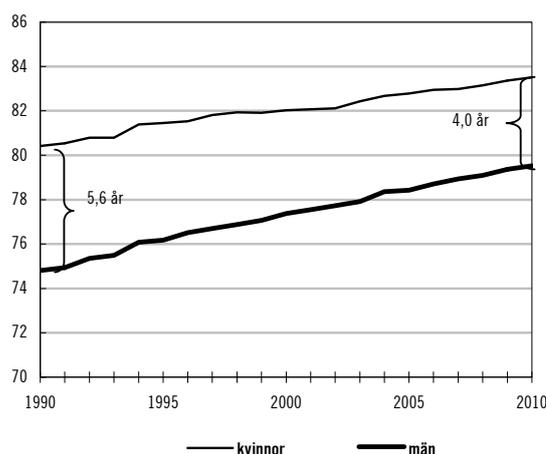
Det har också gjorts en beräkning av några olika riskfaktorer betydelse för den samlade sjukdomsbördan. Högt blodtryck har stor betydelse och beräknas bidra till 12 procent av sjukdomsbördan i Sveriges befolkning och är den riskfaktor som har störst betydelse. Därefter kommer tobak (10 procent), höga blodfetter (8 procent) och övervikt (7 procent). Alkohol bidrar till cirka 5 procent av männens sjukdomsbörda, men inget till kvinnornas.

### *Medellivslängden fortsätter att öka*

Förbättringar i hälsa kan mätas bland annat genom ökad medellivslängd och minskad risk för en för tidig död. Generellt sett har folkhälsans utveckling varit gynnsam. Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige. År 2010 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 79,5 år och en nyfödd flicka 83,5 år. År 2009 var det endast tre länder som hade en längre medellivslängd för män än Sverige medan det var nio länder som hade en längre medellivslängd för kvinnor.

**Diagram 5.2 Medellivslängd 1990–2010**

Medellivslängd i år



Källa: SCB

### *Minskad dödlighet och sjuklighet har bidragit till den goda utvecklingen*

Den minskade spädbarnsdödligheten under hela 1900-talet och den stora nedgången i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar under de senaste decennierna är de främsta orsakerna till att medellivslängden har ökat. Den minskade risken för att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom kan med sannolikhet förklaras av förändrade levnadsvanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor. Även förekomsten av de flesta allvarliga smittsamma sjukdomarna såsom difteri och polio har under 1900-talet minskat kraftigt och flera av dem förekommer enbart i enstaka fall i Sverige.

### *Antalet cancerfall ökar, men överlevnadssiffrorna förbättras*

Cancer är den vanligaste dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. Ända sedan 1960-talet har antalet cancerfall i Sverige ökat. Det beror delvis på en ökande befolkningens mängd och förbättrade möjligheter att ställa diagnos. Det beror också på ett ökat antal äldre personer och att två tredjedelar av alla cancerfall inträffar efter 65 års ålder. Även om hänsyn tas till dessa förändringar har antalet diagnostiserade cancerfall ökat. Samtidigt har överlevnadssiffrorna för cancer sammantaget förbättrats markant. Det finns flera förklaringar till den positiva utvecklingen, men framför allt har behandlingen blivit effektivare och diagnostiken förbättrad och intensifierad.

### *Tidigare oroande utveckling har i många fall avtagit eller vänt*

Orosmolnen när det gäller folkhälsans utveckling har bland annat rört ökande psykisk ohälsa bland barn och unga, ökad förekomst av övervikt och fetma, ökad alkoholkonsumtion, ökad antibiotikaresistens och ökad spridning av sexuellt överförbara sjukdomar. Inom smittskyddsområdet kvarstår den oroande utvecklingen i fråga om resistensutveckling och sexuellt överförbara sjukdomar samtidigt som det finns en oro för smittsamma sjukdomar som snabbt kan få en utbredd förekomst, t.ex. vid en pandemi. Inom övriga områden har de negativa trenderna på befolkningsnivå i många fall avstannat eller vänt, även om nivåerna fortfarande är höga jämfört med början av 1990-talet.

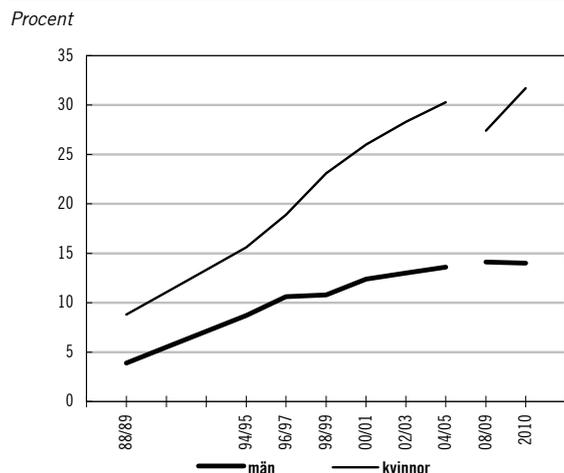
### *Barns hälsa i Sverige är generellt sett god*

Positiva faktorer för hälsoutvecklingen är den låga spädbarnsdödligheten, den höga andelen ammande spädbarn, den låga andelen barnolycksfall, den höga andelen vaccinerade barn och den jämförelsevis låga andel som utsätts för fysisk bestraffning under barndomen. Barn i årskurs 5 känner sig i dag lika friska som eller friskare än barn gjorde för 20 år sedan. Motsvarande andel i årskurs 9 har däremot minskat sedan början av 1990-talet, särskilt bland flickor. Det har blivit fyra till fem gånger vanligare med fetma bland barn under de senaste två decennierna, även om det nu kommer rapporter om att trenden har stannat upp och kanske till och med vänt nedåt. Dagens barn äter mindre godis, dricker mindre läsk och äter mer frukt och grönsaker än i början av 2000-talet.

### *Hälsoutvecklingen bland unga är fortfarande oroande*

Fortfarande finns det flera oroande trender bland ungdomar och unga vuxna. Allt fler ungdomar vårdas på sjukhus för depression, ångest, självmordsförsök och alkoholförgiftning. Sedan mitten av 1990-talet minskar inte längre den för tidiga dödligheten bland unga män i åldersgruppen 16–24 år, medan den fortsatt minskar i alla andra grupper.

**Diagram 5.3 Andel ungdomar 16–24 år som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest 1988/89–2010**



Antalet anmälda fall av klamydiainfektion har ökat under 2000-talet. Bland unga kvinnor ökar dessutom antalet självmord samt antalet vårdtillfällena på sjukhus på grund av anorexia. Bland unga män ökar spelproblemen. Statistiken visar också på en viss uppgång av andelen skolungdomar i årskurs 9 som har använt narkotika. Men det finns också positiva tecken. Exempelvis har såväl den självrapporterade alkoholkonsumtionen som andelen som intensivkonsumerar alkohol sjunkit, både bland skolungdomar i årskurs 9 och bland unga vuxna.

#### *De äldre i Sverige lever allt längre och är friska långt upp i hög ålder*

Andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat under perioden 1980/81–2008/09. Även om andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom också har ökat, så har andelen som har sjukdomar eller besvär som hindrar deras dagliga liv minskat. De vanligaste långvariga sjukdomarna i åldrarna över 65 år är hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Även psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland äldre. Vid 75 års ålder har cirka 15 procent någon psykiatrisk diagnos. Två tredjedelar av alla dödsolyckor i Sverige sker i åldersgruppen 65 år och äldre och hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av olyckor återfinns i denna grupp. Fallolyckor är den klart vanligaste olyckstypen.

#### *Systematiska skillnader mellan olika socioekonomiska grupper*

Även om det svenska samhället i grunden präglas av goda levnadsvillkor finns systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Dessutom finns det systematiska skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Medan hälsan för befolkningen i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna har de relativa skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper förblivit oförändrat stora eller i några fall ökat.

## 5.5 Goda levnadsvillkor

De grundläggande levnadsvillkoren har stor betydelse för befolkningens hälsa. Det handlar t.ex. om möjligheten till delaktighet och inflytande i samhället, möjligheten att nå en utbildningsnivå som ger möjlighet till arbete, de ekonomiska villkoren för självförsörjning och till hälso- och sjukvård på lika villkor. Resultat och insatser inom dessa områden beskrivs huvudsakligen i andra delar av budgetpropositionen. Nedan följer en kortfattad beskrivning av den allmänna utvecklingen och av särskilda insatser som vidtagits inom utgiftsområde 9.

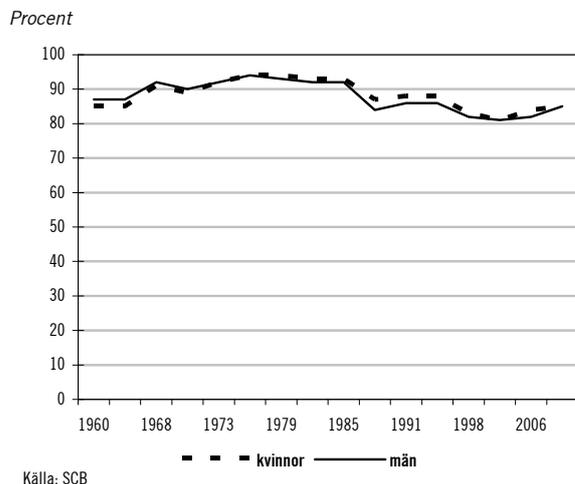
#### *Minskat utanförskap och ökat inflytande leder till en bättre hälsa*

En levande demokrati där möjligheterna till inflytande är goda innebär att makten ska utgå från medborgarna och att varje individ ska ha möjlighet att påverka de beslut som rör den egna vardagen. Om individer eller grupper upplever att de inte kan påverka de egna livsvillkoren och utvecklingen av samhället kan utanförskap och maktlöshet uppstå. Brist på inflytande och möjligheter att påverka har ett starkt samband med ohälsa. Regeringen arbetar därför för att närheten till de politiska besluten ska öka genom förbättrade möjligheter till aktivt deltagande samt för att skapa en god social sammanhållning där individens rätt till självbestämmande inte inskränks av andra individer.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar att demokratisk delaktighet bland annat mäts

genom indikatorn valdeltagande. Det hittills högsta valdeltagandet vid val till riksdagen, 94 procent, nåddes 1976. I 2010 års riksdagsval var valdeltagandet 85 procent. Detta är betydligt lägre än vid rekordvalet 1976, men det har skett en uppgång med nästan fem procentenheter sedan den lägsta noteringen 2002.

**Diagram 5.4 Valdeltagande i riksdagsval 1960–2010**



*Ekonomisk och social trygghet är en förutsättning för en god hälsoutveckling*

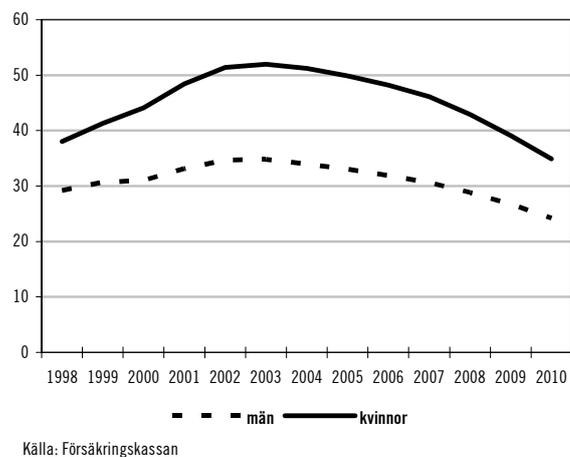
En hög sysselsättningsnivå som möjliggör för människor att försörja sig genom eget arbete är grundläggande för ett välfärdssamhälle. Samtidigt är det viktigt att det finns ett fungerande socialförsäkringssystem som träder in under perioder i livet då sjukdom, olyckor och arbetslöshet drabbar individen. Vidare behövs utbildningsmöjligheter under olika perioder av livet, en samhällsplanering som bidrar till trygga miljöer och sociala tjänster av god kvalitet på lika villkor.

Statens folkhälsoinstitut rekommenderar att bland annat indikatorn ohälsotalet används som ett mått på arbetsmarknadsposition vilket institutet menar är en viktig bestämningsfaktor när det gäller ekonomisk och social trygghet. Ohälsotalet är ett mått på antalet dagar då ersättning betalas ut från någon av de socialförsäkringar som träder i kraft vid ohälsa, ställt i relation till antalet personer som omfattas av försäkringarna.

Ohälsotalet nådde sin högsta nivå under 2003 och har därefter minskat konstant. De senaste åren har ohälsotalet minskat i alla åldersgrupper. I åldersgruppen 60–64 år är ohälsotalet högst, vilket framför allt beror på att en betydligt högre andel personer uppbär sjukersättning. Ohälsotalets minskningstakt är för närvarande cirka tio

procent på årsbasis. Från 2009 till 2010 minskade ohälsotalet från 39,1 till 34,9 dagar bland kvinnor och från 26,7 till 24,2 dagar bland män.

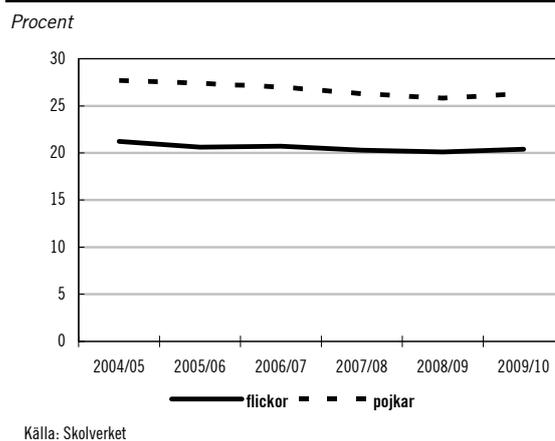
**Diagram 5.5 Ohälsotalet 1998–2010**



*Trygga och goda uppväxtvillkor är avgörande för folkhälsan på lång sikt*

Familjen är den grundläggande gemenskapen i samhället. Föräldrarna har huvudansvaret för barnets välbefinnande. Centrala faktorer för barns och ungas hälsa är förhållandena i barnets familj, barnets relationer till vänner och till andra i barnets omgivning. Andra betydelsefulla faktorer är miljön i bostadsområdet, förskolan, skolan, fritidshemmet och på fritiden, samt förhållanden som berör barnets levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter.

**Diagram 5.6 Andel elever som avslutat årskurs 9 och som ej nått målen i ett eller flera ämnen 2004/05–2009/10**



Fortfarande när en fjärdedel av eleverna i grundskolans årskurs nio inte kunskapsmålen i ett eller flera ämnen. Man kan även se stora skillnader mellan olika grupper av elever.

**Tabell 5.2 Andel ungdomar 10–18 år som kommer mycket eller ganska bra överens med mamma respektive pappa. Åren 2002/03 och 2009/10.**

	mamma		pappa	
	pojkar	flickor	pojkar	flickor
2002/03	92	91	86	83
2009/10	93	92	91	85

Källa: Barn-Ulf, SCB

De allra flesta barn uppger att de kommer mycket eller ganska bra överens med båda sina föräldrar och andelen har ökat från 2002/03 till 2009/10. Föräldrarnas bakgrund, utbildningsnivå eller yrke påverkar inte relationen till barnet på något entydigt sätt. Man kan dock skönja en något sämre relation till pappan hos bland annat barn i hushåll med som högst eftergymnasial utbildning och barn med föräldrar med utländsk bakgrund, jämfört med barn i hushåll med eftergymnasial utbildning respektive svensk bakgrund.

#### *Kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa*

För att få en heltäckande bild av barns och ungdomars psykiska hälsa och för att underlätta för kommuner att bedriva ett systematiskt, kunskapsbaserat och effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete genomförde Statistiska centralbyrån under hösten 2009 på uppdrag av regeringen en kartläggning av den psykiska hälsan hos barn i årskurserna 6 och 9. Resultatet, som analyserats av Statens folkhälsoinstitut, visar att majoriteten av eleverna mår bra. Problemtyngden ökar från årskurs 6 till årskurs 9 och flickor rapporterar mer psykisk ohälsa jämfört med pojkar. Den grupp elever som genomgående utmärker sig med att rapportera betydligt sämre psykisk hälsa är elever som uppger att de inte bor hos någon av sina föräldrar.

Statens folkhälsoinstitut har under 2010 på sin hemsida presenterat resultatet på kommun- och skolnivå. Myndigheten bistår också med kunskapsstöd för användningen av resultaten på lokal nivå.

#### *Föräldrastöd – en vinst för alla*

I mars 2009 presenterade regeringen Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla. Strategin ska dels inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap, dels utgöra praktiskt stöd i det organisatoriska planerings och utveck-

lingsarbetet. Det övergripande målet för strategin är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets hela uppväxt. Med föräldrastöd avses en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk.

Statens folkhälsoinstitut har sammanlagt under 2009–2010 fördelat 130 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval kommuner som i samarbete med ett lärosäte ska utveckla ett universellt förebyggande föräldrastöd, där alla föräldrar ges samma möjligheter att delta. Sammantaget har 19 kommuner erhållit stimulansmedel under 2009–2010. Tyngdpunkten på projekten under 2009 var att nå målet i strategin, dvs. att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets uppväxt. Under 2010 gavs särskild prioritet till projekt som behandlar utvärdering av de vanligast förekommande metoderna för föräldrastöd, effekter av anpassning av utländska metoder samt effekter av olika sätt att öka kunskapen om och intresset för föräldrar att delta i föräldrastödsgrupper.

Majoriteten av de kommuner som erhållit medel har andra kommuner som samverkanspartners. Det innebär att ytterligare ett sjuttio-tal kommuner berörs av stimulansmedlen.

Under första halvåret 2011 har Statens folkhälsoinstitut även fördelat 10 miljoner kronor till två lärosäten i samarbete med två kommuner för att utveckla, följa upp och utvärdera ett riktat föräldrastöd till föräldrar med barn med funktionsnedsättning.

Sammantaget har därmed 140 miljoner kronor utbetalats i stimulansbidrag. Projekten inom ramen för regeringsuppdragen pågår under perioden 2010–2013. Uppdragen ska slutredovisas under 2012 respektive 2014.

Statens folkhälsoinstitut konstaterar i delrapporter till regeringen att arbetet ligger i fas med planeringen. Alla kommunprojekten är igångsatta och löper på. Institutet har bildat en samverkansgrupp för föräldrastöd och arrangerat träffar för projektkommunerna och deras lärosäten. Ett dialogforum om föräldrastöd har ägt rum under 2010 och ett nytt är inplanerat i slutet av 2011. Arbeta pågår med att utveckla ett webbaserat system för öppna jämförelser om föräldrastöd. Uppdraget genomförs i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Insatser i syfte att ge stöd åt föräldrar i sitt föräldraskap har även genomförts t.ex. inom delområdet Barnrättspolitik (se avsnitt 8).

#### *Insatser för barn till föräldrar med missbruksproblem eller psykisk ohälsa*

Enligt Statens folkhälsoinstituts bedömning lever cirka 20 procent av alla barn i hushåll där någon vuxen konsumerar alkohol i en omfattning som bedöms innebära en förhöjd risk för skador, s.k. riskbruk.

Under 2010 avsattes 75 miljoner kronor till länsstyrelserna för att stimulera alkohol- och narkotikaförebyggande insatser på lokal nivå. Av dessa medel var två tredjedelar avsedda för förebyggande insatser för barn till föräldrar med missbruksproblem eller psykisk ohälsa, till barn i familjer där våld och övergrepp mellan vuxna förekommer samt till missbrukande kvinnor som utsätts för våld. Sammanlagt har 146 verksamheter med inriktning på insatser för barn fått utvecklingsmedel. Verksamheternas inriktning har främst varit att satsa på utbildning eller metodutveckling för att upptäcka eller erbjuda stöd samt föräldrastöd eller anhörigprogram. Medlen har bidragit till att utveckla arbetsätt och nätverksbygge på lokal nivå samt ökat samverkan mellan kommuner, myndigheter och ideburna organisationer.

#### *Lokalt sektorsövergripande hälsofrämjande arbete*

Regeringen gav under 2008 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att fördela 50 miljoner kronor till sex kommuner som i samarbete med ett universitet eller en högskola ska stärka och utveckla det egna lokala sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet för barn och ungdomar.

Arbetet ska vila på en vetenskaplig grund och syfta till att dels främja barns och ungas psykiska och fysiska hälsa, dels generera kunskap om såväl hälsofrämjande metoder som kostnadseffektiva samverkansformer på lokal nivå. Projektiden för deltagande kommuner är tre år, 2009–2011.

## 5.6 Hälsofrämjande livsmiljöer

Syftet med hälsofrämjande miljöer är att förstärka människors vardagsmakt och att minska riskfaktorer i såväl den psykosociala som den fysiska miljön. Barns uppväxtmiljö, miljön i förskolan och skolan samt boende- och arbetsmiljö

har stor betydelse för hälsan, både ur ett individ- och ett folkhälsoperspektiv.

#### *Potential i arbetsmiljön att motverka ohälsa och främja hälsa*

Insatser när det gäller arbetsmiljön ska motverka utslagning från arbetslivet och öka möjligheterna till inträde i arbetslivet. Arbetsmiljöpolicen ska liksom hittills handla om att minska riskerna att drabbas av olycksfall och sjukdomar, men även i högre grad än tidigare handla om att arbetsmiljön ska vara utvecklande och bidra till hälsa. Politiken bör i ökad utsträckning utgå ifrån att det i arbetsmiljön ligger en avsevärd potential för att inte bara motverka ohälsa utan också för att främja hälsa.

Från mitten av 1990-talet fram t.o.m. 2003 ökade den andel av sjukfrånvaron som uppgavs vara arbetsrelaterad. Därefter har denna andel mer än halverats. Särskilt markant var minskningen för män mellan 2006 och 2010.

**Diagram 5.7 Andel av sjukfrånvaron som uppges bero på arbetsorsakade besvär 1997–2010**



Källa: Arbetsmiljöverket, Statistiska Centralbyrån (AKU)

Anm. Uppgifterna bygger på den egna bedömningen av dem som ingår i undersökningen om arbetsorsakade besvär.

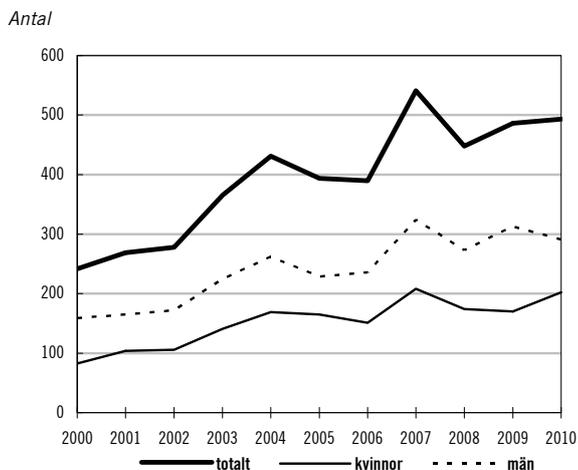
Utvecklingen inom arbetsmiljöområdet presenteras mer utförligt under utgiftsområde 14 avsnitt 5.4.1 Arbetsmiljö.

#### *Ökat antal anmälda smittsamma sjukdomar*

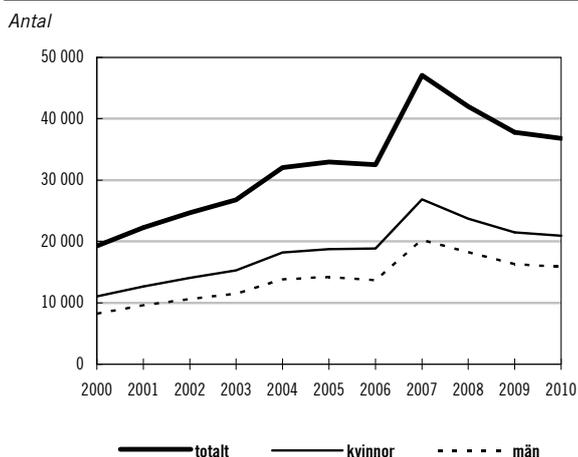
Det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall och laboriediagnoser som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Under 2010 anmäldes nästan 69 550 fall av anmälningspliktiga sjukdomar jämfört med 66 500 fall 2009,

undantaget den pandemiska influensan. Det är 3 060 fler fall under 2010. De flesta av mag-tarm-smittorna ökade. Reserelaterade vektorburna infektioner, det vill säga sjukdomar som vanligen överförs med insekter, ökade. Även de sexuellt överförbara sjukdomarna, utom klamydia, ökade. Antalet anmälningar av antibiotikaresistenta bakterier ökade för de flesta agens, liksom antalet tuberkulosfall. Antalet anmälningar minskade dock för de flesta sjukdomar det finns vaccin mot, dvs. hepatit A, invasiv pneumokockinfektion, kikhosta, TBE samt för hepatit C.

**Diagram 5.8 Antalet fall av hivinfektion som anmälts 2000–2010**



**Diagram 5.9 Antalet fall av klamydiainfektion som anmälts 2000–2010**



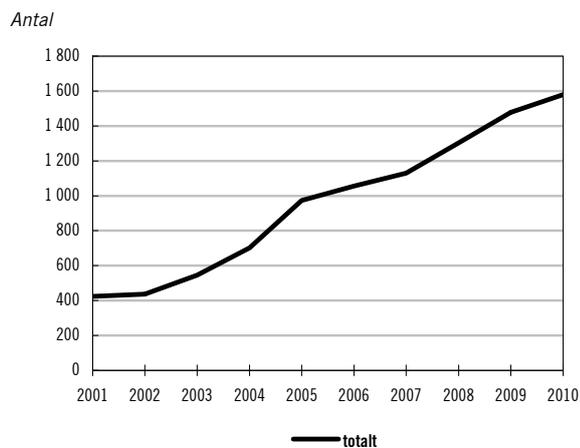
### Ökande problem med antibiotikaresistens

I Sverige råder en relativt sett gynnsam situation då förekomsten av antibiotikaresistens i ett internationellt perspektiv är låg både hos männi-

skor och hos djur. Men problemen i Sverige växer och situationen har under senare år blivit mer bekymmersam.

Under 2010 har antalet nya fall av meticillin-resistenta gula stafylokocker (MRSA) fortsatt att öka från 1 480 till 1 585, vilket är en ökning med sju procent. Ökningen gäller främst personer som infekterats utanför hälso- och sjukvården, antingen i Sverige eller utomlands. Antalet fall som var smittade inom vården var stabilt.

**Diagram 5.10 Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2001–2010**



### 5.6.1 Hälsöfrämjande samhällsplanering

Forskning visar att det finns stor potential för främjande av ett aktivt vardagsliv för alla, om samhället satsar på stödjande miljöer som t.ex. gång- och cykelbanor samt anläggningar för rekreation, parker och grönområden. Mot denna bakgrund har Statens folkhälsoinstitut haft i uppdrag att sammanställa och sprida kunskaper och erfarenheter om den byggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet. Inom ramen för detta uppdrag har flera kunskapssammanställningar producerats liksom en manual för att främja fysisk aktivitet i samhällsplaneringen. Av myndighetens slutrapport framgår vidare att utbildningar och andra åtgärder för att sprida kunskap på området genomförts för praktiker inom samhällsplanering, till exempel plan- och stadsarkitekter, hälsoplanerare, folkhälsoplanerare och andra yrkesgrupper som på olika sätt deltar i samhällsplaneringen på kommunal eller regional nivå.

Statens folkhälsoinstitut framhåller i den folkhälsopolitiska rapporten 2010 att arbetet med att utveckla den bebyggda miljön så att den främjar fysisk aktivitet har gått långsamt och att arbetet skiljer sig mellan olika delar av landet. Mot denna bakgrund gav regeringen i juni 2011 Boverket i uppdrag att ansvara för ett samverkansprojekt med uppdrag att samordna och utveckla arbetet för en bebyggd miljö, och tillgänglighet till tätortsnära friluftslivsområden, som möjliggör och stimulerar till fysisk aktivitet i vardagen. Regeringen stödjer också nätverket Healthy Cities i syfte att främja regionalt och lokalt arbete med fokus på fysisk aktivitet och samhällsplanering. Regeringen anser att nätverket har en strategiskt viktig roll att fylla i arbetet med att främja en bebyggd miljö som främjar fysisk aktivitet i egenskap av medlemskapet i the European Healthy Cities Movement som organiseras av WHO.

### 5.6.2 Hälsöfrämjande förskola och skola

Barn och unga utgör en viktig målgrupp för folkhälsoarbetet eftersom många vanor grundläggs i tidig ålder. Skolans ansvar för frågor som rör hälsa och livsstilsfrågor anges i läroplaner och kursplaner. Enligt grundskolans läroplan (Lgr 11) ska skolan sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet inom ramen för hela skoldagen. Undervisningen i ämnet idrott och hälsa ska syfta till att eleverna utvecklar allsidiga rörelseförmågor och intresse för att vara fysiskt aktiva och vistas i naturen. Eleverna ska även ges förutsättningar för att utveckla goda levnadsvanor samt ges kunskaper om hur fysisk aktivitet förhåller sig till psykiskt och fysiskt välbefinnande. Skolan har också en roll när det gäller att ge eleverna kunskaper om goda matvanor och framför allt att ge dem förståelse för kopplingen mellan goda matvanor och god hälsa. Av förskolans läroplan framgår bland annat att förskolan ska erbjuda barnen en trygg miljö som samtidigt utmanar och lockar till lek och aktivitet och att den ska sträva efter att varje barn utvecklar sin motorik, koordinationsförmåga och kroppsuppfattning samt förståelse för vikten av att värna om sin hälsa och sitt välbefinnande. I läroplanerna betonas rektorns ansvar för att eleverna får kunskaper inom vissa ur hälsosynpunkt väsentliga kunskapsområden, däribland alkohol, tobak, narkotika och andra droger.

Statens folkhälsoinstitut har under 2009 och 2010 haft i uppdrag att sprida metoder som i grund- och gymnasieskolan kan förebygga och reducera elevers bruk av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT).

### 5.6.3 Hälsöfrämjande arbetsmiljö

Den självskattade arbetsorsakade ohälsan har tenderat att minska under senare år, när det gäller både belastningsrelaterade och stressrelaterade besvär. Kvinnor anger dock oftare arbetsorsakad ohälsa än män.

De flesta trivs bra eller ganska bra med sina arbetsuppgifter, men lågutbildade och arbetare anger lägre grad av arbetstrivsel. En relativt hög andel arbetstagare verkar också uppleva höga arbetskrav, lågt inflytande och bristfälligt socialt stöd i arbetet. När det gäller anställningstrygghet finns en tendens till ökad oro för att förlora arbetet bland både kvinnor och män. Vidare är relativt många trötta efter arbetet och tycker att de har fått sämre möjligheter att vila och koppla av mellan arbetsdagarna.

En del av det s.k. Riskbruksprojektet har haft som mål att utveckla företagshälsovården och arbetsplatserna så att de på ett aktivt sätt kan bidra till att risk- och missbruksproblem av olika slag upptäcks tidigt och att stödjande insatser kommer till stånd.

### 5.6.4 Säkra miljöer och produkter

Av Socialstyrelsens barnskaderapport framgår att under den senaste femårsperioden har omkring 200 000 barn per år sökt vård på akutmottagning till följd av skador, och mer än 90 barn per år har avlidit. Skadehändelser är bland barn den absolut vanligaste orsaken till såväl död som vård på sjukhus. Av samtliga barn som omkommer i Sverige svarar skador och förgiftningar för en tredjedel. Bland samtliga barn som vårdas inskrivna på sjukhus vårdas närmare en fjärdedel till följd av skadehändelse.

Regeringen finansierar Injury Data Base (IDB) som drivs av Socialstyrelsen och är ett skadesystem som registrerar detaljerade uppgifter om skadehändelser som kommer in till akutmottagningar och jourcentraler. IDB är ett europeiskt system där många av EU:s medlemsstater är med. Skadesystemets primära syfte är

att förse myndigheter och aktörer med ansvar för säkerhet och skadeförebyggande arbete inom olika samhällssektorer med adekvat statistik, identifierandet av riskgrupper och farliga produkter, samt kvalitativ och detaljerad information om omständigheterna kring skador och olyckor. IDB bidrar härmed med kunskap och information i det skadeförebyggande arbetet.

Flera myndigheter bedriver säkerhetsarbete, t.ex. Arbetsmiljöverket, Konsumentverket, Läkemedelsverket, Elsäkerhetsverket, Kemikalieinspektionen, Transportstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Arbetet utgår från behovet av att minska olycksfall i samhället och tillförsäkra konsumenterna en marknad med säkra varor och tjänster.

Livsmedelsverket har som förvaltningsmyndighet för livsmedelsfrågor till uppgift att i konsumenternas intresse arbeta för säkra livsmedel, redlighet i livsmedelshandlingen och bra matvaror. Exponering för kemiska ämnen sker bland annat via olika typer av kemiska produkter, via varor som behandlats med kemikalier, via föda och i arbets- och inomhusmiljön. Förekomsten av kvicksilver och kadmium i miljön är fortfarande ett problem som leder till exponering via livsmedelskedjan. I nästan all fisk i svenska vatten överskrider halterna det gränsvärde som har föreslagits av EU-kommissionen vid översynen av gemenskapens ramdirektiv för vatten.

### 5.6.5 Smittskydd och hälsoskydd

Det totala smittläget under 2010 har påverkats av två viktiga faktorer, influensa A(H1N1) 2009 och den ekonomiska återhämtningen efter krisen 2008–2009. Resandet har ökat påtagligt, liksom antalet reserelaterade sjukdomar, och Smittskyddsinstitutet gör bedömningen att ökat resande, möjligen i kombination med lägre vaksamhet mot smitta, sannolikt har påverkat antalet utlandssmittade. I mars 2011 lämnade Socialstyrelsen en rapport till regeringen, Smittskydd 2010 – om läget inom smittskyddsområdet i landet. I rapporten betonas bland annat vikten av samordnat och tvärsektorielt arbete, såväl lokalt och nationellt som internationellt, för att ett gott smittskydd ska kunna uppnås.

Sedan influensaepidemin avklingade har inga större utbrott av luftburen smitta ägt rum i Sverige. Däremot har två kommuner, Östersund

och Skellefteå, drabbats av vattenburna utbrott av cryptosporidieinfektion. Utbrottet i Östersund utvecklades till ett av det största kända dricksvattenburna utbrotten i landet.

#### *Utvecklingen globalt samt behovet av utökat samarbete*

Konflikter, katastrofer och andra händelser samt ökat resande har fortsatt effekter för sjukdomars rörlighet och understryker behovet av internationell samordning. Utvärderingen av influensapandemin har visat att en samordning såväl nationellt som internationellt och inom EU är en förutsättning för att kunna hantera smittspridning. Samordning är ett mödosamt och resurskrävande arbete, men är den enda hållbara vägen i ett samhälle med snabb informations-spridning och stor individuell rörlighet. Beredskap genom omvärldsbevakning utgör därmed en viktig del av smittskyddsarbetet och utvecklingen går nu mer mot en allmän hälsohottberedskap, som även inbegriper områden som ligger utanför det traditionella smittskyddet.

#### *Utvärdering av pandemiinsatser*

Influensa A(H1N1) 2009 klingade av under början av 2010. I augusti 2010 deklarerade WHO att influensapandemin var över. Under influensasäsongen 2010/2011 har A(H1N1) 2009 och två andra virusstammar dominerat. Regeringen bedömer att satsningen på den pandemiberedskap som skett under ett antal år bidrog till att Sverige kunde hantera pandemin relativt väl men att arbetet måste fortsätta för att vi ska uppnå en bra beredskap för en mycket allvarligare situation.

I mars 2011 lämnade Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) sitt uppdrag att utvärdera förberedelserna för och handlingen av influensa A(H1N1) 2009. Utvärderingen visar att Sverige var relativt väl förberett att hantera pandemin men om pandemin hade varit allvarligare eller ännu mer långdragen hade det kunnat få allvarliga konsekvenser för handlingen av utbrottet. MSB har bedömt i sin rapport Uppföljning av samhällets krisberedskapsförmåga 2010 att samhällets krishanteringsförmåga vid en pandemi är god men med vissa brister.

Pandemin har delvis förändrat bilden av vilka grupper som kan löpa risk för att drabbats hårt av en influensa. Pandemin kommer därmed att få effekter för den framtida planeringen av rekomm-

mendationer för vaccination mot säsongsinfluensa. Sambandet mellan narkolepsi och vaccination behöver följas vidare och utredningar pågår för att klarlägga orsakssambanden och vilka faktorer som kan påverka ett insjuknande.

Utvärderingar av pandemin har skett inom EU och på global nivå. Den europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) har kommunicerat vissa slutsatser, bland annat att de beslut som många medlemsländer inom EU tog var rätt utifrån de förutsättningar som var kända vid respektive tidpunkt.

En oberoende utvärderingsgrupp, som tillsatts med stöd av WHO:s internationella hälsoregler, har bland annat konstaterat att det som WHO utträttade under pandemin var bra på många sätt. Kommittén påpekade dock att världen är illa förberedd för att hantera en svår influensapandemi eller ett allvarligt globalt hälsohot.

#### *Hälsobot i ett bredare perspektiv*

WHO:s internationella hälsoregler omfattar alla typer av händelser som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa och ställer krav på medlemsländerna att agera vid händelser som utgör ett internationellt hot mot folkhälsan. Inom EU pågår ett kontinuerligt samarbete inom beredskapsområdet och som mer och mer fokuseras mot generell beredskapsplanering inklusive smittskydd. Kommissionen arbetar för närvarande med ett s.k. hälsohotspaket som kan innebära en viss formalisering av dagens mer informella samarbetsstruktur inom hälsohotsområdet.

#### *Nydiagnostiserade fall av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Under 2010 anmäldes 465 fall av hivinfektion till Smittskyddsinstitutet. Det höga antalet speglar en ökad förekomst av hiv i världen och ökad global migration. Mer än hälften hade smittats i länder med hög förekomst av hiv/aids innan de kom till Sverige. Drygt ett hundratal hade smittats i Sverige. Det totala antalet anmälda fall låg dock på ungefär samma nivå som året innan.

Under 2000-talet har det skett en långsiktig ökning av antalet klamydiafall. Trots minskningen under åren 2008–2010 har klamydiafallen fördubblats sett över hela den senaste tioårsperioden. Det är i dag för tidigt att säga om de

senaste tre årens nedgång är ett reellt trendbrott, en temporär minskning eller bara en återgång till normalnivå efter den stora mängden fall som anmäldes 2007 i samband med att en ny variant av klamydia upptäckts.

Risikfaktorer för smitta med hiv/aids och andra sexuellt överförda infektioner är vanligt förekommande bland ungdomar och unga vuxna i dagens Sverige, oavsett sexuell läggning. Detta manifesteras i den omfattande spridningen av klamydiainfektion i dessa åldersgrupper, särskilt bland unga heterosexuella. Även bland intravenösa missbrukare finns ett utpräglat riskbeteende, vilket gör att smitta som kommer in i gruppen snabbt kan få stor spridning. Det fortsatta arbetet kräver breda förebyggande insatser kring sexuellt överförda infektioner bland annat i det förebyggande arbetet riktat till unga, med fokus på kondom användning och ökad medvetenhet om sexuella risker. Det är också mycket angeläget att nå de nyanlända invandrargrupper som har kontakt med högendemiska områden för hiv/aids.

Smittskyddsinstitutet planerar, samordnar och följer upp arbetet med att nå de hivpolitiska målen. Arbetet följer intentionerna i Nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Smittskyddsinstitutets roll är strategisk och stödjer myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma på området.

#### *Hög täckningsgrad i det nationella barnvaccinationsprogrammet*

Vaccination är en mycket kostnadseffektiv medicinsk insats som kostnadsfritt erbjuds barn inom det så kallade allmänna barnvaccinationsprogrammet. Den rikstäckande statistiken över vaccinerade barn visar en god vaccinationstäckning. Drygt 98 procent av barnen hade 2010 fått minst tre vaccindoser mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och Haemophilus influenzae typ b. Andelen barn som hade vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) uppgick till 96,5 procent, vilket innebär att en vaccinationstäckning på över 95 procent har rapporterats i fem år i rad. I likhet med tidigare år finns det enskilda barnavårdscentraler och områden, där en hög andel av barnen förblivit ovaccinerade mot MPR.

När det gäller vaccinationer så är fortsatt uppföljning av följsamheten till barnvaccinationsprogrammet viktigt. Det är särskilt angeläget i

efterdyningarna av massvaccinationen mot den pandemiska influensan. Allmänhetens engagemang i vaccinationsfrågor har ökat under och efter pandemin och vilka effekter massvaccinationen kan få för det allmänna vaccinationsprogrammet är svår att förutse. För att värna de senaste femtio årens vaccinationsframgångar fordras ett samlat förhållningssätt där aktörer från flera kompetensområden behöver medverka.

Vaccinutredningen lämnade sitt betänkande i slutet av maj 2010. Uppdraget som utredningen hade var att se över regelverket i fråga om det nationella vaccinationsprogrammet samt att belysa förhållandet mellan de allmänna vaccinationsprogrammen och de vacciner som subventioneras inom ramen för läkemedelsförmånerna. Regeringskansliet har genomfört en remittering av betänkandet som avslutades i november 2010. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Antibiotikaresistens – ett allvarligt hälsohot*

Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) har identifierat antibiotikaresistens som det allvarligaste hälsohotet inom EU. Europeiska kommissionen lämnade 2010 sin andra rapport om hur medlemsstaterna har genomfört åtgärderna i rådsrekommendationen från 2001 om antimikrobiella medel/återhållsam användning inom humanmedicin. I rapporten konstateras att avsevärda framsteg gjorts sedan den första rapporten offentliggjordes 2005. Inom vissa områden har dock endast begränsad förbättring skett. Det fortsatta arbetet bör inriktas mot ett snabbt och effektivt genomförande av nationella strategier och nationella handlingsplaner.

Insikten att antibiotikaresistens är en samhällsrisk och att arbetet mot resistensutvecklingen måste bedrivas brett inom flera samhällssektorer växer fram. Återhållsam antibiotikaanvändning, god hygien inom vård och omsorg, effektiv och tillgänglig infektionsdiagnostik, forskning och utveckling av nya antibakteriella läkemedel är områden som har stor betydelse. Inte att förglömma är det arbete som måste ske även på andra områden, såsom inom veterinärmedicin och på miljöområdet.

Regeringen presenterade redan 2005 en nationell strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Syftet med strategin var att bevara möjligheten att effektivt behandla bakteriella infektioner hos

människor och djur med antibiotika. I mars 2011 överlämnades Socialstyrelsens rapport Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. I rapporten föreslås bland annat att det inrättas en nationell samverkansfunktion som inkluderar relevanta aktörer inom alla samhällssektorer, att en nationell handlingsplan och kommunikationsstrategi utvecklas, att övervakningen av antibiotikaresistensen förstärks samt att satsningen på preventiva åtgärder för att förebygga uppkomst av infektioner och smittspridning fortsätter.

För att öka patientsäkerheten i Sverige tecknade regeringen 2010 en fyraårig överenskommelse med SKL om en prestationsbaserad ersättningsmodell. Överenskommelsen syftar bland annat till att öka följsamhet till behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvården. Ett grundkrav för att ett landsting ska få möjlighet att ta del av stimulansmedlen för 2011 är att de har inrättat en lokal s.k. Stramgrupp, det vill säga en strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens. Som en följd av Stramgruppernas arbete bör den totala antibiotikaförskrivningen i öppenvården under perioden närma sig det nationellt satta målet på 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare och år.

Smittskyddsinstitutet (SMI) har fått i uppdrag att utforma en nationell plan för övervakning av antibiotikaresistenta bakterier. Det innefattar bland annat vilken epidemiologisk resistensövervakning som bör utföras av sjukvårdshuvudmännen respektive SMI. Den nationella planen ska vidare belysa hur metoder för resistensövervakning ska utvecklas och utvärderas samt innehålla en modell för insamling och analys av övervakningsodlingar för definierade tillstånd i öppen- och slutenvård.

#### *Utveckling av nya antibiotika brådskar*

I dag har utvecklingen av antibiotika nästan upphört. Endast två klasser av nya antibiotika har introducerats under de senaste 40 åren. Samtidigt finns det rapporter om resistens mot alla kända antibiotika. Problemet har fortlöpande uppmärksammas inom såväl EU som internationellt. Under det svenska EU-ordförandeskapet 2009 var frågan om utveckling av nya verksamma antibiotika en av de högst prioriterade frågorna på hälso- och sjukvårdsområdet. Det svenska ordförandeskapet anordnade

expertkonferensen Innovative Incentives for Effective Antibacterials. Mötet utgjorde ett viktigt steg i en process för att utveckla nya, effektiva antibakteriella läkemedel. Mötet var en viktig del av framtagandet av de rådsslutsatser som beslutades av EPSCO-rådet under det svenska ordförandeskapet. I slutsatserna uppmanas medlemsstaterna och kommissionen bland annat att se över och överväga olika möjligheter att stärka incitamenten att bedriva forskning och utveckling av nya effektiva antibiotika. Vidare uppmanades kommissionen att utarbeta en övergripande handlingsplan med konkreta förslag till incitament för att utveckla nya effektiva antibiotika. Handlingsplanen kommer att presenteras i slutet av 2011.

För att följa upp konferensen 2009 och rådsslutsatserna anordnades på regeringens uppdrag en andra konferens 2010. Konferensen samlade delegater från 45 länder och resulterade i ett antal slutsatser för det framtida arbetet inom området. För fortsatt arbete med antibiotikaresistens och utvecklingen av nya antibiotika har regeringen 2011 beviljat ReAct/Uppsala universitet medel för olika aktiviteter som bedöms viktiga för att behålla det intresse för frågan som byggts upp genom konferenserna och slutsatserna.

#### *Globalt arbete mot antibiotikaresistens behöver stärkas*

Antibiotikaresistens är ett globalt och gränsöverskridande problem. Därför krävs samarbete både inom EU och internationellt för att motverka den negativa utvecklingen. I detta ingår såväl policyarbete som uppbyggnad av strukturer och institutioner samt samarbete kring forskning och praktiska åtgärder inom hälso- och sjukvården. Ytterligare komponenter är bilaterala och regionala samverkansprojekt samt insatser inom ramen för bistånd och aktörssamverkan. Regeringen har tecknat bilaterala avtal med Indien och Kina där frågan om utvecklingen av antibiotikaresistens är en viktig del.

WHO ägnade World Health Day den 7 april 2011 åt antibiotikaresistens. WHO tog fram ett kunskapsunderlag som alla medlemsstater kunde använda för att lyfta frågan. Sverige deltog aktivt i Genève den 7 april efter särskild inbjudan från WHO. Sverige har prioriterat antibiotikaresistens i sin WHO-strategi som beslutades av regeringen tidigare i år. Strategin kommer att följas upp med en konkret handlingsplan.

*Samband mellan miljöfaktorer och flera sjukdomar*  
Miljöhälsorapport 2009 ger en aktuell bild av exponeringen för olika miljöfaktorer i Sverige och beskriver vilka hälsoeffekter eller risker denna exponering för med sig i befolkningen. Flera sjukdomar har en väldokumenterad koppling till miljöfaktorer. Vi tillbringar en stor del av vår tid inomhus. Därför är inomhusmiljön viktig för hälsan och välbefinnandet. Sambanden mellan inomhusmiljön och hälsan är komplexa. De har att göra med vilka kemiska ämnen som finns i luften och med fysikaliska faktorer som temperatur, drag, fukt, buller och belysning. Vi upplever dessutom inomhusmiljön på olika sätt, bland annat beroende på kön, ålder, känslighet och livsstil. Fukt och mögel i byggnader visar samband med inomhusrelaterade symtom och besvär, exempelvis astmasymtom. Totalt beräknas att omkring 25 000 vuxna årligen kan vara drabbade av luftvägsbesvär (astmasymtom) till följd av fuktskador hemma.

När det gäller kemiska ämnen inomhus är kunskapen om enskilda ämnen och kombinationer av ämnen fortfarande mycket bristfällig. Både byggnaden i sig och de boendes aktiviteter påverkar inomhusmiljön, liksom inredningen (exempelvis elektronik, textilier och hygienartiklar).

En viktig miljöfaktor i inomhusmiljön är miljötabaksrök, som innehåller tusentals mer eller mindre giftiga kemiska ämnen. Ett stort antal studier visar att miljötabaksrök ökar risken för flera sjukdomar hos både barn och vuxna. Radon i bostäder är den främsta källan till att människor exponeras för joniserande strålning i Sverige. Radon svarar för cirka hälften av stråldosen till befolkningen. Radonet kommer huvudsakligen in i bostäderna från marken och vissa byggnadsmaterial, särskilt så kallad blåbetong. Den största hälsorisk som kan kopplas till radon i bostäder är lungcancer. Hur stor risken blir beror på hur hög radonhalten i inomhusluften är. Utifrån epidemiologiska data beräknas radon i bostäder orsaka cirka 500 lungcancerfall per år i Sverige, varav cirka 50 bland personer som aldrig rökt. I ungefär 400 000 bostäder beräknas radonhalten överstiga det svenska riktvärdet 200 becquerel per kubikmeter. Detta motsvarar cirka 10 procent av befolkningen.

Luftföroreningar bidrar till att människor får besvär, blir sjuka och dör i sjukdomar i hjärta, kärl och luftvägar. Barn är särskilt utsatta, bland

annat genom att föreningarna stör lungfunktionens utveckling. Detta kan försämra lungfunktionen permanent. Främst är det dock äldre som blir sjuka och kan dö av luftföroreningar, eftersom de redan löper en förhöjd risk att drabbas av cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, som luftföroreningarna bidrar till. En annan utsatt grupp är astmatiker. Luftkvaliteten har i vissa avseenden förbättrats kraftigt under de senaste decennierna.

#### *Utveckling av myndigheterna inom smittskyddsområdet*

Regeringen konstaterade i propositionen Myndigheterna inom smittskyddsområdet (prop. 2009/10:123, bet. 2009/10 SoU14, rskr. 2009/10:259) att det fanns behov av en rad förändringar i den verksamhet som myndigheterna inom smittskyddsområdet bedriver. Den myndighet som framför allt berördes av omställningen var Smittskyddsinstitutet (SMI), men även i mer begränsad omfattning, Socialstyrelsen och Karolinska institutet (KI). Den verksamhetsutveckling som inleddes vid SMI i fjol har fortsatt 2011. För att följa upp om ombildningen bedrivs i enlighet med regeringens ambitioner och har fått avsedda effekter på verksamheten har Statskontoret fått i uppdrag att genomföra en analys av myndigheten. Analysen avslutas i december 2011 och kommer att utgöra grund för regeringens fortsatta styrning av SMI. Forskning har tidigare varit en av de dominerande verksamheterna vid SMI. När myndighetens uppdrag förändrades 2010 fördes stora delar av forskningen över till KI. Ett ytterligare steg mot att fullfölja ombildningen av SMI är även att överföra försöksdjursverksamheten till KI. Från januari 2012 överförs därför verksamheten vid Astrid Fagraeuslaboratoriet till KI.

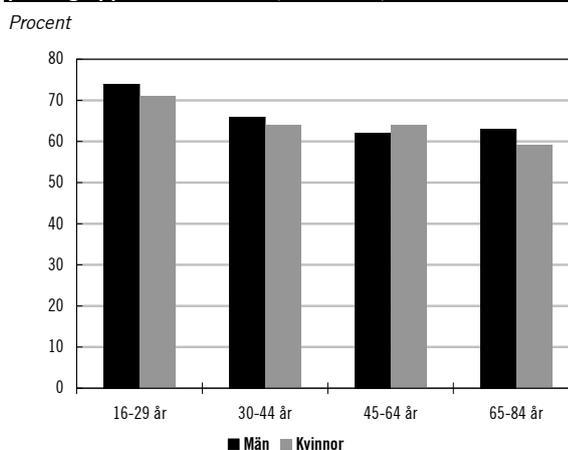
## 5.7 Hälsofrämjande levnadsvanor

Hela 20 procent av alla för tidiga dödsfall och funktionsnedsättningar i Sverige beror på ohälsosamma levnadsvanor. Ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för sjukdomar såsom cancer, hjärtsjukdomar, diabetes typ 2 och psykisk ohälsa.

Resultaten från den nationella folkhälsoenkäten, som Statens folkhälsoinstitut genomför årligen, indikerar att levnadsvanorna i Sverige har förändrats i liten omfattning under senare år.

*Små förändringar av fysisk aktivitet och matvanor*  
Andelen personer som var fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag enligt nuvarande rekommendation uppgick 2010 till 65 procent. Det finns ingen större skillnad mellan kvinnor och män. Den fysiska aktivitetsnivån minskar med ökad ålder vilket innebär att kvinnor och män i åldern 65–84 år rör sig minst.

**Diagram 5.11 Andel som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag uppdelat efter ålder, 16–84 år, 2010**

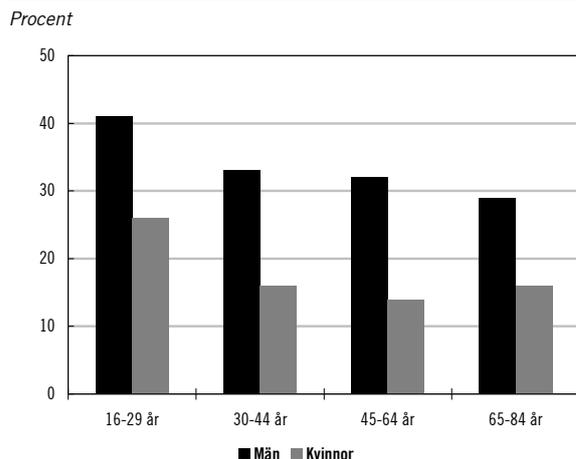


Källa: Statens folkhälsoinstitut, Levnadsvanor, lägesrapport 2010

Den fysiska aktiviteten hos befolkningen har inte förändrats nämnvärt sedan 2004. Detsamma gäller för andelen personer med stillasittande fritid. Andelen barn som cyklar eller går till skolan har dock minskat.

Andelen personer som äter frukt och grönsaker minst fem gånger per dag har i princip varit oförändrad sedan 2004.

En fjärdedel av befolkningen säger sig äta lite frukt och grönsaker. Bland kvinnor är det 17 procent och bland män är det 34 procent. I åldersgruppen 16–29 år bedöms det vara vanligast att äta lite frukt och grönsaker; där är andelen bland kvinnor 26 procent och bland män 41 procent. Det är ingen skillnad jämfört med föregående år.

**Diagram 5.12** Andel som säger sig äta lite frukt och grönsaker uppdelat efter ålder, 16–84 år, 2010

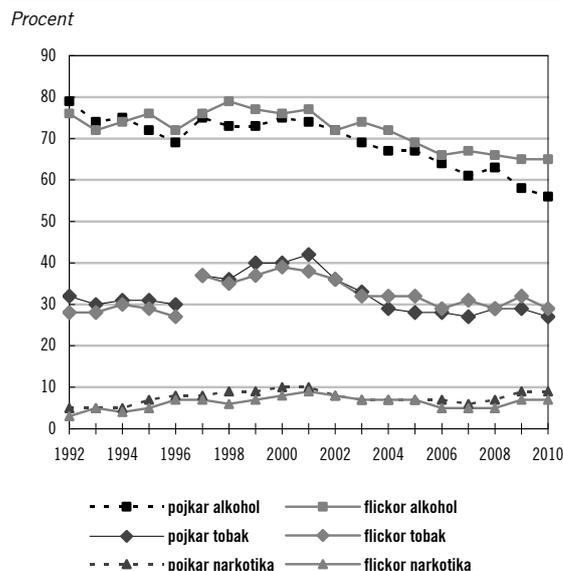
Källa: Statens folkhälsoinstitut, Levnadsvanor, lägesrapport 2010

Konsumtionen av läsk och konditorivaror har minskat under de senaste tre åren. Efter några år med en avstannad eller sjunkande konsumtion av choklad och konfektyr märktes en ökning mellan 2007 och 2008.

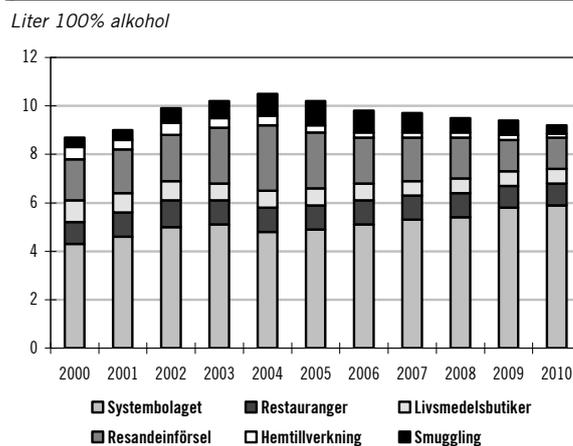
Det finns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper vad gäller fysisk aktivitet och matvanor. Generellt sett är personer som yrkesarbetar, som har en lång utbildning och som har en god ekonomi mest fysiskt aktiva. Därutöver gäller, bland annat, att kvinnor som saknar konstantmarginal, har varit i ekonomisk kris eller har låg inkomst har låg frukt- och grönsakskonsumtionen jämfört med dem som har en bättre ekonomisk situation.

#### *Utvecklingen på området för alkohol, narkotika, dopning och tobak är i huvudsak positiv*

Som framgår av diagram 5.13 är utvecklingen av andelen unga alkoholkonsumenter nedåtgående från en relativt hög nivå. Andelen konsumenter av tobak gick ned under början av 2000-talet men utvecklingen har nu planat ut. Andelen som någon gång provat narkotika ökade under 1990-talet för att sedan sjunka fram till 2007. Det finns tecken som tyder på en viss uppgång under de senaste tre åren.

**Diagram 5.13** Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9, 1992–2010

Källa: CAN

**Diagram 5.14** Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre, 2000–2010

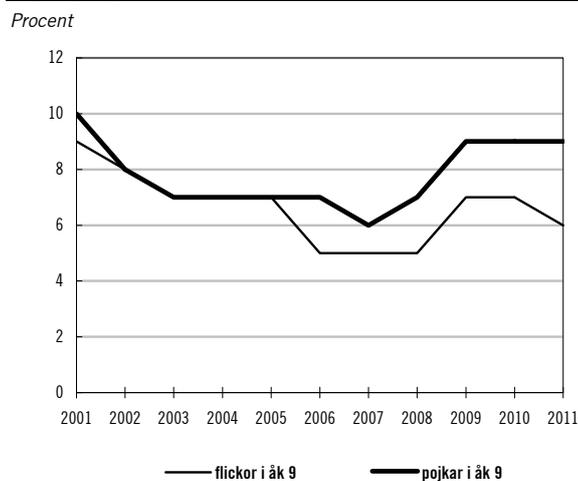
Källa: SoRAD, Stockholms universitet

Den beräknade total konsumtionen av alkohol har minskat sedan 2004 från 10,5 liter ren alkohol per person 15 år och äldre till 9,1 liter 2010 (se diagram 5.14). Enligt Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet (SoRAD) kan nedgången i första hand tillskrivas minskad resandeförsel och smuggling. SoRAD har i samarbete med Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) analyserat utvecklingen när det gäller självrapporterad alkoholkonsumtion. Analysresultaten talar tydligt i riktning mot en minskad konsumtion över tid. Under perioden 2004–2009 har konsumtionen bland män minskat med cirka 10 procent och bland kvinnor med cirka 5 procent. Även bland yngre kvinnor tyder

resultaten på en viss nedgång medan tendensen är den motsatta bland kvinnor i åldersgruppen 50 år och äldre.

Enligt Världshälsoorganisationen är den svenska totalkonsumtionen per invånare 15 år och äldre lägre än genomsnittet i Europeiska unionen (EU). När det gäller yngres intensivkonsumtion visar European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) att andelen 15–16-åringar som rapporterar att de har intensivkonsumerat alkohol någon gång den senaste månaden är lägre i Sverige än genomsnittet i Europa.

**Diagram 5.15 Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de någon gång använt narkotika, 2001–2011**



Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) ökade narkotikaanvändningen bland elever i årskurs 9 kontinuerligt under 1990-talet fram till 2001 då 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna angav att de använt narkotika. Sedan dess har andelen som använt narkotika sjunkit och 2007 var det 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna som uppgav att de använt narkotika. År 2011 är andelen 9 respektive 6 procent.

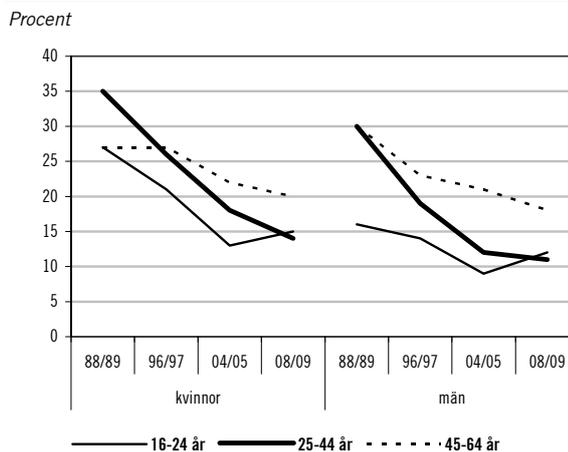
Debutåldern för narkotikaanvändning är högre än för alkohol. Bland eleverna i gymnasiets årskurs 2 uppgav 18 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna att de använt narkotika. Dessa nivåer är i stort sett oförändrade sedan mätningarna startade 2004.

Enligt ESPAD-undersökningen är det förhållandevis få unga människor som experimenterar med narkotika. Jämfört med de flesta andra EU-länder är det i Sverige långt fler som tar av

stånd från än som förespråkar användande av droger.

Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar under 1990-talets första hälft har omkring en procent av de yngre männen svarat att de någon gång provat anabola androgena steroider (AAS).

**Diagram 5.16 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder, 1988/89–2008/09**



De senaste resultaten från Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) antyder att den nedåtgående trenden av andelen dagligrökare i åldersgruppen 16–24 år kan ha brutits, men förändringen från åren 2004/05 är inte statistiskt säkerställd. För att komplettera resultaten från ULF används därför data från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät. Enligt Statens folkhälsoinstitut har andelen dagligrökare i åldersgruppen 16–19 år under perioden 2004 till 2009 sjunkit från 16 till 10 procent bland kvinnor medan andelen bland män är oförändrad, 10 procent. Förändringen bland kvinnorna är statistiskt säkerställd. Enligt 2010 års enkät använde 30 procent av männen och 17 procent av kvinnorna tobak i någon form varje dag. Andelen dagligrökare var 12 procent bland män och 13 procent bland kvinnor. Detta innebär en ökning med en procent för män och ingen förändring för kvinnor jämfört med 2009. Förändringen bland kvinnorna är dock inte statistiskt säkerställd. Andelen dagligsnusande män ligger stabilt på 19 procent.

I CAN:s skolundersökning 2010 uppgav 25 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna i årskurs 9 att de var tobakskonsumenter. Detta är något lägre andelar än 2009 och

i 2011 års undersökning har värdena fortsatt att minska. 6 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna uppgav att de rökte dagligen 2010. I gymnasiets årskurs 2 har andelen tobakskonsumenter ökat något jämfört med 2009, 44 procent av pojkarna och 45 procent av flickorna. 10 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna uppgav att de röker dagligen. 27 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna svarade att de snusar. 14 procent av pojkarna och 2 procent av flickorna svarade att de snusar varje dag.

#### *Spelproblemen i befolkningen har omfördelats*

Forskningsprogrammet SWELOGS som leds och finansieras av Statens folkhälsoinstitut publicerade i januari 2011 sin rapport *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009* (FHI 2010:23). Resultatet kan jämföras med den svenska studie som genomfördes 1997/1998.

Färre personer spelar för allt mer pengar. Andelen personer som spelar spel om pengar har minskat från 88 till 70 procent under det senaste decenniet. Andelen problemspelare i befolkningen är två procent. Andelen problemspelare är högst bland de med lägst utbildning och lägst inkomst.

Spelproblemen i befolkningen har omfördelats under det senaste decenniet. Andelen problemspelare har fördubblats bland män 18–24 år och bland kvinnor 25–44 år. Samtidigt har spelproblemen minskat bland pojkar 16–17 år, vilken var den grupp som hade mest problem med spelandet för tio år sedan. Andelen problemspelare har även minskat bland män 45–64 år och kvinnor 18–24 år.

### **5.7.1 Fysisk aktivitet och goda matvanor**

Osunda matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar. Fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor är en förutsättning för en god hälsoutveckling vilket utgör grund för att prioritera åtgärder på dessa områden.

#### *Initiativ för ett friskare Sverige*

För att arbetet med att främja fysisk aktivitet och goda matvanor ska bli framgångsrikt krävs deltagande från många aktörer. För att få till stånd ett brett engagemang i frågorna har regeringen gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag

att samordna en uppmärksamhetsvecka kring matvanor och fysisk aktivitet – Ett friskare Sverige. Genom att uppmärksamma konkreta exempel från hela landet ökas kunskapen om de möjligheter som finns att delta i sociala hälsofrämjande aktiviteter. För att stimulera och underlätta medverkan från kommuner, landsting, idéburna och ideella organisationer samt privata aktörer har myndigheten upprättat ett kontaktnät med representanter från länen. Vid uppmärksamhetsveckan i maj 2011 genomfördes närmare 3 000 aktiviteter över hela landet vilket är tre gånger fler aktiviteter än 2010 då detta arrangemang anordnades för första gången. Närmare 1 000 olika arrangörer från kommuner, landsting, ideella organisationer och privata aktörer bidrog till att uppmärksamma betydelsen av goda matvanor och fysisk aktivitet.

#### *Utvecklad myndighetssamverkan*

Regeringen har också vidtagit åtgärder för att stimulera myndighetssamverkan. Statens folkhälsoinstitut gavs under 2008 i uppdrag att tillsammans med Livsmedelsverket starta ett samverkansprojekt med fokus på överviktsproblematiken. Av myndighetens slutrapport från mars 2011 framgår bland annat att samverkansprojektet bidragit till att skapa effektiva samarbetsformer och ett ökat erfarenhetsutbyte mellan myndigheterna.

#### *Åtgärder för ett hälsosamt åldrande*

En av de utpekade målgrupperna för folkhälsopolitiken är äldre. För att främja ett hälsosamt åldrande har Statens folkhälsoinstitut haft ett regeringsuppdrag att under 2009 och 2010 sprida kunskaper och erfarenheter om stödjande miljöer och metoder för goda matvanor och fysisk aktivitet bland äldre. Myndigheten har inom ramen för uppdraget bland annat arrangerat konferenser och utbildningar med syfte att stödja aktörer på den lokala nivån i arbetet med att främja ett hälsosamt åldrande. Statens folkhälsoinstitut har under 2010 också getts i uppdrag att utarbeta en vägledning till kommuner och landsting för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt starta försöksverksamhet med hälsocoacher. Tanken är att genom en tidsbegränsad försöksverksamhet utveckla och intensifiera arbetet med att erbjuda deltagande i olika aktiviteter och också vid lättare sjuklighet motivera till en förändrad livsstil.

## 5.7.2 Alkohol, narkotika, dopning och tobak

Under senare år har alkohol- och tobaksbruket i befolkningen fortsatt nedåt. Sverige har på vissa områden gått emot den allmänna ökningstrenden i Europa, exempelvis vad gäller s.k. intensivkonsumtion av alkohol bland unga. Andelen som prövat eller använder narkotika och/eller röker har minskat under 2000-talet. Genomförandet av rökfria miljöer fick en påverkan på exponering av tobaksrök hos arbetstagare och har bidragit till minskningen. Även om utvecklingen har gått i rätt riktning så ligger ANDT-användningen fortfarande på en alltför hög nivå.

Åtgärder mot tobaksbruk är ett kostnadseffektivt sätt att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest kostnadseffektiva metoderna. Fortsatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder är angelägna, riktade såväl till barn och unga som till vuxna.

Kontinuitet och långsiktighet är viktigt i det förebyggande arbetet. Det är därför angeläget att aktörer på nationell, regional och lokal nivå fortsätter att prioritera det förebyggande arbetet för att nå målet om att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och för att skydda barn och ungdomar. Nuvarande strukturer på nationell, regional och lokal nivå har fungerat väl.

På regional nivå finansierar regeringen samordningsfunktioner på länsstyrelserna. Dessa fungerar som en länk mellan den lokala, regionala och nationella nivån och främjar regional samverkan mellan myndigheter, idéburna organisationer, näringslivet m.fl. Under 2010 och 2011 har samtliga länsstyrelser inrättat en sådan funktion. I de flesta av landets kommuner finns i dag särskilda personer som ansvarar för den lokala samordningen av det förebyggande arbetet.

Tillsammans med de övriga nordiska länderna har Sverige under flera år arbetat för att det alkoholskadeförebyggande arbetet ska ges högre prioritet inom EU och internationellt. Gemensamt för en nordisk alkoholpolitik är att man värnar om folkhälsoperspektivet. Under 2006 antogs en EU-strategi för att stödja medlemsländerna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna. Europeiska kommissionen presenterade en första lägesrapport under hösten 2009. EU:s alkoholstrategi sträcker sig t.o.m.

2012. Under 2011 pågår ett gemensamt arbete mellan kommissionen och medlemsländerna att ta fram en slutrapport med förslag på nästa steg. Internationellt har en global alkoholstrategi antagits. För att genomföra strategin har ett globalt nätverk bildats med representanter från WHO:s medlemsländer. Sverige och Sydafrika har valts till ordförande i nätverket.

Medel har via Statens folkhälsoinstitut fördelats till frivilligorganisationerna för att stärka deras alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande arbete. Med stöd av dessa bidrag har enligt Socialstyrelsen många betydande och angelägna insatser genomförts, som bidragit till en utveckling av samhällets kunskaper om att motverka drogmissbruk.

Statens folkhälsoinstitut har under åren 2008–2010 haft uppdrag att bedriva informationsinsatser kring alkohol, narkotika, dopning och tobak. Under 2010 har myndigheten främst satsat på Tonårsparlören, Tänk Om och Testa dina gränser. Testa dina gränser syftar till att bibehålla och stärka den befintliga negativa attityden till narkotika inom den unga målgruppen.

Statens folkhälsoinstitut har också i uppdrag och medel att genomföra särskilda åtgärder inom det nationella tobaksförebyggande arbetet under 2008–2010. I enlighet med prioriteringar inom ramen för regeringens folkhälsopolitik har satsningen fokuserat på följande områden: nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan, kraftsamling för tobaksavvänjning samt en förstärkning av Statens folkhälsoinstitutstillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner. Uppdraget har bidragit till ett ökat intresse och mer struktur och prioritet åt tobaksfrågorna.

Samordningen mellan områdena tillsyn och förebyggande arbete har fortsatt under 2010 och den årliga länsrapporten med underlag från länsstyrelser och kommuner är viktig för att kunna följa utvecklingstrender för verksamheten. Länsstyrelsernas tillsyn enligt alkohol- och tobakslagen har bedrivits på ungefär samma nivå som 2009.

Medel har även fördelats till länsstyrelserna för lokal spridning och utveckling av metoden Ansvarsfull alkoholserving, som syftar till att minska våld kopplat till restauranger genom att se till att alkohol inte serveras till berusade och minderåriga. Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att stödja genomförandet av

metoden. De bärande komponenterna är utbildning av restaurangpersonal, samverkan mellan myndigheter och bransch samt ökad tillsyn. Enligt Statens folkhälsoinstitut arbetar mer än 80 procent av landets kommuner med metoden. Enligt institutet kan man se tydliga effekter på våldsbrottsligheten. Arbetet har bidragit till en minskning av våldsbrotten med i genomsnitt 2,3 procent per år i en kommun som arbetar med metoden. Varje våldsbrott som begås under sen kväll och natttid kostar i genomsnitt 130 000 kronor. Enligt institutets rapport har 15 000 fall av misshandel undvikits under projektiden, vilket man beräknar gett en besparing i samhället på cirka 2 miljarder kronor.

### 5.7.3 Spelberoende

De större svenska aktörerna på spelmarknaden samarbetar genom Spelbranschens etiska råd (SPER) där de tillsammans har tagit fram etiska riktlinjer för sin reklam och marknadsföring. Ombuden för Svenska Spels och ATGs personal och ombud har genomgått utbildning och bolagen kräver numera att nya ombud går utbildningen. De flesta spelarrangörerna på den reglerade spelmarknaden tillhandahåller i dag frivilliga verktyg såsom spelbudget och självavstängning samt information om spelproblem på sina webbplatser. Svenska Spel har utvecklat självtest och verktyget Spelkoll vilka underlättar för spelarna att bedöma sina egna spelmönster. Samtliga spelbolag som ingår i SPER har utfäst att införa en 18-årsgräns för spel.

Övrigt förebyggande arbete har under 2010 bestått av drift av Stödlinjen för spelare och anhöriga samt föreningsstöd och projektmedel för att utveckla och genomföra förebyggande insatser. Utbildningsinsatser har genomförts i samband med nätverksmöten och seminarier riktade till ideell sektor, behandlare och skuld- och budgetrådgivare. Lotteriinspektionen genomförde i november ett seminarium på temat spelmarknadsansvar.

Kunskapsutvecklingen har fortsatt under 2010 med framtagande av en litteraturöversikt om förebyggande metoder inom spelprevention och en antologi som belyser spelproblemen i Sverige och kamratstödet i spelberoendeföreningarna. Dessutom genomfördes den andra datainsamlingen i SWELOGS befolkningsstudie om spel och hälsa under perioden december 2009–maj

2010. Förberedelser har också gjorts inför genomförande av SWELOGS fördjupningsstudie som syftar till att ta fram kunskap om risk- och skyddsfaktorer för spelproblem.

## 5.8 Politikens inriktning

Folkhälsopolitiken skapar förutsättningar för människor att leva med god hälsa och bidrar därmed till utveckling och tillväxt. En god folkhälsa leder såväl till ökad livskvalitet för den enskilde som till minskade kostnader för samhället. Förutom direkta kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, rehabilitering, läkemedel och social omsorg orsakar ohälsan även indirekta kostnader, framför allt i form av produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro eller för tidig död. Genom att beräkna både de direkta och indirekta kostnaderna ser man tydligare hur ohälsan påverkar den svenska ekonomin. Ohälsans samhällskostnader uppgår, enligt Statens folkhälsoinstituts beräkningar, till minst 120 miljarder kronor per år.

Folkhälsopolitiken ska utgå från människans behov av integritet och valfrihet. Vars och ens ansvar och intresse för att förbättra sin hälsa är utgångspunkter för det folkhälsopolitiska arbetet. Centralt för folkhälsopolitiken är därför att skapa goda förutsättningar och bra stöd för enskilda att göra hälsosamma val.

Folkhälsopolitiska insatser är investeringar för framtiden, som på lång sikt ger utdelning i första hand för den enskilde men också för samhället. De satsningar som genomförs bör därför också vara långsiktiga och samordnade mellan de berörda aktörerna på alla nivåer i samhället. Ett gemensamt ansvarstagande mellan offentlig sektor, ideella krafter och den enskilda människan är en bra grund för ett framgångsrikt folkhälsoarbete.

Folkhälsopolitiken ska bygga på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Insatserna ska följas upp för att säkerställa resultat och kvalitet. Uppföljningen kan ske på olika sätt. Den svenska folkhälsoberättningen har länge varit ett viktigt verktyg i uppföljningsarbetet. Regeringen har under 2009 och 2010 tagit initiativ till att åstadkomma en mer samordnad och effektiv folkhälsoberättningen och avser att återkomma om hur en sådan rapportering bör se ut. Det är också angeläget att utveckla öppna jämförelser

på folkhälsoområdet samt att upprätthålla en dialog med relevanta aktörer i samhället. Regeringen avser fortsätta att utveckla dialogformen och arbeta vidare exempelvis med dialogforum för goda matvanor och fysisk aktivitet. Regeringen avser också, med Folkhälsopolitisk rapport 2010 som grund, att under 2011 föra en dialog med berörda samhällsaktörer för att fokusera insatserna på folkhälsoområdet, förtydliga målsättning och uppföljning samt säkerställa att satsningarna genomförs på de områden där insatserna ger störst effekt. Dialogen syftar också till att ge underlag för regeringen att återkomma angående inriktningen för den framtida folkhälsopolitiken.

Inom flera olika utgiftsområden har regeringens politik betydelse för folkhälsan. Uppfyllelsen av det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet påverkas av regeringens politik inom ett flertal områden och på flera samhällsliga nivåer. Redovisningen i resultatavsnittet (5.5–5.7) sammanfattar denna breda påverkan i tre nivåer: människors levnadsvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor. Följande text är dock inte strukturerad efter denna indelning utan fokuserar i stället på folkhälsopolitiska insatser inom ramen för utgiftsområde 9. Den politiska inriktningen inom andra områden med betydelse för folkhälsan återfinns i respektive utgiftsområdesavsnitt i denna budgetproposition.

#### *Satsning på hälsoinformation*

Regeringen anser att stödet behöver utvecklas för att den enskilde själv via internet eller mobila plattformar ska kunna dokumentera och dela med sig av sin upplevda hälsosituation och kunna få en personligt anpassad rådgivning om hur han eller hon kan förbättra sin hälsa. En särskild utredare har därför fått i uppdrag att bland annat undersöka möjligheterna och formerna för att tillhandahålla en elektronisk hälsodagbok på nätet och de legala förutsättningarna för att man som patient på ett strukturerat sätt ska kunna dela med sig av sin egen dokumentation till vårdgivaren (dir. 2011:25). Regeringen stödjer också ett utvecklingsprojekt som syftar till att etablera den tekniska grundplattform och de tjänster som krävs för att skapa förutsättningar för offentliga vårdgivare, privata utförare och andra entreprenörer att kunna erbjuda nya interaktiva tjänster via internet eller mobila plattformar. Regeringens bedömning är att en hälsodagbok på nätet skulle kunna bli ett effektivt stöd

för den enskilde vid planering, genomförande och uppföljning av livsstilsrelaterade förändringar.

Regeringen avser även att fortsätta satsa på en utbyggd information till medborgarna om hälsa. Regeringen samverkar sedan många år med SKL för att etablera en nationellt samordnad och kvalitetssäkrad rådgivning via webb och telefon under namnet 1177. Utvecklingsarbetet syftar bland annat till att stödja enskilda genom målgruppsanpassad och lättillgänglig information om vård och hälsa och för att etablera e-tjänster som förenklar vardagen för patienter, anhöriga och invånare generellt.

#### *Barn, unga och äldre prioriteras*

Barns och ungas psykiska hälsa är en prioriterad fråga för regeringen och satsningar på detta område ska även i fortsättningen prioriteras. Psykisk ohälsa kan vara förödande för barns och ungdomars personliga utveckling och möjligheter till etablering i samhället. Regeringen anser att det finns stora vinster såväl för enskilda barn och unga och deras närstående som för samhället i stort med att förebygga och tidigt behandla psykisk ohälsa och har därför enats med SKL om en gemensam fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga. Målet med överenskommelsen är att utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. SKL ska bl.a. samordna nationella aktiviteter och ge stöd till koordinering av insatserna i kommuner och landsting.

En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren skapar förutsättningar för goda uppväxtvillkor och en god fysisk och psykisk hälsa senare i livet. Föräldrarna är viktiga för barnen under hela uppväxten samtidigt som många upplever att det ställs stora krav på dem i föräldrollen. Regeringens föräldrastödsstrategi, Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd, en vinst för alla, syftar till att stärka och utveckla stödet. Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag fördelat sammantaget 140 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval kommuner under 2010 och 2011. Regeringen kommer fortsätta att följa utvecklingen av det lokala förebyggande föräldrastödet och där-

igenom bidra till förutsättningar för bättre upp-  
växtvillkor för barn och unga.

En central målsättning för den nationella folk-  
hälsopolitiken är att ge människor förutsätt-  
ningar att leva ett gott liv på äldre dagar. Det är  
väl belagt att förebyggande och hälsofrämjande  
insatser har god potential att bidra till detta.  
Statens folkhälsoinstitut har därför fått i uppdrag  
att i samarbete med Socialstyrelsen utarbeta en  
vägledning till kommuner och landsting hur de  
som huvudmän för vård och omsorg kan främja  
ett aktivt och hälsosamt åldrande. Vägledningen  
ska baseras på erfarenheter och befintlig kun-  
skap. Statens folkhälsoinstitut har även i uppdrag  
att driva en försöksverksamhet med hälso-  
coacher riktade främst till gruppen yngre pen-  
sionärer. För denna satsning avsätts totalt  
45 miljoner kronor under perioden 2010–2012.

#### *En sjukvård som främjar hälsa och förebygger sjukdom*

Regeringen avser att stärka det hälsofrämjande  
och sjukdomsförebyggande arbetet genom att  
stödja hälso- och sjukvården i att utveckla sitt  
arbete med att informera om våra levnadsvanors  
betydelse för vår hälsa och att ge råd och stöd  
för hur ohälsosamma levnadsvanor kan föränd-  
ras. Mot denna bakgrund har regeringen gett  
Socialstyrelsen i uppdrag att stödja införandet av  
de nationella riktlinjerna för sjukdomsföre-  
byggande metoder. Riktlinjerna berör metoder  
för att förebygga sjukdom genom att stödja för-  
ändring av tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otill-  
räcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma mat-  
vanor. Uppdraget pågår t.o.m. 2014.

Inom ramen för den nationella cancerstrategin  
genomförs preventiva insatser inom hälso- och  
sjukvården. Regeringen har bl.a. initierat insatser  
för tidig upptäckt av cancer genom ökat del-  
tagande i olika screeningprogram och förbät-  
trade möjligheter för enskilda personer att få  
misstänkta hudförändringar undersökta. Som en  
del av strategin har regeringen också initierat in-  
satser för att minska tobaksrökningen. Under  
2012 kommer insatserna för att minska tobaks-  
rökningen inom strategin att fortsätta liksom in-  
satserna kring screening på cancerområdet.

Regeringen har tillsatt en utredning för att se  
över myndighetsstrukturen med fokus på bl.a.  
hälsofrämjande och förebyggande insatser  
(dir. 2011:4). Uppdraget omfattar att utreda hur  
staten, genom sina myndigheter, ska verka för  
ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och

omsorgssystem. Syftet är bland annat att stärka  
det hälsofrämjande arbetet för att minska det  
framtida vårdbehovet och att göra vården mer  
jämlig i hela landet.

#### *Ökad kvalitet genom öppna jämförelser och god evidens*

Öppna jämförelser är ett viktigt instrument för  
att stimulera till förbättringsarbete och ökad  
kvalitet. Regeringen beslutade 2009 om en stra-  
tegi för kvalitetsutveckling genom öppna jäm-  
förelser inom socialtjänsten och hälso- och sjuk-  
vården. Motsvarande behov finns även inom  
folkhälsoarbetet. Statens folkhälsoinstitut fick  
därför i mars 2010 i uppdrag att i samverkan med  
Socialstyrelsen och i samråd med SKL utveckla  
öppna jämförelser inom folkhälsoområdet. Upp-  
draget redovisades i mars 2011.

Regeringen vill tydliggöra hälso- och sjuk-  
vårdens ansvar för en förbättrad folkhälsa. En  
utveckling av öppna jämförelser för en hälso-  
inriktad hälso- och sjukvård är därför angelägen.  
Statens folkhälsoinstitut har också lyft behovet  
av att utveckla en uppföljningsmodell med na-  
tionella indikatorer för hälsofrämjande hälso-  
och sjukvård, vilket är en viktig förutsättning för  
att utveckla sådana jämförelser. Som ett första  
steg i arbetet med att utveckla öppna jämförelser  
inom folkhälsoområdet har därför regeringen  
gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och  
redovisa öppna jämförelser för den hälsoin-  
riktade hälso- och sjukvården. Syftet med öppna  
jämförelser inom folkhälsoområdet är att det ska  
bli ett kraftfullt verktyg för kommuner och  
landsting i strävan att nå resultat genom de folk-  
hälsopolitiska insatserna.

Folkhälsoarbetet syftar till att uppnå bestå-  
ende förändring och ska därför bygga på veten-  
skaplig grund och beprövad erfarenhet. Rege-  
ringen gav därför i maj 2011 i uppdrag till Statens  
folkhälsoinstitut att i samverkan med Statens be-  
redning för medicinsk utvärdering och Social-  
styrelsen utreda vilket evidensgraderingssystem  
som bör gälla för bedömning av insatser inom  
folkhälsoområdet. I uppdraget ingår att under-  
söka erfarenheterna av arbetet med evidens-  
gradering på folkhälsoområdet i andra länder.  
Statens folkhälsoinstitut ska redovisa uppdraget  
till regeringen senast den 1 december 2011.  
Syftet med uppdraget är att budskapet från rege-  
ringens myndigheter inom utgiftsområdet ska  
bli mer enhetligt och tydligt när det gäller vilka  
insatser som är evidensbaserade.

### *Ökad kunskap om astma och allergier*

Astma och allergier är ett allvarligt folkhälso-  
problem. Av en skrivelse från Socialstyrelsen  
framgår bland annat att cirka 30 procent av alla  
skolbarn har en pågående allergisjukdom och att  
astma och allergi utgör de vanligaste kroniska  
sjukdomarna under uppväxtåren, samt att an-  
delen unga vuxna som lider av dessa besvär ökar.  
För att ge en mer samlad bild av den rådande  
situationen ser regeringen ett behov av att  
komplettera med kunskap på området. Social-  
styrelsen har därför fått i uppdrag att analysera  
och beskriva problembilden kring barns och  
ungas hälsa kopplad till förekomsten av astma  
och allergi. I uppdraget ingår också att beskriva  
nuvarande ansvarsfördelning mellan myndig-  
heter och andra aktörer vad gäller astma och  
allergi kopplad till arbetsmiljön i skolan.

### *Samlad strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak*

Regeringen har i propositionen En samlad stra-  
tegi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och  
tobakspolitiken m.m. (prop. 2010/11:47, bet.  
2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203) angett mål och  
inriktningen för hur samhällets insatser på  
ANDT-området ska genomföras, samordnas  
och följas upp under åren 2011–2015. För att  
fortsätta ett kraftfullt ANDT-arbete beräknar  
regeringen att avsätta närmare 260 miljoner kro-  
nor per år under mandatperioden.

Fortsatta insatser behövs för att förbättra  
samarbetet mellan olika myndigheter och mellan  
myndigheter och organisationer. För att stimu-  
lera utvecklingen på regional och lokal nivå och  
förbättra det ANDT-förebyggande arbetet krävs  
en fortsatt satsning på den regionala ANDT-  
samordningen samt på metod- och kompetens-  
utveckling. Vården och stödinsatserna behöver  
utvecklas (se Individ- och familjeomsorg, avsnitt  
7.5.3) och tillsyns- och kontrollmetoderna  
effektiviseras. Ett långsiktigt hållbart system för  
uppföljning och utvärdering ska byggas upp  
under strategiperioden.

Samverkan för en mer effektiv och tydlig  
myndighetsstyrning inom de sektorer som har  
central betydelse för genomförandet av rege-  
ringens ANDT-strategi ska fortsatt prioriteras.  
De nuvarande samordningsstrukturerna på  
nationell, regional och lokal nivå ska kvarstå. Sär-  
skilt ska små kommuners behov av samverkan  
och samordning uppmärksammas. Ökad sam-  
ordning och samverkan med idéburna organisa-

tioner bör ingå som en naturlig del i den regio-  
nala och lokala samordningen.

Tillsynen behöver förstärkas, vilket bland  
annat Riksrevisionen konstaterar i rapporten  
Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas  
alkoholkonsumtion (RiR 2010:21). Länsstyrel-  
serna är centrala för det regionala drogföre-  
byggande arbetet genom sin tillsyn och genom  
att ge stöd till samordningen av ANDT-frågorna  
i länen.

Insatserna för att integrera det brottsföre-  
byggande och drogförebyggande arbetet behö-  
ver utvecklas. En ökad samverkan för tidiga in-  
satser för att minska nyrekrytering i narkotika-  
brottslighet är angelägen liksom en målinriktad  
och effektiv samverkan mellan Kriminalvården  
och berörda myndigheter, som t.ex. socialtjän-  
sten, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen  
och Försäkringskassan, för ett effektivt åter-  
fallsförebyggande arbete och meningsfulla fri-  
givningsförberedelser.

Statens folkhälsoinstitut har fått ett uppdrag  
att genomföra en satsning mot cannabis under  
åren 2011–2014 som omfattar 12 miljoner kro-  
nor årligen. Förutom tillgänglighets- och efter-  
frågebegränsande insatser ingår att genomföra en  
kommunikationsinsats som primärt vänder sig  
till åldersgruppen 16–18 år, där fokus är ung-  
domar som inte har testat narkotika. Sekundär  
målgrupp är föräldrar till ungdomar i denna  
åldersgrupp. Målsättningen med satsningen är  
att ungdomar ska reflektera över sina attityder  
till cannabis så att de aktivt och av egen vilja be-  
stämmer sig för att avstå cannabis. En särskild  
satsning kommer även att göras för att tillmötes-  
gå de tre storstädernas (Malmö, Göteborg och  
Stockholm) behov av erfarenhetsutbyte och  
samarbete. Även här kommer inriktningen att  
vara att möta cannabismissbruket.

Ett av målen i ANDT-strategin är att barn ska  
skyddas mot skadliga effekter orsakade av alko-  
hol, narkotika, dopning eller tobak. Det är också  
ett prioriterat mål att färre barn ska födas med  
skador orsakade av ANDT. Den kunskap som  
genererats under det tidigare Riskbruksprojektet  
ska tas tillvara och spridas, exempelvis genom  
det nätverk av barnmorskor som Statens folk-  
hälsoinstitut inrättat och ansvarar för. Det gäller  
inte minst kunskap om hur man tidigt kan upp-  
täckta och stödja blivande föräldrar med ett risk-  
eller missbruk för att minska riskerna att barnet  
skadas. Kvinnor som har ett etablerat och lång-  
varigt missbruk behöver tät uppföljning och ett

kvalificerat stöd under graviditeten. För att kunna tillgodose denna grupps behov krävs en ökad tillgång till specialutbildade barnmorskor med kunskap om drogproblematik.

Att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående är en fortsatt prioriterad fråga för regeringen. Barn i familjer med missbruksproblem eller där föräldrarna av andra skäl sviktar i sin omsorg ska erbjudas ett ändamålsenligt stöd utifrån sina egna förutsättningar och behov. För att utveckla ett ändamålsenligt stöd för alla barn i dessa familjer krävs insatser inom flera politiska områden (se avsnitt 7.4.3). Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att leda och samordna en satsning, som syftar till att stödja kompetensuppbyggnad och kvalitetsutveckling och att främja ett familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården och socialtjänsten. De idéburna organisationerna ska också involveras i detta arbete, som ska pågå t.o.m. 2014.

För att stödja barnen behöver insatser göras för att förstärka barn- och föräldraperspektivet i vården med syftet att föräldrarna, oavsett om de har vårdnad om barnen eller ej, får möjlighet att stärka sitt föräldraskap och barnens behov uppmärksammas. Regeringen och SKL har därför ingått en överenskommelse som innebär att utvidga det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom utvecklingsarbetet Kunskap till praktik, till att omfatta också insatser för att förstärka barn- och föräldraperspektivet i vården. Insatserna kommer att ha fokus på lokalt och regionalt utvecklingsarbete utifrån huvudmännens behov.

Statens folkhälsoinstitut har fått ett fortsatt uppdrag att under 2011 utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på universitet och högskolor. Målet är att alla lärosäten ska utveckla ett långsiktigt och strukturerat arbete.

Tandvården utgör en möjlig resurs i arbetet med att förebygga tobaksbruk och sjukdom på grund av tobaksbruk, eftersom tandvården har erfarenhet av att tidigt identifiera personer som använder tobaksprodukter. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att utveckla och pröva användningen av en strukturerad metod för kort rådgivning för att hitta personer som kan vara motiverade för en längre rådgivning.

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110) framhåller regeringen att hälso-

och sjukvården i större utsträckning bör integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet. Socialstyrelsen har, som redan nämnts, i uppdrag att stödja införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och där bland annat erfarenheterna från det s.k. riskbruksprojektet kommer att tas tillvara.

Utvecklingen inom ANDT-området är i allt större utsträckning beroende av vad som pågår i omvärlden. Sverige kommer därför att fortsätta att arbeta för en mer folkhälsobaserad alkoholpolitik inom EU och för en global uppslutning bakom WHO:s nyligen antagna globala alkoholstrategi. På narkotikaområdet kommer det fortsätta arbetet att fokusera på insatser som upprätthåller en restriktiv politik i linje med FN:s narkotikakonventioner. Detta kommer också att vara riktmärket inför översynen av EU:s narkotikastrategi som kommer att påbörjas under 2012. Inom EU kommer ett nytt tobaksdirektiv att förhandlas fram under 2012.

#### *Gårdsförsäljning av alkohol*

Utredningen om vissa alkoholfrågor har presenterat ett delbetänkande avseende gårdsförsäljning av alkoholdrycker (SOU 2010:98). Förslagen bereds inom Regeringskansliet.

#### *Ökad uppmärksamhet kring spelberoende*

Insatserna mot spelberoende har under den senaste tioårsperioden dominerats av grundläggande åtgärder, såsom kunskapsinhämtande, stöd till de mest drabbade och informationsspridning till nyckelgrupper. Under senare tid har också problemen med spelberoende fått ökad uppmärksamhet. Fokus för regeringens fortsatta arbete kommer att vara att utveckla både de förebyggande insatserna och stödinsatser för personer med ett spelberoende. Inriktningen i arbetet mot spelberoende bör vara att integrera det i det ordinarie arbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

#### *Förstärkt beredskap för influensapandemi och andra hälsohot*

De utvärderingar som gjorts av influensapandemin 2009/2010 har visat att beredskapen i Sverige var god för att hantera en pandemi av den art som drabbade landet. Regeringen anser att beredskapen kan behöva förstärkas ytterligare för att kunna möta en framtida allvarlig pandemi och andra allvarliga hälsohot. Även inom EU och internationellt har utvärderingar

visat att beredskapen behöver förstärkas på dessa områden. Senare händelser, som EHEC-utbrottet våren 2011, bekräftar behovet av en stärkt beredskapsplan. Regeringen avser därför fortsätta stärka beredskapen mot en influensapandemi och mot hälsohot mer generellt. I det arbetet kommer rapporten från Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Influenza A(H1N1) 2009 - Utvärdering av förberedelser och hantering av pandemin, att utgöra utgångspunkten för åtgärder för att utveckla och stärka den generella beredskapen. Vid allvarliga hälsohot, såsom vid en pandemi, är det nödvändigt att det finns tillgång till läkemedel och erforderlig sjukvårdsutrustning.

#### *Intensifierat arbete för att förebygga antibiotikaresistens*

Utvecklingen och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier är ett allvarligt hälsohot både inom Sverige och globalt. Regeringen avser därför att ytterligare intensifiera arbetet för att förebygga antibiotikaresistens. Socialstyrelsen överlämnade i mars 2011 rapporten Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Med rapporten som grund avser regeringen att utarbeta en ny strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar.

Genom regeringens överenskommelse med SKL om patientsäkerhet kommer landstingens arbete för att uppnå en rationell och återhållen antibiotikaförskrivning att premieras genom stimulansbidrag även 2012 (se avsnitt 4.10.2). Arbetet för att nå det nationella målet om max 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare och år kommer att intensifieras, både genom landstingens insatser och Läkemedelsverkets, Socialstyrelsens och Smittskyddsinstitutets åtgärder. För att komma ett steg närmare en rationell antibiotikaanvändning bör patientsäkerhetsstrategin breddas något och även omfatta bl.a. viss kunskapsinhämtning. Regeringen avser bl.a. att initiera studier om vilka faktorer som påverkar förskrivares beteende kopplat till följsamheten till behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner. I sammanhanget är det också av vikt att behandlingsrekommendationerna för dessa infektioner uppdateras.

Även inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin avser regeringen att prioritera insatser för att minska utveckling och spridning av antibiotikaresistens. Detta kommer att ske

genom en kombination av insatser på såväl lokal, nationell och internationell nivå.

Regeringen avser fortsätta det internationella engagemanget i frågan. WHO-strategin, som antogs under 2011, innebär att resurserna samlas och fokuseras på särskilda insatser. Inom EU kommer en övergripande handlingsplan mot antibiotikaresistens att presenteras inom kort, bl.a. baserad på resultatet från det svenska ordförandeskapet 2009. Det danska EU-ordförandeskapet genomför en särskild satsning inom antibiotikaområdet under våren 2012. Sverige avser att stödja detta arbete. Regeringen avser fortsatt satsa på utvecklingen av nya innovativa incitament för framtagandet av nya antibiotika i samarbete med relevanta parter.

Samarbete med enskilda länder kring problematiken när det gäller antibiotikaresistens är viktigt för att driva frågan framåt på global nivå och regeringen avser att fördjupa samarbetet med länder som Kina och Indien.

#### *Fortsatta insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar*

Ökningen av antalet inhemska fall av hivinfektion i Sverige avspeglar dels den globala hivpidemiens utveckling, dels ett ökat sexuellt riskbeteende. Att förebygga sexuell ohälsa i större grupper handlar om att skapa en ökad medvetenhet om sexuella risker och om förändringar av riskbeteenden. Ett sådant arbete behöver huvudsakligen bedrivas genom bredare insatser. Regeringen avser att även fortsättningsvis avsätta medel till insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Det finns skäl att bibehålla den breda inriktning som i dag finns för samhällets insatser mot hiv/aids. Det långsiktiga förebyggande arbetet bör förbli grunden i den statliga verksamheten inom området. Det förebyggande arbetet behöver fokusera på fyra områden: risktagande avseende män som har sex med män, ungdomars medvetenhet om hiv/aids, hälsoundersökningar och hälso-samtal för nyanlända invandrare från hög-endemiska områden för hiv/aids och insatser för de tyngsta missbrukarna. Det hivförebyggande arbetet bör även fortsättningsvis bedrivas som en integrerad del av de lokala huvudmännens ordinarie arbete.

Regeringen avser att även fortsättningsvis avsätta medel till insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Inom ramen för befintlig verksamhet måste

förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar.

*Förutsättningarna för att ge andra än asylsökande m.fl. erbjudande om hälsoundersökning ses över*  
Asylsökande och vissa andra utlänningar ska enligt nuvarande lagstiftning erbjudas en hälsoundersökning av landstingen. Hälsoundersökningarna har stor betydelse i arbetet med att förebygga smittsamma sjukdomar genom tidig upptäckt. Inte minst gäller det för hivinfektion där mer än hälften av nyanmälda fall hade smittats i länder med hög förekomst av hiv/aids innan ankomst till Sverige. Undersökningarna är dock inte enbart ett sätt för att upptäcka eventuell sjukdom och upptäcka behov av att remittera en patient till vård och behandling utan det ger också en möjlighet att förmedla ett individuellt anpassat preventivt budskap vare sig patienten är smittad eller inte. De grupper som ska erbjudas en hälsoundersökning utgör dock en liten andel av gruppen invandrare. Regeringen har därför beslutat att se över förutsättningarna att ge andra än asylsökande m.fl. erbjudande om hälsoundersökning. En uppföljning av genomförandet av de hälsoundersökningar som landstingen ska erbjuda asylsökande m.fl. kommer också att genomföras.

## 5.9 Budgetförslag

### 5.9.1 2:1 Statens folkhälsoinstitut

**Tabell 5.3 Anslagsutveckling 2:1 Statens folkhälsoinstitut**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2010	Utfall	130 002		14 761
2011	Anslag	133 973 <sup>1</sup>		135 532
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>136 650</b>		
2013	Beräknat	140 619 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	143 342 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	147 062 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 137 764 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 137 572 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 137 571 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Statens folkhälsoinstituts förvaltningskostnader.

Statens folkhälsoinstitut är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut ansvarar även för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, för tillsyn inom alkohol- och tobaksområdena och för bevakning och utredning av behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

Den 1 oktober 2007 avvecklades myndigheten Institutet för psykosocial medicin (IPM). Den del av IPM som i samverkan med Stockholms läns landsting hade bildat Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) inordnades i Karolinska institutet. För att skapa förutsättningar för att vidmakthålla en expertfunktion för suicidprevention även efter IPM:s avveckling avsatte regeringen 3 000 000 kronor 2008 från anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut*. För 2012 avsätter regeringen, med hänsyn till pris- och löneomräkning, 3 077 000 kronor för detta ändamål.

Under 2010 uppgick anslaget till 132 miljoner kronor och utfallet var cirka 130 miljoner kronor.

### Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 450 000 kronor per år fr.o.m. 2012 för att finansiera en utvidgning av förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området till att även omfatta områdena folkhälsa och stöd till efterlevande. Anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för Statens folkhälsoinstituts verksamhet i stort bör kvarstå.

**Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>133 973</b>	<b>133 973</b>	<b>133 973</b>	<b>133 973</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	1 264	4 067	6 936	10 593
Beslut				
Överföring till/från andra anslag	-450	-459	-469	-481
Övrigt	1 863	3 039	2 902	2 977
<b>Förslag/ beräknat an- slag</b>	<b>136 650</b>	<b>140 619</b>	<b>143 342</b>	<b>147 062</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 136 650 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 140 619 000 kronor, 143 342 000 kronor respektive 147 062 000 kronor.

## 5.9.2 2:2 Smittskyddsinstitutet

**Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Smittskyddsinstitutet**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2010	Utfall	193 541	Anslags-sparande	-562
2011	Anslag	196 923 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	198 126
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>215 643</b>		
2013	Beräknat	225 894 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	230 050 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	235 890 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 220 992 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 220 531 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 220 531 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Smittskyddsinstitutets förvaltningskostnader.

Smittskyddsinstitutet är en central förvaltningsmyndighet och ska genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och bidra till att landets smittskydd fungerar effektivt.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 5.6 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2010	17 084	16 316	766
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2011	18 000	18 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2012	18 000	18 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Smittskyddsinstitutet bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik. Inkomsterna disponeras av Smittskyddsinstitutet.

Avgiftsfinansierad verksamhet sker även i form av experimentell biomedicin vid Astrid Fagraeuslaboratoriet. Verksamheten har givits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191), vilket innebär att full avgiftsfinansiering inte krävs. Underskottet för den experimentella biomedicinen uppgick 2010 till cirka 32 miljoner kronor, vilket till stor del beror på lokal- och kapitalkostnader. Laboratoriets verksamhet förs den 1 januari 2012 över till Karolinska institutet men finansieras under 2012 via anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet*.

## Regeringens överväganden

Anslaget ökas med 17 000 000 kronor och anslag 2:4 *Krisberedskap* under utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap minskas med motsvarande belopp till följd av överföring av medel för löpande drift av säkerhetslaboratoriet, inklusive jour för detta, samt att upprätthålla specifik kompetens och särskild omvärldsbevakning i frågor som är relevanta för den verksamhet som bedrivs i laboratoriet. Överföringen av medel kommer att innebära ett ökat formaliserat ansvar för Smittskyddsinstitutet vilket kommer att anges i myndighetens instruktion fr.o.m. den 1 januari 2012.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för Smittskyddsinstitutets verksamhet i stort bör kvarstå.

**Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:2 Smittskyddsinstitutet**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>196 923</b>	<b>196 923</b>	<b>196 923</b>	<b>196 923</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	1 754	6 161	10 329	15 591
Beslut	-80	-282	-473	-485
Överföring till/från andra anslag	17 000	23 013	23 485	24 082
Övrigt	46	79	-215	-221
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>215 643</b>	<b>225 894</b>	<b>230 050</b>	<b>235 890</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 215 643 000 kronor anvisas under anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 225 894 000 kronor, 230 050 000 kronor respektive 235 890 000 kronor.

### 5.9.3 2:3 Alkoholsortimentsnämnden

**Tabell 5.8 Anslagsutveckling 2:3 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2010	Utfall	116	112
2011	Anslag	222 <sup>1</sup>	224
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>224</b>	
2013	Beräknat	227 <sup>2</sup>	
2014	Beräknat	232 <sup>3</sup>	
2015	Beräknat	239 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 224 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 224 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 224 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningskostnader. Nämndens uppgift är att pröva överklaganden av Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sitt sortiment.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>222</b>	<b>222</b>	<b>222</b>	<b>222</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	2	5	10	17
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>224</b>	<b>227</b>	<b>232</b>	<b>239</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 224 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 227 000 kronor, 232 000 kronor respektive 239 000 kronor.

### 5.9.4 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

**Tabell 5.10 Anslagsutveckling 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2010	Utfall	14 895	5 086
2011	Anslag	19 579 <sup>1</sup>	15 418
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>20 035</b>	
2013	Beräknat	20 636 <sup>2</sup>	
2014	Beräknat	21 009 <sup>3</sup>	
2015	Beräknat	21 489 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 20 035 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 20 009 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 20 008 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Sveriges bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), som är en del av Nordiska ministerrådets organisation. Nordiska ministerrådets budget för nordiskt samarbete 2012, inklusive NHV, fastställs i

november 2011 och vad respektive land ska betala beslutas kort därefter.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>19 579</b>	<b>19 579</b>	<b>19 579</b>	<b>19 579</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	456	1 057	1 458	1 939
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-28	-29
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>20 035</b>	<b>20 636</b>	<b>21 009</b>	<b>21 489</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 035 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 20 636 000 kronor, 21 009 000 kronor respektive 21 489 000 kronor.

### 5.9.5 2:5 Bidrag till WHO

**Tabell 5.12 Anslagsutveckling 2:5 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2010		36 667	-2 002
2011	Anslag	34 665 <sup>1</sup>	33 902
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>34 665</b>	
2013	Beräknat	34 665	
2014	Beräknat	34 665	
2015	Beräknat	34 665	

<sup>1</sup> Inklusivt ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Avgiftens storlek baseras på den reguljära budgetens omfattning och påverkas av den amerikanska dollarns valutakurs, som är den valuta budgeten fastställs i. WHO:s budget består dels av medlemsavgifter, dvs. den reguljära bud-

get som fastställs av WHO, dels av frivilliga bidrag som medlemsländerna själva beslutar om och som i Sverige kanaliseras via Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida). Anslaget används även för finansiering av Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

## Regeringens överväganden

Sveriges medlemsavgift till WHO beräknas 2012 uppgå till cirka 5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll uppgår 2012 till cirka 61 000 amerikanska dollar.

**Tabell 5.13 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:5 Bidrag till WHO**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:5 *Bidrag till WHO* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor respektive år.

### 5.9.6 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Anslaget upphör. Medlen på anslaget förs över till anslagen 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*, 2:6 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel* samt 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*

### 5.9.7 2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel

**Tabell 5.14 Anslagsutveckling 2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2010	Utfall	246 093		13 213
2011	Anslag	256 757 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	222 012
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>298 629</b>		
2013	Beräknat	298 629		
2014	Beräknat	298 629		
2015	Beräknat	113 629		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att finansiera särskilda åtgärder inom alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelområdet.

### Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkohol- och tobaks-konsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bedrivs i enlighet med den strategi som riksdagen fattade beslut om den 30 mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203).

Regeringen föreslår att 41 872 000 kronor som finansierar olika folkhälsosatsningar inom alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelområdet flyttas från anslaget 2:6 *Folkhälso-politiska åtgärder* (anslaget upphör) till detta anslag.

**Tabell 5.15 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:6 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>256 757</b>	<b>256 757</b>	<b>256 757</b>	<b>256 757</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				-185 000
Överföring till/från andra anslag	41 872	41 872	41 872	41 872
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>113 629</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 298 629 000 kronor anvisas under anslaget 2:6 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 298 629 000 kronor, 298 629 000 kronor respektive 113 629 000 kronor.

### 5.9.8 2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

**Tabell 5.16 Anslagsutveckling 2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2010	Utfall	144 291		528
2011	Anslag	145 502 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	142 457
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>145 502</b>		
2013	Beräknat	145 502		
2014	Beräknat	145 502		
2015	Beräknat	145 502		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att finansiera insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids, t.ex. sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Anslaget är främst avsett att användas för bidrag enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar samt bidrag som fördelas enligt en årlig överenskommelse mellan staten och SKL om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Medel kan därutöver användas till finansiering av insatser på nationell nivå och till övergripande samordning och uppföljning m.m.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.17 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:7 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor				
	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 145 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:8 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor respektive år.

### 5.9.9 2:8 Insatser för vaccinberedskap

**Tabell 5.18 Anslagsutveckling 2:8 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor				
År	Utfall		Anslags-sparande	
2010	Utfall	2 378		82 622
2011	Anslag	85 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	0
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>85 000</b>		
2013	Beräknat	85 000		
2014	Beräknat	85 000		
2015	Beräknat	85 000		

<sup>1</sup> Inklusivt ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att stärka Sveriges försäkringar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

## Regeringens överväganden

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att i samråd med SKL ingå avtal med en eller flera vaccinproducenter om pandemivaccin. Avtalen ska säkerställa tillgång till vaccinbehandling för hela befolkningen vid en pandemi.

**Tabell 5.19 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 2:8 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor				
	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 85 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:8 *Insatser för vaccinberedskap* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor respektive år.

## 5.10 Övrig statlig verksamhet

### 5.10.1 Systembolaget AB

Systembolaget Aktiebolag är ett av staten helägt företag. Verksamheten omfattar detaljhandelsförsäljning av spritdrycker, vin och starköl. Systembolagets uppdrag är att bidra till att begränsa medicinska och sociala alkoholskador och därigenom förbättra folkhälsan. Koncernens verksamhet bedrivs i Systembolaget AB och de helägda dotterbolagen IQ-initiativet AB samt AB K14 Näckströmsgatan. Under 2010 har dotterbolaget Lagena Distribution AB avyttrats.

Systembolaget sålde 454 (449) miljoner liter alkoholdrycker under 2010. Det är en ökning med 1,2 procent jämfört med 2009. Volymökningen hänförs främst till varugrupperna vin och alkoholfritt som ökade med 3,6 respektive 30,8 procent. Intäkterna uppgick under 2010 till 24 115 (23 360) miljoner kronor, en ökning med 3,2 procent. Antalet kunder hos Systembolaget ökade under 2010 med 2 procent till 116 miljoner.

Trots att Systembolagets försäljning har ökat är den totala alkoholkonsumtionen per person i Sverige jämfört med 2009 i stort sett oförändrad, enligt Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet

(SoRAD). Den andel av alkoholen som konsumeras i Sverige och som är inköpt på Systembolaget är nu den högsta sedan SoRAD inledde sina mätningar i mitten av 90-talet. Koncernens resultat före skatt uppgick till 396 (467) miljoner kronor. Finansnettot uppgick till 65 (73) miljoner kronor. Under 2010 avyttrades Systembolagets dotterbolag Lagena Distribution vilket bidrog till finansnettot med 37 miljoner kronor.

Systembolaget hade vid årsskiftet 414 (412) butiker i 289 av Sveriges 290 kommuner. Utöver butikerna finns 508 ombud runt om i Sverige, där kunderna kan beställa varor för avhämtning.

Ålderskontrollen, som ska motverka att ungdomar under 20 år kommer över alkohol, följs upp med kontrollköp. Under 2010 begärdes legitimation i 94 (93) procent av kontrollköpen, vilket är i nivå med bolagets målsättning. Opinionsindex för 2010, som mäter hur stor andel av Sveriges befolkning som vill behålla Systembolaget och detaljhandelsmonopolet för alkohol är på samma nivå som 2009 (66) procent.

Den svenska alkoholmarknaden har genomgått en kraftig förändring sedan Sverige blev medlem i EU och Systembolaget har därigenom fått utvidgade uppgifter. En central uppgift för Systembolaget kommer fortfarande att vara att uppfylla EU-rättens krav på att detaljhandelsmonopolet ska fungera icke-diskriminerande, dvs. att inköps- och försäljningsvillkor är objektiva och tillämpas likvärdigt på medborgare och produkter i gemenskapen samt att villkoren är transparenta. Konkurrensverket har sedan den 1 januari 1995 regeringens uppdrag att utöva tillsyn över detaljhandelsmonopolet vad gäller dess

icke-diskriminerande funktionssätt och rapportera till Europeiska kommissionen två gånger om året. Systembolagets försäljningsstatistik visar att det finns en stor efterfrågan på lokalt producerade produkter i de lokala systembutikerna. För att kunna bemöta denna efterfrågan beslutade Systembolaget 2008 att en lokal producent, efter ansökan, ska kunna sälja sina produkter i den närmaste systembutiken. Enligt bolagets beslut i maj 2010 vidgades möjligheten ytterligare till att de lokala dryckesproducenterna från och med den 1 juli 2010 kan sälja sina produkter i de tre systembutiker som ligger närmast produktionsstället.

**Tabell 5.20 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren**

Miljoner kronor					
	2010	2009	2008	2007	2006
Nettoomsättning	24 115	23 360	21 296	20 211	19 039
Resultat efter finansiella poster	396	467	833	366	602
Eget kapital	2 170	2 213	2 069	2 163	2 071
Räntabilitet på eget kapital <sup>1</sup>	13,8	16,1	36,6	13,9	20,6
Medeltalet årsanställda	3 255	3 219	3 232	3 049	3 026
Arbetsproduktivitet <sup>2</sup>	833	838	798	775	766
Lageromsättningshastighet <sup>3</sup>	25,7	25,4	23,2	22,3	21,3

<sup>1</sup>Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

<sup>2</sup>Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

<sup>3</sup>Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

**Tabell 5.21 Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse**

Perspektiv	Strategiska nyckeltal	2010	2009	2008	2007	2006	Mål 2011	Mål 2013
Samhälle	Opinionsindex	66	66	64	61	57	66	66
	Ålderskontroll, procent <sup>1</sup>	94	93	90	85	88	94	94
Kund	Nöjd-Kund-Index (NKI)	78	78	77	75	74	79	80
Medarbetare	Nöjd-Medarbetare-Index (NMI)	75	75	74	72	70	75	75
Finansiellt	Handelsmarginal exkl. alkoholskatt (moderbolaget), procent	21,8	22,2	22,6	23,1	24,3	22,5	22,5

<sup>1</sup>Årlig ålderskontroll genomförd av oberoende bolag av ungdom

## 6 Funktionshinderspolitik

### 6.1 Omfattning

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är utgångspunkten för regeringens funktionshinderspolitik. Konventionen är en del av det internationella system för skydd av de mänskliga rättigheterna som byggts ut och utvecklats under decennier, i syfte att garantera den enskilde skydd från ingrepp i de grundläggande friheterna, mot övergrepp samt för att tillgodose grundläggande behov. Regeringens långsiktiga mål är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna, inklusive personer med funktionsnedsättning, i Sverige.

Funktionshinderspolitiken omfattar de sektorsövergripande insatser som syftar till att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för människor med funktionsnedsättning och insatser för att förebygga och bekämpa diskriminering av personer med funktionsnedsättning.

Området omfattar Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) som samordnar arbetet med att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken, medan de konkreta insatserna genomförs av myndigheter inom de flesta samhällssektorer.

Vidare omfattar området bidrag till handikapporganisationer. Eftersom funktionshinderspolitiken är tvärspektoriell finansieras huvuddelen av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

### 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2010	Budget 2011 <sup>1</sup>	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
<i>Område Funktionshinderspolitik</i>							
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	20	20	20	21	21	21	22
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	183	183	183	183	183	183	183
<b>Summa Funktionshinderspolitik</b>	<b>203</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>204</b>	<b>205</b>

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FIU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

### 6.3 Mål

De nationella målen för funktionshinderspolitiken är

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

För att nå målen för politiken ska det funktionshinderspolitiska arbetet särskilt inriktas på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionsnedsättning,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Målen beslutades av riksdagen år 2000 (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240).

### 6.4 En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken

I mars 2010 överlämnade regeringen den tredje och sista uppföljningen (skr. 2009/10:166, bet. 2009/10:SoU20) av den nationella handlingsplanen Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) till riksdagen. I skrivelsen redovisades även grunden för en strategi framåt.

Inför det kommande arbetet presenterade regeringen förslag på inriktningsmål för funktionshinderspolitiken inom nio prioriterade områden: Ökad fysisk tillgänglighet, IT-politik, Socialpolitik, Utbildningspolitik, Kultur, medier och idrott, Arbetsmarknadspolitik, Rättsväsendet, Transportpolitik samt Folkhälsopolitik.

Sjutton statliga myndigheter fick i uppdrag att föreslå delmål som skulle formuleras utifrån inriktningsmålen och mot bakgrund av de natio-

nella målen och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. I uppdraget ingick även att lämna förslag på hur delmålen ska följas upp.

Den 16 juni 2011 beslutade regeringen om en strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016 (S2011/5905/FST). Strategin presenterar politikens inriktning, med konkreta mål för samhällets insatser samt hur resultaten ska följas upp under de kommande fem åren. Myndigheternas delmål är därmed ett centralt inslag i strategin. Se vidare avsnitt 6.8.2.

### 6.5 Stärkta mänskliga rättigheter

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ratificerades för Sveriges del den 14 januari 2009. Regeringen har i januari 2011 lämnat den första rapporten till FN:s övervakningskommitté för konventionen.

Syftet med rapporten är att beskriva hur mänskliga rättigheter främjas och skyddas i Sverige med fokus på personer med funktionsnedsättning. I rapporten redogör regeringen för det rättsliga skyddet, åtgärder som har vidtagits och för de utmaningar som identifierats i regeringens genomgång av svenska förhållanden inför ratificering.

Det civila samhället inklusive funktionshindersrörelsen har haft möjlighet att lämna synpunkter vid sammanställningen av regeringens rapport. Även myndigheter har involverats i arbetet. Rapporten har publicerats på regeringens webbplats. Funktionshindersorganisationerna har under våren 2011 lämnat en alternativ rapport till övervakningskommittén.

Europeiska Unionen (EU) ratificerade konventionen i december 2010. Det är första gången EU blivit part i en internationell konvention. Anslutningen är en följd av EU:s mer övergripande åtgärder att till 2020 skapa ett Europa utan inre gränser för uppskattningsvis 80 miljoner människor med någon form av funktionsnedsättning inom EU.

Inom FN diskuteras genomförandet av konventionen årligen vid en så kallad statsparts-konferens. I september 2011 var Sverige ordförande för den fjärde konferensen. Temat var utveckling genom arbete och sysselsättning, delaktighet i politiskt och offentligt arbete samt internationellt samarbete. Delegationen leddes

av barn- och äldreministern Maria Larsson. Den nationella handlingsplanen för mänskliga rättigheter 2006–2009 (skr. 2005/06:95, bet. 2005/06:Ku17) har varit ett betydelsefullt instrument bland annat för att främja mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. En utförligare redovisning av arbetet för mänskliga rättigheter finns inom utgiftsområde 1 Rikets styrelse.

Barn med funktionsnedsättning omfattas även av konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen). I juni 2010 överlämnade regeringen propositionen (prop. 2009/10:232, bet. 2010/11:SoU3, rskr. 2010/11:35) Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige, som antogs av riksdagen i december 2010. En utförligare redovisning av regeringens insatser för att stärka barnets rättigheter finns i området barnrättspolitik.

Att bekämpa diskriminering i samhället är grundläggande i arbetet med att främja mänskliga rättigheter. Regeringen har under senare år stärkt skyddet mot diskriminering. Förslagen i departementspromemorian Bortom fagert tal – om bristande tillgänglighet för personer med funktionshinder som en form av diskriminering (Ds 2010:20) har remitterats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Regeringens arbete mot diskriminering beskrivs närmare i utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet.

## 6.6 Ökad tillgänglighet

### 6.6.1 Enkelt avhjälp

Enkelt avhjälp är en strategi för att genomföra tillgänglighetsmålen i funktionshinderspolitiken. Den togs fram av regeringen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och innehåller insatser inom tre prioriterade områden: tillgänglig kollektivtrafik, tillgänglig statsförvaltning och enkelt avhjälpna hinder. I anslutning till strategin fick Boverket i uppdrag att, i samverkan med SKL och i samråd med länsstyrelserna, genomföra en uppsökande informationsverksamhet i kommunerna om enkelt avhjälpna hinder under 2009 och 2010. Uppdraget slutredovisades i december 2010. De slutsatser som Boverket redovisade var bland annat att andelen åtgärdade hinder har ökat, frågan om enkelt avhjälpna hinder är bättre förankrad i

kommunerna och tillsynen av de privata fastighetsägarna har ökat. Kunskapen behöver dock fördjupas och spridas bland framför allt små privata fastighetsägare och tillgänglighetsarbetet behöver fogas in i de ordinarie verksamheterna.

### 6.6.2 Öppna jämförelser av tillgänglighetsarbetet i staten

Med ambitionen att intensifiera statliga myndigheters tillgänglighetsarbete och förbättra insynen i arbetet, redovisar Handisam resultatet av statliga myndigheters tillgänglighetsarbete i form av öppna jämförelser. Jämförelsen avser myndigheternas arbete för att efterleva förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken. Förordningen anger att statliga myndigheter ska verka för att lokaler, verksamhet och information är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning.

I Handisams senaste uppföljning redovisas hur tillgänglighetsarbetet har utvecklats mellan 2003 och 2010. I 2010 års undersökning ingår 302 statliga myndigheter och svarsfrekvensen är 90 procent (271 myndigheter).

Handisams sammantagna bedömning är att det går långsamt att göra myndigheterna tillgängliga för alla medborgare oavsett funktionsförmåga. Färre myndigheter har tagit fram en handlingsplan, utsett samordnare och integrerat funktionshindersperspektivet i andra policydokument än tidigare. Trots det har själva tillgängligheten sakta förbättrats. Det gäller verksamhet, information, kommunikation, webbplats och lokaler. Handisams mätningar visar att tillgängligheten för personer med nedsatt rörelseförmåga är ganska bra. Men myndigheterna är inte lika tillgängliga för personer med nedsatt syn eller allergi. Det gäller även myndigheternas kommunikation med personer med nedsatt hörsel eller nedsatt kognitiv förmåga.

Ett positivt resultat är att något fler myndigheter har kontakt med funktionshindersrörelsen (35 procent 2010 jämfört med 30 procent 2008).

### 6.6.3 Tillgänglighetsanalyser i kommunala planprocesser

Länsstyrelserna i Östergötlands, Skånes, Västerbottens, Gävleborgs, Uppsalas, Jönköpings, Stockholms och Dalarnas län har på regeringens uppdrag till uppgift att stödja kommunerna i respektive län med att inkludera tillgänglighet för äldre och personer med funktionsnedsättning i kommunernas arbete med översikts- och detaljplaner.

Av en delredovisning av uppdraget från november 2010 framgår att en arbetsgrupp med deltagare från respektive länsstyrelse ska göra tillgänglighetsanalyser i planprocesserna. Under 2010 tog man fram en projektplan och en enkät för analys av kommunernas arbete med tillgänglighetsfrågor har genomförts tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting. Under våren 2011 har länsstyrelserna arbetat med uppföljningar (kvalitetssäkring) av enkäten, bland annat genom dialog med kommunala tjänstemän i de län som berörs av uppdraget.

## 6.7 Övrigt sektorsövergripande arbete

### Motverka onödig ohälsa

Mer än en sjättedel av befolkningen, cirka 1,5 miljon människor, har en funktionsnedsättning. Uppgiften är ett resultat från en nationell folkhälsoenkät som bygger på självskattad hälsa och som redovisas i Statens folkhälsoinstituts rapport Onödig ohälsa från 2008. I undersökningen ställs en rad frågor som gör det möjligt att avgränsa personer med funktionsnedsättning. Undersökningen visar också att det är tio gånger vanligare med dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning än hos den övriga befolkningen.

Handisam fick i uppdrag av regeringen att genomföra informations- och kommunikationsinsatser för att sprida resultaten från rapporten. I uppdraget ingick även att initiera och stödja uppbyggnaden av lokala nätverk som arbetar med att främja hälsa och förebygga ohälsa bland personer med funktionsnedsättning. Utbildningarna ägde rum under våren 2010 i samverkan med Statens folkhälsoinstitut, Västra Götalandsregionen, Handikappförbundens samarbetsorgan i Västra Götaland och Svensk föreningen för

folkhälsoarbete och riktades mot politiker, tjänstemän och representanter för olika brukarorganisationer.

FoU i Väst/GR (FoU-verksamheten inom kommunalförbundet Göteborgsregionen) fick i uppdrag att utvärdera Handisams utbildningar. Syftet var att se vilken nytta deltagarna kunde se med utbildningen, samt om de ändrat förhållnings-, arbets- och samarbets sätt. Sammanfattningsvis är resultaten från utvärderingen positiva. Deltagarna upplevde nyttan med utbildningen som hög, samt att innehållet väl stämde överens med deras förväntningar och vardag. FoU i Väst/GR konstaterar att det goda resultatet förmodligen berodde på att utbildningen låg rätt i tiden, att den gav utrymme för dialog och reflektion över gränserna och att deltagarna var intresserade och engagerade.

### Förändra attityder till personer med psykisk funktionsnedsättning

Handisam har uppdraget att i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

I maj 2010 genomfördes den första av fyra planerade mediekampanjer. Utvärderingen av kampanjen visar att 4 av 10 tillfrågade har uppmärksammat kampanjen och att man uppfattar budskapet som angeläget. Enligt 1 av 3 tillfrågade har kommunikationen bidragit till att man börjar fundera mer på ämnet eller att ens inställning påverkats i positiv riktning.

En uppföljning och effektutvärdering ska redovisas till regeringen senast den 1 juni 2012. Vissa effekter av arbetet med kampanjen går redan nu att mäta. I de tre kampanjlänen, Västerbotten, Uppsala län och Region Västra Götaland, kan man mellan oktober 2009 och oktober 2010 se positiva förändringar i attityder till psykisk sjukdom för befolkningen i länet eller regionen. Det gäller framförallt attityder som rör social distans. Till exempel har andelen som tycker att det är skrämmande att det finns människor med psykisk sjukdom som bor i ens bostadsområde minskat från 17 till 11 procent. Det betyder att var tredje person som upplevt det som skrämmande nu har ändrat uppfattning. Andelen som inte skulle vilja bo granne med

människor som har haft en psykisk sjukdom har minskat från 18 till 13 procent. Drygt var fjärde person som tidigare inte ville bo granne med en person som har en psykisk sjukdom har ändrat uppfattning. Resultaten från den uppföljande befolkningsundersökning som genomfördes under oktober 2010 kan tolkas som att kampanjen har haft ett positivt inflytande i kampanjlänen.

## 6.8 Politikens inriktning

### 6.8.1 Inledning

Det svenska samhället bygger på respekt för de mänskliga rättigheterna, där alla människors lika värde och enskilda människors frihet och värdighet står i centrum (skr. 2009/10:106). Politiken ska bidra effektivt till att skapa och upprätthålla respekten för de mänskliga rättigheterna. Regeringen ser arbetet med funktionshinderspolitiken som en del av det arbetet.

I FN-konventionen (SÖ 2008:26), som Sverige ratificerade i december 2009, slås rättigheter för personer med funktionsnedsättning fast. Rättigheterna finns inom de flesta politikområden och det är utifrån denna inriktning som framtida insatser redovisas.

### 6.8.2 En strategi för funktionshinderspolitiken

Regeringen presenterade den 16 juni 2011 en strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Syftet med strategin är att presentera politikens inriktning, med konkreta mål för samhällets insatser, samt hur resultaten ska följas upp under de kommande fem åren.

Grunden för funktionshinderspolitiken finns i den nationella handlingsplanen Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240). Genomförandet av de funktionshinderspolitiska målen ska ske inom alla samhällsområden vilket innebär att funktionshinderspolitiken är tvärssektoriell. I regeringens skrivelse till riksdagen (skr. 2009/10:166, bet. 2009/10:SoU20) gav regeringen en beskrivning och analys av nuläget. Bland annat konstaterades att det gjorts framsteg på många områden, till exempel att tillgäng-

ligheten för personer med funktionsnedsättning förbättrats inom flertalet sektorer i samhället. Men regeringens slutsats av uppföljningen var att fler åtgärder behöver sättas in, och att arbetet måste förändras för att bli mer effektivt. Därför aviserade regeringen i skrivelsen att en strategi skulle utformas för insatserna under de närmaste fem åren. De inriktningsmål som regeringen fastställde i skrivelsen inom nio prioriterade områden syftar till att konkretisera de övergripande funktionshinderspolitiska målen. Utifrån dessa inriktningsmål fastställde regeringen i strategin delmål och inriktning på insatserna under de närmaste åren. Strategin är ett led i genomförandet av målen för funktionshinderspolitiken. Insatserna är delvis sådana som regeringen nyligen har aviserat eller under senare tid har börjat genomföra, och dessa bedöms utgöra en väsentlig del av strategins inledande fas. Det funktionshinderspolitiska arbetet inom regeringen är en pågående process som återkommande leder till nya initiativ. Ytterligare åtgärder kan behöva initieras och andra insatser revideras med beaktande av ansvars- och finansieringsprincipen under genomförandeperioden 2011–2016.

De fastställda delmålen bygger på förslag från 17 myndigheter som fick i uppdrag att lämna förslag till delmål och en struktur för hur målen ska följas upp. Regeringen avser att ge myndigheterna ett gemensamt uppdrag att arbeta utifrån dessa delmål.

En central del av strategin är att målen ska följas upp och att effekten av insatserna ska kunna mätas på ett bättre sätt. Uppföljningssystemet som presenterades i strategin syftar till:

- att följa genomslaget för funktionshinderspolitiken,
- att öka kunskapen om levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning,
- att följa upp insatserna i strategin,
- att resultera i en samlad utvärdering samt
- att vara underlag för kommande strategiperioder.

Uppföljningssystemet ska ge regeringen underlag för att kunna ta ställning till nya eller förändrade insatser. Regeringen ska årligen i samband med budgetpropositionen redovisa resultaten av utvecklingen mot identifierade inriktningsmål och delmål. Myndigheterna ska senast den 15 mars varje år under perioden 2012–2015 komma in med en särskild rapport till reger-

ingen. I rapporten ska myndigheterna redovisa genomförda insatser och resultat och effekter, samt göra en lägesbedömning. Rapporterna ska även redovisas till Handisam som senast den 15 maj under perioden 2012–2015 ska lämna en samlad rapport till regeringen. En slutlig uppföljning av strategin för funktionshinderspolitiken ska regeringen redovisa våren 2017. Inför denna uppföljning kommer de strategiska myndigheterna att få i uppdrag att ta fram en slutlig resultatredovisning.

Regeringen kommer under hösten 2011 att närmare precisera uppföljningssystemet i uppdrag och instruktionsförändringar. Ytterligare utveckling av systemet kan vid behov komma att ske under strategiperioden. Utvecklingen ska ske inom ramen för ordinarie verksamhet.

### **Genomförande och samverkan med olika aktörer**

För att nå framgång i det funktionshinderspolitiska arbetet krävs samverkan med många aktörer. Funktionshindersperspektivet ska vara en integrerad del av planering, genomförande och utvärdering av olika insatser. De statliga myndigheterna har ett generellt ansvar för genomförandet av de funktionshinderspolitiska målen. I strategin för funktionshinderspolitiken beslutade regeringen om de delmål de strategiska myndigheterna ska få i uppdrag att genomföra.

Den svenska funktionshindersrörelsen har en roll som röstbärare och opinionsbildare. Därför är det viktigt att efterhöra organisationernas syn i den politiska processen. Detta slås även fast i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (art. 4). Samrådet sker bland annat i en övergripande dialog i Handikappdelegationen. Regeringen har som ambition att i dialog med Handikappdelegationen vidga möjligheten till utökat samråd med funktionshindersorganisationerna och andra berörda under strategiperioden. Inför den slutliga uppföljningen av strategin ska en bred dialog föras om erfarenheterna och effekterna av strategin.

Arbetet med att skapa förutsättningar för delaktighet och jämlikhet genomförs i hög grad i kommuner och landsting. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har uttalat en vilja att åta sig målsättningar som bland annat handlar om förbättrad tillgänglighet och att arbeta för att fler personer med funktionsnedsättning ska komma

i arbete. I det fortsatta arbetet avser regeringen att ha nära samverkan och dialog med SKL.

### **Handisam**

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) har en central roll i genomförandet av funktionshinderspolitiken. Det gäller inte minst i fråga om arbetet med förbättrad tillgänglighet i samhället. Här har myndigheten en aktiv genomföranderoll. Handisam ska bedriva kunskapsförmedling och ta fram riktlinjer som berör myndigheternas ansvar för tillgängligheten inom sina lokaler, verksamhet och information enligt förordningen 2001:526. Dessa riktlinjer kan vara viktiga även för andra aktörer som en utgångspunkt för hur god tillgänglighet kan åstadkommas. Handisam ska ha en samlad kunskap om metoder och lösningar för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Det är angeläget att detta arbete fortsätter att utvecklas. Den andra viktiga rollen för Handisam är att bistå regeringen med underlag för styrningen av det funktionshinderspolitiska arbetet. Detta arbete kommer framöver att koncentreras till att följa, analysera och presentera resultatet av genomförandet av funktionshinderspolitiken och levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning.

Handisams arbete förutsätter djup kunskap inom funktionshindersfältet och om metoder för att undanröja hinder. Regeringen har i strategin bedömt det som viktigt att Handisam tar del av den forskning som tas fram nationellt och internationellt. Regeringen kommer därför ge Handisam i uppdrag att ansvara för ett kunskapsråd. Rådet ska bistå Handisam med kunskap, kvalitetssäkring och allmänt bidra till myndighetens långsiktiga och strategiska utveckling.

### **Sveriges rapportering kring FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning**

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har bidragit till att generellt stärka människorättsperspektivet i funktionshinderspolitiken. Genom Sveriges ratificering av konventionen har funktionshinderspolitiken fått en tydligare grund. Detta har också fastlagts i strategin för regeringens kommande

politik. Exempel på områden där regeringen arbetar för att stärka skyddet för och främjandet av mänskliga rättigheter är bland annat följande:

- åtgärder för att öka medvetenheten om konventionen,
- arbetsmarknads- och sysselsättningsåtgärder,
- internationellt utvecklingssamarbete,
- utredning om nationell övervakning och genomförande och
- ny skollag.

### EU:s funktionshindersstrategi

EU beslutade vid ministerrådet den 17 juni 2010 om en ny funktionshinderstrategi 2011 till 2021. De grundläggande utgångspunkterna för strategin och de övergripande målen stämmer väl med de nationella målen för funktionshinderspolitiken, varför Sverige välkomnar strategin. Strategin omfattar åtta verksamhetsområden: tillgänglighet, delaktighet, jämlikhet, arbete, utbildning och yrkesutbildning, socialt skydd, hälsa samt externa (internationella) insatser. Implementeringen av strategin åsidosätter inte subsidiaritetsprincipen. Det är de nationella målen som ska vara vägledande för medlemsstaternas arbete med funktionshinderspolitiken.

### Förbättrade möjligheter på arbetsmarknaden

Den grundläggande utgångspunkten för regeringen är att alla människors kompetens och vilja att arbeta ska tillvaratas. För att förbättra förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning att få och behålla ett arbete behöver bland annat de arbetsmarknadspolitiska insatserna för personer med nedsatt arbetsförmåga ses över (se även politikens inriktning för utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp och utgiftsområde och 14 Arbetsmarknad och arbetsliv). Regeringen har, under denna och förra mandatperioden, gjort

flera insatser för att förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Handisam har ett regeringsuppdrag att sammanställa kunskap om effektiva metoder att arbeta med attitydförändringar inom arbetsplatser. Målet är att sammanställa kunskap och ta fram en guide som kan spridas till arbetsgivare, fackliga representanter, chefer med personalansvar med flera. Uppdraget ska redovisas senast den 31 januari 2012.

Handisam har, i samråd med Arbetsgivarverket, nyligen gjort en kartläggning och analys över vilka åtgärder de statliga myndigheterna har vidtagit för att anställa personer med funktionsnedsättning. I en enkät som skickades ut till samtliga myndigheter svarade 87 procent. Av de myndigheter som nyanställde under 2010 var det 14 procent som anställde en eller flera personer med funktionsnedsättning och behov av anpassning från arbetsgivarens sida. Syftet med kartläggningen är att tillvarata de erfarenheter som finns och att sprida goda exempel. Utifrån denna redovisning kan det finnas behov att analysera om ytterligare insatser krävs för att myndigheterna ska arbeta för att fler personer med funktionsnedsättning ska få anställning eller möjlighet till praktik. Regeringen ska t.ex. pröva möjligheten att utforma ett praktikantprogram för personer med funktionsnedsättning i statliga myndigheter.

### It och offentlig upphandling

Ny teknik behöver utformas så att den är användbar och tillgänglig också för personer med funktionsnedsättning. Detta är något som kan beaktas i offentlig upphandling. Regeringen kommer att ge Kammarkollegiet i samverkan med Konkurrensverket och Handisam, ett uppdrag att inom ramen för upphandlingsstödet ta fram en vägledning för att uppropa och avropa användbart och tillgängligt oavsett funktionsförmåga.

## 6.9 Budgetförslag

### 6.9.1 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning**

Tusental kronor

2010	Utfall	20 086	Anslags-sparande	327
2011	Anslag	20 358 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	20 252
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>20 574</b>		
2013	Beräknat	21 002 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	21 408 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	21 963 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 20 574 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 20 574 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 20 574 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Myndigheten för handikappolitisk samordnings (Handisam) förvaltningskostnader.

Handisam är en myndighet under regeringen som ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken.

#### Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för Handisams verksamhet i stort bör kvarstå.

**Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011 <sup>1</sup></b>	<b>20 358</b>	<b>20 358</b>	<b>20 358</b>	<b>20 358</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	216	644	1 080	1 636
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-30	-31
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>20 574</b>	<b>21 002</b>	<b>21 408</b>	<b>21 963</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 574 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 21 002 000 kronor, 21 408 000 kronor respektive 21 963 000 kronor.

### 6.9.2 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

**Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

2010	Utfall	182 742	Anslags-sparande	0
2011	Anslag	182 742 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	182 742
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>182 742</b>		
2013	Beräknat	182 742		
2014	Beräknat	182 742		
2015	Beräknat	182 742		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till handikapporganisationer och syftar till att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Socialstyrelsen ansvarar för administration och fördelning av bidraget. Fördelningen av stödet regleras i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

#### Regeringens överväganden

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder i syfte att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. Regeringen anser att stödet till handikapporganisationerna är viktigt för att uppfylla detta åtagande.

**Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 182 742 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 182 742 000 kronor respektive år.



## 7 Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning

### 7.1 Omfattning

Området omfattar följande delar: Socialtjänstens omsorg om äldre människor, socialtjänstens verksamhet inom individ och familjeomsorg samt stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Individ- och familjeomsorg avser socialtjänstens arbete med den sociala barn- och ungdomsvården, missbruks- och beroendevården, hemlöshet, stöd och hjälp till brottsoffer samt ekonomiskt bistånd. Området innefattar även Statens institutionsstyrelse (SiS) som bedriver statlig ungdoms- och missbruksvård (anslag 4:6 *Statens institutionsstyrelse*). Socialstyrelsen är expert- och tillsynsmyndighet inom de aktuella områdena.

Kommunerna ansvarar enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) för insatser enligt dessa lagar. Verksamheten finansieras främst genom kommunalskatt, statsbidrag och avgifter. Statsbidrag fördelas via anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*, utgiftsområde 25. För LSS finns ett särskilt utjämningsystem mellan kommunerna (Anslag 1:2 *Statligt utjämningsbidrag för LSS-kostnader*, utgiftsområde 25).

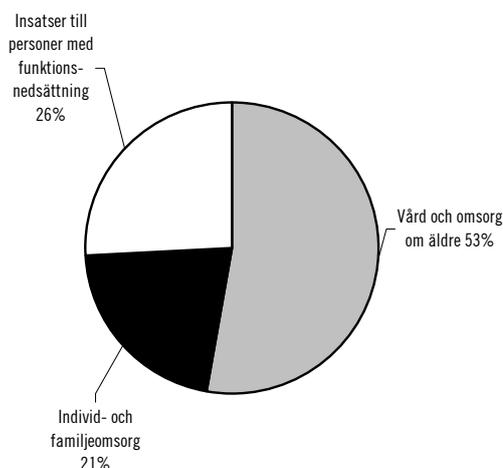
Statens insatser inom området består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, stimulans- och prestationsbaserade bidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av dels myndigheterna på uppdrag av regeringen,

dels Sveriges Kommuner och Landsting i överenskommelser med regeringen. Staten ansvarar även för ett antal statliga stöd på funktionshindersområdet, bl.a. assistansersättning och bilstöd.

#### *Kostnader för verksamhet inom socialtjänsten och enligt LSS*

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning uppgick till 174,7 miljarder kronor 2010 (169,6 miljarder kronor 2009). Äldreomsorgen ansvarar för den största andelen men har också högst antal personer som får vård och omsorg via kommunerna.

**Diagram 7.1 Kommunens kostnader fördelat på andelar för vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning 2010**



Källa: Socialstyrelsen

Uppgifterna bygger på Statistiska centralbyråns (SCB:s) uppgifter från kommunernas räkenskapsammandrag 2010. Kostnadsbegreppet är: Kostnad = bruttokostnad – interna intäkter – försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting – externa intäkter från lokalhyror (Åo och Fh).

Kostnaderna för vård och omsorg om äldre uppgick 2010 till 92,2 miljarder kronor, för individ- och familjeomsorg till 37,3 miljarder kronor samt för insatser till personer med funktionsnedsättning till 45,2 miljarder kronor.

Jämfört med 2006 har kostnaderna ökat med cirka 28,4 miljarder kronor vilket motsvarar en kostnadsökning på knappt 20 procent. Insatser till personer med funktionsnedsättning och åtgärder inom individ- och familjeomsorg svarar för de högsta kostnadsökningarna (25 procent). Äldreomsorgens andel av socialtjänstens kostnader har minskat med 2 procentenheter jämfört med 2006 medan andelarna av kostnaderna för individ- och familjeomsorg och insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat med 1 procentenhet.

#### *Behovsprövade insatser omfattning*

Äldre människor, personer med funktionsnedsättning samt barn och unga som får insatser enligt socialtjänstlagen och service- och stödinsatser enligt LSS från kommunerna ökar, se tabell 7.1.

**Tabell 7.1 Antal personer med insatser från socialtjänsten inom olika områden samt antal vård dygn i frivillig institutionsvård för missbruksvård 2006, 2009 och 2010**

	2006	2009	2010
<b>Antal äldre personer</b>			
med hemtjänst <sup>1</sup>	–	205 800	211 000
i korttidsboende	9 000	8 500	8 100
i särskilt boende <sup>1</sup>	98 600	95 400	94 000
<b>Antal personer med funktionsnedsättning</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
med LSS-insatser <sup>2</sup>	55 800	60 200	62 100
med hemtjänst eller bostad med särskilt service enligt socialtjänstlagen <sup>1</sup>	–	25 900	28 800
<b>Barn och unga</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
antal placerade i heldygnsvård <sup>3</sup>	21 000	23 700	24 900
med behovsprövad öppenvårdsinsats den 1 november <sup>3</sup>	28 200	28 500	28 300
<b>Personer inom missbruks- och beroendevården<sup>4</sup></b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
antal inskrivningar i bistånd som avser boende	12 200	14 800	14 400
antal med individuellt behovsprövade öppna insatser	26 000	28 200	27 800
antal inskrivning i frivillig institutionsvård/familjehem	11 700	12 100	11 500
antal vård dygn i frivillig institutionsvård under resp. år	892 700	864 500	796 500

<sup>1</sup> Mängdstatistik den 1 oktober 2006, 2009 och 2010. I definitionen för hemtjänst ryms även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.

<sup>2</sup> Personnummerbaserad statistik 1 oktober 2006, 2009 och 2010.

<sup>3</sup> Uppgifter om heldygnsinsatser samlas in på individnivå och uppgifter om öppenvårdsinsatser samlas in på mängdnivå.

<sup>4</sup> Mängdstatistik. I statistiken går det inte att utläsa hur många personer som på grund av missbruk hade minst en av de nämnda insatserna. En och samma person kan få flera biståndsinsatser samtidigt och under året kan en och samma person dessutom få flera insatser.

Källa: Socialstyrelsen

Utöver uppgifterna i tabell 7.1 fick cirka 16 000 personer statlig assistansersättning till personlig assistans genom Försäkringskassan i december 2010 (cirka 15 900 personer 2009 och 14 300 personer 2006), se avsnitt 7.4.4. Cirka 437 050 personer uppbar ekonomiskt bistånd någon gång under 2010 (cirka 422 300 personer 2009), se avsnitt 7.4.3.

#### *Statligt finansierad verksamhet för personer med funktionsnedsättning*

Staten ansvarar för bilstöd till personer med funktionsnedsättning (grundbidrag, inkomstprövat anskaffnings- och anpassningsbidrag) och drygt 80 procent av assistansersättningen. Staten beviljar även statsbidrag till kommuner som inrättar verksamhet med personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning. Därutöver utgår statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation och vissa andra angelägna satsningar inom handikappområdet. Utgifterna uppgick till cirka 19,4 miljarder 2010, att jämföras med cirka 18,1 miljarder för 2009.

### **7.1.1 Nationell äldresamordnare, pågående utredningar och utredningar som bereds**

#### *Omsorg om äldre människor*

Regeringskansliet har under 2011 inrättat en högnivågrupp med uppgift att fram till 2014 lämna förslag på hur staten kan främja att kommuner och landsting bättre än i dag samordnar vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I gruppen ingår representanter för regeringen, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Till högnivågruppen hör en projektgrupp som leds av en nationell äldresamordnare. Målet är att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentraler och sjukhusvård att samverka bättre i dessa frågor. Resultatet från en inventering ska utmyнна i förslag till åtgärder inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting för 2012. Ersättningarna till kommunerna och landstingen ska vara prestationsbaserade. Indikatorer ska tas fram för att kunna mäta förändringar och göra jämförelser inom vården och omsorgen om äldre människor.

En nationell samordnare för hemsjukvården har sedan juni 2010 stöttat landsting och kom-

muner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Syftet med uppdraget är att på frivillig väg få ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för den kommunala hälso- och sjukvården och hemsjukvården i landet. Den nationella samordnaren har även utrett frågan om kommunerna ska ges befogenhet att kunna tillhandahålla läkare (dir. 2010:71). Uppdraget redovisades i slutet av juni 2011.

#### *Individ och familjeomsorg*

Utredningen om vanvård i den sociala barnvården (dir. 2006:75, 2007:167 och 2010:4) granskar allvarliga övergrepp och vanvård av flickor och pojkar som varit placerade i familjehem eller på institutioner inom den sociala barnvården. Utredningen bjuder in alla som anser sig ha blivit vanvårdade till intervjuer och uppföljande samtal med psykoterapeut. Utredaren ska sammanställa och dokumentera det som kommer fram så att liknande förhållanden kan undvikas i framtiden. Drygt 1 000 personer har anmält sig till utredningen för intervju. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 september 2011.

Upprättelseutredningen (dir. 2010:15) har lämnat förslag till hur en upprättelseprocess för enskilda, som utsatts för övergrepp och vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården under perioden 1920–1980, kan utformas. Frågorna rör bl.a. ceremoniell inramning, ersättningar och åtgärder för att det som hänt inte ska upprepas. Betänkandet Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården (SOU 2011:9) har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet.

Barnskyddsutredningen har lämnat förslag till bestämmelser till stöd och skydd för barn och unga i socialtjänsten (SOU 2009:68). Förslagen innebär bl.a. att skyddet stärks i en ny lag, att barns och ungas möjligheter till delaktighet och inflytande förbättras samt att kraven på kvalitet, kompetens och säkerhet i socialtjänstens arbete med barn som far illa ökar. Betänkandet – Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) – bereds i Regeringskansliet.

Missbruksutredningen har sett över missbruks- och beroendevården i ett brett perspektiv och lämnat förslag till förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området (SOU 2011:35). Målet

är en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård utifrån den enskildes behov. Utredningen föreslår bl.a. att landstinget ska vara huvudman för vården och att missbruks- och beroendevården regleras i en särskild lag som vänder sig till både landsting och kommuner. Betänkandet – Bättre insatser vid missbruk och beroende – remissbehandlas.

#### *Stöd till personer med funktionsnedsättning*

Oegentligheter och överutnyttjande av assistansersättningen samt övervältring av kostnader mellan huvudmän utreds (dir. 2011:26). Utredaren ska redovisa förslag som säkerställer assistansreformens långsiktiga hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter enligt lagen värnas. Uppdraget ska slutredovisas den 15 februari 2012.

Utredningen om fritt val av hjälpmedel (dir. 2011:7) ska lämna förslag på hur ett system för fritt val av hjälpmedel kan utformas så att fler äldre och personer med funktionsnedsättning ska få möjlighet att själva välja hjälpmedel. Uppdraget ska slutredovisas den 2 december 2011.

Utredningen om tolktjänst för döva och hörselskadade (dir. 2010:87) ska kartlägga och analysera hur nuvarande reglering, finansiering, organisering och tillsyn av tolktjänst till barn-domsdöva, vuxendöva, hörselskadade och dövblinda fungerar inom olika samhällsområden. Målsättningen ska vara en brukarorienterad modell för tolktjänst med ändamålsenlig och kostnadseffektiv organisation. Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2011.

## 7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2011 till 2014 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster öka med cirka 5,8 miljarder kronor bl.a. främst till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom området beräknas 2011 till cirka 23 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 788 miljoner kronor. Utgifterna för 2010 blev 689 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

**Tabell 7.2** Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

	Utfall 2010	Budget 2011 <sup>1</sup>	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
4:1 Personligt ombud	99	104	98	<b>104</b>	104	104	104
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	173	323	288	<b>353</b>	351	351	351
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	259	256	260	<b>256</b>	267	267	267
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	18 879	20 160	19 941	<b>21 044</b>	22 202	23 443	24 712
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 810	1 907	1 410	<b>1 951</b>	1 928	1 904	1 702
4:6 Statens institutionsstyrelse	794	836	803	<b>848</b>	851	871	900
4:7 Bidrag tillutveckling av socialt arbete m.m.	279	192	189	<b>361</b>	571	723	723
<b>Summa Politik för sociala tjänster</b>	<b>22 293</b>	<b>23 777</b>	<b>22 989</b>	<b>24 917</b>	<b>26 274</b>	<b>27 664</b>	<b>28 759</b>

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

## 7.3 Mål

### Övergripande nationella mål

Följande övergripande nationella mål gäller för omsorg om äldre människor:

Äldre ska

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

Följande övergripande nationella mål gäller för individ- och familjeomsorg (tidigare benämnt socialtjänstpolitik):

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Följande övergripande nationella mål gäller för stödinsatser till personer med funktionsnedsättning:

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

För att nå målen ska det funktionshinderspolitiska arbetet särskilt inriktas på

- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande, och
- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning.

### Nationella mål enligt socialtjänstlagen och LSS

Merparten av den verksamhet som bedrivs inom detta område utgår från socialtjänstlagen och LSS. Enligt socialtjänstlagen ska bl.a. insatser

inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och hans eller hennes inställning ska så långt det är möjligt klarläggas. Hänsyn ska tas till barnets vilja med beaktande av dess ålder och mognad. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska vara att människor som omfattas av lagen får möjlighet att leva som andra. Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

## 7.4 Resultatredovisning och analyser

### 7.4.1 Främja kunskapsutveckling och kvalitet inom området sociala tjänster

Regeringen stödjer på olika sätt huvudmännens arbete att utveckla sociala tjänster till människor som behöver dessa. Det sker genom ett långsiktigt arbete för ökad kunskaps- och kvalitetsutveckling. Regeringen har sedan den tillträdde 2006 bl.a. beslutat om utveckling av öppna jämförelser för att skapa transparens, stimulera till förbättringsarbete och underlätta fria val. Regeringen har även infört en valfrihetsreform och tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting utarbetat en plattform som anger inriktningen för överenskommelser om samordnade och långsiktiga insatser till stöd för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Tillsynen har också reformerats och tillförts nya resurser.

Övergripande resultat av åtgärder som berör flera områden redovisas nedan. Resultaten av den tillsyn som bedrivits och de öppna jämförelser som hittills publicerats redovisas i utvalda delar under respektive område, liksom de nationella brukarundersökningar som på regeringens uppdrag utförts inom äldreområdet.

## Valfrihetssystem och fritt val hjälpmedel

### *Fler kommuner inför valfrihetssystem*

Genom att stimulera kommuner att införa valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) verkar regeringen för att stärka den enskilda människans möjlighet till delaktighet och inflytande. Särskilda medel har avsatts för att underlätta införande av valfrihetssystem. Sammanlagt 305 miljoner kronor har gått till kommunerna under perioden 2008-2009. Regeringen har också beviljat särskilda medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att ge stöd till kommuner som överväger eller beslutat att införa valfrihetssystem.

Intresset för att ordna valfrihetssystem hos rikets kommuner har, enligt Socialstyrelsens slutrapport Stimulansbidrag LOV (december 2010), varit påfallande stort med hänsyn till att förutsättningarna ser väldigt olika ut. I oktober 2010 hade 153 kommuner beslutat att införa valfrihetssystem enligt LOV och 68 kommuner av dessa hade valfrihetssystem i drift. Merparten av de kommuner som infört valfrihetssystem har gjort det inom hemtjänsten.

Enligt Socialstyrelsen omfattades cirka 80 000 personer av valfrihetssystem i hemtjänsten. En fjärdedel av dessa bor i Stockholms stad. Var tredje person som har hemtjänst bor i en kommun där valfrihetssystem har införts (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv – Delredovisning, 2011). Cirka 40 procent av samtliga har valt en enskild utförare. I många kommuner har valfrihetssystemet varit i gång endast kort tid och relativt få personer har därför ställts inför en valsituation (Stimulansbidrag LOV, 2010).

För kommunerna har införandet av ett valfrihetssystem inneburit att de noga tvingats att analysera kostnadsläge, effektivitet och kvalitet i sina egna verksamheter. Valfrihetssystemet har även bidragit till nyföretagande och till att utveckla befintliga småföretag i landsortskommuner. Cirka 140 nya företag har startats inom valfrihetssystemen sedan 2007, varav cirka 70 sedan LOV trädde i kraft 2009, och andelen kvinnliga företagare har ökat. Mångfalden ökar också. I mer än varannan kommun finns företag som valt att profilera sin verksamhet. Vanligast är att erbjuda personal som talar andra språk utöver svenska. Även olika religion- och kulturprofiler erbjuds. Löfte om personalkontinuitet, tidpassning och flexibel tidsanvändning är andra

exempel. De stora omsorgsföretagen är mer tveksamma. Företagen vill ha volymgarantier och är mer intresserade av att ingå i valfrihetssystem i kommuner där de även får driva särskilda boenden på entreprenad och kan utnyttja stordriftsfördelar.

### *LOV ur den enskildes perspektiv*

De flesta kommuner som beslutat att införa ett valfrihetssystem befinner sig i en start- och etableringsfas. Därför är det enligt Socialstyrelsen ännu för tidigt att bedöma i vilken mån och på vilket sätt dessa valfrihetssystem påverkar enskilda människors vård och omsorg samt kvaliteten i dessa insatser. Ett särskilt uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp valfrihetssystemen ur ett befolknings- och patientperspektiv ska slutredovisas den 15 februari 2012.

I en delredovisning påpekar Socialstyrelsen att enskilda människors ställning inte per automatik stärks med ett valfrihetssystem (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, 2011). Det behöver t.ex. finnas en mångfald utförare att välja mellan och det måste vara lätt att byta utförare. Det måste även finnas bra och lättillgänglig information. Dessutom behöver pengarna följa den enskildes val. Olika förutsättningar i kommunerna kan t.ex. bidra till svårigheter att få till stånd en mångfald. Olika ersättningssystem i kommunerna kan också påverka utfallet av det fria valet.

### *LOV betydelse för utveckling av kostnader och effektivitet i kommunerna*

För att ta reda på vilken betydelse införandet av LOV har för utvecklingen av kostnader och effektivitet i kommunernas verksamheter har Statskontoret i maj 2011 fått regeringens uppdrag att undersöka detta. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2012. Statskontoret ska i undersökningen beakta både den omställningsprocess som kommunerna har genomgått och utvecklingen i ett längre perspektiv. Eventuella skillnader som kommunstorlek och andra faktorer som kan påverka förutsättningarna att införa LOV ska också belysas.

### *Fritt val av hjälpmedel*

Hjälpmedelsinstitutet (HI) har under 2007-2009 samordnat en försöksverksamhet med Fritt val av hjälpmedel och i mars 2010 slutredovisat uppdraget. Fritt val av hjälpmedel är ett komplement till den vanliga förskrivningen av hjälpmedel.

Den som väljer Fritt val får en rekvisition av sin förskrivare med anvisat belopp för att själv kunna inhandla sitt hjälpmedel hos valfri hjälpmedelsleverantör.

Efter det att tiden för försöksverksamhet gått ut har tre landsting (Stockholm, Kronoberg och Sörmland) fortsatt verksamheten. I slutet av april 2011 hade 3 400 personer fritt val. Det är ungefär dubbelt så många som vid samma tidpunkt 2010.

Av HI:s slutrapport Större inflytande och delaktighet framgår att Fritt val av hjälpmedel har stärkt den enskildes inflytande. Delaktigheten i valet av hjälpmedel har ökat markant. Flera brukare är även nöjdare med bemötandet de fick i samband med köpet jämfört med tidigare erfarenheter av att få hjälpmedel. Brukaren anser också att användbarheten av hjälpmedlet har ökat. Eftersom det under försöksperioden framkom vissa frågor som behövde klaras ut beslutade regeringen i februari 2011 att ge en utredare i uppdrag att lämna förslag på hur ett system för fritt val av hjälpmedel kan utformas. Ett alternativ som bör utredas är om LOV kan tillämpas. Målsättningen är att så många som möjligt ska ha rätt att själva välja hjälpmedel i framtiden (dir. 2011:7). Utredningen ska vara klar i december 2011.

HI har fått ett nytt uppdrag att utvärdera effekterna av försöksverksamheten, sprida gjorda erfarenheter och stödja landsting och kommuner med intresse av att öka valfriheten för hjälpmedelsanvändare. Uppdraget ska slutredovisas i december 2011. HI har under året bl.a. medverkat på konferenser för att sprida erfarenheter (Årsredovisning 2010) och tagit fram en folder som ger exempel på företag och butiker som säljer hjälpmedel.

### **Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik**

I juni 2010 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om inriktningen på arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Avsikten är att arbetet ska konkretiseras i årliga överenskommelser. Målet är att stödja huvudmännens arbete inom detta område. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slöt i januari 2011 en överenskommelse om stöd för arbetet (dnr S2011/986/FST). Den omfattar åtgärder för

104,5 miljoner kronor under 2011 och avser bl.a. uppbyggnad av ett regionalt stöd till kunskapsutveckling, lokalt förbättringsarbete och ökad samverkan.

Enligt överenskommelsen för 2011 utgår statligt stöd till regionala utvecklingsledare som stödjer denna utveckling inom olika områden (se nedan). Statligt stöd utgår även till regionala utvecklingsledare som arbetar med att främja samverkan och erfarenhetsutbyte kring it-stöd. Inom samtliga områden ska den regionala nivån ange konkretiserade mål och uppgifter för de regionala utvecklingsledarna.

Huvudmännen ska presentera en plan som visar hur det långsiktiga åtagandet från deras sida ska säkerställas efter det att de statliga utvecklingsmedlen har upphört. Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för samordning, koordinering och kontinuerlig uppföljning av arbetet med de olika satsningarna.

Statskontoret har sedan maj 2011 regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera i vilken utsträckning överenskommelsen bidrar till att förbättra förutsättningarna för socialtjänsten att arbeta evidensbaserat och att använda informationsteknik. Utvärderingen ska inriktas på statens och Sveriges Kommuner och Landstings styrning, utformning, organisation och uppföljning av arbetet inom ramen för överenskommelsen samt hur överenskommelsen har bidragit till att huvudmännen har effektiviserat och förstärkt sitt arbete med en evidensbaserad praktik. Uppdraget ska redovisas årligen. En slutrapport ska lämnas i september 2014.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har också en överenskommelse om prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre som har nära anknytning till överenskommelse om stöd till evidensbaserad praktik (se nedan). Statskontoret ska följa upp och utvärdera även den överenskommelsen.

#### *Utvecklingsledare och kunskapsportal inom omsorgen om äldre människor*

Inom ramen för prestationsbaserat bidrag till insatser för äldre utgår statsbidrag till att anställa utvecklingsledare (se även avsnitt 7.4.2 Kunskapsbefrämjande insatser). De arbetar bl.a. för att öka registreringen i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. Utvecklingsledarna har enligt Statskontorets uppföljning (Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre) en viktig uppgift att

förankra arbetet med kvalitetsregister på olika nivåer i kommunerna.

Utvecklingsledarna, som ska vara gemensamma för kommunerna och landstinget i ett län (tre stycken i ett normalstort län), ska också arbeta för att stärka samverkan mellan huvudmännen.

I maj 2011 lanserades en nationell, webbaserad kunskapsportal för vård och omsorg om äldre och verksamhet inom psykiatriområdet. Målgruppen är personal på alla nivåer inom vården, omsorgen och stödet (se även avsnitt 7.4.2. Kunskapsbefrämjande insatser).

#### *Utvecklingsledare inom verksamheter för barn och unga*

Statligt stöd till regionala utvecklingsledare finns för 2011 även inom den sociala barn- och ungdomsvården. En prioriterad uppgift för dem är att stödja huvudmännens arbete med uppföljning av barn och unga som är placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB).

#### *Implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruksvård*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slöt under 2008 en överenskommelse om uppbyggnad av ett kvalificerat stöd för den personal som arbetar inom kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård. Som grund för överenskommelsen låg Socialstyrelsens utgivna Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007). Sveriges Kommuner och Landsting har sedan i sin tur träffat överenskommelser med alla landsting tillsammans med kommun- respektive regionförbund om uppbyggnad av ett kvalificerat stöd på regional nivå för att stödja utvecklingen utifrån lokala behov. I september 2010 deltog drygt 180 kommuner och stadsdelar i utvecklingsarbetet. Under 2011 ingår detta utvecklingsarbete, som fått namnet Kunskap till Praktik, i överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik. Regeringen har från och med 2008 avsatt cirka 30 miljoner kronor för att bl.a. finansiera ett nationellt kansli, utbildningsinsatser samt regionala processledare (Kunskap till praktik i praktiken, delrapport 2010, Sveriges Kommuner och Landsting).

Utbildningsinsatserna har inneburit att utbilda regionala nyckelpersoner i processledning och att utbilda regionala "utbildare"/metodstödjare i olika metoder för att dessa i sin tur ska kunna utbilda verksamma inom missbruks- och

beroendevården. En baskurs har tagits fram som cirka 10 000 personer har genomgått. Dessutom har man inom projektet tagit fram ett antal fördjupningskurser med studiematerial som verksamma kan ta del av via webben i form av t.ex. lokala studiecirkel. Även utbildningar för chefer och politiker har genomförts (Kunskap till praktik i praktiken, delrapport 2010).

#### **Utveckling av öppna jämförelser, utveckling av data och indikatorer**

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka datatillgången inom socialtjänstens olika verksamhetsområden; äldreomsorg inklusive hemsjukvård, individ- och familjeomsorg samt stöd till personer med funktionsnedsättning. Målet är att stödja huvudmän och utförare i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde, stimulera och ge ett underlag för kvalitets- och utvecklingsarbete samt uppföljning och lärande i verksamheterna. Med hjälp av öppna jämförelser skapas transparens, öppenhet och insyn i vården och omsorgen.

#### *Frågor om kvalitet och effektivitet har uppmärksamats*

Enligt olika uppföljningar har öppna jämförelser bidragit till att frågor om kvalitet och effektivitet uppmärksamats. I kommunerna har också jämförelserna legat till grund för strategiska beslut om resurstilldelning och prioritering av vissa områden.

Redovisningen och jämförelser av kvalitet och effektivitet är områden som är under utveckling. Det gäller utveckling av såväl indikatorer, vad som bör och kan mätas, som det statistiska underlaget. Tanken är att öppna jämförelserna kan förbättras kontinuerligt i takt med indikatorutvecklingen och ökad tillgång till jämförbara data.

#### *Ett stort antal indikatorer har tagits fram*

Under 2010 har Socialstyrelsen publicerat öppna jämförelser när det gäller omsorg om äldre människor och hemsjukvård, missbruk- och beroendevård, barn och ungdomsvård samt stöd till personer med funktionsnedsättning för vilka 102 indikatorer redovisats, varav 55 är nya.

För vård och omsorg om äldre har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting sedan 2007 i olika former sammanställt öppna jämförelser. År 2010 publicerades den första gemensamma rapporten. Rapporten innehåller 30 indikatorer som speglar kvalitet utifrån sju områden; de äldres egna uppfattningar, tillgänglighet, vård och omsorg vid särskilda behov, riskförebyggande arbete, riskfylld användning av läkemedel, personal och kompetens samt kostnader (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna jämförelser 2009). För jämförelser som underlag för äldre och anhörigas val av äldreomsorg finns Äldreguiden publicerad på Socialstyrelsens webbplats. Den innehåller uppgifter om hemtjänstverksamheter, särskilda boenden och dagverksamheter på enhetsnivå. I guiden presenteras jämförelser av 30 indikatorer fördelade på 12 kvalitetsområden.

För missbruksvård publicerades öppna jämförelser för första gången 2009. Öppna jämförelser omfattar uppgifter om missbruks- och beroendevården i landets kommuner samt i beroendeenheter som drivs gemensamt av kommuner och landsting. I jämförelserna presenteras omdömen inom sju kvalitetsområden. De öppna jämförelserna berör framför allt strukturer och processer, dvs. de förutsättningar som finns för att ge vård och omsorg samt vad, hur och när tjänsterna produceras i verksamheten. För resultat se avsnitt 7.4.3 Missbruks- och beroendevården.

För barn- och ungdomsvården utgår öppna jämförelser från fyra kvalitetsområden; helhetsyn och samordning, trygg och säker, kunskapsbaserad samt tillgänglig. Tyngdpunkten för jämförelserna har så här långt koncentrerats på förutsättningarna i socialtjänstens myndighetsutövning för att möta utsatta barns behov. För resultat se avsnitt 7.4.3 Barn- och ungdomsvården.

Inom funktionshindersområdet speglar den första öppna jämförelsen i framför allt förutsättningar för kvalitet med visst fokus på hur väl kommunerna informerar om socialtjänstens stöd till målgruppen samt hur kommuner arbetar med inflytande för personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga. För resultat se avsnitt 7.4.4.

Arbete har också påbörjats under 2011 med att ta fram öppna jämförelser när det gäller hemlöshet och brottsoffer.

## Tillgänglig och säker information inom vården och omsorgen

En säker och enkel tillgång till relevant information som rör en individ är nyckeln till att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda insatser av hög kvalitet. Strategin för nationell eHälsa syftar till att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till nytta för individen, personalen och beslutsfattarna inom hela sektorn.

För 2011 har regeringen avsatt 20 miljoner kronor för arbete med nationell eHälsa inom socialtjänsten. Arbetet sker inom tre utvecklingsområden; nationell informationsstruktur, teknisk infrastruktur och ökat erfarenhetsutbyte.

### *Nationell informationsstruktur och säkert informationsutbyte*

En säker och enkel tillgång till relevant information om en person är en nyckel till att personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda insatser av hög kvalitet. Det är angeläget att tillgången till information styrs och kontrolleras på ett sätt som tillgodoser den enskildes säkerhet och samtidigt värnar om den enskildes integritet. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting vidareutveckla den nationella informationsstrukturen och fackspråket för användning inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att ta ett nationellt samordningsansvar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att underlätta för vårdgivare och utförare inom socialtjänsten att införa och använda en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk.

Socialstyrelsen har tagit fram en modell för strukturerade och enhetlig dokumentation inom äldreomsorgen. Regeringen har beslutat om att stödja införandet av denna modell på lokal nivå, bl.a. genom en satsning på utbildning.

Regeringen bedömer att det finns behov av att tydliggöra vilken information som får utbytas över organisations- och professionsgränser utifrån gällande regelverk. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram en handbok för att tydliggöra rättsläget när det gäller informationsutbyte inom äldreomsorgen.

### *Teknisk informationsstruktur och ökat erfarenhetsutbyte*

Den tekniska infrastrukturen utgör en viktig grund för effektivt informationsutbyte. Under 2011 utgår 5 miljoner kronor till att implementera stöd för behörighetshantering och säkerhet i informationsutbytet mellan kommuner, landsting, privata utförare och brukare. Ökat erfarenhetsutbyte och samverkan mellan kommuner och andra aktörer som arbetar med Nationell eHälsa är nödvändigt för att utveckla it-stöd inom vård och omsorg. Att inte varje kommun och enskild utförare måste utveckla egna lösningar för säker och enkel informationshantering påskyndar utvecklingen och är kostnadsbesparande. Det är särskilt angeläget för utveckling i mindre kommuner. Inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting utgår därför 10 miljoner kronor under 2011 till regionala utvecklingsledare som ska bidra till erfarenhetsutbyte och samarbete mellan kommuner och landsting (dnr S2011/986/FST). Konkreta mål och uppgifter för deras arbete sätts av den regionala nivån.

### **Tillgång till insatser**

#### *Rapporteringskyldighet och sanktionsavgift när beslut och domar inte verkställs*

För domar som inte verkställts inom en skälig tid kan domstolar sedan den 1 juli 2002 döma ut en särskild avgift (en sanktionsavgift). Sedan den 1 juli 2006 är kommunerna skyldiga att rapportera ej verkställda gynnande beslut enligt socialtjänstlagen. Rapportering ska ske en gång per kvartal till Socialstyrelsen, de kommunala revisorerna och fullmäktige. Vidare gäller från samma datum att en sanktionsavgift kan dömas ut som ett yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut ska verkställas inom skälig tid. Avgiften fastställs till lägst tio tusen kronor och högst en miljon kronor. Sedan den 1 juli 2008 gäller motsvarande bestämmelser om rapporteringskyldighet och sanktionsavgift även för beslut enligt LSS. Det är Socialstyrelsen som hos domstol ansöker om sanktionsavgift när myndigheten bedömer att tiden för verkställighet är oskäligt lång.

Nedan återges resultat från Socialstyrelsens Tillsynsrapport 2011.

#### *Omsorg om äldre människor*

Under 2010 inrapporterades enligt Socialstyrelsen totalt cirka 6 500 beslut som inte verkställts inom äldreområdet. Det största antalet beslut gällde särskilt boende. Många av de rapporterade besluten har verkställts efter tre till sex månader och föranleder normalt ingen åtgärd från Socialstyrelsens sida. I övriga fall begär Socialstyrelsen att ansvarig nämnd ska förklara skälen till dröjsmålet samt redovisa hur den avser att verkställa beslutet. I ett betydande antal ärenden framkommer att den enskilde tackar nej till just den bostad som han eller hon erbjuds. På så vis kan verkställigheten dra ut på tiden, trots att den enskilde erbjudits beslutad insats.

Myndigheten har ansökt om särskild avgift i cirka 60 fall under 2010.

#### *Stöd till personer med funktionsnedsättning*

Socialstyrelsen har bl.a. uppmärksammat att handläggningen vid ansökan om insatser enligt LSS kan vara passiv och förhållas på olika sätt (Tillsynsrapport 2011). Det gäller framför allt insatserna kontaktperson, ledsagarservice och bostad med särskild service. Under 2010 inrapporterades cirka 4 560 beslut som inte verkställts inom tre månader till Socialstyrelsen. Det största antalet av dessa gällde kontaktperson och bostad med särskild service. Socialstyrelsen har ansökt om särskild avgift i cirka 100 fall under 2010.

#### *Stora skillnader i väntetider för plats i särskilt boende*

Bristande tillgång till särskilt boende kan leda till att äldre som ansöker om ett sådant boende får vänta länge på att flytta in. För 36 kommuner finns uppgifter om de genomsnittliga väntetiderna vid flytt till ett särskilt boende för åren 2007 och 2010 (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Den genomsnittliga väntetiden till särskilt boende var i mediankommunen nästan 48 dagar 2010 jämfört med 50 dagar 2007. Variationen i väntetiden är enligt Socialstyrelsen stor mellan kommunerna, från ett omedelbart erbjudande till 159 dagars väntetid. Motsvarande uppgifter för 2007 var 11 respektive 102 dagar. Skillnaderna mellan kommunerna ökade således mellan dessa år.

*Bostadsmarknadsenkät*

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2010–2011 uppgav drygt hälften av landets kommuner att behovet av särskilda boendeformer för äldre är täckt (Bostadsmarknaden 2010–2011, Boverket). Jämfört med de närmast föregående åren uppgav fler kommuner att man inte hade brist på särskilt boende för äldre. Cirka 30 procent räknar med att kunna täcka behovet genom planerad utbyggnad de närmaste åren. Cirka 10 procent av kommunerna bedömer att bristen på bostäder i särskilt boende för äldre människor kommer att kvarstå även efter planerad utbyggnad under de närmaste åren.

**Lex Sarah – skyldighet att rapportera respektive anmäla**

Anmälningsskyldigheten inom socialtjänsten och LSS-verksamheter (Lex Sarah) har från och med den 1 juli 2011 utvidgats till att omfatta hela socialtjänsten inklusive verksamhet vid Statens institutionsstyrelse (prop. 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar). Bestämmelsen har blivit mer lik bestämmelsen om lex Maria inom hälso- och sjukvården.

Anmälningsskyldigheten för personalen har ersatts med en rapporteringsskyldighet. Alla missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska rapporteras till berörd nämnd, till ledningen för Statens Institutionsstyrelse eller till den som bedriver enskild verksamhet. Missförhållandet ska avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Detta ska ske inom ramen för det systematiska kvalitetsarbete som alla huvudmän och enskilda verksamheter ska bedriva (se nedan Ledningssystem för kvalitet i verksamhet). Anmälningsskyldigheten enligt lex Sarah inträder när ett missförhållande, eller en påtaglig risk för ett missförhållande, bedöms vara allvarligt. Samtliga sådana allvarliga missförhållanden ska även snarast anmälas till Socialstyrelsen. Den som i enskild verksamhet tar emot en rapport eller en anmälan ska enligt de nya reglerna även informera berörd socialnämnd om detta.

Framöver kommer alla anmälningar om allvarliga missförhållanden till Socialstyrelsens kännedom. Detta innebär ett viktigt komplement av kunskap och erfarenheter i myndighetens samlade tillsynsuppdrag. Lärdom kan dras av tidigare missförhållanden eller risker. Informationen och

åtgärder som genomförts kan spridas till andra liknande verksamheter och förhindra att liknande missförhållanden uppstår någon annanstans. På detta sätt kan risken för missförhållanden i verksamheterna minskas. Lex Sarah bedöms därför på ett tydligare sätt än tidigare bli ett stöd för socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete.

Till stöd för tillämpningen av den nya lex Sarah-bestämmelsen, har Socialstyrelsen publicerat föreskrifter (SOSFS 2011:5) och allmänna råd. Ytterligare information har lagts ut på Socialstyrelsens hemsida. Under hösten 2011 kommer Socialstyrelsen att ge ut en handbok om lex Sarah i socialtjänsten. Socialstyrelsen kommer därutöver sprida information till berörda intressenter om den nya lex Sarah-bestämmelsen enligt upprättad kommunikationsplan.

*Iakttagelser i tillsynen*

Av Socialstyrelsen iakttagelser i tillsynen framkommer att lex Sarah-anmälningar (enligt den tidigare lydelsen) generellt sett gjorts i liten omfattning (Tillsynsrapport 2011).

En femtedel av de granskade LSS-boendena för barn och unga 2010 saknade vid Socialstyrelsens inspektioner rutiner för anmälan enligt lex Sarah. Ibland fanns det rutiner, men personalen kände inte till innebörden av dessa eller var osäker på när och hur anmälan skulle göras. Socialstyrelsen har i ett antal fall bedömt att allvarliga missförhållanden förekommit och noterat att anmälan enligt lex Sarah inte gjorts. Efter tillsynens krav på åtgärder har rutiner upprättats och personal fått information om vad som gäller.

Anmälan om fel och brister samt anmälan enligt lex Sarah görs enligt Socialstyrelsen inte i tillräcklig omfattning inom vården och omsorgen om äldre människor. (Tillsynsrapport 2011). Det finns en rädsla för att göra anmälningar och de anmälningar som görs används enligt Socialstyrelsen inte alltid som underlag för att förbättra verksamheten. Det finns enligt Socialstyrelsen exempel på att enhetschefer, som är utsedda att ta emot anmälan och utreda anmälningar enligt lex Sarah i den egna verksamheten, hindrar personal från att göra anmälningar. Socialstyrelsen riktar i denna typ av ärenden kritik mot vårdgivare och har bl.a. ställt krav på förbättrad kompetens och förbättrade rutiner.

I kommunernas verksamheter som vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning

finns rutiner för anmälan i stort sett i alla kommuner som granskats i tillsynen. Nämda rutiner är dock enligt Socialstyrelsen inte alltid kända och förankrade i verksamheternas personalgrupper.

### Ledningssystem för kvalitet i verksamhet

Socialstyrelsens har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11). Ledningssystemet ska enligt föreskrifterna säkerställa att det finns rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Lex Sarah kan utgöra viktig del i ledningssystemen.

#### *Omsorg om äldre människor*

I tillsynen av omsorgen om äldre personer under 2010, har Socialstyrelsen uppmärksammat att två tredjedelar av de verksamheter som inspekterats inte uppfyllt föreskriften om ledningssystem inom socialtjänsten (Tillsynsrapport 2011). Socialstyrelsen har i tillsynen påtalat brister i ledningssystemen för kvalitet.

#### *Verksamheter till personer med funktionsnedsättning*

I tillsynen av 17 granskade kommuner, vad avser insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, saknas helt ett ledningssystem för kvalitet i 7 av dessa (Tillsynsrapport 2011). Rutiner för att hantera synpunkter, klagomål, fel och brister har däremot fått genomslag med några få undantag. Socialstyrelsen har ställt krav på att ledningssystem för kvalitet ska fastställas och att befintliga ledningssystem behöver kompletteras med rutiner, göras kända och användas.

#### *Barn och unga*

Endast 60 procent av kommunerna uppger, enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2010, att de har dokumenterade rutiner för hantering av hur fel och brister identifieras, dokumenteras, åtgärdas och följs upp (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen).

Socialstyrelsen har även i tillsynen följt upp socialtjänstens hantering av anmälningar om barn som far illa. I vissa fall har brister åtgärdats, men fortfarande är handläggningstiden för förhandsbedömningar ofta för lång och Social-

styrelsen anser att socialtjänsten förhåller sig många gånger passiv trots att barn befinner sig i utsatta situationer (Lägesrapport 2011).

#### *Nya föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete*

Socialstyrelsen har beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i vård och omsorg som börjar gälla den 1 januari 2012. Föreskrifterna reglerar hur aktörer inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS ska arbeta med kvalitet. De nya föreskrifterna och allmänna råden ställer tydliga krav på att verksamheten fortlöpande förbättras genom riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser.

### Stöd till närstående – en rättighet

I juli 2009 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär att kommuner ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är äldre, har ett funktionshinder eller är långvarigt sjuk, s.k. anhörigstöd. Ett anhörigperspektiv har i och med detta förts in i socialtjänstens omsorgs-, behandlings- och stödverksamhet.

Socialstyrelsen, som informerar om och följer upp den nya bestämmelsen, har lämnat en första redovisning (Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående, Socialstyrelsen 2010). Enligt Socialstyrelsen finns en tydlig äldreprägel i socialtjänstens arbete att erbjuda stöd till anhöriga. Det är vidare svårt att få en bild av hur den nya bestämmelsen tillämpas och hur stödet utvecklas eftersom det saknas statistik. Socialstyrelsen kommer att inrikta sitt fortsatta arbete med att stödja utvecklingen av stödet till anhöriga inom funktionshinderverksamheten och individ och familjeomsorg (ifo) samt starta arbetet med att skapa en struktur för insamling av uppgifter om anhörigstödet. Myndighetens uppföljningsuppdrag ska slutredovisas i slutet av december 2014.

#### *Vanligt med webbsida till anhöriga men få informerar om ny bestämmelse*

Nästan alla kommuner (90 procent) har en särskild webbsida med information om anhörigstöd men bara ett fåtal kommuner (5 procent) återger den nya bestämmelsen eller informerar om att den finns. Majoriteten av kommunerna

vänder sig till anhöriga i allmänhet medan knappt hälften av webbplatserna riktar sig till den målgrupp som anges i lagstiftningen. Informationen handlar mest om utbudet av stödinsatser och om hur anhöriga får kontakt med kommunen. På de flesta webbplatser utgår stödet från äldreomsorgsverksamhet i stället för att utgå från bestämmelsens hela målgrupp. Socialstyrelsen har med anledning av resultatet utarbetat en broschyr som kommunerna kan använda för att sprida information om bestämmelsen. Kommunerna har därefter börjat informera mer aktivt om sitt anhörigstöd. (Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående, Socialstyrelsen 2010).

#### *Utvecklingsmedel går främst till verksamhet inom äldreomsorgen*

För att stödja arbetet med att tillämpa den nya bestämmelsen fick kommunerna dela på 150 miljoner kronor 2009 (och cirka 300 miljoner kronor 2010). En uppföljning, som Socialstyrelsen genomfört, visar att medlen för 2009 mest gått till äldreomsorgen för att utveckla bl.a. anhörigcenter, inrätta anhörigombud, fortsätta med må-bra-aktiviteter, utöka antalet anhöriggrupper och behålla eller utöka anhörigkonsulenttjänsten. Betydelsen av att stödet är individuellt anpassat är inte så framträdande i kommunernas svar. Cirka hälften av kommunerna har använt medel inom funktionshindersverksamheten. I dessa kommuner handlar det om att utveckla stödet specifikt för olika målgrupper eller att erbjuda det stöd som redan erbjuds anhöriga till äldre. Det finns också kommuner som bygger vidare på det stöd som redan finns men anpassar delar av stödet till nya målgrupper.

Mindre än var fjärde kommun har använt medel inom ifo. I dessa fall har det t.ex. avsett gruppverksamhet och individuellt stöd till anhöriga till missbrukare eller medel till anhörigkonsulenter inom socialpsykiatri, alkohol och narkotika. Flera kommuner har inte ansökt om utvecklingsmedel för att användas inom ifo, vilket kan tyda på att medlen är mindre kända inom detta område. Få kommuner anger att de försöker få tidig kontakt med anhöriga genom att samverka med frivilligorganisationer.

Merparten av kommunerna har tagit fram en strategi för hur den nya bestämmelsen ska få genomslag och börja tillämpas. Det är vanligast med strategier inom äldreomsorgen (60 procent). Inom ifo är det cirka var sjätte kommun

och inom funktionshinderområdet var tredje kommun som tagit fram en strategi.

En stor del av socialtjänstens stöd utgörs dock inte av behovsprövade insatser. Av rapporten framkommer också att anhöriga sällan ansöker om bistånd för egen del. I stället är det kommunen som uppmärksammat den anhöriges behov när den prövat en ansökan från en närstående.

#### **Internationellt och EU**

Sverige undertecknade den 11 maj 2011 Europarådets konvention om förebyggande och bekämpande av våld mot kvinnor i nära relation (CAHVIO). Konventionen syftar till att skydda kvinnor från alla former av våld och innehåller bl.a. bestämmelser om straffrättsliga åtgärder, förebyggande insatser samt skydd och stöd till våldsutsatta kvinnor.

Sociala utvecklingskommissionens 49:e session, som ägde rum i februari 2011, har påbörjat arbetet med det nya tvååriga temat; att utrota fattigdom. Årets session handlade om att inventera och analysera situationen för att nästa år enas om mål och komma överens om en policy kring detta tema, som utgör en av de tre hörnstenarna i Köpenhamnsagendan och mål nummer ett i Millenniemålen. Vid kommissionens möte beslutades även om ett antal resolutioner som bl.a. rör FN:s arbete med rättigheter för äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

Regeringen har i januari i år lämnat den första rapporten till övervakningskommittén för konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, se under Funktionshinderspolitik.

#### *EU*

Det har bildats en ny arbetsgrupp med 24 medlemsländer inom Kommittén för social trygghet. Gruppen ska diskutera åldrandet utifrån ett tvärsektorielt perspektiv. Sverige är ordförande för gruppen.

Bekämpning av fattigdom och social uteslängning har funnits på den Europeiska agendan bl.a. med anledning av det Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social uteslängning 2010. Temaåret har uppmärksammat genom en mängd aktiviteter på såväl nationell, som på EU-nivå. Svenska ESF-rådet hade i upp-

drag att ansvara för det svenska genomförandet. Temaåret samfinansierades av Europeiska Kommissionen och regeringen. Aktiviteter genomfördes även med finansiering från Svenska ESF-rådet. En webbplats med information om temaåret har bl.a. skapats (www.temafattigdom.se). En slutrapport lämnas senast den 31 mars 2012.

EPSCO-rådet (sammansatt av ministrar med ansvar för sysselsättning och socialpolitik) antog i december 2010 en deklARATION om resultatet av temaåret samt inriktningen på det fortsatta arbetet bl.a. inom ramen för Europas strategi för smart och hållbar tillväxt för alla, Europa 2020-strategin. Ett av målen i strategin är att främja social delaktighet, framför allt genom fattigdomsminskning. Kommissionen presenterade i december 2010 flaggskeppsinitiativet Europeisk plattform mot fattigdom och social utestängning: Ett europeiskt ramverk för social och territoriell sammanhållning. På EPSCO-rådet i mars 2011 antogs rådsslutsatser där medlemsländerna ställde sig bakom Kommissionens förslag.

EPSCO-Rådet har i juni 2011 antagit en strategi för funktionshinderspolitiken, se under Funktionshinderspolitik.

### Analys och slutsatser

Arbetet med att stödja kunskaps- och kvalitetsutveckling genom E-hälsa, evidensbaserad praktik, öppna jämförelser, samordnad och tydligare tillsyn samt utveckling av indikatorer och data har kommit i gång på ett bra sätt. Regeringens satsningar bygger på en långsiktig strategi för att stärka den enskildas ställning och skapa förutsättningar för ökad delaktighet och inflytandet.

De flesta kommuner befinner sig i en start- och etableringsfas när det gäller valfrihetssystem. Därför är det ännu för tidigt att bedöma i vilken mån och på vilket sätt systemen påverkar enskilda människors omsorgsinsatser och kvaliteten på dessa insatser. Att stärka människornas ställning, deras delaktighet och inflytande, inom socialtjänsten är den bärande idén bakom valfrihetssystemen. För att nå dit är det viktigt att det finns ett utvecklat system för dem som vill och kan välja. Alla kan eller kommer inte att ha denna möjlighet. För dessa människor ska det därför finnas ett fullgott alternativ (prop. 2008/09:29, s. 99). Arbetet med att införa val-

frihetssystem inom hela socialtjänsten är långsiktigt och det krävs både välanpassad information och goda exempel.

Stödet till anhöriga har fått mest genomslag inom äldreomsorgen eftersom utvecklingen med hjälp av statliga stimulansmedel under drygt tio års tid kommit längst inom det området. Den nya bestämmelsen har hittills haft svårast att få genomslag inom funktionshindersområdet och individ- och familjeomsorgen. Det är viktigt att huvudmännen kan anpassa stödet även till anhöriga till dessa målgrupper. Anhörigstödet innebär för dessa anhöriga ofta något helt annat än vad de gör för anhöriga till äldre. Det kan skilja i både livssituationer och levnadsförhållanden. Det är viktigt att Socialstyrelsen i den kommande revideringen av socialtjänststatistiken utvecklar uppgiftsinsamlingen så att det går att få en bild av hur stödet till anhöriga utvecklas.

## 7.4.2 Omsorg om äldre människor

### Sammanfattning

Det finns många bra verksamheter av god kvalitet för äldre personer som behöver insatser från socialtjänsten. Brukarundersökningar visar att äldre personer i stort sett är nöjda med hemtjänsten. De är mestadels även nöjda med inflytandet och delaktigheten. De känner sig respekterade och väl bemötta av personalen och de upplever för det mesta att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. Dessutom kan noteras att yrkeskompetensen ökar hos dem som är verksamma i särskilda boendeformer för äldre.

Det finns även verksamheter som inte fungerar bra, där det förekommer missförhållanden och/eller allvarliga brister av andra slag. I tillsynen har Socialstyrelsen bl.a. uppmärksammat att bemanningen i ett antal inspekterade särskilda boendeformer för personer med demenssjukdomar varit otillräcklig och att det lett till att äldre personers behov av säkerhet inte kunnat tillgodoses. Det förekommer också allvarliga brister i handläggning och dokumentation av ärenden. Äldre människor inom omsorgen vill dessutom ha mer innehåll i vardagen i form av samvaro och aktiviteter. De är framför allt missnöjda med att inte få komma ut när de vill.

Öppna jämförelser visar att det finns förbättringspotential och det sker från statligt håll

stora satsningar på utvecklingsarbete för förbättringar och ökad kvalitet. Statliga resurstillskott har tillförts inom många områden, exempelvis investeringsstöd till bostäder, teknik och säkerhet, kompetenshöjande insatser och kunskapsutveckling, samordning och samverkan etc. En nationell värdegrund i lag har införts, liksom bestämmelser om tydligare ansvarsfördelning mellan kommuner när äldre människor tillfälligt vistas i annan kommun. Det har dessutom införts en bestämmelse om att äldre personer så långt det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Därutöver har stimulansmedel för fjärde året fördelats till kommuner och landsting med gott resultat.

Regeringen har vidare påbörjat en satsning för att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård ska samverka bättre.

## Utveckling

Andelen personer som är 80 år och äldre och behöver hjälp med personlig omvårdnad och service har enligt Socialstyrelsens statistik varit oförändrad de senaste 15 åren (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Däremot ökar antalet med en åldrande befolkning. Kostnadsökningarna är dock förhållandevis modesta. De samlade kostnaderna för äldres vård och omsorg i fasta priser låg enligt Socialstyrelsen på samma nivå 2009 som 2002. Kostnaderna för kommunernas insatser minskade under denna period med 4 procent i fasta priser. Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre var totalt 92,2 miljarder kronor 2010 (89,6 miljarder kronor 2009).

**Tabell 7.3 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre, löpande priser**

Milljarder kronor

	2006	2008	2010
Vård och omsorg i ordinärt boende	29,3	34,4	36,3
Vård och omsorg i särskild boende	49,5	52,4	54,4
Öppen verksamhet	1,4	1,5	1,5
<b>Summa</b>	<b>80,2</b>	<b>88,2</b>	<b>92,2</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas räkenskapssammandrag 2005-2010.

## Nationella brukarundersökningar

Socialstyrelsen genomför regelbundet nationella undersökningar om äldres egna uppfattningar om vården och omsorgen. Undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? fungerar som underlag för att kunna utveckla och förbättra verksamheterna inom hemtjänst och särskilt boende. I detta avsnitt refereras till 2010 års nationella undersökning.

### Tillgång till god omsorg

*Äldre är i stort sett nöjda med kvaliteten i hemtjänsten*

Äldre personer är i stort sett nöjda med hemtjänsten i sin helhet och med flertalet kvalitetsområden. Det visar Socialstyrelsens nationella undersökning om äldre personers uppfattning om kvaliteten i vård och omsorg. Skillnaden mellan äldre med god respektive dålig hälsa är mer påtaglig; ju sämre hälsa, desto mindre nöjda är de med hemtjänsten. I stora kommuner är de äldres omdöme om hemtjänsten mindre positivt i sin helhet än i mellan- och små kommuner. (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, Socialstyrelsen 2010).

Information, social samvaro och aktiviteter är områden som får sämre omdömen. När det gäller omsorgens sociala innehåll är man framför allt missnöjd med att man inte kan komma ut när man vill (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv).

*En allt större andel bland de anställda i särskilt boende har yrkesutbildning*

En viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är enligt Socialstyrelsen att den bedrivs enligt vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). God tillgång till personal med yrkesutbildning är en nödvändig förutsättning för detta. Andelen omvårdnadspersonal på särskilda boenden i landet som har yrkesförberedande utbildning ökade mellan 2007 och 2009 från 76 till 80 procent, enligt uppgifter från Äldreguiden. Under samma period ökade andelen vård- och omsorgspersonal som har eftergymnasial utbildning från 17 till 20 procent (Lägesrapport 2011). Den nationella tillsynen av vård och omsorg om äldre som genomförts visar

också att de verksamheter som inspekterats under sommaren 2010 mestadels har säkerställt att vikarier, såväl sjuksköterskor som vård- och omsorgspersonal, har tillräcklig kompetens i relation till de boendes hälso- och sjukvårdsbehov.

#### *Statliga stimulansbidrag har gett positiva effekter*

Regeringen har sedan 2007 avsatt stimulansbidrag (cirka 4,6 miljarder kronor 2007–2010) till kommuner (70 procent) och landsting (30 procent). Syftet har varit att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer inom sju prioriterade områden – rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition samt läkartillgång. Under 2010 fick medlen en mer prestationsbaserad utformning som ett led i regeringens ambition att stimulansbidrag mer ska kopplas till prestationsbaserade mål.

Stimulansmedlen har enligt huvudmännens bedömning främjat bättre samverkan inom samtliga prioriterade områden (Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer, Socialstyrelsen juni 2011). Vid årsskiftet 2010/11 finansierade medlen, enligt Socialstyrelsen, ett stort antal anställningar, cirka 1 600 tillsvidare- och visstidsanställningar. Medel har även gått till utbildningar, t.ex. i demenskunskap (30 400 personer i 191 kommuner och 13 landsting), i rehabiliterande förhållningssätt (21 200 personer i 143 kommuner och 12 landsting) och i kost och nutrition (19 200 anställda i 129 kommuner och 11 landsting). Ett stort antal kommuner och landsting anordnade även utbildning om de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (8 600 personer deltog).

Under 2010 har huvudmännen även bedrivit en stort antal projekt inom de olika områdena. Som exempel kan nämnas inrättande av rehabiliteringsteam (ett 60-tal av dessa inkluderar yrkesgrupper från både kommun och landsting) och demensteam (i 103 kommuner och 10 landsting), utveckling av det sociala innehållet, förebyggande insatser, åtgärder mot undernäring och läkemedelsgenomgångar. Över 40 huvudmän har inrättat en befattning som Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Huvudmännen genomför vidare olika insatser för att hantera problematiken kring undernäring.

Socialstyrelsen ska utvärdera och slutredovisa stimulansmedlen senast den 30 juni 2013.

#### *Otillräcklig bemanning i särskilda boenden med demensinriktning*

Under hösten 2010 genomförde Socialstyrelsen tillsyn vid 94 slumpmässigt utvalda särskilda boenden för personer med demenssjukdom i 48 slumpmässigt utvalda kommuner. Bemanning och inlåsning nattetid granskades. Socialstyrelsen konstaterade att bemanningen nattetid vid flertalet boenden inte var tillräcklig (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Vid cirka 60 procent av de särskilda boendena förekom att personal låste lägenhetsdörrar eller enhetsdörrar och lämnade enheten obemannad.

Riksdagen har i samband med behandlingen av Budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1, bet. 2010/11:SoU1, rskr. 2010/11:124) beslutat om ett tillkännagivande att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera sina nationella riktlinjer för god vård och omsorg vid demenssjukdom med riktlinjer för bemanning. Eftersom många inom demensvården inte själva kan kalla på personal när behov av hjälp uppstår, anser regeringen att det är viktigt att verksamheten är organiserad så att de behov den enskilde har kan tillgodoses. I februari 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning till kommunerna i frågor om organisering av särskilt boende för personer med demenssjukdom t.ex. för bemanning. Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen i augusti 2011 redogjort för det fortsatta arbetet. Socialstyrelsen anser att det behövs tydligare reglering om socialnämndens ansvar för bemanning och har påbörjat ett arbete med att ta fram föreskrifter och allmänna råd.

#### *Brister i handläggning, dokumentation och genomförande*

Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visade på brister i kommunernas biståndsbedömning och biståndsbeslut (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). En brist var att lokala riktlinjer och kommunens utbud av insatser styrde biståndsbesluten i stället för individens behov och gällande regler. Vidare var informationen till enskilda personer om deras rättigheter inte alltid tillräcklig.

Andra iakttagelser vid tillsynen var det förekom att äldre flyttades mellan särskilda boenden eller inom dessa utan information och samråd med den enskilda personen eller med legala företrädare. Det förekom också att gynnande

beslut om insatser återkallades, trots att behovet av beviljad insats kvarstod.

#### *Öppna jämförelserna indikerar förbättringspotential*

Resultaten från öppna jämförelserna visar att kommunerna har mycket att lära av varandra. Ingen kommun hade bra resultat på samtliga indikatorer och ingen hade heller dåliga värden på alla indikatorer. Mätningarna visar att det finns kommuner som har förbättrat sina resultat över tid och det finns kommuner som har tillhört de 20 kommuner som haft högst resultat de senaste fyra åren.

#### *Lokala värdighetsgarantier*

Socialstyrelsen ska enligt ett regeringsuppdrag stödja kommuner som avser att inrätta lokala värdighetsgarantier. Myndigheten har för detta ändamål tagit fram en vägledning som är tänkt att förmedla idéer och ge inspiration om hur lokala värdighetsgarantier kan utformas och se ut (Hur lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen kan utformas, 2011). Den ska även ge stöd när det gäller hur lokala värdighetsgarantierna kan följas upp.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att betala ut prestationsersättning till kommuner som avser att inrätta lokala värdighetsgarantier. I en första redovisning anger Socialstyrelsen att kommunerna visat stort intresse för att ansöka om bidrag till förberedelsearbetet att införa lokal värdighetsgaranti. 230 kommuner (av 290) har gjort en ansökan och fler har hört av sig efter ansökningstiden utgång (Rapportering av uppdraget prestationsersättning till lokala värdighetsgarantier, juni 2011).

### **Inflytande, delaktighet och trygghet**

#### *Äldre är nöjda med bemötandet och inflytandet*

Bemötande och inflytande får ett högt positivt omdöme i den nationella undersökningen om äldres uppfattning. De äldre känner sig respekterade och väl bemötta av personalen och de upplever att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. De äldre litar på hemtjänstens personal och anser att personalen känner till vilken hjälp de behöver och att hjälpens omfattning motsvarar deras behov. Vidare anser de att hemtjänsten utförs på ett bra sätt, av omtänksam och professionell personal.

(Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, Socialstyrelsen 2010).

De äldres bedömning skiljer sig åt mellan olika kommuner ifråga om möjligheterna att påverka tiden för när hjälpen ska ges. I Stockholmsregionen finns ett stort intresse bland företag och andra typer av organisationer att delta i stadens valfrihetssystem. Det gör att kommuninvånarna erbjuds ett brett utbud av utförare att välja mellan. Detta är positivt för tillgängligheten. (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv).

#### *Kontinuiteten – ett kvalitetsområde som kan utvecklas med valfrihetssystem*

I Äldreguiden (Socialstyrelsens presentation av uppgifter för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre) används kontinuitet för att beskriva om äldre personer har möjlighet att fortlöpande träffa samma personal. Resultat av enkätsvaren visar att det finns stora variationer i kontinuiteten både mellan olika kommuner och mellan olika enheter i respektive kommun. I valfrihetssystemen har ett antal företag tagit fasta på detta och erbjuder därför service på tider då den äldre personen önskar och med löfte om personkontinuitet. (Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv, Socialstyrelsen).

#### *Utvecklingen av teknikstöd till äldre personer fortsätter*

Tekniska hjälpmedel kan bl.a. bidra till att öka delaktigheten. Hjälpmedelsinstitutet (HI) har under perioden 2007–2009 haft i uppdrag att stödja en utveckling där äldre personers behov av hjälpmedel och tjänster tas tillvara och leder till att bra och säker teknik för äldre finns lätt tillgänglig. Satsningen – 22 miljoner kronor per år – bedöms av HI ha varit strategiskt viktig för att stimulera utvecklingen av teknik för äldre (Teknik för äldre II 2010, delrapport). Regeringens fortsatta satsning under 2010 har gått in i en ny fas som vilar på de erfarenheter som gjorts. Satsningen syftar till att ytterligare stärka utvecklingen av, informationen om och tillgängligheten till bra teknik för äldre och anhöriga, t.ex. i fråga om boende eller tjänsteutbud. Ett växande problem är att många bor i bostäder som inte är funktionella för äldre personer, vilket försvårar kvarboende och möjligheterna till ett aktivt och självständigt liv. Tekniken kan därför

ha en avgörande betydelse för att få vardagen att fungera, både för äldre personer och anhöriga.

HI har under 2010 förberett en försöksverksamhet där tre kommuner valts ut för att genomföra praktiska försök med teknikstöd och tjänster i ordinärt boende för vardagliga aktiviteter för äldre och anhöriga, med fokus på målgruppen personer över 80 år. Försöksverksamheterna ska vara samverkansprojekt med konkreta lösningar på tillgänglighetsförbättrande åtgärder, teknikstöd och tjänsteutbud. De är tänkta att utgöra goda exempel och ska kunna implementeras i kommuner i hela landet. Det kan t.ex. avse enkla förbättringar av entréer, allmänna utrymmen och utemiljöer, ombyggnad av badrum, anhörigstöd och teknikstöd. Verksamheterna ska utvärderas.

Andra områden som HI arbetat med under 2010 avser information och kommunikation av avslutade projekt under perioden 2007–2009.

Stödet till anhöriga har förstärkts genom en ändring i socialtjänstlagen. Hjälpmedel och teknik kan i detta sammanhang, enligt HI, vara bra insatser som kan få betydelse. (Se även avsnitt 7.4.1 Stöd till närstående.)

#### *Alternativa former av boenden för ökat självbestämmande*

Ett investeringsstöd infördes 2007 för att stimulera ny- eller ombyggnad av särskilda boendeformer för service och omvårdnad till äldre personer. Under andra halvåret 2009 utökades det till att även omfatta trygghetsbostäder, dvs. bostäder där det finns personal dagligen som på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Bostäderna är hyresrätt, kooperativ hyresrätt eller bostadsrätt som innehas av en person som har fyllt 70 år.

Mellan 2008–2010 har närmare 4 900 nybyggda och cirka 1 500 ombyggda lägenheter beviljats stöd (Årsredovisning 2010, Boverket). Under de första tre kvartalen 2010 ökade enligt Boverket antalet ansökningar. Trygghetsbostäder utgjorde knappt hälften av de nya ärendena. Under andra halvåret 2010 har antalet nya ärenden minskat. Trygghetsbostäderna har minskat mer än särskilda boendeformer. Detta kan enligt Boverket delvis bero på att rättsläget temporärt varit oklart kring vissa utformningsfrågor. (Se även avsnitt 7.4.1 Tillgång till insatser)

Genom en särskild satsning omfattande 50 miljoner kronor under 2010–2011 har HI i uppdrag att stödja kommunernas planering,

nyttänkande och utveckling av boende för äldre. Det behövs nya och framsynta idéer om hur boende för äldre både i enpersonshushåll och i tvåpersonshushåll kan utformas. Den vanliga bostadsmiljön behöver tänkas igenom så att det blir möjligt för dem som önskar det att kunna bo kvar och känna sig trygga så länge som möjligt. Programmet innehåller tre huvudinriktningar; Stöd till arkitektävlingar, stöd till förstudier såsom kommunala behovsinventeringar eller andra förstudier inför planerat byggande av äldreboendestäder samt stöd till projekt kring den fysiska och regionala planeringen. Uppdraget ska slutredovisas den 1 december 2012.

HI redovisar i en lägesrapport (Lägesrapport utlysningar april 2011 regeringsuppdraget Bo bra på äldre dar) att 16 kommuner ansökt om och beviljats sammanlagt sju miljoner kronor till kommunala förstudier. Ytterligare 47 kommuner har ansökt om bidrag i en andra omgång. Efter samråd med Sveriges arkitekter har fyra kommuner valts för stöd till arkitektävlingar.

#### **Kunskapsbefrämjande insatser**

Här redovisas resultat av satsningar som handlar om kunskapsstyrning – att ta fram och att sprida relevant kunskap.

#### *Kvalitetsregistren kan utveckla vården och omsorgen*

För att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre har regeringen i februari 2010 ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om prestationsbaserat statsbidrag (fördelning av medel sker efter uppvisat resultat). Överenskommelsen avser att fortgå fram t.o.m. 2012 men omförhandlas årligen. Statskontoret har genomfört en första uppföljning av överenskommelsen som avser utveckling av två kvalitetsregister (Senior Alert och Svenska Palliativregistret), stöd till långsiktigt systematiskt förbättringsarbete (se avsnitt 7.4.1 Evidensbaserad praktik) och den nationella samordningen av insatserna som utförs av Sveriges Kommuner och Landsting (Uppföljning av prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – delrapport 1, Statskontoret).

Satsningen på kvalitetsregister ska leda till att fler registrerar uppgifter inom äldreomsorgen i registren. Genom att på ett systematiskt sätt uppmärksamma och dokumentera olika delar av

sitt arbete ska kvalitetsregistren leda till att personal ändrar sitt sätt att arbeta, till ett mer strukturerat arbetssätt. Registren förväntas också synliggöra vårdens resultat över tid samt möjliggöra jämförelser med andra verksamheter och därmed också bidra till ett utvecklingsarbete. Genom Svenska Palliativregistret kan brister i vården i livets slutskede identifieras och förbättras. Genom Senior Alert, där både riskbedömning och förebyggande åtgärder ingår som viktiga led, kan mer förebyggande arbetssätt utvecklas.

Statskontoret bedömer att kvalitetsregistren ger förutsättningar för att kunna utveckla vården och omsorgen eftersom de ger stöd för ett mer strukturerat arbetssätt. Det ger bra grund för verksamhetsuppföljning. Statskontoret framhåller dock betydelsen av en mer strukturerad kvalitetssäkring av registren, bl.a. att inrapporterade uppgifter kvalitetssäkras på ett tillfredsställande sätt.

Registrens täckningsgrad har ökat markant under 2010. Det ökade intresset att delta i Senior Alert har inneburit att 196 kommuner (68 procent) och 16 landsting (76 procent) har identifierat sina relevanta verksamheter och påbörjat registrering i registret. Några kommuner har också snabbt lyckats införa det vårdpreventiva arbetssättet i alla sina verksamheter.

Det ökade intresset för att delta i Svenska Palliativregistret under 2010 innebar att den nationella täckningsgraden uppgick till cirka 42 procent fjärde kvartalet 2010. Vid årsskiftet registrerade 268 kommuner (drygt 90 procent av samtliga) i registret.

#### *Nationella kompetenscentra*

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) och Svenskt demenscentrum (SDC) har sedan några år tillbaka i uppdrag att samla in, strukturera, sprida kunskap på sina respektive sakområden och stimulera utvecklingsarbete i kommunerna. Inriktningen är att kunskapen ska vara konkret, lättillgänglig och praktisk tillämpbar. Centrumen ska vara en länk mellan forskning, praktik och beslutsfattare och genom sin verksamhet bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen om äldre.

Socialstyrelsen har i en redovisning av regeringsuppdraget att utveckla ett nationellt kompetenscentrum för demens- och anhörigfrågor redogjort för NkA:s (ägs av Fokus Kalmar län, FoU Sjuhärad Vålfärd, Anhörigas

Riksförbund, Hjälpmedelsinstitutet, Linnéuniversitetet, Landstinget Kalmar samt Länsmyndigheterna för anhörigstöd i Norrland) samt för SDC:s (ägs av Stiftelsen Silviahemmet och Stiftelsen Stockholms län Äldrecentrum) verksamhet 2010 (Socialstyrelsen, mars 2011, dnr 00-04682/2006). Socialstyrelsen bedömer att den verksamhet som bedrivs vid båda centrumbildningarna är betydelsefull och utvecklas som planerat.

NkA, vars verksamhetsidé är att skapa och utveckla möten mellan olika kunskaps- och erfarenhetsformer, har etablerat lättillgängliga kunskapskällor bl.a. en interaktiv välbesökt webbplats som under 2010 i genomsnitt hade 700 besökare per vecka, en fördubbling jämfört med 2009. Under året publicerade NkA tre kunskapsöversikter; Kombinera förvärvsarbete och anhörigomsorg, Individualisering, utvärdering och utveckling av anhörigstöd samt Bibehålla hälsa och förebygga ohälsa. NkA kartlägger och presenterar också intressanta exempel på anhörigstöd.

SDC har i samarbete med Socialstyrelsen tagit fram webbutbildningen Demens ABC. Denna utbildning är ett verktyg för kvalitetsutveckling av den svenska demensvården. Från 1 juni 2010 till slutet av året hade cirka 7 500 personer registrerat sig för utbildningen och cirka 5 050 hade klarat kunskapstestet. Utbildningen har bl.a. använts för att informera om de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Besöken på SDC webbportal har stadigt ökat. Under 2010 registrerades en ökning med 80 procent jämfört med året innan. SDC har ett brett och ökande nationellt nätverks-samarbete på demensområdet. Man har även internationella kontakter inom Europa.

#### *Stöd till forskning och utveckling*

År 2000 påbörjades en nationell studie över åldrandet och vården – SNAC, the Swedish National study on Ageing and Care. Den delfinansieras med statliga medel – 14 miljoner kronor per år. Studien syftar till att genom uppbyggnad av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor kring åldrandet, uppkomsten av vårdbehoven hos de äldre och hur dessa behov möts på bästa sätt.

Datainsamlingen utgår från två perspektiv; ett befolknings- och ett vårdsystemperspektiv. Befolkningsperspektivet är inriktat på att över

tiden följa ett urval personer från 60 år och uppåt. Vårdsystemperspektivet syftar till att kontinuerligt följa hela den äldre befolkningens vårdkontakter, både akuta och långvariga (Lägesrapport från huvudmännen, mars 2011). Datainsamlingen omfattar totalt cirka 4 500 uppgifter per individ och undersökning. Det har hittills gjorts mer än 17 000 undersökningar vilket innebär att materialet nu omfattar närmare 80 miljoner uppgifter. Studien förutsätter långsiktighet eftersom det stora värdet uppstår först när man kan följa individerna i åldrandeprocessen från hälsa till sjukdom och vårdberoende.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) får årligen särskilt statsbidrag för att stödja den forskning inom äldreområdet som bedöms ha hög vetenskaplig kvalitet och ska därigenom främja långsiktig uppbyggnad av en bred forskning inom området (35 miljoner kronor per år 2009–2011). FAS redovisar 24 projektstöd och 12 Centrum och programstöd för 2010. Två exempel är Att leva längre än förväntat – Skydds- och riskfaktorer när det gäller människans livslängd samt Samhällets insatser för äldre kvinnors hälsa.

#### *Kunskapsportal*

En nationell, webbaserad kunskapsportal för bl.a. området vård och omsorg om äldre lanserades under våren 2011 ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)). Målet med portalen är att den ska bidra till att vård- och stödinsatser är trygga, säkra och av god kvalitet samt att de utgår från evidensbaserade metoder och arbetsätt. Syftet är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning om evidensbaserade metoder och arbetsätt. Målgruppen är personal på alla nivåer inom vården och omsorgen. Socialstyrelsen ska utvärdera hur kunskapsportalen används.

#### **Kunskapshöjande åtgärder**

Regeringen stödjer och stimulera huvudmännens långsiktiga arbete med att stärka kompetensen inom äldreomsorgen på olika sätt. Det sker främst genom Omvårdnadslyftet men också genom förstärkt ledarskap – Leda till resultat i socialtjänsten, utbildning i värdegrundsarbete samt ett uppdrag om ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens. Socialstyrelsen har också på regeringens uppdrag tagit fram ett förslag till en

nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg.

#### *Utbildning i värdegrundsarbete*

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram underlag till en utbildning i den nationella värdegrunden för lämpliga personalkategorier inom kommunalt och enskilt bedriven äldreomsorg, upphandla en sådan utbildning samt se till att utbildningen även tillhandahålls i webbaserad form (maj 2010). I en lägesgenomgång redovisar Socialstyrelsen att företrädare för lärosäten anser att kursen ska innehålla både teoretiska moment som kompletteras med praktiska uppgifter samt med någon form av varaktig handledning. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram handledningsmaterial som kan användas i verksamheterna. Målgruppen ska vara Första linjens chefer, biståndsbedömare, MAS:ar och andra nyckelgrupper. En upphandling har genomförts under våren 2011. Cirka 1 000 deltagare bedöms kunna genomgå kursen per termin. Den presumtiva målgruppen är 8 000 personer.

#### *Omvårdnadslyftet*

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förbereda, administrera och löpande följa upp den tidsbegränsade satsningen Omvårdnadslyftet under åren 2011–2014. Socialstyrelsen fördelar under 2011 143,7 miljoner kronor enligt en prestationsbaserad modell. Från 2012 blir det möjligt att inom Omvårdnadslyftet också genomföra utbildningsinsatser för personal som arbetar med specialiserade uppgifter.

Satsningen innebär att det för första gången på nationell nivå anges vilka kunskaper som behövs för grundläggande arbete och specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen.

#### **Samordning och samverkan**

##### *Nationell samordning för en sammanhållen vård och omsorg*

Regeringen har för 2010 och 2011 ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det handlar bl.a. om utvecklingsledare – gemensamma för kommun och landsting – som ska ge stöd och driva utvecklingen i olika verksamheter (67 miljoner kronor per år [se även avsnitt 7.4.1

Evidensbaserad praktik]), försöksverksamheter som ska bygga på helhetslösningar och en sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre (70 miljoner kronor per år), stärkta regionala strukturer för kunskapsutveckling samt implementering av nationella riktlinjer, ny kunskap, utvärdering m.m., samt en nationell samordning av det långsiktiga och systematiska förbättringsarbetet.

Försöksverksamheterna kan utveckla och pröva olika former för vägledning bl.a. i form av ”äldrelots”, former för ett hälsofrämjande perspektiv som integreras i samverkan mellan huvudmännen, organisationer (t.ex. centrumbildningar, samverkan i gemensamma nämnder, äldrevårdscentraler, samlokaliserade och samfinansierade verksamheter). Socialstyrelsen ansvarar för en vetenskaplig utvärdering och uppföljning av försöksverksamheterna. Målet med dessa är att äldre med omfattande behov inte ska behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand.

#### *Effektivare resursanvändning genom samverkan*

För en person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier vara svåra att överskåda. Regeringen har därför påbörjat en satsning för att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård ska samverka bättre. Resursanvändningen måste effektiviseras så att vården och omsorgen i större grad utgår från patientens behov samt organiseras effektivare. Satsningen, som leds av en nationell äldresamordnare, ska premiera resultat så att det kan växa fram lokala lösningar anpassade till förutsättningar i respektive landsting och kommun. För 2011 fördelas 150 miljoner kronor. Under förutsättningen att riksdagen beviljar medel avser regeringen att satsa cirka 3,75 miljarder kronor under mandatperioden.

#### **Analys och slutsatser**

Samhällets åtagande gentemot äldre personer ökar kontinuerligt genom att fler behöver insatser från socialtjänsten. Genom teknisk och annan utveckling, forskning och erfarenheter tillförs området fortlöpande ny kunskap. Denna kunskap måste nå fram till utförarna så att utveckling och praktik går i takt med varandra.

Det behöver inte per automatik innebära ökade kostnader. Ökad kunskap, ett värdigt bemötande samt nya sätt att arbeta, där man bättre tar tillvara på och samordnar de resurser som finns, kan tvärt om leda till att människor mår bättre, med minskat vårdbehov som följd, och att samhällets resurser används mer effektivt. Det är därför viktigt att stödja kommunerna och landstingen i denna utvecklingsprocess. Det handlar då om att ge förutsättningar och att stimulera mot bästa tillgängliga kunskap, inte att ta över huvudmännens ansvar.

Regeringen genomför åren 2011–2014 ett stort antal satsningar inom många områden för att äldre människor ska få omsorg av god kvalitet. Satsningarna syftar till att ge varaktigt positiva effekter. Av central betydelse är samverkan och samordning mellan olika huvudmän och organisationer och att tillgängliga resurser används effektivt. Den kunskap som finns på ett stort antal håll måste bli känd och bättre användas i omsorgsarbetet.

Ansvariga måste även arbeta för att komma till rätta med de missförhållanden och brister som uppmärksammas av tillsynen. Kommunerna måste ha fungerande ledningssystem, lex Sarah måste vara känd i verksamheterna och tillämpas, äldre med demenssjukdomar måste ha uppsikt och god omvårdnad – även på nätterna, etc. Socialstyrelsen har som tillsyns-, kunskaps- och normgivande myndighet en betydelsefull uppgift i detta arbete.

Effekter av de reformer och stora ekonomiska satsningar som regeringen genomför behöver utvärderas.

#### **Lagändringar under året**

Riksdagen har efter förslag från regeringen beslutat att införa en nationell värdegrund i äldreomsorgen (prop. 2009/10:116 Värdigt liv i äldreomsorgen). Värdegrunden innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre människor får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Samtidigt infördes en bestämmelse för ökat inflytande för äldre och en möjlighet för kommunerna att kompensera personer t.ex. när insatser inte getts inom en skälig tid. Bestämmelserna gäller från och med den 1 januari 2011.

Riksdagen har även efter förslag från regeringen beslutat om ändringar i ansvars-

fördelningen mellan bosättnings- och vistelsekommunen (prop. 2010/11:49 Ansvarsfördelning mellan bosättningskommun och vistelsekommun). Från och med den 1 maj 2011 gäller att bosättningskommunen har ett utökat ansvar i förhållande till tidigare även om vistelsekommunens yttersta ansvar kvarstår. När en person under en tid t.ex. vistas i sitt fritidshus behåller bosättningskommunen ansvaret. Socialstyrelsen har i uppdrag följa upp och utvärdera konsekvenserna av förändringarna (S2011/3871/FST) och att på lämpligt sätt vägleda kommunerna vid bedömningen av vilken kommun som ska anses som ansvarig för att underlätta tillämpningen av de nya bestämmelserna (S2011/3872/FST).

### 7.4.3 Individ- och familjeomsorg

#### Sammanfattning

##### *Den sociala barn- och ungdomsvården*

Upprepad tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) har enligt Socialstyrelsen lett till märkbara förbättringar. Verksamheterna har bättre kunskap än tidigare om vilka krav som ska uppfyllas. Tidigare brister har i stor utsträckning åtgärdats. Bemanningen vid HVB är oftast tillfredsställande och i princip har alla barn möjlighet att få stöd dygnet runt. Även tidigare brister i hanteringen av familjehemsvården, såsom t.ex. uppföljning av vården, brister i barns delaktighet och kommunernas utredning av familjehem, har enligt Socialstyrelsen till viss del åtgärdats. Socialtjänstens samverkan kring barn och unga har också förbättrats enligt Socialstyrelsen men det finns fortfarande brister, särskilt i vårdkedjan för barn med psykisk ohälsa.

Det finns dock fortfarande barn vars säkerhet i vården inte är helt tryggad. Det förekommer t.ex. enligt Upprättelseutredningen fortfarande övergrepp och vanvård. Enligt Barnombudsmannen, som träffat och lyssnat till drygt 100 barn och ungdomar, tas inte barns rätt att komma till tals alltid på allvar. Barn och ungdomar uppger att personal på HVB och i socialtjänsten inte tror på dem, att de bemöts med fördomar, att förväntningarna på dem är låga och att det finns behov av vuxna som man kan lita på. Enligt Socialstyrelsen är barnens önskan om mera kontakt med sin socialsekreterare påtaglig.

Arbetsätten skiljer sig stort mellan kommunerna. Knappt hälften av alla kommuner använder t.ex. standardiserade bedömningsinstrument. Detta trots att instrumenten enligt Socialstyrelsen är användbara för att visa effekterna av insatser och om insatserna lett till en förbättrad livssituation. Handläggnings- och dokumentationssystemet BBIC håller däremot på att införas i nästan alla kommuner.

Andra skillnader är att i vissa kommuner får cirka 90 procent av barnen och ungdomarna, som är i behov av stödinsatser, individuellt behovsprövad öppenvård medan andra kommuner inte erbjuder sådana insatser över huvudet taget. En av Socialstyrelsen genomförd nationell inventering av metoder och arbetssätt, som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga, visar att det finns brist på kunskap hos de huvudmän som tillämpar metoderna eftersom majoriteten av arbetsätten saknar lättillgänglig vetenskaplig dokumentation.

Statens institutionsstyrelse har genomfört en rad åtgärder för att utveckla verksamheten och utvecklingsarbetet börjar enligt Socialstyrelsens tillsyn ge resultat. Flertalet verksamheter beskriver att de numera arbetar medvetet för att förebygga hot- och våldssituationer. Antalet avskiljningar har också minskat.

##### *Ekonomiskt bistånd*

Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd liksom antalet personer som beviljats denna form av bistånd ökade under 2010 men statistiken för första kvartalet 2011 tyder på en vändning. Arbetslöshet är enligt Socialstyrelsen det vanligaste försörjningshindret. Kommunala insatser för kompetenshöjning finns i merparten av rikets kommuner och de riktar sig vanligtvis till personer som har försörjningsstöd. I tillsynen har det iakttagits att det fortfarande finns allvarliga brister i rättssäkerheten vid ansökningar om ekonomiskt bistånd. Personer kan t.ex. få muntliga avvisningsbesked, i stället för att få sin sak prövad. Flera av Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har också observerat att barnens situation inte alltid uppmärksammas i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd.

##### *Missbruks- och beroendevården och hemlöshet*

Under 2008–2011 har det pågått en stor satsning inom missbruks- och beroendområdet – med stöd av statliga medel – för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade

metoder samt för att utveckla praktiken. År 2010 deltog alla landsting, 165 kommuner och 22 kommundelar i ett utvecklingsarbete med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Närmare 10 000 personer har deltagit i den baskurs som Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram inom projektet.

Den specialiserade vården når i huvudsak personer där beroendet också åtföljs av sociala problem, t.ex. försörjningsproblem eller bostadsproblem. En av Missbruksutredningen genomförd studie av klienter som bedömts och följts upp med hjälp av ASI-intervju efter ett år visar att nästan hälften av klienterna med alkoholproblem fått en förbättrad situation och drygt 30 procent när det gäller personer med narkotikaproblem. Närmare 40 procent har förbättrat sin psykiska hälsa.

Nästan hälften av landets kommuner och kommundelar hade 2010 en fastställd och dokumenterad policy för att använda något av de av Socialstyrelsen rekommenderade instrumenten för upptäckt av missbruks- och beroendeproblematik. Tre fjärdedelar av kommunerna hade en sådan policy för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov. Nästan lika många kommuner har en fastställd policy om att instrumenten ska användas för uppföljning av enskilda klienter.

En omfattande tillsyn av missbruks- och beroendevården visar bl.a. att majoriteten av behandlingspersonalen har adekvat utbildning. Däremot brister det enligt Socialstyrelsen i handläggning och dokumentation i många kommuner, underlagen för besluten kan t.ex. vara bristfälliga. Öppna jämförelser visar att det dessutom kan brista i delaktighet.

Socialstyrelsens utvärderingen av de lokala utvecklingsåtgärder inom ramen för hemlöshetsstrategin visar att det finns påtagliga positiva resultat från de projekt som arbetade med vräkningsförebyggande arbete, framför allt i projekt där det funnits ett nära samarbete med Kronofogdemyndigheten. Utvärderingen visar dock att insatserna endast i begränsad utsträckning baseras på den forskning som finns på området och att de endast delvis kunnat nå de mål som hemlöshetsstrategin satt upp.

#### *Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga*

Kommunerna tar enligt Socialstyrelsen i dag ett helt annat ansvar än tidigare för våldsutsatta

kvinnor och barn som bevittnat våld. Kommunerna arbetar mer strukturerat och övergripande än tidigare med dessa frågor. Många kommuner satsar på att höja personalens kompetens när det gäller våldsproblematiken. Det förekommer dock fortfarande brister bl.a. när det gäller det långsiktiga arbetet. Vissa särskilda gruppers behov tillgodoses inte heller alltid på ett bra sätt. Socialtjänsten behöver också enligt Socialstyrelsen bli bättre på att uppmärksamma och utreda behovet av stödinsatser för barn som bevittnat våld.

### Den sociala barn- och ungdomsvården

Antalet barn och unga som får en behovsprövad öppenvårdsinsats, framför allt i form av strukturerade öppenvårdsprogram och behovsprövat personligt stöd, har ökat under de senaste åren. Men även antalet barn som fick heldygnsinsatser på HVB och i familjehem har ökat, vilket till stor del kan förklaras av det ökande antalet ensamkommande asylsökande barn (Socialstyrelsen, Statistik för barn och unga 2009, 2010).

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var totalt 13,9 miljarder kronor 2010 (13,7 miljarder kronor 2009).

**Tabell 7.4 Kommunens kostnader insatser till barn och unga**

Miljarder kronor			
	2006	2008	2010
Institutionsvård	4,3	4,7	4,7
Familjehemsvård	3,5	4,1	4,6
Öppna insatser	3,6	4,4	4,6
<b>Summa</b>	<b>11,4</b>	<b>13,2</b>	<b>13,9</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas räkenskapsammandrag 2005-2010.

Det pågår sedan flera år en utveckling i kommunerna mot s.k. serviceinsatser, dvs. olika former av stöd som inte är individuellt behovsprövade. Det råder stora skillnader mellan landets kommuner beträffande omfattning och karaktär. Det finns kommuner där serviceinsatser för barn och unga utgjorde minst en tredjedel av alla insatser medan andra kommuner endast undantagsvis erbjuder sådana insatser. Det förs ingen statistik över serviceinsatser vilket innebär att barn och unga får fler insatser än vad den officiella statistiken anger.

## Tillgång till insatser av god kvalitet

### *Cirka hälften av kommunerna använder standardiserade bedömningsinstrument*

Standardiserade bedömningsinstrument minskar enligt Socialstyrelsen risken att behov bedöms olika beroende på handläggare, huruvida klienten är en flicka eller en pojke eller på klientens bakgrund. (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen) Instrumenten är också användbara för att dokumentera kunskap som behövs för att visa effekterna av insatser och för att visa om insatser leder till en förbättrad livssituation. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser 2010 använder knappt hälften av kommunerna standardiserade bedömningsinstrument i sin handläggning av insatser till barn och unga. Då detta inte mätts tidigare år går det inte att göra jämförelser bakåt i tiden.

Socialstyrelsen arbetar aktivt för att öka användningen av bedömningsinstrument. Det pågår t.ex. en rad projekt som syftar till att underlätta för socialtjänsten att göra väl underbyggda val av insatser för ungdomar, dels genom att utvärdera behandlings- och bedömningsmetoder som vänder sig till ungdomar, dels att tillhandahålla kunskapsöversikter om verkningsfulla metoder när det gäller socialtjänstens arbete med unga lagöverträdare och interventioner mot övergrepp och vanvård i barnfamiljer.

### *Barns behov i centrum (BBIC)*

Handläggnings- och dokumentationssystemet BBIC ger socialtjänsten en struktur för att utreda, planera och följa upp beslutade insatser (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Systemet förväntas bidra till nationell enhetlighet i myndighetsutövning och en tillämpad helhetsyn samt vara ett steg mot kunskapsbaserad praktik. BBIC håller på att införas i stort sett i alla kommuner (97 procent av kommunerna har tecknat licensavtal) och metoden verkar enligt Socialstyrelsen ha haft en positiv inverkan på arbetet (Lägesrapport 2011). Cirka 45 procent av kommunerna har redan enligt Socialstyrelsen en ordinarie BBIC-licens. (Lägesrapport 2011).

Användning av BBIC har enligt Socialstyrelsen medfört att barnets behov av undervisning uppmärksammas mer än tidigare (Tillsynsrapport 2011).

För att gynna utveckling – kollegialt utbyte och stöd – uppmuntras kommunerna att gå samman i regionala nätverk som kan organisera

och genomföra utbildningar. Det finns i dag 28 regionala BBIC-nätverk och 27 regionala BBIC-samordnare, vilka regelbundet bjuds in till Socialstyrelsen för information, dialog och erfarenhetsutbyte.

De regionala utvecklingsledarna som under 2011 finns för den sociala barn- och ungdomsvården inom ramen för överenskommelsen om en evidensbaserad praktik, ska komplettera och förstärka det arbete som bedrivs inom de regionala BBIC-nätverken.

### *Stora olikheter hur kommunerna arbetar*

Barn och unga som behöver stöd och skydd ska enligt Socialstyrelsen så långt det är möjligt få individuellt bedömda insatser inom den öppna vården. Det är bara om dessa inte räcker till som samhället ska ta över vården och omsorgen genom att placera barnet i familjehem eller HVB. Resultaten från 2010 års öppna jämförelser pekar mot att den sociala barn och ungdomsvården är mycket olika organiserad. En jämförelse mellan hur stor andel som får individuellt behovsprövad öppenvård och hur stor andel som placeras antingen på HVB eller i familjehem visar att skillnaderna är stora. I vissa kommuner får cirka 90 procent av barn och ungdomar som är i behov av vård individuellt behovsprövad öppenvård, medan andra kommuner inte erbjuder sådana insatser över huvud taget. Där gäller placeringar i stället. Även i vilken utsträckning som familjehemsvård används varierar. ([www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser)).

### *Ökat utbud av såväl öppna insatser som serviceinsatser*

Trots stora skillnader pågår det enligt Barnskyddsutredningens betänkande Lag om stöd och skydd för barn och unga (SOU 2009:68) en positiv utveckling med öppna insatser och förebyggande arbete. Utbudet har i väsentlig utsträckning breddats under de senaste decennierna. Syftet har varit att ersätta institutionsvård med öppenvård. Vanliga öppenvårdsinsatser är enligt Socialstyrelsens lägesrapport 2011 strukturerade öppenvårdsprogram, personligt stöd, kontaktperson eller kontaktfamilj. Behovsprövad stöd och behandling kan utföras av till exempel socialsekreterare, behandlingsassistent, familjebehandlare. Utvärderingar och annan kunskap om öppna insatser är enligt Barnskyddsutredningen dock än så länge begränsad.

Inom ramen för öppna verksamheter erbjuder även kommuner i ökad utsträckning stöd och hjälp som service utan utredning och särskilt biståndsbeslut. Denna service kan avse rådgivningsverksamhet och insatser av programkaraktär såsom gruppverksamheter för barn till missbrukare. Den kan även bestå av familjepedagogiskt arbete i hemmet, samtalsstöd och familjebehandling. Många mindre kommuner har med flexibla lösningar och i samverkan med andra verksamheter lyckats utforma ett varierat utbud av öppna insatser. Skillnaderna är dock, som angetts ovan, stora.

Utvecklingen mot mer serviceinsatser har välkomnats men också ifrågasatts enligt Barnskyddsutredningens betänkande. Det förstnämnda för att det är bra att stöd och hjälp blir lättillgängligt. Det senare främst ur ett lika-behandlings- och rättssäkerhetsperspektiv och att barn kan riskera att inte få sina behov tillgodosedda när insatser inte grundar sig på en allsidig utredning. Det främsta motivet till det ökade serviceutbudet, enligt den studie som det hänvisas till i Barnskyddsutredningens betänkande, har varit att utveckla det förebyggande arbetet. Risker är, enligt samma studie, om det finns en ambition att rutinemässigt hänvisa till serviceutbudet.

#### *Kunskapsbrister om metoder och arbetssätt*

Socialstyrelsen har genomfört en nationell inventering av metoder och arbetssätt som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga i ett tiotal verksamheter, bl.a. inom socialtjänstens öppna verksamheter och ungdomsmottagningar. De tillfrågade verksamheterna använde ett stort antal metoder, men majoriteten av dessa saknade lättillgänglig vetenskaplig dokumentation. Det finns därför ett stort behov av metoder som har utvärderats vetenskapligt och som visat sig effektiva i Sverige. Genom sitt Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP) har Socialstyrelsen stöttat flera utvärderingar. På Socialstyrelsen pågår även en rad projekt som syftar till att underlätta för socialtjänsten att göra väl underbyggda val genom att tillhandahålla kunskapsöversikter om verkningsfulla metoder (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen).

#### *Tillsyn av brister i familjehemsvården har lett till förbättringar*

Brister som uppmärksammats vid tidigare genomförd tillsyn av socialtjänstens arbete med barn i familjehem, såsom brister i vårdplanering och uppföljning av vården, brister i barns delaktighet och kommunernas utredning av familjehem har följts upp av Socialstyrelsen. Enligt Socialstyrelsen är bristerna på vissa håll och till vissa delar åtgärdade (Lägesrapport 2011). Där inga större förändringar har skett har myndigheten ställt ytterligare krav på förbättringar.

#### *Tillsyn av HVB visar på resultat*

Den pågående utvecklingen inom HVB-vården är enligt Socialstyrelsen positiv (Tillsynsrapport 2011). Den bedömningen görs efter 582 inspektioner av HVB för barn och unga. Intrycket från 2010 års inspektioner är att kvaliteten och säkerheten generellt sett förbättrats jämfört med tidigare omfattande inspektioner 2006 och 2008. Verksamheterna har i dag bättre kunskap än tidigare om vilka krav som ska uppfyllas och brister har i stor utsträckning åtgärdats. Bemanningen vid HVB är oftast tillfredsställande och i princip alla barn har möjlighet att få stöd dygnet runt.

Men det finns enligt Socialstyrelsen fortfarande stora kvalitetsskillnader mellan olika hem, bl.a. när det gäller personalens kompetens. Myndigheten har begärt att 37 procent av verksamheterna ska åtgärda brister som uppmärksammats inom området säkerhet och delaktighet.

#### **Inflytande och delaktighet**

##### *Tillsynsmyndigheten ska vid inspektioner samtala med barnen*

Att få ta del av barns och ungas egna upplevelser och åsikter är en viktig del av tillsynen. Sedan den 1 januari 2010 gäller att Socialstyrelsen vid inspektioner av HVB som tar emot barn eller unga (minst två gånger per år) ska samtala med de barn och unga som samtycker till det. Socialstyrelsens inspektörer har under 2010 samtalat med 1 367 barn och ungdomar i HVB (Tillsynsrapport 2011, Socialstyrelsen). De flesta unga ger enligt Socialstyrelsen en relativt positiv bild. Men det finns de som är kritiska både till vårdinnehåll och bemötande. Ungdomar har genom sina

berättelser bidragit till att brister och missförhållanden på HVB uppmärksammats, vilket lett till att Socialstyrelsen gått vidare och krävt åtgärder av verksamheterna (Tillsynsrapport 2011).

Socialstyrelsen har granskat barns och ungdomars möjligheter att vara delaktiga i vårdens planering och genomförande (Tillsynsrapport 2011). Brister har uppmärksammats i 38 av 410 granskade verksamheter, dvs. i cirka 10 procent. När det gäller möjligheten att påverka innehållet i verksamheten och få nödvändig information om regler och rutiner brister 24 verksamheter.

#### *Barns rätt att komma till tals tas inte på allvar enligt Barnombudsmannens årsrapport*

Barnombudsmannen (BO) har på uppdrag av regeringen under 2010 träffat och lyssnat till drygt 100 barn och ungdomar som är placerade i familjehem eller HVB (Barnombudsmannens årsrapport 2011 Bakom fasaden – Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar). BO har funnit allvarliga brister sett ur barnens perspektiv. Ungdomar uppger att personal på HVB och i socialtjänsten inte tror på dem, att de bemöts med fördomar och inte ses som individer, att förväntningarna på dem är låga och att det finns behov av vuxna som man kan lita på, som kan trösta och vägleda.

BO har genomfört en enkätundersökning i samtliga socialnämnder (Socialnämndens ansvar för samhällsvård). Drygt hälften av nämnderna har svarat att de har direktiv om hur barnens åsikter ska inhämtas och dokumenteras under utredningen. Knappt hälften har direktiv om hur barnen ska hållas informerade under utredningen och knappt en tredjedel att barnet ska få information om sina rättigheter. Vilken betydelse som barnets åsikter ska tillmätas vid beslut om omhändertagande har knappt hälften av nämnderna direktiv om.

I februari 2011 träffade barn- och äldreministern 13 barn och ungdomar som är omhändertagna av samhället och fick tillfälle att berätta om sina egna erfarenheter och ge uttryck för vad de tycker är viktigt att ändra på i den sociala barnvården.

#### *Informationsmaterial och telefon som vänder sig till barn*

För att ytterligare stärka säkerheten för barn och unga ska det enligt en ny bestämmelse i socialtjänstförordningen finnas relevant information

till barn och unga som stadigvarande vistas utanför hemmet och till deras vårdnadshavare. Socialstyrelsen har tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och unga som bor i familjehem eller HVB. Informationen handlar om barnets rättigheter och innehåller telefonnummer dit barn kan ringa om de inte får gehör för sina önskemål hos socialtjänsten. Materialet ska översättas till ett tiotal språk, bl.a. lättläst svenska och minoritetsspråken.

Under perioden april – december 2010 hörde cirka 120 barn och ungdomar av sig via e-post eller telefon (Tillsynsrapport 2011). Barnens och ungdomarnas önskan om mera kontakt med sin socialsekreterare är mycket påtaglig och de vill ha betydligt mer information än de får. De vanligaste åtgärderna från Socialstyrelsens sida är att kontakta socialtjänsten eller behandlingshemmet för att försöka lösa de problem som har uppstått. Socialstyrelsen anser att detta arbete får genomslag hos socialtjänsten och att man försöker leva upp till myndighetens förslag.

#### *Särskilda tillsynsombud*

På uppdrag av regeringen genomför Socialstyrelsen en treårig försöksverksamhet med tillsynsombud (2010–2012). Ungefär 60 barn som är placerade i familjehem erbjuds ett ombud som är anställt av Socialstyrelsen och som ska träffa barnen minst fyra gånger per år, eller flera gånger om barnet så önskar. Ombudet ska se till att förutsättningarna för placeringen följs upp av kommunen, se till att barnen tas om hand på ett tillfredsställande sätt och vara en särskild person för barnet att tala med. Barnets erfarenheter kommer att dokumenteras och vidareförmedlas till socialtjänsten. Verksamheten utvärderas fortlöpande.

#### **Säkerhet och trygghet i vården**

##### *Det förekommer att placerade barn och ungdomar utsätts för övergrepp enligt upprättelseutredningen*

Upprättelseutredningens kartläggning av socialtjänstens kännedom om övergrepp eller annan vanvård som barn och unga i samhällsvård misstänks ha varit utsatta för under åren 2008–2009, visar att nära 1 procent av det totala antalet placerade barn i de aktuella kommunerna misstänks ha varit utsatta för övergrepp eller annan vanvård (Barnen som samhället svek, SOU 2011:9). Barnet var den vanligaste informa-

tionskällan för socialtjänsten. 114 kommuner och stadsdelar av de som svarat hade kännedom om ett eller flera barn eller ungdomar i åldern 0-20 år som utsatts för övergrepp eller annan vanvård. I en uppföljande kartläggning, som utredningen gjort, hade sammanlagt 106 kommuner och stadsdelar kunnat identifiera och lämna information om 144 barn och ungdomar som misstänks ha varit utsatta för övergrepp och 119 som misstänks ha varit utsatta för annan vanvård. Av de 246 barnen och ungdomarna som identifierades var 85 procent placerade i familjehem och 15 procent i institution.

#### *Socialjourer saknas i flera kommuner*

Vid utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten arbetar Socialstyrelsen med indikatorer som ger förutsättningar för god kvalitet i socialtjänsten (Öppna jämförelser socialtjänst och hemsjukvård, Lägesrapport maj 2011). En sådan indikator inom barn och ungdomsvården är möjligheten att dygnet runt få akut professionellt omhändertagande av socionomutbildad personal via socialjour. Akuta tillstånd kan uppstå när som helst på dygnet, till exempel vid en anmälan från polisen om ett pågående lägenhetsbråk där ett barn har blivit utsatt för övergrepp och misshandel. För barnen är det då viktigt att det finns professionell personal som har kunskap och rutin och kan klara situationen. Öppna jämförelser för 2010 visar att möjligheten för barn och unga att dygnet runt få akut professionellt omhändertagande av socionomutbildad personal via socialjour helt saknas i cirka 30 procent av kommunerna (Lägesrapport 2011).

#### *Bedömningsinstrument för att rekrytera Familjehem*

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett bedömningsinstrument som ska användas i ett initialt skede i rekryteringen av familjehem. Socialstyrelsens förhoppning är att det ska bidra till att rekryteringar av familjehem görs på ett mer systematiskt, enhetligt och transparent sätt. Syftet är också att presumtiva familjehem ska få en insikt om vilka krav som ställs på ett familjehem och vad som förväntas av dem inom familjehemsuppdraget. (Initial bedömning vid socialtjänstens rekrytering av familjehem, 2011). En stor och viktig del i rekryteringsprocessen är enligt Socialstyrelsen även själva utbildningen för familjehem och jour-

familjer. Under 2011 har myndigheten på regeringens uppdrag påbörjat arbetet med att ta fram underlag som stöd för kommunernas utbildning av familjehem.

#### *Frekvenstillsyn av HVB och ungdomshem för barn och unga*

Alla HVB ska numera tillsynas minst två gånger per år. En inspektion ska ske oanmält. Under 2010 har Socialstyrelsen genomfört sammanlagt 582 inspektioner av totalt 549 HVB varav 171 oanmällda. Socialstyrelsen har även besökt samtliga 26 särskilda ungdomshem som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).

### **Samverkan och samordning**

Socialtjänstens samverkan kring barn och unga har enligt Socialstyrelsen förbättrats men det finns fortfarande brister, särskilt i vårdkedjan för barn med psykisk ohälsa (Lägesrapport 2011). Tillsynen har uppmärksammat att det är oklart vem som ansvarar för insatser mot psykisk ohälsa hos barn mellan 6 och 18 år och att samverkan mellan olika aktörer inte fungerar på ett bra sätt (Lägesrapport 2011). Få verksamheter upprättar t.ex. gemensamma behandlingsplaner med andra verksamheter. Samverkan sker dessutom sällan på ett organiserat, övergripande plan.

### **Statligt bedrivna ungdomsvård**

#### *Tillsyn av ungdomshemmen under 2010*

Socialstyrelsen, som sedan den 1 januari 2010 har tillsyn över SiS hem för särskild tillsyn av unga, har på uppdrag av regeringen genomfört tillsyn av samtliga ungdomshem som drivs av SiS (Socialstyrelsens regleringsbrev för 2010). Vid besöken har 110 unga intervjuats. Inspektionerna har främst inriktats på brister i dokumentation och tillämpning av de särskilda befogenheterna, bl.a. avskiljning av ungdomar från andra intagna ungdomar.

SiS utvecklingsarbete börjar ge resultat enligt Socialstyrelsens tillsyn (Tillsynsrapport 2011). Flertalet verksamheter beskriver att de numera arbetar medvetet för att förebygga hot- och våldssituationer. Antalet avskiljningar har också minskat liksom de genomsnittliga tiderna för hur länge en avskiljning pågår. Institutionerna

följer i huvudsak lagar och förordningar men det finns brister i dokumentationen.

De allra flesta av de ungdomar som intervjuats känner sig trygga och upplever att de får komma till tals och att personalen lyssnar på dem. Detta visar även SiS egen uppföljning av verksamheten. Enligt tillsynen finns det dock ungdomar som upplever hot och mobbning från andra placerade eller känner sig trakasserade av personal. När det gäller avskiljningar så uppfattar många den som obehaglig och godtycklig och vissa anser sig inte ha fått information om rätten att överklaga. Några ungdomar saknade närvaro av personal vid vård i enskildhet. (Årsredovisning 2010, Socialstyrelsen).

#### *Fakta om verksamheten under 2010*

SiS drev 26 ungdomshem under 2010 (31 under 2009) som sammanlagt hade 575 platser (611 under 2009). Antalet intagna ungdomar minskade under året – från cirka 1 210 till cirka 1 170 (33 procent flickor och 67 procent pojkar). Beläggningen ökade till 92 procent (88 procent 2009). Möjligheten att placera pojkar omgående har minskat – 61 procent 2010 mot 87 procent året innan. Detta till följd av att efterfrågan på vårdplatser för framför allt pojkar var hög under året. (Årsredovisning 2010, SiS)

#### *Vidtagna förbättringsåtgärder under 2010*

SiS har enligt årsredovisningen för 2010 genomfört en rad åtgärder för att utveckla verksamheten. Myndigheten har tagit fram riktlinjer för god omvårdnad och genomfört utbildningsinsatser i olika behandlingsmetoder liksom utbildat alla chefer i etik och värdegrund.

SiS har fattat beslut om en timplan som slår fast att alla skolpliktiga ungdomar ska ha en fullständig skoldag. SiS arbetar även med att ta fram en myndighetsövergripande övergångshandling som ska underlätta samarbetet mellan den unges skola på hemorten, SiS och socialtjänsten.

När det gäller de särskilda befogenheterna har SiS bl.a. infört kollegiegranskning av beslut rörande de särskilda befogenheterna samt genomfört utbildningar i rättstillämpning och dokumentation för 260 beslutsfattare under 2010. Det fokus som varit på frågorna har lett till att vissa av de särskilda befogenheterna används i mindre utsträckning.

## **Sluten ungdomsvård**

#### *Fakta om verksamheten under 2010*

SiS har 68 fastställda platser för den slutna ungdomsvården som bedrivs enligt lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård (LSU). Antalet intagna ungdomar minskade 2010 jämfört med året innan – från 85 till 79 (76 pojkar och 3 flickor). Den genomsnittliga strafftiden ökade däremot med en månad – från 9,1 till 10,1 månad. (Årsredovisning 2010, SiS)

#### *Vidtagna förbättringsåtgärder under 2010*

SiS har under 2010 vidareutvecklat och implementerat metoder för att förstärka utslussningen från institutionerna i påföljdens slutskede. En betydligt högre andel ungdomar har under året haft en planering inför utslussning jämfört med föregående år. Av de ungdomar som frigavs hade 57 procent en planerad vårdkedja (36 procent 2009) För 74 procent av ungdomarna har socialtjänsten deltagit i planeringen. Andelen ungdomar som haft en planering inför utslussning har ökat från 63 procent till 84 procent 2010 (Årsredovisningen 2010).

Antalet avvikningar ökade något jämfört med året innan, från 15 till 18. Avvikningarna har däremot mer än fördubblats jämfört med 2008.

Under 2011 kommer SiS att få ett utökad ansvar och ökade befogenheter för utslussning från slutna ungdomsvård.

#### *Ungdomarna är överlag nöjda*

Ungdomarna som vårdades enligt LSU tenderar att på flera områden vara nöjdare än de som vårdats enligt LVU. 72 procent anser att de fått hjälp med sina problem. 91 procent av ungdomarna säger att personalen tagit sig tid att prata med dem och 85 procent att de kunnat komma till tals om sin vård. 80 procent har kunnat framföra sina önskemål i samband med planeringen inför utskrivningen. (Årsredovisning 2010, SiS)

## **Ensamkommande barn**

Migrationsverket har sedan 2006 träffat överenskommelser med kommuner om att anvisa boende för barnen. Antalet asylsökande ensamkommande barn har sedan dess ökat dramatiskt och betydligt mer än vad som kunnat förutses. Utifrån ett antagande om att cirka 400 barn

skulle anlända till Sverige årligen kom närmare 2 400 barn 2010 – främst i åldern 16–17 år. Brist på platser i grupphem, akuta lösningar och långvariga vistelser i ankomstkommunerna har skapat en olämplig situation både för barnen och för ankomstkommuner.

Regeringen har tillsatt en utredning (Utredningen om en översyn av mottagandet av asylsökande ensamkommande barn, dir. 2011:9) som ska analysera olika tänkbara alternativ för hur anvisning av ensamkommande barn till kommuner ska ske samt redovisa för- och nackdelar med de olika alternativen. Utredaren ska lämna förslag på en reglering som utvidgar Migrationsverkets möjligheter att anvisa asylsökande ensamkommande barn till en kommun även i fall där överenskommelse om mottagande saknas. På samma sätt som i dag ska mottagandet av dessa barn i första hand bygga på frivilliga överenskommelser mellan staten och kommunerna.

Barnombudsmannen har genom sitt arbete med projektet Unga Direkt träffat ett antal ensamkommande asylsökande barn och ungdomar. (Barnombudsmannens årsrapport 2011 Bakom fasaden – Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar). Barnen och ungdomarna känner ensamhet, saknad och en stark önskan om omvårdnad när man befinner sig långt hemifrån utan sin familj. Känslan av att vara isolerade från samhället beskrivs som stark. Skolgången fyller därför en viktig funktion och är det som står för stabilitet. Ungdomarna tar också skolan på stort allvar.

#### *Iakttagelser i tillsynen*

Socialstyrelsen har i tillsynen inspekterat HVB för ensamkommande barn och unga och konstaterat att det är vanligare med brister i rätts-säkerhet, delaktighet och säkerhet där än i övriga HVB (Tillsynsrapport 2011). Det kan enligt Socialstyrelsen bero på att det kan saknas kunskap om att samma lagstiftning gäller för dessa barn och ungdomar som för andra. In- och utskrivningsbeslut och samtycke från barnet saknas enligt Socialstyrelsen t.ex. alltför ofta.

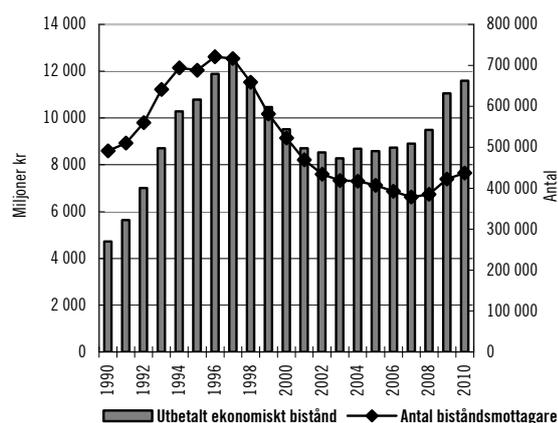
Tillsynen visar också goda exempel på boenden med ett gott mottagande och hög kvalitet i verksamheten. Det pågår enligt Socialstyrelsen också ett utvecklingsarbete inom området.

## **Ekonomiskt bistånd**

### *Utveckling av ekonomiskt bistånd*

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till invandrare) uppgick 2010 till cirka 11,6 miljarder kronor (cirka 11,1 miljarder 2009). Antalet personer med ekonomiskt bistånd 2010 ökade till 437 050 (422 000 personer 2009).

**Diagram 7.2 Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndstagare 1990–2010**



Källa: Socialstyrelsen

Det är något fler män än kvinnor som har ekonomiskt bistånd. Ensamstående mödrar och utrikes födda är överrepresenterade bland biståndshushållen. Under 2010 hade cirka en fjärdedel av ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under året. Tolv procent av de utrikes födda mottog ekonomiskt bistånd under 2010 att jämföra med två procent bland inrikes födda.

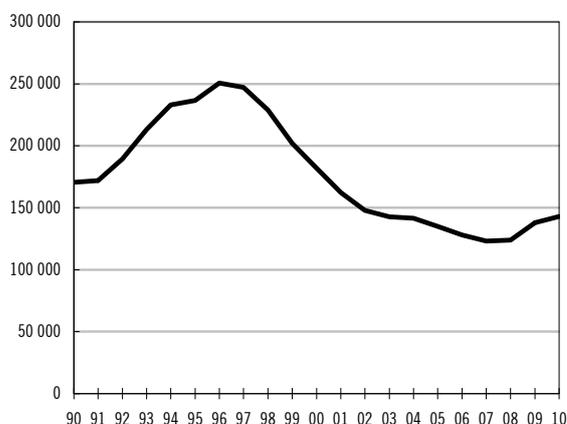
Jämfört med 2009 ökade antalet biståndsmottagare både bland inrikes och utrikes födda. Under 2010 ökade antalet inrikes födda vuxna biståndsmottagare med tre procent, medan antalet vuxna utrikes födda biståndsmottagare, inklusive flyktingar, ökade med fyra procent. Det ökade antalet biståndsmottagare bland utrikes födda beror i viss mån på att de huvudsakliga försörjningskällorna för nyanlända flyktingar och deras anhöriga hittills har varit ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning. Den 1 december 2010 trädde etableringsreformen i kraft och en ny statlig ersättning – etableringsersättning – infördes för dem som fått uppehållstillstånd efter detta datum. Ersättningen är individuell och det är samma villkor

för alla oberoende av var i landet man bor (se vidare utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet).

#### *Barn med ekonomiskt bistånd färre än under 90-talskrisen*

Trots utvecklingen av ekonomiskt bistånd kan det konstateras att antalet barn bland biståndsmottagarna är lågt sett ur ett längre tidsperspektiv. År 2010 uppgick antalet barn bland biståndsmottagarna till ca 143 000 – 7,5 procent av alla barn (138 000 barn 2009 – 7,2 procent av alla barn), vilket kan jämföras med 250 000 barn under 90-talskrisens värsta år.

**Diagram 7.3** Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2010



Källa: Socialstyrelsen

#### *Unga med långvarigt bistånd oförändrat*

Nio procent av unga i åldern 18–24 år fick enligt den officiella statistiken ekonomiskt bistånd vid minst ett tillfälle under 2010, vilket är oförändrat jämfört med 2009. Drygt två procent hade bistånd under minst tio månader per år (dvs. långvarigt ekonomiskt bistånd), vilket också var oförändrat jämfört med året innan.

#### *Arbetslöshet vanligaste försörjningshindret bland bidragsmottagarna*

Socialstyrelsen har utarbetat en modell för registrering av uppgifter om orsaker till behov av ekonomiskt bistånd (försörjningshinder) och ändamål med utbetalat ekonomiskt bistånd, som fr.o.m. den 1 januari 2010 ligger till grund för kommunernas registrering av dessa uppgifter.

Under 2010 hade 38 procent av biståndsmottagarna arbetslöshet som skäl till sitt försörjningshinder. Av dessa saknade närmare två tredjedelar arbetslöshetsersättning. Arbetshinder

på grund av sociala skäl var det näst vanligaste försörjningshindret (10 procent) och sjukskriven med läkarintyg (7 procent) det tredje mest förekommande. Majoriteten (71 procent) av dessa saknade sjukpenning. (Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2010, Socialstyrelsen augusti 2011).

#### *Kommunala arbetsmarknadsenheter i de flesta kommuner*

Kommunala insatser för kompetenshöjning finns i merparten av rikets kommuner (85 procent av 290) och de drivs på kommunala initiativ. Dessa verksamheter är vanligtvis riktade till personer som har försörjningsstöd. Många kommuner utför också uppdragsverksamhet åt framför allt Arbetsförmedlingen, men till största delen är detta något som kommunerna finansierar själva. (Kommunerna och arbetsmarknadspolitiken, Sveriges Kommuner och Landsting 2010).

Allt fler kommuner redovisar data till den kommunala arbetsmarknadsstatistiken. Under 2009 använde 47 kommuner, med totalt 2,4 miljoner invånare, 431 miljoner kronor för arbetsmarknadsverksamhet. Av samtliga inskrivna (29 000 personer) lämnade 19 000 personer verksamheterna under året och av dessa gick 13 procent till osubventionerat arbete.

#### *Tillsynens iakttagelser 2010*

I tillsynen uppmärksammas fortfarande allvarliga brister i rättssäkerheten vid ansökningar om ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsens tillsynsrapport 2011). I tillsynsrapporten exemplifieras det med att ansökningar om ekonomiskt bistånd som ligger över kommunens normer ibland lämnas utan bedömningar och beslut om avslag. Andra exempel är att enskilda personer hänvisas till en annan kommun, ett s.k. muntligt avvisningsbeslut, i stället för få sin sak prövad och att den enskilde inte alltid informeras om sin rätt att överklaga ett avslagsbeslut. Det förekommer också att kommuner, enligt Socialstyrelsens bedömning, dröjer för länge med att skicka ett överklagande till Förvaltningsrätten.

Flera regionala tillsynsenheter har, enligt tillsynsrapporten, observerat att barnens situation inte alltid uppmärksammas i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd.

### *Kommunens riktlinjer i förhållande till rekommendationer*

Det har tidigare år riktats kritik mot att det vid ansökan om ekonomiskt bistånd i alldeles för liten grad görs individuella bedömningar. Mot denna bakgrund ska Socialstyrelsen kartlägga kommunernas styrdokument beträffande beviljande av ekonomiskt bistånd och analysera hur dessa riktlinjer förhåller sig till Socialstyrelsens rekommendationer. Uppdraget ska redovisas senast den 31 januari 2012.

### **Missbruks- och beroendevården**

Uppskattningsvis finns över 100 000 personer med missbruk i något av samhällets vård- och behandlingssystem (Socialstyrelsen, Lägesrapport 2011). Ett rimligt antagande är enligt Socialstyrelsen att de flesta av dem har allvarliga missbruks- och beroendeproblem. År 2009 fick t.ex. cirka 36 600 personer med missbruks- och beroendeproblem insatser i slutenvård inom hälso- och sjukvården.

Samtidigt uppskattas 330 000 personer enligt Missbruksutredningens betänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) ha ett alkoholberoende och 29 500 ett tungt narkotikabruk (Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga, SOU 2011:6). De alkoholrelaterade skadorna fortsätter enligt Socialstyrelsen att öka, särskilt bland kvinnor, och allt fler vårdas till följd av narkotikarelaterade diagnoser (Lägesrapport 2011).

#### *Insatser och kostnader inom socialtjänsten*

Det totala antalet individuellt behovsprövade insatserna för personer med missbruk inom socialtjänsten har ökat 2010 jämfört med 2006. Bistånd till boende och öppna insatser har ökat medan heldygnsvården har minskat med nära 100 000 vårddygn. Jämfört med 2009 har däremot det totala antalet insatser minskat (se tabell 7.1). Tvångsvården utgör en relativt liten del av institutionsvården (se Statligt bedriven missbruksvård).

Kostnaderna för kommunernas missbruks- och beroendevård har ökat något jämfört med 2006. Kommunernas kostnader var totalt 5,8 miljarder kronor 2010 (5,5 miljarder kronor 2009).

**Tabell 7.5 Kommunens kostnader missbruksvård**

*Miljarder kronor*

	2006	2008	2010
Institutionsvård	2,1	2,3	2,5
Familjehemsvård	0,2	0,2	0,2
Öppna insatser	2,7	3,1	3,1
<b>Summa</b>	<b>5,0</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas räkenskapsammandrag 2005-2010.

### **Tillgång till insatser av god kvalitet**

#### *Det är först när alkoholproblem blir stora som behandlingssystemet når fram*

I en forskningsbilaga (SOU 2011:6) som publicerats av Missbruksutredningen dras slutsatsen att den specialiserade vården i huvudsak når personer där beroendet också åtföljs av sociala problem, t.ex. försörjningsproblem eller bostadsproblem. Det stora flertalet alkoholberoende har dock inte denna typ av sociala problem och nås följaktligen inte av socialtjänsten, den specialiserade beroendevården eller av behandlingsinsatser från den övriga hälso- och sjukvården. Det är först när alkoholproblemen blir mycket grava som behandlingssystemet når fram i någon större grad. (SOU 2011:6, kap. 10).

När det gäller vårdens effekter visar en studie, som genomförts av Missbruksutredningen, att av de klienter som bedömts och följts upp med hjälp av ASI-intervju (bedömningsinstrument för att sätta in rätt insatser) efter ett år, hade nästan hälften av klienterna med alkoholproblem fått en förbättrad situation och drygt 30 procent när det gäller personer med narkotikaproblem. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland klienter med missbruks- och beroendeproblem och uppföljningen visar att närmare 40 procent har förbättrat sin psykiska hälsa (SOU 2011:6, kap. 6).

#### *Tillgängligheten till information om socialtjänstens tjänster varierar stort*

Kommunerna ska enligt lagen tillhandahålla information om det stöd kommunen har att erbjuda för den som är i behov av missbruks- eller beroendevård. En genomgång av kommunernas hemsidor som gjorts av Socialstyrelsen visar att knappt en tredjedel erbjöd enkelt tillgänglig och fyllig information om detta. För ytterligare en tredjedel av hemsidorna fanns det viss infor-

mation med behov av förbättring. Den sista tredjedelen kunde betraktas som underkända utifrån undersökningens kriterier. Hemsidorna för kommuner med större befolkningsunderlag hade generellt sett fylligare och mer tillgänglig information (Öppna jämförelser, 2010 Socialstyrelsen).

*Personer med missbruks- och beroendeproblem vill söka hjälp hos sjukvården*

Forskningsresultat visar enligt Missbruksutredningen att nio av tio personer med missbruk eller beroende helst vill söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Endast 5 procent vill helst söka vård inom socialtjänsten (SOU 2011:35).

*Användning av bedömningsinstrument för ökad klientsäkerhet*

Användning av bedömningsinstrument har ökat, men olika dokumentationssystem gör det svårt att göra en nationell uppskattning av problematiken. Nästan hälften av landets kommuner och kommundelar hade 2010 en fastställd och dokumenterad policy för att använda något av de av Socialstyrelsen rekommenderade instrumenten för upptäckt av missbruks- och beroendeproblematik (Socialstyrelsen, Öppna jämförelser). Tre fjärdedelar av kommunerna hade en sådan policy för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov.

*Utvecklingsarbete med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna*

Under 2008–2011 har det pågått en stor satsning inom missbruks- och beroendområdet – med stöd av statliga medel – för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade metoder samt för att utveckla praktiken. År 2010 deltog alla landsting, 165 kommuner och 22 kommundelar i ett utvecklingsarbete med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Utbildning och kompetensutveckling är en väsentlig del och vid utgången av 2010 beräknas närmare 10 000 personer ha deltagit i den baskurs som Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram inom projektet. Satsningen är föremål för utvärdering, men av det som har framkommit hittills tycks de nationella riktlinjerna ha fått ett ökat genomslag (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Se även avsnitt 7.4.1, Plattform för evidensbaserad praktik.

*Förstärkt tillsyn 2008–2010*

Socialstyrelsen har i juni 2011 slutredovisat ett uppdrag om en ökad och utvecklad tillsyn för att stärka kvalitet och likvärdighet i de vård- och behandlingsinsatser som kommuner och landsting tillhandahåller. Uppdraget har pågått sedan 2008 och regeringen har satsat totalt 40 miljoner kronor på detta uppdrag. Drygt 670 verksamheter inom missbruks- och beroendevården har granskats under åren 2008–2010. Vid 50 av dessa har gemensam tillsyn genomförts av både hälso- och sjukvård och socialtjänst (Tillsynsrapport 2011, Socialstyrelsen samt Missbruks- och beroendevården – iakttagelser och resultat från tillsynen 2008–2010, Socialstyrelsen 2011). De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården har enligt Socialstyrelsen fått genomslag både inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens missbruks- och beroendevård. Det är framför allt inom primärvården och bland HVB som kunskapen om och användningen av riktlinjerna behöver öka. Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerade vidare enligt Socialstyrelsen bra, särskilt då olika samverkanslösningar har byggts upp. Däremot behöver samarbetet utvecklas mellan primärvården och den specialiserade beroendevården, särskilt när beroendevården bedrivs vid psykiatriska kliniker. Det gick i allmänhet snabbt att få påbörja behandling inom såväl socialtjänstens som landstingens missbruks- och beroendevård. Tillsynen visar också att majoriteten av behandlingspersonalen har adekvat utbildning på gymnasienivå inom vård och omsorg i öppenvård och HVB.

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården uppgav enligt Socialstyrelsen att man uppmärksammade eventuella barns situation och behandlingen anpassades till familjesituationen. Närstående erbjöds ofta stöd inom missbruks- och beroendevården medan stöd till barn gavs av socialtjänstens enheter för barn och familj eller frivilligorganisationer. Inom flera beroendeenheter och inom socialtjänstens öppenvård fanns s.k. barnombud som stöd till övrig personal. Däremot visade tillsynen att dokumentation av barnens situation behöver förbättras. Inom primärvården saknades ofta skriftliga rutiner för hur man ska anmäla till socialnämnden om barn har behov av stöd och skydd.

Många verksamheter inom socialtjänsten och en tredjedel av landstingens beroendevård erbjöd särskilda behandlingsgrupper för kvinnor. Lika

stor andel av landstingens beroendevård erbjöd insatser för gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem.

Socialstyrelsen har krävt att åtgärder ska vidtas för att de brister som uppmärksammats ska rättas till.

### **Inflytande och delaktighet**

#### *Brister i delaktighet och brukarinflytande*

Resultatet av öppna jämförelser pekar på att missbruks- och beroendevården generellt visar stora regionala skillnader. Det område som enligt Socialstyrelsen tycks vara mest eftersatt är delaktighet, dvs. det saknas ofta lokala riktlinjer och rutiner för bl.a. brukarråd och vårdplaner ([www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser)).

Endast 20 procent av kommunerna har en policy för brukarinflytande i verksamheten genom t.ex. brukarråd, brukarrevisioner eller deltagande i referens- eller styrgrupp. När det gäller inflytande på individnivå har drygt hälften av kommunerna rutiner för uppföljnings- eller avslutningssamtal i enskilda ärenden och ungefär lika stor andel av kommunerna har en fastställd och dokumenterad rutin för hur klienter och handläggare gemensamt utarbetar vårdplanen.

### **Statligt bedriven missbruksvård**

#### *Fakta om verksamheten under 2010*

SiS drev 11 LVM-hem under 2010 (13 under 2009) som sammanlagt hade 320 platser (348 under 2009). Antalet intagna personer var i stort sett oförändrat 2010 jämfört med 2009 – cirka 1 040 personer (32 procent kvinnor och 68 procent män). Den genomsnittliga beläggningen ökade till 105 procent (88 procent 2009). Genomsnittligt antal vårddygn för utskrivna klienter var 136 (130 under 2009). Sammantaget innebär detta att institutionerna haft mycket hög beläggning under 2010. (Källa: Årsredovisning 2010, SiS)

#### *Vidtagna förbättringsåtgärder under 2010*

SiS har under året arbetat bedrivit ett utvecklingsarbete bl.a. genom att förbättra rättssäkerheten och utbilda personalen. Se vidare under avsnittet Statligt bedriven ungdomsvård.

#### *Hög beläggning men socialtjänsten och klienterna är överlag nöjda*

Socialtjänstens efterfrågan på missbruksvård var hög under 2010. Den höga beläggningen inom LVM-vården, på vissa institutioner överbeläggning, har enligt SiS årsredovisning för 2010 haft negativ inverkan på säkerheten på institutionerna och klienternas upplevelse av trygghet. Under året har ett arbete pågått med att förbättra säkerheten inom verksamheten på olika nivåer, till exempel genom utbildningar. Vidare har SiS tagit fram riktlinjer för det personnära säkerhetsarbetet.

SiS bedömer i årsredovisningen att de bedriver ett framgångsrikt arbete med att motivera klienter till frivillig vård. För en t.ex. klienter med samsjuklighet (missbruk i kombination med psykisk problematik) är det dock svårt att finna ett passande alternativ. Vid utskrivningen uppger 78 procent av klienterna att de fått bra stöd av personalen att fundera över sin situation. Kvinnor tycker i något högre grad än män att de fått stöd att fundera över sin situation. Vid 83 procent av utskrivningarna uppger socialtjänsten att de skulle förorda en placering på samma institution i ett liknande ärende.

### **Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden**

#### **Tillgång till insatser av god kvalitet**

Inom ramen för regeringens Hemlöshetsstrategi, Hemlöshet många ansikten mångas ansvar under åren 2007–2009, har ett antal insatser genomförts. Drygt 46 miljoner kronor har fördelats till 23 satsningar. Huvudaktiviteten inom strategins samtliga mål har varit att ge stöd till lokalt utvecklingsarbete för att utveckla arbetssätt och arbetsorganisation i syfte att åstadkomma utålliga strukturer i arbetet mot hemlöshet. Andra viktiga insatser har varit de vägledande dokument som tagits fram och som syftar till att ge kommunerna stöd i bl.a. det vräkningsföregående arbetet samt ge olika aktörer stöd i valet av boendelösningar för hemlösa personer (Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar, Socialstyrelsen slutrapport 2010). Ett viktigt stöd i arbetet med hemlöshet är det webbverktyg som Socialstyrelsen publicerat och som ska fungera som en kunskapsportal där information

och verktyg finns samlat för dem som arbetar mot hemlöshet.

Utvärderingen av de lokala utvecklingsstrategierna visar att det finns påtagliga positiva resultat från de projekt som arbetade med vråkningsförebyggande arbete, framför allt i projekt där det funnits ett nära samarbete med Kronofogdemyndigheten. Utvärderingen visar dock att insatserna endast i begränsad utsträckning baseras på den forskning som finns på området och att de endast delvis kunnat nå de mål som hemlöshetsstrategin satt upp. (Utvärdering av hemlöshet – många ansikten, många ansvar, Lunds Universitet, 2011).

Hemlöshet påverkas och påverkas av bostads- och socialpolitik och berör arbetsmarknaden, hälso- och sjukvården och integrationspolitiken. Åtgärder mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden kräver därför insatser och samverkan mellan många aktörer. Detta behov har tydliggjorts i och med regeringens hemlöshetsstrategi under åren 2007–2009 som angav en tydlig handlingsinriktning och ett brett angreppssätt.

#### *Pågående uppdrag som avser hemlöshet*

Socialstyrelsen ska i samråd med Boverket återkommande genomföra uppföljande intervjuer med ett urval av kommuner om kommunernas boendelösningar för personer som av olika skäl inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Socialstyrelsen ska även genomföra en nationell kartläggning av hemlöshetens omfattning och karaktär 2011. Omfattningen av hemlösa barnfamiljer ska framgå av kartläggningen samt omfattningen av barn och ungdomar som av olika skäl lever under hemlösa förhållanden utanför familjen.

## **Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga**

### **Tillgång till insatser av god kvalitet**

#### *Arbetsätten har utvecklats*

Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har enligt Socialstyrelsen förbättrats. Kommunerna tar i dag ett helt annat ansvar än tidigare för dessa personer och Socialstyrelsens tillsyn under 2010 visar att kommunerna arbetar mer strukturerat än tidigare med dessa frågor. Arbetet är mer

övergripande och omfattar både insatser till våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnar våld och insatser till våldsutövare. Många kommuner satsar på att höja personalens kompetens när det gäller våldsproblematiken och flera kommunerna har involverat äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning i arbetet. Flera kommuner försöker också förbättra samverkan och information. Det förekommer dock fortfarande brister bl.a. när det gäller det långsiktiga arbetet. Vissa särskilda gruppers behov kan inte heller alltid tillgodoses på ett bra sätt. Fortfarande saknas t.ex. skyddade boenden som är anpassade till våldsutsatta kvinnor med särskilda behov, t.ex. kvinnor med missbruksproblem. Socialtjänsten behöver också bli bättre på att uppmärksamma och utreda behovet av stödinsatser för barn som bevittnat våld. (Lägesrapport 2011 och Socialstyrelsens redovisning av fördelade utvecklingsmedel [109 miljoner kronor per år] för att förstärka kvinnojoursverksamheter och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn 2007–2009).

Därutöver har kvinnojourer och brottsofferjourer fått ökad kunskap om och förbättrat bemötandet och stödet till våldsutsatta homosexuella, bisexuella och transpersoner. Det visar Socialstyrelsens uppföljning av de frivilligorganisationer som tilldelats statsbidrag (cirka 6 miljoner kronor) för ändamålet 2008–2010 (Rapport om medel för att stärka brottsofferstödet till homosexuella, bisexuella och transpersoner, Socialstyrelsen maj 2011).

#### *Insatser har utvärderats*

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen (2008) utvärderat effekten av olika insatser för våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld samt män som utövar våld i nära relationer. Resultaten visar att män, som utövade våld och fått insatser, självuppskattade sin psykiska hälsa bättre och de använde mindre alkohol och narkotika. När det gäller insatser till våldsutsatta kvinnor visar resultaten att kvinnornas psykosociala hälsa förbättrades men efter ett år var det fortfarande en stor andel kvinnor som hade allvarliga psykiska problem. Det var en stor andel av kvinnorna som på nytt hade utsatts för våld under uppföljningsåret. Generellt sett uppskattade kvinnorna insatserna. Insatser direkt riktade till barn – dvs. verksamheter inriktade på arbete med våld och BUP – visade sig ha positiva

effekter, t.ex. när det gäller barnens psykiska hälsa och förmåga att hantera sina känslor jämfört med andra insatser. (Socialstyrelsens redovisning av uppdrag att utvärdera socialtjänstens insatser till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, 30 juni 2011).

#### *Behov av ökad kunskap till personer som utsätts för hedersrelaterat våld*

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen bl.a. genomfört en behovsinventering för att förbättra stödet till dem som utsätts för eller riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld och förtryck. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av ökad kunskap och insatser inom flera områden, t.ex. utvärderingar av de insatser som ges under och efter tiden på skyddat boende samt behandlingsinsatser som riktar sig till hela familjen. (Socialstyrelsens redovisning Personer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck samt barn och unga som blir gifta mot sin vilja, mars 2011.)

#### *Utvecklingsmedel*

I syfte att förbättra och kvalitetsutveckla socialtjänstens arbete har kommunerna tilldelats 109 miljoner kronor årligen. Dessa medel fördelas enligt regeringens riktlinjer via länsstyrelserna. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera satsningen och redovisade i juni 2011 en utvärdering avseende åren 2007–2009. Utvecklingsmedlen har lett till ett omfattande utvecklingsarbete på området. Totalt har 262 av landets kommuner genomfört 467 projekt. Befintliga verksamheter i såväl ideell som kommunal regi har stärkts och nya verksamheter har etablerats. Personalens kompetens har ökat och minst 27 000 personer från socialtjänsten och ideella föreningar har fått utbildning. Utvecklingsarbetet har dock inte alltid varit så strukturerat, långsiktigt och samordnat som det var tänkt. Socialstyrelsen lämnar i sin utvärdering förslag till hur medlen ska kunna användas mer effektivt framöver.

#### *Förbättrat kunskapsstöd*

Med utgångspunkt från den tillsyn som genomförs och den kunskap som nu finns på området har Socialstyrelsen tagit fram allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (SOFS 2009:22). Myndigheten har även tagit fram bedömningsinstrument för att effektivisera och göra bedöm-

ningarna mer enhetliga. En handbok som ska ge ytterligare stöd i det praktiska arbetet har även publicerats.

## **Prostitution och offer för människohandel**

### **Tillgång till insatser av god kvalitet**

#### *Utbildningsmaterial avseende människohandel och prostitution*

Socialstyrelsen har som en del i regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (skr. 2007/08:167) tagit fram utbildningsmaterial avseende människohandel och prostitution – ett för verksamheter som arbetar med vuxna och ett för verksamheter som arbetar med barn och unga. Materialet ska ge personal inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, ungdomsmottagningar och frivilligorganisationer kunskap om prostitution och människohandel för sexuella ändamål.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att utvärdera arbetet inom kommunerna som rör insatser riktade till sexköpare och arbetet vid socialtjänstens prostitutionsgrupper. Uppdraget ska redovisas den 1 mars 2012.

#### *Behov av sammanhållna insatser för utsatta personer på SiS*

Statens institutionsstyrelse (SiS) redovisar i Slutrapporten – uppdrag att förstärka arbetet med vuxna missbrukare och ungdomar som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål, att SiS klienter är en utsatt målgrupp som har omfattande behov av insatser på flera livsområden (uppdraget är en del av handlingsplanen mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål). Enligt en kartläggning har cirka 7 procent av de ungdomar på SiS som intervjuats uppgett att de haft sex i utbyte mot någon form av ersättning – främst pengar, alkohol eller narkotika (12 procent av flickorna och 4 procent av pojkarna). När det gäller vuxna uppger 7 procent av de intervjuade att de haft sex i utbyte mot någon form av ersättning (15 procent av kvinnorna och 4 procent av männen).

Utbildning om sexuell exploatering, såsom prostitution och människohandel, har genomförts för SiS personal – både ledningspersonal och behandlingspersonal. Ökad kunskap om vikten av sexuell hälsa har bidragit till en bättre

eftervårdsplanering i samverkan med socialtjänsten. SiS har tillsammans med socialtjänsten utvecklat arbetssätt för att stärka samverkan dem emellan. Gemensamma erfarenheter av arbetet med vårdkedjor visar på vikten av en tidig gemensam planering och en sammanhållen vårdinsats som omfattar både institutionsvistelsen och eftervården. (Statens institutionsstyrels hemsida om MVG-projektet).

### Analys och slutsatser

Utredningar, lägesrapporter och tillsynen har fortsatt uppmärksammat allvarliga missförhållanden och brister inom vården av de mest utsatta barnen och ungdomarna som samhället omhändertagit för att de ska få en god, säker och trygg vård. Åtgärder för att förbättra utvecklingen och tillsynen har genomförts under föregående mandatperiod, bl.a. genom de förslag som regeringen lämnade till riksdagen i propositionen Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (prop. 2006/07:129) och i propositionen Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (prop. 2008/09:160) om en stärkt barnperspektiv i tillsynen av bl.a. HVB och SiS institutioner.

När barn och unga omhändertas av samhället är det viktigt att den vård och omsorg som ges är av god kvalitet och att den är säker och trygg. För att stärka förutsättningarna för en god samhällsvård av barn och unga är ytterligare insatser nödvändiga. Barnskyddsutredningen, som haft i uppdrag att se över bestämmelserna till stöd och skydd för barn och unga, har i juli 2009 lämnat förslag för att ytterligare stärka barnets rättigheter (Lag om stöd och skydd för barn och unga SOU 2009:68). Förslagen syftar bl.a. till att förtydliga socialtjänstens ansvar för placerade barn och unga. Upprättelseutredningen föreslår i sitt betänkande ett säkerhetsprogram för samhällsvården (SOU 2011:9), att en myndighet systematiskt och kontinuerligt ska följa förekomsten av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården samt sprida kunskap om erfarenheter för att så långt det är möjligt förhindra framtida övergrepp och missförhållanden.

Det finns grupper med svag förankring på arbetsmarknaden som i dag klarar sin försörjning, helt eller delvis, med hjälp av ekonomiskt bistånd. Utrikes födda är bl.a. över-

representerade bland de långvariga biståndsmottagarna. Det krävs breda och långsiktiga lösningar för att motverka denna utveckling. För att motverka att dessa grupper fastnar i passivitet är det viktigt att fortsätta stärka drivkrafterna för arbete. Etableringsreformen, som trädde i kraft den 1 december 2010, är en viktig åtgärd som syftar till att nyanlända ska få stöd för att snabbare etablera sig på arbetsmarknaden (se vidare utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet).

Missbruks- och beroendevården är inne i ett intensivt utvecklingskede i takt med att kunskapen på området ökar. Det arbete som pågår inom ramen för regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en evidensbaserad praktik inom missbruksområdet – Kunskap till Praktik – tyder på att satsningen bidrar till en positiv utveckling där Socialstyrelsens nationella riktlinjerna får ökat genomslag. Missbruksutredningen, som sett över missbruks- och beroendevården, har lämnat förslag för hur framtidens vård och behandling bör utformas för att fungera bättre. Utredningen remissbehandlas.

Regeringens hemlöshetsstrategi har lett till att det finns många bra exempel på hur olika aktörer kan arbeta för att undvika vräkning och hemlöshet. Antalet vräkningar varierar kraftigt mellan olika kommuner, vilket tyder på att det finns möjligheter för kommuner att välja effektiva arbetssätt som ger positiva resultat. För att motverka vräkningar är det angeläget att alla kommuner tillägnar sig dessa erfarenheter, särskilt vad avser barnfamiljer. Arbetet med hemlöshet i kommunerna behöver över huvud taget fortsatt utvecklas utifrån den kunskap som finns på området. Utvärderingar visar att få kommuner bygger sitt arbete på aktuell forskning. Istället förekommer en stor mängd lokala modeller och lösningar.

Ett omfattande utvecklingsarbete har pågått under de senaste åren för att utveckla socialtjänstens arbete för att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld ska få det stöd som de behöver. Det finns en betydande kunskap på området som nu behöver spridas och tillämpas ute i kommunerna. Tillsynen visar på tydliga förbättringar men identifierar samtidigt områden som behöver utvecklas.

## Lagändringar under året

Riksdagen har efter förslag från regeringen beslutat om ändringar i ansvarsfördelningen mellan bosättnings- och vistelsekommunen (prop. 2010/11:49 Ansvarsfördelning mellan bosättningskommun och vistelsekommun). Från och med den 1 maj 2011 gäller att bosättningskommunen har ett utökat ansvar i förhållande till tidigare även om vistelsekommunens yttersta ansvar kvarstår. Se även avsnitt 7.4.2.

Den 1 augusti 2011 trädde nya bestämmelser om slutna ungdomsvård ikraft. Syftet med bestämmelserna är bl.a. att förbättra verkställigheten och öka möjligheterna till successiv utslussning under kontrollerade former (prop. 2010/11:107 Förbättrad utslussning från slutna ungdomsvård). Statens institutionsstyrelses anslag ökade med 20 miljoner kronor fr.o.m. 2011 för att organisera en strukturerad utslussning utifrån de nya bestämmelserna. Se även utgiftsområde 4 Rättsväsendet.

### 7.4.4 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

#### Sammanfattning

Allt fler får del av insatser enligt socialtjänstlagen, LSS och personlig assistans med assistansersättning, vilket innebär att fler också får del av personligt behovsprövade insatser. För att säkerställa assistansreformens långsiktiga hållbarhet har regeringen gett berörda myndigheter i uppdrag att åstadkomma ökad säkerhet och enhetlighet i bedömningen av assistansersättning. En utredare har vidare fått i uppdrag att föreslå åtgärder för att motverka fusk, oegentligheter och överutnyttjande av ersättningen samt analysera grundorsakerna till kostnadsutvecklingen och på grundval av analysen föreslå åtgärder för att komma till rätta med kostnadsutvecklingen med utgångspunkt i de mål och den allmänna inriktning som föreskrivs i LSS (dir. 2011:26).

Bostäder med särskild service uppfyller inte alltid de krav som kan ställas på bostäder som ska vara utformade så att personer med omfattande funktionsnedsättning får möjlighet att leva som andra. Iakttagelser i tillsynen och öppna jämförelser visar att det finns bostäder som har en sådan placering och utformning att de får en institutionell prägel. Iakttagelser i

tillsynen visar även att det kan förekomma begränsnings- och tvångsåtgärder, främst i gruppboheter.

Personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt socialtjänstlagen och LSS har svårt att få ett arbete. Daglig verksamhet har enligt Socialstyrelsen för många blivit en ersättning för arbete och det rör framför allt unga med funktionsnedsättning. Utvecklingen visar att endast ett fåtal personer går från daglig verksamhet till ett lönearbete samtidigt som allt fler ungdomar går direkt från gymnasiet till daglig verksamhet. Regeringen har genomfört ett antal olika satsningar för att främja sysselsättning och arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det har även genomförts en rad satsningar för personer med andra funktionsnedsättningar, se funktionshinderspolitiken.

Särskilda statliga satsningar inom psykiatriområdet 2008–2010 har resulterat i att personalens kompetens har stärkts. Iakttagelser i tillsynen visar också att personalen oftast har adekvat kompetens.

Regeringen genomför en satsning på hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning i syfte att personerna genom ökad användning av tekniska hjälpmedel ska bli mer delaktiga i samhället. En studie som genomförts inom ramen för projektet visar att hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning är mycket lönsamma för alla. För kommuner och landsting som bekostar hjälpmedel, tar det bara ett och ett halvt år innan man får täckning för sina kostnader.

#### Utveckling av insatser och kostnader

Det fanns stora variationer mellan såväl län som kommuner, när det gäller antal personer med beslut om insats enligt LSS i förhållande till befolkningen. I Hallands län och Stockholms län fanns 2009 de lägsta andelarna av befolkningen med LSS-insatser, drygt 0,5 procent. I Västerbottens län fanns högsta andelen av befolkningen med LSS-insatser, 0,9 procent. Antalet personer med insatser har ökat med cirka 6 300 personer under perioden 2006–2010. Kostnaderna för LSS uppgick till 36,4 miljarder kronor 2010 (35,1 miljarder kronor 2009).

Även insatserna hemtjänst eller bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen ökar (se tabell 7.1). Kostnaderna för insatser inom detta

område uppgick till 8,8 miljarder kronor 2010 (8,6 miljarder kronor 2009).

Merparten av de personer som får insatser enligt LSS är män (57 procent).

**Tabell 7.6 Kommunens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande kostnader**

*Miljarder kronor*

	2006	2008	2010
Insatser enligt socialtjänstlagen/HSL	7,1	8,4	8,8
Insatser enligt LSS	29,0	33,6	36,4
<b>Summa</b>	<b>36,1</b>	<b>42,1</b>	<b>45,2</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas räkenskapsammandrag 2005-2010.

Under de senaste åren har, enligt Socialstyrelsen, allt fler verksamheter lagts ut på entreprenad, vilket har bidragit till att kommunernas köp av insatser ökar (Lägesrapport 2011). Under 2009 köpte kommunerna insatser till personer med funktionsnedsättning för 7,9 miljarder kronor. De köpta insatserna utgör en väsentlig ökning från året innan. Sedan 2005 har kostnaderna för köpt verksamhet ökat med 33,4 procent i fasta priser (Lägesrapport 2011).

### Tillgång till insatser av god kvalitet

#### *Särskilda stimulansbidrag har bidragit till utvecklingsarbete*

Kommunerna har under perioden 2007–2010 fått sammanlagt 520 miljoner kronor i statliga stimulansbidrag för att i samband med en ny vårdform förstärka sin verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning inom ett antal prioriterade områden. Socialstyrelsen har följt upp satsningen. (Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar – kommunernas användning av stimulansbidragen 2007–2010, juni 2011). Socialstyrelsen anser bl.a. att samverkan mellan kommuner och landsting utvecklas positivt och myndigheten bedömer att det finns goda förutsättningar att uppnå formaliserade och övergripande strukturer för samarbete. Kommunerna har vidare i hög grad satsat på kompetensutveckling för att utveckla sina arbetsmetoder och för att kunna tillgodose enskildas behov på ett professionellt sätt. Kommunerna strävar enligt Socialstyrelsen efter att etablera ett mer evidensbaserat arbetssätt och har använt statsbidrag i detta syfte men det kommer att ta tid innan de nationella riktlinjer som finns inom området är implementerade. Dessutom har

kommuner i allt högre grad uppmärksammat boende- och sysselsättningsområdet. Mellan 2008 och 2010 har det skett en ökning av antalet boendeplatser som riktar sig till specifika målgrupper, vilket enligt Socialstyrelsen tyder på att kommuner använt statsbidraget för att få till stånd mer individuellt anpassade lösningar. Statsbidraget har även bidragit till att stödja en positiv utveckling när det gäller flexibla och individanpassade lösningar på sysselsättningsområdet.

Kommunerna har enligt Socialstyrelsen hunnit olika långt i sitt utvecklingsarbete och vissa verksamheter behöver planeras och förberedas under relativt lång tid.

#### *Särskilda satsningar inom psykiatriområdet har stärkt personalens kompetens.*

Sedan 2009 genomförs en statlig satsning för att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Statsbidraget till kommuner och landsting, för att förstärka kompetensen hos personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, har sedan det infördes bidragit till omfattande utbildningsinsatser i hela landet och att kompetensen hos personal har stärkts (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Den positiva bild som Socialstyrelsen presenterade föregående år bekräftas även i en delrapport 2011 (Delrapport II Kompetenssatsning – personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, Socialstyrelsen juni 2011). Kompetenssatsningen är enligt Socialstyrelsen omfattande över hela landet och når rätt målgrupper (i flertalet län är samtliga kommuner involverade tillsammans med landstinget). De samlade utbildningsaktiviteterna över professions- och verksamhetsgränser har enligt Socialstyrelsen hittills inneburit framsteg mot målet gemensam kunskapsbas och bättre samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Mycket talar enligt Socialstyrelsen också för att kompetenssatsningen bidrar till målet att utveckla och upprätthålla en evidensbaserad praktik.

Under 2010 anordnades enligt delrapporten 3 200 utbildningsdagar i form av konferenser, kurser och handledningsgrupper med platser för totalt 44 000 deltagare, varav 6 500 utbildningsplatser avsåg mer omfattande utbildningar (6–18 dagar eller högskolekurser om minst 7,5

högskolepoäng). Utbildningarna täcker in viktiga teman och satsningen som helhet visar på bredd, djup och stor variation.

Framgångsfaktorer har varit en aktiv medverkan från patient-, intresse- och anhängargorganisationerna, krav på gemensamma utbildningar över professions- och huvudmannaskapsgränser och att många utbildningar lagt stor vikt vid att utforma aktiviteter utifrån lokala behov, aktuell kunskap och pedagogik (Lägesrapport 2011).

Iakttagelser i tillsynen visar också att personalen – både ansvariga chefer och personalen i verksamheterna – oftast har adekvat kompetens (Tillsynsrapport 2011).

#### *Iakttagelser i tillsynen och öppna jämförelser om boendesituationen*

Begränsnings- och tvångsåtgärder i olika former har iakttagits i Socialstyrelsens tillsyn under 2010, främst i gruppboendestäder (Tillsynsrapport 2011, Socialstyrelsen). I första hand handlar det enligt Socialstyrelsen om olika former av frihetsinskränkningar, t.ex. att begränsa tillgången till gemensamma utrymmen i bostäder med särskild service, sätta upp grindar och hålla dörrar låsta när personalen inte är där. I ett par verksamheter har det förekommit nedläggning och fasthållning. I de granskade fallen handlar det enligt Socialstyrelsen mestadels om att personal ställts inför mycket svåra situationer med människor som är påtagligt utåtagerande. Socialstyrelsen bedömer att verksamheterna behöver kunskapsstöd för att kunna hantera och undvika de aktuella situationerna. Socialstyrelsen har sedan juni 2011 regeringens uppdrag att ta fram ett informationsmaterial som riktar sig till arbetsgivare för att användas som underlag vid bedömningar av vilka kunskaper och erfarenheter som kan behövas för arbete inom verksamheter som ger stöd, service och omsorg till personer med funktionsnedsättningar. Uppdraget ska redovisas senast den 15 februari 2012.

Andra iakttagelser i tillsynen 2010 är att det förekommer att bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning byggs ihop med särskilda boendeformer för äldre. En koncentration av bostäder med särskild service och andra sociala verksamheter gör att bostadsområdet enligt Socialstyrelsen kan få en institutionell prägel. Det förekommer även att det bor så många personer i en gruppboendestad att det medför en ökad risk för att de personer som bor där stör varandra, att fler regler införs och att de

individuella behoven blir svårare att tillgodose. (Tillsynsrapport 2011.)

I tillsynen har iakttagits att enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning placerats i HVB, i vissa fall med långa placeringstider upp till 10–15 år, utan att hemkommun planerar för att erbjuda ett fullvärdigt boende. (Tillsynsrapport 2011.)

#### *Daglig verksamhet viktigt, men kan komma att ersätta arbete*

Personer med funktionsnedsättning, som har insatser från kommunerna enligt LSS eller socialtjänstlagen, har arbete i mindre utsträckning än andra (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Endast 10 procent hade en förankring på arbetsmarknaden 2010. Den kommunala stödinsatsen daglig verksamhet har för många blivit en ersättning för arbete och det rör framför allt unga personer med funktionsnedsättning. Orsaken till detta är enligt Socialstyrelsen att svårigheter på arbetsmarknaden i särskilt hög grad drabbat personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Saker som påverkar är bl.a. funktionsnedsättningens art, bristande tillgänglighet och diskriminering på arbetsmarknaden.

Det ska i sammanhanget sägas att daglig verksamhet enligt Socialstyrelsen ofta ses som en viktig och positiv del av livet. Enligt forskningen ger daglig verksamhet en identitet, vänskap och samvaro med arbetskamrater, någonting att göra, struktur på dagen, glädje i att tillverka och en känsla av att bemästra något (Bostad med särskild service och daglig verksamhet – En forskningsöversikt, Socialstyrelsen 2011). En oroande utveckling är dock att endast ett fåtal personer går från daglig verksamhet till ett lönearbete samtidigt som allt fler ungdomar går direkt från gymnasiet till daglig verksamhet. (Lägesrapport 2011).

Socialstyrelsen har utarbetat en vägledning för hur den dagliga verksamheten och dess samverkan med andra aktörer ska utformas. Detta för att den grupp som står nära arbetsmarknaden ska få ökade möjligheter till lönearbete. (På tröskeln, Daglig verksamhet med inriktning på arbete, april 2010).

### *Sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning*

Kommunerna kan enligt Socialstyrelsen erbjuda någon form av sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning (Tillsynsrapport 2011, Socialstyrelsen). Det finns dock enligt Socialstyrelsen behov av att bättre anpassa sysselsättningen till de individuella behoven.

Inom ramen för regeringens särskilda psykiatrisatsning (skr. 2008/09:185) har åtgärder vidtagits för att förbättra tillgången till arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Regeringen beslutade i december 2008 att ge Arbetsförmedlingen i uppdrag att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra typer av stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Totalt har 150 miljoner kronor avsatts för detta ändamål 2009–2011. Bidraget används framför allt till arbetsledningsstöd som utgår till de upphandlade aktörerna per anvisad plats. Många sociala företag har visat intresse av att utöka antalet platser. För att ge Arbetsförmedlingen möjlighet att öka platsantalet och vidga utbudet av arbetsuppgifter har regeringen i april 2011 beslutat att förlänga uppdraget till och med 2014 (dnr. S2006/9394/FS). Se även Hälso- och sjukvårdspolitik, avsnitt 4.6.4.

Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att fördela medel till kommuner som upphandlat extern sysselsättning från privata aktörer i syfte att uppmuntra mångfald och valfrihet. Under 2010 ansökte 27 kommuner om bidrag (23 kommuner 2009). De sysselsättningsplatser som kommunerna fick bidrag för 2010 berörde 514 personer. Skälen till att så få kommuner ansökt om ersättning är enligt Socialstyrelsen bl.a. att kommunerna väljer att driva verksamhet i egen regi och att man inte är intresserad av alternativa driftsformer.

Juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning kan efter ansökan hos Socialstyrelsen få ett verksamhetsstöd. Syftet med statsbidraget, som regleras i en särskild förordning (2009:955), är att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser för nämnda målgrupp. Statsbidraget för 2009 (9,5 miljoner kronor) har enligt Socialstyrelsens uppföljning bl.a. använts till handledartjänster, kurser, utökad antal timmar och personer inom befintliga verksamheter och

ombyggnadsarbeten inklusive material (Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2011). Utbudet har enligt uppföljningen ökat och blivit mer varierat. Antalet deltagare har också ökat. De 32 verksamheter som erhållit 2009 års statsbidrag har enligt Socialstyrelsen redovisat att uppskattningsvis cirka 240 personer tillkommit som nya deltagare. Under 2010 fördelades 19,5 miljoner kronor till 44 verksamheter.

För att utveckla insatsen meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning har Socialstyrelsen tagit fram en modell som kan ligga till grund för fördelning av statsbidrag. Bidraget har avsatts för kommunernas arbete med att utveckla innehållet i meningsfull sysselsättning för målgruppen (prop. 2009/10:176).

### *Stödet till föräldrar brister och behöver utvecklas – LOV kan stödja utvecklingen*

Samverkan kring barn med omfattande funktionsnedsättningar fungerar inte tillfredställande enligt Socialstyrelsen (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen). Föräldrar till barn med funktionsnedsättning upplever i många fall social isolering och stress till följd av bristande samordning. Många familjer anser att stödet inte utformas utifrån familjens behov. Föräldrarnas möjlighet att påverka när de önskar avlastning är enligt Socialstyrelsen många gånger begränsat (se även avsnitt 7.4.2. Stöd till närstående – en rättighet). Det kan också brista i samverkan mellan de kommunala förvaltningarna (Lägesrapport 2011).

Genom att stärka familjernas inflytande och ta tillvara både barnens och föräldrarnas erfarenheter och önskemål kan stödet enligt Socialstyrelsen förbättras. Valfrihetssystem enligt LOV kan enligt Socialstyrelsen på sikt förväntas öka möjligheterna för enskilda att få service och stöd som är anpassat efter deras önskemål.

Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam, har sedan maj 2011 regeringens uppdrag att samla erfarenheter och sprida information om metoder och strategier för hur barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut som rör dem själva (se vidare under Inflytande och delaktighet).

## Inflytande och delaktighet

### *Personliga ombud kan öka människors självbestämmande och delaktighet*

Ett personligt ombud är en särskild resursperson som är till för att kvinnor och män (18 år och äldre) med mer omfattande psykisk funktionsnedsättning ska få den hjälp och det stöd de behöver från olika huvudmän. Ombuden ska stötta människor så att de själva kan ta tag i sin situation, s.k. egenmaktförstärkning. En annan funktion är att ställa krav på myndigheter så att personerna får de insatser de har rätt till och att insatser samordnas. Sedan 2010 ingår även att verka för att den enskilde ska få tillgång till arbete, rehabilitering eller meningsfull sysselsättning.

Personliga ombud är enligt Socialstyrelsen, som tillsammans med länsstyrelserna stödjer utvecklingen av verksamheterna, viktiga och ändamålsenliga för att på ett individuellt sätt ge stöd till personer psykisk funktionsnedsättning (Lägesrapport för verksamheter med personligt ombud 2010, Socialstyrelsen).

Det är, enligt Socialstyrelsen nu fler yngre personer som får insatser av personliga ombud än när ombudsverksamheten startade. Antalet med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har också ökat.

Det har enligt Socialstyrelsens inte skett några större förändringar i verksamheten under 2010. Antalet kommuner med ombud är oförändrat medan antalet ombud har minskat med ett par ombud (prognosen för 2011 visar på en ökning).

### *Hjälpmedel i fokus – för personer med psykisk funktionsnedsättning*

Hjälpmedelsinstitutet (HI) har regeringens uppdrag att informera, utbilda och utveckla bra hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning. Satsningen pågår under tiden 2009–2011 under namnet Hjälpmedel i Fokus. Det övergripande målet är att personer med psykisk funktionsnedsättning genom ökad användning av tekniska hjälpmedel ska bli mer delaktiga i samhället. För att detta ska vara möjligt måste kunskapen om hjälpmedel öka liksom att det måste bli enklare att kunna ta reda på vilka produkter som finns att tillgå. Uppdraget och dess effekter ska slutredovisas senast den 1 maj 2012.

En fallstudie som HI gjort visar att tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för perso-

ner med psykisk funktionsnedsättning är låg och att det tar tid att få de hjälpmedel man behöver (Tillgänglighet till kognitiva hjälpmedel, HI 2010). På huvudmännens hemsidor saknas som regel information till brukarna.

Informationsstrategin för Hjälpmedel i Fokus utgår från en bred ansats; lokala informationskampanjer och informationsmaterial till politiker och beslutsfattare. Samtidigt prioriteras också information till nya intressenter som t.ex. Arbetsförmedlingen och Kriminalvården.

HI har tagit fram ett informationspaket. Informationsmaterial har sänts ut till över 10 000 personer (bl.a. social- och omsorgschefer, hjälpmedelschefer, nämndpolitiker, biståndsbedömare). Man har även utbildat hjälpmedelsambassadörer som åker runt och visar hjälpmedel. (Hjälpmedel i fokus, delrapport 2010 HI).

Hjälpmedel i Fokus erbjuder utbildningar till olika personalgrupper, där det ingår att åskådliggöra exempel från svårigheter i vardagen och hur hjälpmedel i sådana situationer kan användas. Utbildningarna har varit uppskattade och har gett tips om hur man kan använda hjälpmedel. Totalt har drygt 6 000 personer fått utbildning om hjälpmedel.

Utvecklingsstöd har gått till 45 projekt där nästan 60 procent har en huvudman inom offentlig sektor. Som exempel kan nämnas hjälpmedel inom Kriminalvården och en utbildningssatsning där man lärt sig att bättre bemöta människor med ADHD-problematik.

### *Hjälpmedel lönar sig*

Projektet Hjälpmedel i Fokus har initierat en kostnadsnyttostudie av hjälpmedel för att kunna svara på frågor om nytta och kostnader (Hjälpmedel lönsamma, HI 2010). Sammantaget visar studien att hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning är mycket lönsamma för alla. För kommuner och landsting som bekostar hjälpmedel, tar det bara ett och ett halvt år innan man får täckning för sina kostnader.

### *Brukarinflytande och kommuners information till personer med funktionsnedsättning*

Öppna jämförelser om hur kommuner arbetar för att personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga ska kunna ha inflytande och påverka den verksamhet som bedrivs visar att det finns utrymme för fortsatt utveckling. Mer än hälften av kommunerna saknar t.ex. en

tryckt informationsguide eller riktad information på hemsidan till målgruppen. Närmare två tredjedelar av kommunerna saknar arbetsformer eller metoder för brukarinflytande.

Samtliga kommuners hemsidor har granskats utifrån orienterbarhet, generell information och förekomst av alternativt format, t.ex. uppläst, lättläst och teckentolksformat. Resultaten visar att det går att hitta grundläggande information om stödet till personer med funktionsnedsättning förhållandevis snabbt. Uppläst information finns i störst omfattning av de alternativa format som granskats, över hälften av kommunerna har det på sin webbplats. Information på lättläst svenska och teckenspråk finns endast i begränsad omfattning.

#### *Barns möjlighet att komma till tals*

En studie som genomförts av Socialstyrelsen 2009 visar att handläggare som beslutar om insatser enligt LSS, har bekymmer med att beakta barns och ungdomars synpunkter i sina utredningar. Detta eftersom barn och unga som tillhör målgruppen i LSS ofta har svårt att kommunicera verbalt. Det finns enligt Socialstyrelsen ett behov av ett strukturerat utredningsförfarande vid bedömning av LSS-insatser. Det finns också behov av ett mer likartat arbets sätt i LSS-ärenden i hela landet (Lägesrapport 2011, Socialstyrelsen).

Regeringen har därför givit Handisam i uppdrag att i samarbete med Handikappförbunden och i samråd med Barnombudsmannen samla erfarenheter och sprida information om metoder

och strategier för hur barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut som rör dem själva. Uppdraget ska redovisas senast i november 2012. Bakgrunden är att barn och ungdomar sällan själva får uttrycka sina åsikter i fråga om det stöd som faktiskt rör deras utveckling, välbefinnande och vardag. Det gäller såväl planering och utformning som beslut om och uppföljning av sådana insatser.

#### **Utvecklingen av assistansersättning till personlig assistans och bilstödet**

##### *Assistansersättningen till äldre personer samt barn och unga ökar mest*

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionsnedsättningar (socialutskottets betänkande 2009/10:SoU21).

Antalet personer med assistansersättning till personlig assistans fortsätter att öka men ökningstakten har påtagligt avtagit det senaste året. Sedan 2002 har antalet personer som får assistansersättning ökat med cirka 4 400 personer och antalet timmar med i genomsnitt drygt 20 timmar per vecka och person. Av de som får assistansersättning är 53 procent män och 47 procent kvinnor.

Även de totala kostnaderna för assistansersättningen ökar som en följd av att antalet personer, timmar och timkostnader ökar, men ökningen är inte lika hög som tidigare år.

**Tabell 7.7 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2010**

År	Kostnad totalt (mdkr)	varav		Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr)	Antal personer med beviljad assistans	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för män
		stat (mdkr)	kommun (mdkr)					
2002	9,8	7,5	2,2	1,6	11 600	92	90	94
2003	11,2	8,7	2,5	1,4	11 900	96	94	98
2004	12,8	10,0	2,7	1,6	12 800	99	96	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,5	13 600	101	99	103
2006	16,0	12,8	3,2	1,7	14 300	104	101	106
2007	18,1	14,6	3,5	2,1	15 200	106	104	108
2008	19,9	16,0	3,9	1,8	15 500	108	107	110
2009	21,7	17,6	4,1	1,9	15 900	111	109	112
2010	23,2	18,9	4,3	1,4	16 000	113	112	114

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning i december månad.  
Källa: Årlig statistik från Försäkringskassan.

Den åldersgrupp som ökat mest är personer som är 65 år eller äldre. Jämfört med 2002 har cirka 1 500 fler personer i denna åldersgrupp assistansersättning 2010. Den grupp som också ökat mycket är barn och vuxna i åldern 0–19 år. De har ökat med cirka 1 000 personer under samma tidsperiod. Ytterligare en grupp som ökat förhållandevis mycket är personer som närmar sig pensionsåldern, dvs. personer 60–64 år.

Drygt hälften (55 procent) av all assistans som betalas via assistansersättningen drivs av enskilda utförare, därav cirka 10 procent av kooperativ och drygt 40 procent av annan serviceorganisation.

#### *Åtgärder för att uppnå ökad likvärdighet i bedömningar av assistans*

Det finns lokala variationer i bedömningen av assistans. Socialstyrelsen har därför haft i uppdrag att i samarbete med Försäkringskassan utarbeta ett bedömningsinstrument som kan användas när behovet av personlig assistans ska bedömas. Uppdraget redovisades den 31 augusti 2011. Ett syfte med att ta fram ett bedömningsinstrument är att åstadkomma högre kvalitet i beslutsfattandet och säkerställa en mer rättssäker hantering av ansökningar om personlig assistans.

Försäkringskassan har sedan maj 2010 också haft i uppdrag att följa upp sina lokala försäkringscenters beslut och rapportera hur arbetet med att uppnå enhetlighet i bedömningarna utvecklas, såväl avseende grundläggande behov som andra personliga behov. Orsaken till uppdraget var uppgifter från myndigheten om att antalet indragningar av assistansersättningen vid 2-års omprövningarna ökat de senaste åren. Detta som en följd av att det genomsnittliga antalet timmar per vecka för grundläggande behov bedömts bli lägre än 20 timmar. Försäkringskassan har redovisat uppdraget i juni 2011 och föreslagit åtgärder för att öka rättssäkerheten och enhetligheten i besluten. Försäkringskassan ska bl.a. stärka kompetensen hos personalen och utveckla de försäkringsmedicinska rådgivarnas roll inom assistansersättning, intensifiera arbetet med att stödja tillämpningen av reglerna så att assistansersättningen bedöms på ett enhetligt sätt, utifrån rättspraxis närmare beskriva vad som avses med grundläggande behov samt utveckla ett metodstöd.

Mot bakgrund av de arbeten som pågår när det gäller bl.a. ett bedömningsinstrument, har

riksdagen i ett tillkännagivande begärt en redovisning av regeringen, så fort underlag finns och vid behov förslag till åtgärder (bet. 2009/10:SoU21, rskr. 2009/10:300).

#### *Vissa behov kan tillgodoses med tekniska hjälpmedel i stället för dubbel assistans*

En bestämmelse om dubbel assistans i LSS gäller fr.o.m. den 1 januari 2011. Den innebär att rätt till dubbel assistans endast föreligger om möjligheterna att få bostadsanpassningsbidrag eller andra hjälpmedel först har utretts (prop. 2009/10:176). Socialstyrelsen har i uppdrag att i samverkan med HI ta fram ett kunskapsunderlag som ska kunna vägleda Försäkringskassan vid ställningstaganden om dubbel assistans i förhållande till bostadsanpassningar och hjälpmedel. Vägledningen ska finnas tillgänglig den 31 januari 2012.

#### *Assistansreformens långsiktiga hållbarhet behöver säkerställas*

Regeringen fick under hösten 2010 kännedom om exempel på fusk, oegentligheter och överutnyttjande av assistansersättning. Enligt de preliminära bedömningar som hade gjorts av polismyndigheter och Försäkringskassan kunde dessa oegentligheter vara av betydande ekonomisk omfattning. Statskontoret fick i november 2010 i uppdrag att kartlägga och analysera kontrollen av användningen av assistansersättningen och lämna förslag för att stärka säkerheten i utbetalningarna av sådan ersättning. Regeringen förde också en dialog med företrädare för enskilda assistansanordnare i syfte att hitta åtgärder mot oegentligheter och fusk med assistansersättningen.

För att öka säkerheten i utbetalningarna av assistansersättningen föreslår nu Statskontoret att Försäkringskassan behöver förbättrade administrativa rutiner, interna utbildningsinsatser samt information till brukare. Det krävs enligt Statskontoret även högre kvalitet i handläggningen för att öka säkerheten i utbetalningarna (Försäkringskassans handläggning av assistansersättning, Statskontorets rapport 2011:16).

Personlig assistans är ett personligt utformat stöd till personer med omfattande funktionsnedsättningar som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer för att uppnå valfrihet, flexibilitet och kontinuitet i stödet. Det råder en stor samstämmighet att personlig assistans är en viktig insats för att personer med omfattande

funktionsnedsättning ska kunna ha inflytande över sitt eget liv (LSS-kommittén, Socialstyrelsen och organisationer som företräder anhöriga och brukarna som har assistans m.fl.).

För att säkerställa assistansersättningens långsiktiga hållbarhet samtidigt som den enskildes rättigheter inom LSS värnas har regeringen i mars 2011 tillsatt en utredning för att klara ut hur stor del av den totala kostnadsökningen inom den statliga assistansersättningen som utgörs av fusk, oegentligheter och överutnyttjande (direktiv 2011:26). Även grundorsakerna till kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen ska analyseras bl.a. när det gäller hur stor del av kostnadsutvecklingen som kan hänföras till övervältring av kostnader mellan huvudmän och på grundval av analysen föreslå åtgärder för att komma till rätta med kostnadsutvecklingen med utgångspunkt i de mål och den allmänna inriktning som föreskrivs i LSS. En slutredovisning av uppdraget inklusive förslag ska redovisas till regeringen senast den 15 februari 2012.

#### *Bilstödets utveckling*

Bilstöd utgår främst för anpassning och anskaffning av personbil, motorcykel eller moped. Fordonet ska fungera som ett hjälpmedel vid försörjning men också möjliggöra ett självständigt och oberoende liv för människor med funktionsnedsättning.

Under 2010 minskade antalet personer som beviljades bilstöd. Däremot ökade kostnaderna. Det beror på att kostnaderna per person var högre än 2009.

Förälder till barn med funktionsnedsättning utgjorde knappt hälften av alla som fick stöd. En trolig orsaken till detta är att grundbidraget till föräldrar till barn med varaktig funktionsnedsättning dubblerades för inköp av motorfordon den 1 januari 2007 – från 30 000 till 60 000 kronor.

**Tabell 7.8 Antal personer som beviljats bilstöd 2002–2010, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper**

	2004	2006	2008	2009	2010
Kostnader mkr	225	254	200	221	259
Personer som beviljats stöd	2 230	2 670	1 550	1 730	1 680
Andel stöd kvinnor, %	46	48	43	46	46
Andel stöd män, %	54	52	57	54	54
Grupp 1, %	37	40	22	24	27
Grupp 2, %	13	14	10	13	12
Grupp 3, %	22	22	17	18	16
Grupp 4, %	1	1	3	2	2
Grupp 5, %	27	22	48	43	44

Grupp 1: Person med funktionsnedsättning under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig.

Grupp 2: Person med funktionsnedsättning under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1.

Grupp 3: Person med funktionsnedsättning som inte tillhör grupperna 1 och 2 som fyllt 18 år men inte 50 år.

Grupp 4: Förälder med funktionsnedsättning med barn under 18 år.

Grupp 5: Förälder till barn med funktionsnedsättning, om föräldern bor tillsammans med barnet.

Källa: Försäkringskassans årsredovisning och officiella statistik.

Bidragen kan delas in i tre delar; grundbidrag, anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag. Den bidragsdel som ökat mest är anpassningsbidraget. År 2009 utgjorde anpassningsbidraget den största utgiftsposten med 67 procent av de totala kostnaderna medan grundbidraget svarade för 30 procent. I genomsnitt betalade Försäkringskassan ut cirka 98 000 kronor per person till mottagare av anpassningsbidrag under 2009 (Försäkringskassans hemsida).

#### **Andra statliga stöd**

Statskontoret har haft regeringens uppdrag att se över de särskilda stöden till personer med dövblindhet (De särskilda statliga stöden till personer med dövblindhet, 2011:3). Det finns enligt Statskontoret brister i samordningen mellan stöden och det skulle behövas en förändring i politiken för statens stöd till målgruppen. Om man ser till de enskilda stöden, inom ramen för nuvarande stödstruktur kan det handla om förtydliganden av syfte och målgrupp, styrningar och återrapporteringar där det framgår hur stödet förhåller sig till andra statliga insatser.

HI har under åren 2009–2010 genomfört ett informationssatsning inom området alternativ telefoni (även kallat elektronisk kommunikation). Satsningen har utförts i samverkan med Kommunikationsmyndigheten PTS (Post- och telestyrelsen) och har omfattat stöd och informationsspridning till landsting samt informationsspridning till brukare och potentiella brukare av alternativ telefoni. Enligt slutrapporten har Alternativ telefoni en stark koppling till den generella utvecklingen av och tillgången till it i övriga delar av samhället. Det är vidare enligt HI av stor vikt att landsting och andra myndigheter även fortsättningsvis utvecklar sitt arbetssätt och kontinuerligt värderar om alternativ erbjuds till dem som behöver sådant och om behoven tillgodoses på ändamålsenligt sätt. HI och PTS har därefter fått regeringens uppdrag att genomföra försöksverksamheter tillsammans med landsting som vill prova att förskriva alternativ telefoni (text- och bildtelefoner) på nya sätt. Uppdraget pågår under 2011 och 2012 och bekostas av PTS med totalt 8 miljoner kronor.

Sedan 2009 pågår en treårig försöksverksamhet med assistanshundar. Syftet med försöksverksamheten är att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst med 50–60 hundar och att utifrån detta underlag göra en utvärdering av hur en ökad användning av service- och signalhundar påverkar brukarnas behov av offentliga stödinsatser.

### Analys och slutsatser

Assistansersättningen har stor betydelse för personer med omfattande funktionsnedsättning. Den tillförsäkrar personer med omfattande funktionsnedsättningar goda levnadsvillkor och ett stort inflytande över såväl utförare som stödets utformning. Om denna reglering inte är tillräckligt effektiv finns det enligt socialutskottet risk för att behoven kan komma att prioriteras ned (2009/10:SoU21). Regeringen bedömer därför att det är nödvändigt att vidta åtgärder för att åstadkomma säkerhet och enhetlighet i bedömning av assistansersättning samt åtgärder för att motverka fusk, oegentligheter och överutnyttjande av ersättningen. Dessutom måste grundorsakerna till kostnadsutvecklingen analyseras.

Personer med funktionsnedsättning har svårt att få sysselsättning och arbete. För att öka

människornas delaktighet i samhället behöver området även fortsättningsvis prioriteras.

Regeringen fördelar en rad statliga stöd inom funktionshindersområdet. Det är angeläget att dessa fortlöpande följs upp och utvärderas så att stöden kan användas där de behövs mest.

### Lagändringar under året

Riksdagen har efter förslag från regeringen beslutat om ändringar i ansvarsfördelningen mellan bosättnings- och vistelsekommunen (prop. 2010/11:49 Ansvarsfördelning mellan bosättningskommun och vistelsekommun). Från och med den 1 maj 2011 gäller att bosättningskommunen har ett utökat ansvar i förhållande till tidigare även om vistelsekommunens yttersta ansvar kvarstår. Vissa nya regler omfattar även LSS. Dessa innebär bl.a. vissa anpassningar till socialtjänstlagen vid tillfälliga vistelser i annan kommun och att kommuner som beslutat om boende i annan kommun enligt LSS ska behålla ansvaret. Det finns även nya regler som avser att ansvaret för bistånd enligt socialtjänstlagen och LSS-insatser ska vara sammanhållet. Se även avsnitt 7.4.2.

Riksdagen har beslutat att barnperspektivet i LSS ska stärkas. När åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Barn ska få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Det har också införts registerkontroll av personal som utför vissa stöd- och serviceinsatser åt barn med funktionsnedsättning. Dessutom har bestämmelsen om individuella planer förtydligats så att när en insats enligt LSS beviljas ska den enskilde erbjudas en individuell plan med beslutade och planerade insatser. Därutöver har bestämmelsen om tillsyn i LSS förtydligats så att det klart framgår att Socialstyrelsens tillsyn ska omfatta all verksamhet enligt lagen, även personlig assistans som utförs av enskilda. Samtliga här angivna bestämmelser gäller från den 1 januari 2011 (prop. 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet).

## 7.5 Politikens inriktning

Sverige ska enligt regeringsförklaringen vara ett stabilt fungerande välfärdsland. Välfärdens verksamheter och tjänster ska vara av god kvalitet och rikta sig till enskilda människor efter behov, oavsett bakgrund, bostadsort och kön.

Den demografiska utvecklingen med en större andel äldre kommer att medföra en ökad belastning på de offentliga finanserna, bl.a. genom att kostnaderna för äldreomsorg och sjukvård ökar. Fram till 2050 förväntas andelen invånare över 65 år i befolkningen öka från dagens cirka 17 procent till cirka 25 procent. Antalet personer över 85 år förväntas öka med 50 procent de kommande 20 åren och förväntas ha fördubblats till 2050. För att nivån på den offentligt finansierade välfärden ska kunna upprätthållas är det nödvändigt att sysselsättningsnivån är varaktigt hög och att det totala antalet arbetade timmar ökar.

För att minska belastningen på de offentliga finanserna på lång sikt har regeringen tillsatt en utredning för att se över de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet (Direktiv 2011:4). Ett av syftena är att stärka det hälsofrämjande arbetet för att minska det framtida vårdbehovet.

För att möta den demografiska utmaningen behöver även förbättrings- och effektiviseringsåtgärder genomföras de kommande åren. En nyckel till framgång är enligt regeringens bedömning en kunskapsbaserad utveckling både inom vård och omsorg och inom folkhälsoområdet (för det senare se även området Folkhälsopolitik). Regeringen fortsätter därför med betydande satsningar för att utveckla verksamheterna inom socialtjänstens områden – dels för att få till stånd en mer kunskapsbaserad och effektiv vård och omsorg som bygger på samverkan och samordning, dels för att komma tillrätta med de brister som uppmärksammats bl.a. i tillsynen. Det sker genom både övergripande och riktade åtgärder. Under 2012 inriktas politiken bl.a. mot att fortsätta stärka kvalitén, delaktigheten och valfriheten samt öka effektiviteten i vården och omsorgen om äldre människor. Den inriktas också mot att förbättra situationen för utsatta barn och unga. Hemlöshet, värkning av barn och personer som utsatts för våld i nära relationer är andra viktiga områden som kommer att få fortsatt uppmärksamhet.

Inom funktionshindersområdet har regeringen i juni 2011 beslutat om en femårig sektorsövergripande strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken. Förbättrade insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är av särskilt stor betydelse för att människor med funktionsnedsättning ska bli mer delaktiga i samhället och kunna bidra till en hög sysselsättningsnivå (se mer under området Funktionshinderspolitik). Inom det sociala området anser regeringen att det individuella stödet i ökad utsträckning bör vara utformat så att det möjliggör och skapar incitament till full delaktighet i samhället.

### 7.5.1 Främja kunskapsutveckling och kvalitet inom området sociala tjänster

#### *Prioriterade områden*

Regeringen fortsätter att prioritera övergripande åtgärder som ska främja kunskaps- och kvalitetsutveckling inom området sociala tjänster. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för en socialtjänst baserad på kunskap. Under 2011 har regeringen ingått en ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om utveckling av en evidensbaserad praktik och en bättre informationshantering inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen fortsätter även att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla öppna jämförelser av resultat, kvalitet, kostnader och effektivitet som kan ge underlag till förbättringsarbete. Valfriheten och fritt val av hjälpmedel är fortsatt prioriterade områden liksom den tillsynsreform som regeringen genomfört och som gäller från den 1 januari 2010.

Anmälningsskyldigheten inom socialtjänsten och LSS (Lex Sarah) har skärpts och utvidgats under 2011. Det är viktigt att bestämmelsen tillämpas på avsett sätt och regeringen kommer via Socialstyrelsen att följa hur reformen utvecklas.

#### *Ökat självbestämmande genom valmöjligheter*

För regeringen är det av central betydelse att människor har möjlighet att påverka sin situation genom att själva kunna välja vem som ska utföra de tjänster som de har behov av. Genom individens ökade möjligheter att välja utförare förväntas även tillgängligheten, kvaliteten effek-

tiviteten och mångfalden öka i de insatser som erbjuds. Det finns därför starka skäl att fortsätta främja ett stort antal utförare inom välfärdssektorn. Det gynnar både de personer som behöver välfärdens tjänster och den personal som arbetar där. Det breddar dessutom arbetsmarknaden för arbetstagare. Statliga medel beräknas avsättas för att fler kommuner ska införa valfrihetssystem.

Enligt utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård (Kommunaliserad hemsjukvård, SOU 2011:55) ställer många utförare i dag krav på en väl fungerande kommunikation mellan berörda parter. Regeringen vill liksom utredningen understryka att alla har ett ansvar för att kommunikationen fungerar liksom betydelsen av samordnade vårdplaner som samtliga följer. Huvudmännen bör vidare i LOV-frågningsunderlaget ställa de krav som är nödvändiga för välfungerande samverkan, exempelvis krav på personalens kompetens och fortbildning liksom på fungerande informationskanaler.

För att främja innovation har Tillväxtverket regeringens uppdrag att driva pilotsatsningar med utvecklingscheckar. Den ena projektet avser utvecklingscheckar för att främja tillkomsten av nya lösningar i form av tjänster, varor eller nya arbetssätt inom äldreomsorgen. Det andra ska stimulera innovationskraften hos individer eller företag inom vård och omsorg och bidra till att andelen innovativa entreprenörer ökar inom dessa områden.

Genom ett flertal uppdrag till en rad myndigheter (Socialstyrelsen, Statskontoret, Tillväxtverket, Kammarkollegiet, Tillväxtanalys och Konkurrensverket) följer regeringen noga utvecklingen av reformen och dess konsekvenser för såväl brukare som för marknaden och kommunerna. Regeringen avser också att ge Konkurrensverket i uppdrag att titta närmare på hur lagen om valfrihetssystem (LOV) har utvecklats i kommunerna. Myndigheten ska bl.a. analysera utvecklingen av utförare inom socialtjänsten ur ett mångfaldsperspektiv, liksom etableringsmöjligheter för nya utförare.

Senast 2014 bör alla kommuner i landet ha beslutat om valfrihet för den enskilde enligt LOV, annars bör tvingande lagstiftning övervägas. Regeringen följer därför noga processen med införandet av LOV i kommunerna.

### *Öppna jämförelser för analys av resultat och effektivitet samt som verktyg för fria val*

Det bedrivs ett omfattande arbete med att utveckla öppna jämförelser och öka tillgången till data inom socialtjänstens olika verksamhetsområden och hemsjukvården. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting intensifiera arbetet med målet att det vid utgången av år 2014 ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga jämförelser av socialtjänstens kvalitet, resultat och effektivitet.

I dagsläget redovisas jämförelser avseende äldreomsorg, missbruks- och beroendevård, stöd till personer med funktionsnedsättning samt den sociala barn- och ungdomsvården. Under 2011 kommer även jämförelser publiceras avseende ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att publicera öppna jämförelser avseende hemlöshet och brottsoffer. Dessa kommer att publiceras under 2012.

För att de öppna jämförelserna ska bli ett verktyg för brukare vid fria val pågår en utveckling mot att så långt det är möjligt redovisa jämförelserna på enhetsnivå.

### *Främja insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap*

Målet med en evidensbaserad praktik är att se till att alla som behöver vård, omsorg, stöd och service från socialtjänsten får insatser av god kvalitet som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Det strategiska arbetet syftar till att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik så att resurser kan riktas till områden där de gör bäst nytta. Utgångspunkten är lagstiftningens krav på en god kvalitet i socialtjänsten sett ur ett brukar- och medborgarperspektiv. Enligt regeringens bedömning krävs ett målmedvetet engagemang hos huvudmännen och att statens fortsatta stöd utformas strategiskt för att nå målet. Regeringens avsikt är att ingå årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om hur arbetet ska bedrivas, samt att samordna initiativ på lokal och nationell nivå.

För att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik ska de kommande överenskommelserna identifiera utvecklingsområden samt fastställa gemensamma åtaganden och prioriteringar för att nå uppsatta mål. Det ska ske med beaktande av den ansvarsfördelning som i dag

finns mellan stat och socialtjänstens huvudmän. Under en utvecklingsperiod stödjer regeringen kommunerna i att skapa egna nätverk som ska främja utveckling av kvalitet och effektivitet i socialtjänsten och angränsande områden inom hälso- och sjukvården. En nationell samrådsgrupp bereder och följer kontinuerligt upp överenskommelserna.

Statskontoret har sedan maj 2011 i uppdrag att utvärdera överenskommelsen om evidensbaserad praktik med årliga redovisningar och slutrapport i september 2014.

#### *Strategi för bättre information*

Nationell eHälsa handlar om hur man med gemensamma ansträngningar från sektorns alla aktörer arbetar för att förbättra informationshanteringen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården till gagn för den enskilde personen, personalen och beslutsfattarna inom hela sektorn.

En effektiv informationshantering inom aktuella områden är en nyckel till bl.a. brukar- och patientsäkerhet och god kvalitet. Den ger ökade möjligheter till insyn och medinflytande för enskilda och till effektivisering av verksamheterna. Att eHälsa införs i vården och omsorgen är också en förutsättning för många av regeringens satsningar och prioriterade områden, t.ex. valfrihetsreformen och en ökad mångfald av utförare, öppna jämförelser och att socialtjänstens insatser ska baseras på bästa tillgängliga kunskap. Inom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är det centralt för att insatser ska kunna samordnas mellan olika huvudmän och utförare. Det är dock viktigt att utvecklingen sker med full respekt för den personliga integriteten.

Arbetet med strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg har således stor betydelse. Ledorden för det fortsatta arbetet är införande, användning och nytta. Se även området Hälso- och sjukvårdspolitik, avsnittet om politikens inriktning.

#### *En tillsyn som ger resultat*

Den statliga tillsynen är en viktig förutsättning för att lagar och föreskrifter ska omsättas i praktiken. Den bidrar även till att eventuella brister blir kända och kan åtgärdas. På det sociala området är tillsynen också ett av de viktigaste verktygen för att granska kvalitén i olika verksamheter. Enskilda personer, allmänheten.

huvudmän och utförare har därför intresse av en tillsyn som är aktiv, tydlig och bedrivs systematiskt.

I de verksamheter, som tillsynen inom det sociala området ska granska, befinner sig ofta människor som är i ett utsatt läge. Det är därför viktigt att tillsynen fungerar på ett legitimt, trovärdigt och rättssäkert sätt.

Den tillsyn som Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen redovisat i Tillsynsrapport 2011 visar att upprepad tillsyn, inom t.ex. barn- och ungdomsvården, ger resultat. När Socialstyrelsen redovisar en bred tillsyn inom ett specifikt område ger det också en bra bild av läget i landet inom detta område.

Regeringen bedömer att det finns fortsatt stor utvecklingspotential i tillsynsarbetet och kommer att följa det fortsatta utvecklingsarbetet noga. Statskontoret har också regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera tillsynsreformen. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2013.

Det pågår, som nämnts inledningsvis, även en översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet. Utredaren ska se över hur staten genom sina myndigheter ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem. Utredaren ska bl.a. analysera Socialstyrelsens roll och funktionalitet i vård- och omsorgssystemet och lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kan effektiviseras. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 april 2012. (Direktiv 2011:4).

## **7.5.2 Omsorg om äldre människor**

Delaktighet, välbefinnande och valfrihet är regeringens ledord för utvecklingen inom omsorgen om äldre människor. Alla äldre ska ha rätt att åldras med värdighet. De ska kunna känna trygghet, gemenskap och en delaktighet med samhället i övrigt.

Målen för äldrepolitiken innebär bl.a. att äldre människor inte ska diskrimineras på grund av sin ålder, att de ska ses som individer med skilda intressen och bakgrunder samt att de ska mötas med respekt, behandlas väl och kunna känna välbefinnande. Det innebär vidare att äldre människor så långt som möjligt ska kunna bo kvar i sin bostad samt att de ska kunna flytta till en särskild boendeform om behoven är stora eller om hon eller han inte känner sig trygg.

Målet innebär även att det ska finnas tillgång till vård och omsorg som är anpassad efter den äldre personens behov. Äldre människor ska kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet samt att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. God vård och omsorg rymmer också att få avsluta livet med värdighet.

#### *Perspektivskifte i synen på äldre*

Vi blir friskare, lever längre och har helt andra förutsättningar till ett aktivt och bra liv även när vi kommer upp i åren. Regeringen anser därför att synen på åldrandet behöver förändras. Åldrandet måste ses som en naturlig del av livet och det är viktigt för alla att uppleva en känsla av sammanhang och mening genom hela livet. Varje människa ska få fortsätta leva sitt liv utifrån den han eller hon är – ha möjlighet att vidmakthålla vanor, umgänge och kunna ägna sig åt sådant man tycker om och mår bra av. Detta även när behovet av stöd och hjälp inträder och ökar. Regeringens grunduppfattning är att omsorgen om de äldre ska utformas med människovärdet i centrum. Äldres personliga behov, rätt att vara olika och göra olika val, måste därför tillgodoses. Målet är att äldre ska kunna vidmakthålla självbestämmande och inflytande. Den nationella värdegrunden för äldre människor, som införts i socialtjänstlagen 2011 (se nedan), befäster detta synsätt.

Många äldre tvingas acceptera och finna sig i situationer som många andra i yngre generationer inte skulle godta. Vissa känner kanske tacksamhet och vill inte vara till besvär. Denna tacksamhet kan lätt utnyttjas om de som tar besluten inte har den kompetens som krävs och inte möter äldre personer på ett värdigt sätt. Därför är bl.a. kunskapsbaserad vård och omsorg, en i lag fastlagd värdegrund, valfrihet och öppna jämförelser, kvalitetsuppföljningar och en effektiv och samordnad tillsyn med hälso- och sjukvården angelägna uppgifter för en vård och omsorg av god kvalitet där hänsyn tas till äldre människors behov av att vara delaktiga och känna välbefinnande.

#### *Viktiga strategiska och ekonomiska satsningar*

Utgångspunkten för regeringens satsningar är att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre människor ska förbättras inom ramen för rådande kompetensfördelning mellan staten och kommunsektorn. Förbättringsområdena berör allt från förebyggande arbete, sociala aktiviteter,

mathållning och rehabilitering till omvårdnad och det medicinska omhändertagandet. Men det avser också insatser för ökad samverkan, delaktighet, inflytande och välbefinnande. Många aktörer och yrkesgrupper på olika nivåer berörs och allas kompetens och insatser är viktiga att få med för att uppnå målen.

Regeringen har sedan 2007 genomfört breda och ekonomiskt omfattande satsningar inom området. Det är strategiska satsningar bl.a. för att få till stånd en bredare kunskapsbas och en höjd kunskapsnivå, för att främja ökad säkerhet och trygghet, för att utveckla och främja teknik-användning. Det är också satsningar för att öka flexibiliteten och inflytandet i boendet, för att främja samverkan, för implementering av ny kunskap och planering mellan huvudmännen samt för att främja utvecklingsarbete inom t.ex. demensvård, rehabilitering, förebyggande arbete, kost och nutrition, socialt innehåll och ett aktivt och hälsosamt åldrande m.m. Totalt rör det sig om ett 30-tal pågående satsningar, varav många är begränsade till denna mandatperiod.

Exempel på kunskapsfrämjande satsningar är bl.a. utveckling av en kunskapsportal ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)) för att samla bästa tillgängliga kunskap, vägledning och verktyg för utveckling anpassad för personal som möter bl.a. äldre människor. Forskning, framtagande av ett nationellt instrument som underlag för behovsbedömning samt nationella kompetenscentra för anhörigfrågor och demensfrågor är ytterligare några exempel. Omvårdnadslyftet, förstärkt ledarskap och utbildning i värdegrundsarbete är exempel på kompetenshöjande insatser.

För att främja en evidensbaserad praktik inom äldreområdet ges bl.a. medel till ett antal kommuner som i samarbete med landsting under perioden 2012–2014 ska utveckla och pröva modeller för hur de nationella riktlinjerna för vård och omsorg av personer med demenssjukdomar kan implementeras. En annan satsning avser anställning av utvecklingsledare där mellan tre och fem utvecklingsledare per län samt en samordnare för de enskilda idéburna aktörerna får statlig finansiering för utvecklings- och förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre.

Sedan 2010 har regeringen ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting. I överenskommelsen för 2011 inriktas statsbidraget på att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett

gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen används bl.a. till att stimulera ett ökat engagemang i kvalitetsregister (Senior alert och Svenska Palliativregistret) och åtgärder för att förbättra möjligheterna till uppföljning och utveckling. De används även till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare som ska ge stöd och driva utvecklingen i de olika verksamheterna, samt till försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre, m.m. Statsbidraget är prestationsbaserat och satsningen ska utvärderas av Statskontoret.

De ekonomiska satsningarna fortsätter 2012–2014, men delvis med ny inriktning där tyngdvikten kommer att ligga på de s.k. mest sjuka äldre.

Regeringen har även tagit initiativ till att införa en värdegrund för äldre i socialtjänstlagen som innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Syftet med att formulera en nationell värdegrund är att tydliggöra de etiska värden och normer som ska vara grunden för arbetet och styra hur en verksamhet inom äldreomsorgen ska bedrivas. En formulerad värdegrund är ett sätt att tänka nytt och ska ses som ett komplement till andra utvecklingsinsatser som pågår inom äldreområdet i syfte att driva på arbetet för ökad kvalitet.

#### *Prioriterade områden kommande år*

Regeringens ambition är att stimulansbidrag framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Under de kommande åren kommer politiken bl.a. att prioritera åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, höjer kompetensen bland äldreomsorgens personal samt utvecklar nya trygga boendeformer baserade på ökad valfrihet och ökat självbestämmande för äldre människor.

Totalt beräknas satsningen för de mest sjuka äldre personerna uppgå till cirka 3,75 miljarder kronor under mandatperioden. Under 2011 har 150 miljoner kronor gått till bl.a. kommuner och landsting som förberedelse för mer resultatbaserade satsningar. De medel som avsätts för 2012 och framåt ska huvudsakligen fördelas enligt en prestationsbaserad modell och utges till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda krav. Den prestationsbaserade ersättningen

ska utformas som ett erbjudande till kommuner och landsting för att förstärka arbetet med att gemensamt ta ansvar för de mest sjuka äldre. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov samt organiseras effektivare. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska på sikt bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet.

Utveckling av boendeformer sker under mandatperioden genom en satsning på trygghetsboenden och andra anpassade äldreboenden och åtgärder för att äldre par ska kunna fortsätta bo tillsammans i särskilt boende. Det behövs både fler särskilda boenden och ett ökat utbud av bostäder som är lämpliga och attraktiva för äldre som vill välja att förändra sitt boende. Trygghetsboenden överbryggas glappet mellan vanligt boende och det särskilda boendet med heldygnsomsorg. Regeringen avser att besluta om fortsatt investeringsstöd från och med 2012. Regeringskansliet (Socialdepartementet) avser att remittera ett internt framtaget förslag om att makar och sammanboende ska kunna fortsätta bo tillsammans i ett särskilt boende för äldre personer om båda önskar det. Detta även om endast den ena parten har behov av sådant boende. Insatser görs även för att förbättra förutsättningarna för att med bibehållen trygghet och självständighet kunna bo kvar i det ordinarie boendet. Sammantaget beräknas satsningar på boendet uppgå till cirka 1,7 miljarder kronor under mandatperioden.

Äldreomsorgen måste kunna ge en värdig och trygg tillvaro och då är det viktigt att personalen har rätt kompetens. Kompetensen hos personal som arbetar i äldreomsorgen, t.ex. vårdbiträden och undersköterskor, ska därför fortsätta höjas genom det s.k. Omvårdnadslyftet. Från hösten 2012 blir det också möjligt att använda Omvårdnadslyftet för att bygga på vårdpersonalens kunskaper för specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att senast den 31 december 2011 ta fram vägledning om vilka kunskaper som kan behövas inom detta område. Vägledningen blir styrande för vilka kurser inom ramen för yrkeshögskolan som berättigar till stöd inom Omvårdnadslyftet.

Tillsammans beräknas hela kompetenssatsningen uppgå till cirka 1 miljard kronor under mandatperioden.

Samtliga dessa satsningar sker under förutsättning att riksdagen anslår medel till dessa.

Inom arbetet med att implementera värdegrunden i äldreomsorgen satsar regeringen drygt 500 miljoner kronor under mandatperioden. Regeringen vill stimulera kommunerna att klargöra och informera äldre personer, anhöriga och kommuninvånare vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen. Ett sätt att genomföra detta är att kommunerna utformar lokala värdighetsgarantier. För detta ändamål har Socialstyrelsen tagit fram en vägledning. Övriga insatser är bl.a. utbildning i värdegrunden och värdegrundsmärkning.

Under 2011 har regeringen avsatt 100 miljoner kronor i prestationsersättning till de kommuner som förbereder och utvecklar värdighetsgarantier. Under förutsättning att riksdagen beviljar fortsatta medel avser regeringen att satsa 100 miljoner kronor per år, totalt 400 miljoner kronor under mandatperioden. För att få del av medlen måste kommunerna redovisa en plan som följer Socialstyrelsens vägledning samt redovisa hur den lokala värdighetsgarantin ska implementeras och rapporteras in i ett nationellt uppföljningssystem.

Regeringen stärker även stödet till anhörigorganisationerna med 2 miljoner kronor per år på grund av att fler organisationer ska dela på de befintliga medlen.

#### *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom*

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram vägledning till kommunerna i frågor om organisering av särskilt boende för personer med demenssjukdom t.ex. för bemanning. Bakgrunden är bl.a. de brister som uppmärksammats i samband med tillsynen av ett stort antal särskilda boendeformer för personer med demenssjukdom. Enligt en första avrapportering (augusti 2011) håller Socialstyrelsen på att ta fram föreskrifter och allmänna råd om kommunens ansvar för att bemanningen i boenden – där personer med demenssjukdom bor – är tillräcklig för att tillgodose behoven. Föreskrifterna planeras att vara klara till halvårsskiftet 2012. Se även avsnitt 7.4.2.

#### *Hemsjukvården*

Hemsjukvården är kommunaliserad i tio län. Regeringen anser att det både ur ett individuellt och ett strukturellt perspektiv är angeläget att uppnå ett enhetligt huvudmannaskap i landet för hemsjukvård i det ordinära boendet. En nationell samordnare för hemsjukvård har därför på regeringens uppdrag stöttat övriga landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Samordnaren har även utrett frågan om kommunerna ska ges befogenhet att kunna anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare.

Hemsjukvård är i dag endast kopplad till primärvården. Utredaren föreslår i betänkandet *Kommunaliserad hemsjukvård* (SOU 2011:55), som överlämnades till regeringen i juni 2011, bl.a. att kommunerna ges en utvidgad befogenhet att tillhandahålla även hemsjukvård som är ansluten till den somatiska slutenvården och till den psykiatriska vården. Utredningen bedömer att kommunerna inte ska ges befogenhet att anställa läkare. Betänkandet remissbehandlas och kommer därefter att beredas i Regeringskansliet.

### **7.5.3 Individ- och familjeomsorg**

#### *Prioriterade områden*

Inom individ- och familjeomsorg satsar regeringen under 2012 särskilt på barn- och ungdomsvården och hemlöshet. För att bl.a. stärka skyddet för utsatta barn föreslår regeringen att 140 miljoner avsätts för 2012. Regeringen avser även att avsätta 200 miljoner kronor fr.o.m. 2013 varav 18 miljoner kronor för särskilda tillfälliga åtgärder årligen under 2013–2015. För fortsatta satsningar på att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden föreslår regeringen att 8 miljoner kronor avsätts för 2012–2013 och 10 miljoner kronor årligen från och med 2014. Satsningarna sker under förutsättning att riksdagen anslår medel till dessa.

Regeringen föreslår även att beräkningen av försörjningsstödet förändras så att endast en del av arbetsinkomsten påverkar bedömningen av rätten till ekonomiskt bistånd. Syftet med förändringen är att minska margineffekterna vid arbete. Regeringen föreslår att sammanlagt 300 miljoner kronor avsätts för detta fr.o.m. 2014 varav 150 miljoner kronor från 2013. Utformningen av förändringen ska analyseras närmare och föreslås träda i kraft den 1 juli 2013.

## Stöd och skydd för barn och unga

I varje barns grundläggande rättigheter ingår att få omvårdnad, att få växa upp under trygga förhållanden med närvarande vuxna och att få utvecklas i sin egen takt utifrån sina egna förutsättningar. Samhällets roll är, i enlighet med barnkonventionen, att stödja och komplettera föräldrar i deras föräldraskap för att därigenom förebygga mer ingripande åtgärder. Samhället har även ett ansvar för att se till att skyddet för utsatta barn är säkert, av god kvalitet och utvecklas varefter ny kunskap vinnns. Barnavårdscentraler, skolor, förskolor, fritidshem och annan pedagogisk verksamhet bidrar till att ge föräldrar ett generellt stöd genom den verksamhet de bedriver. Även regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd, En vinst för alla, har stor betydelse i detta sammanhang. Samhället har en viktig uppgift i att stödja och vid behov komplettera föräldrarna under barnets hela uppväxt. Ett tidigt och brett generellt föräldrastöd kan förebygga framtida problem hos barnet, både hälsorelaterade och sociala. Syftet är att erbjuda föräldrarna det stöd och den hjälp de kan behöva för att bättre klara av föräldraskapet. För det individuella stödet ansvarar främst den kommunala socialtjänsten. För att dessa stöd ska fungera fordras även en bred och nära samverkan med många andra verksamheter, bl.a. förskolan, skolan, hälso- och sjukvården, polisen och frivilliga organisationer.

De flesta barn i Sverige lever under trygga och goda förhållanden tillsammans med sina föräldrar. Det finns dock barn och unga som lever under sådana omständigheter att de far illa eller riskerar att fara illa och där samhället därför måste agera. När samhället genom olika insatser griper in i barns, ungdomars och deras familjers liv tar det på sig ett stort ansvar. Då måste föräldrar, allmänheten och olika institutioner som berörs kunna ställa höga krav på säkerhet och kvalitet i insatserna och på att hela beslutsprocessen hanteras på ett rättssäkert sätt.

### *Viktiga utgångspunkter*

Regeringen anser att en viktig utgångspunkt för den sociala barn- och ungdomsvården är att den ska arbeta förebyggande – för att tidigt upptäcka och ge stöd till barn, unga och föräldrar – och evidensbaserat. Det är av stor betydelse att socialtjänsten genom samverkan arbetar brett, följer utvecklingen inom olika områden samt tar

till sig ny kunskap på området. Det är också angeläget att kommuner som bedriver utvecklingsarbete kan dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Även Socialstyrelsen spelar i detta sammanhang en viktig roll både när det gäller förmedling av kunskap och vägledning samt i arbetet med statistik, indikatorer och öppna jämförelser.

En annan central utgångspunkt för regeringens politik inom den sociala barn- och ungdomsvården är att stärka barnets rättigheter enligt konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen), och då främst att barnets bästa ska vara avgörande i beslut som fattas inom socialtjänsten och att barn och unga ska ha rätt att komma till tals i frågor som rör dem.

Därutöver är det betydelsefullt att det finns en effektiv och samordnad statlig tillsyn med ett tydligt barnperspektiv som ser till att lagar, föreskrifter och intentionerna med dessa följs och beaktas.

### *Barns stöd och skydd har stärkts*

Regeringen har sedan hösten 2006 tagit initiativ till ett flertal åtgärder för att stärka den sociala barn- och ungdomsvården och skyddet för barn och unga.

I syfte att öka skyddet för barn mot att utsättas för övergrepp, kränkningar eller annat särskilt skadligt inflytande från personer som finns i barnens närmaste omgivning har det införts obligatorisk registerkontroll för personal vid hem för vård eller boende (HVB) som tar emot barn. I propositionen Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården m.m. (2006/07:129) har regeringen även lagt förslag som syftar till att stärka barns och ungas ställning, skapa förutsättningar för en säker och sammanhållen vård av barn och unga samt till att denna vård ges i enlighet med bästa tillgängliga kunskap. Barns och ungas delaktighet och inflytande har t.ex. stärkts genom rätten till information för att bättre kunna ta ställning i frågor som rör dem. Krav på genomförandepaner när ett barn vårdas i ett familjehem eller HVB har också införts liksom regler för jourhem och möjlighet att vid allvarliga missförhållanden omedelbart kunna förbjuda fortsatt verksamhet vid HVB.

För att kunna genomföra både ett omfattande tillsynsuppdrag i kommunerna och för att inspektera alla HVB för barn och unga fick tillsynsmyndigheterna utökade resurser 2007–2010.

Genom tillsynsreformen 2010 har tillsynen effektiviserats och ambitionsnivån har höjts, särskilt inom den sociala barn- och ungdomsvården. En rad åtgärder har genomförts för att stärka barnrättsperspektivet. Vid tillsyn får man prata med barn och unga utan vårdnadshavarens medgivande och tillsyn av HVB som riktar sig till barn och unga ska besökas minst två gånger per år – varav en gång oanmält. Det ska vidare finnas bra och lättillgänglig information för barn och unga om deras rättigheter. Socialstyrelsen har också bemyndigats att meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser barn och unga. Regeringen har även tagit initiativ till en försöksverksamhet med tillsynsombud för barn som är placerade i familjehem.

Inom ramen för det pågående arbetet mot en evidensbaserad praktik har regeringen i överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting beslutat att avsätta medel (11 miljoner kronor 2011) för att initiera ett arbete med regionala utvecklingsledare (personer med särskild kompetens att driva förbättringsarbete) inom den sociala barn- och ungdomsvården. Förbättringsarbetet ska utgå från bästa tillgängliga kunskap om förbättringsmetodik och implementeringsforskning samt de vägledningar och kunskapsstöd som Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram för dygnsvård av barn och unga. Socialstyrelsen har samtidigt fått i uppdrag att ta fram ett program (ett kunskapsstöd) för trygg och säker vård i familjehem och HVB. Kunskapsstödet kommer att vara ett viktigt verktyg för utvecklingsledarna i deras arbete. Ytterligare en del i denna satsning är ett uppdrag till Socialstyrelsen att testa och utvärdera stöd för lokal uppföljning, genom att sprida kunskap på webben om metoder för att bidra till att bygga upp den erfarenhetsbaserade kunskapen lokalt. Särskilda medel har även avsatts för detta. Socialstyrelsen har också i uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser som en viktig del i arbetet för ökad effektivitet och kvalitet.

Andra pågående satsningar för att utveckla och säkra vård utanför hemmet är uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram underlag som syftar till att vägleda socialtjänsten hur barnets bästa samt barnets berättelse och uppfattning inför beslut ska dokumenteras samt att ta fram underlag om hur barnets bästa ska beaktas,

motiveras och dokumenteras vid bedömning av om polisanmälan ska göras när ett barn misstänks vara utsatt för brott (redovisas januari 2012). Ytterligare ett uppdrag avser anmälningar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det handlar bl.a. om att ta reda på orsaker till anmälan, socialtjänstens handläggning av inkomna anmälningar samt behovet av att införa statistik om anmälningar.

#### *Kraftfullare lagstiftning m.m.*

Enligt Upprättelseutredningens kartläggning av socialtjänstens kännedom om övergrepp eller annan vanvård, som barn och unga i samhällsvård utsatts för, förekommer det fortfarande allvarliga brister i heldygnsvården (Barnen som samhället svek, SOU 2011:9). Vidare har det i utredningar påtalats behov av att stärka och utveckla den sociala barn- och ungdomsvården. Regeringen går därför vidare och genomför ytterligare åtgärder som ett led i det fortsatta arbetet med att bl.a. stärka skyddet för utsatta barn. Det görs inom ramen för Barnskyddsutredningens förslag (Lag om stöd och skydd för barn och unga SOU 2009:68). Barnskyddsutredningen föreslår bl.a. nya bestämmelser som reglerar samhällets ansvar för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, exempelvis att varje placerat barn ska ha en ansvarig socialsekreterare som ska följa vården och ha kontakt med barnet.

Regeringen föreslår att sammanlagt 140 miljoner kronor avsätts för 2012 för att bl.a. stärka skyddet inom den sociala barn- och ungdomsvården (anslag 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.*). Under förutsättning att riksdagen beviljar fortsatta medel avser regeringen att därefter avsätta 200 miljoner kronor årligen fr.o.m. 2013, varav 18 miljoner kronor för särskilda tillfälliga åtgärder årligen under perioden 2013–2015. Regeringen avser bl.a. att föreslå att varje placerat barn ska ha en ansvarig socialsekreterare. Om förslagen medför ökade kostnader för kommunerna kommer dessa att kompenseras genom höjda generella statsbidrag.

Utöver detta bedömer regeringen att medel bör användas till att utveckla ett nationellt säkerhetsprogram för barn och unga i samhällsvård. Det är vidare angeläget att se över möjligheterna att stärka uppföljningen av den sociala barn- och ungdomsvården på nationell nivå.

### *Föräldrastöd och andra satsningar på förebyggande arbete*

Den nationella strategin för ett utvecklat föräldrastöd ska inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd till föräldrar i deras föräldraskap för att bidra till förutsättningar för bättre uppväxtvillkor för barn och unga. Regeringen kommer att fortsätta och följa arbetet med utvecklingen av stödet. (Se vidare Folkhälsopolitik).

Inom ramen för regeringens ANDT-strategi fortsätter satsningen för att minska antalet barn och unga som börjar använda alkohol och droger. Se vidare Folkhälsopolitik, politikens inriktning om ANDT.

I betänkandet Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och samarbete för barnets skull (SOU 2011:51) lämnas förslag om att samarbetsamtal även ska behandla ekonomiska frågor om barnet och att samtal bör erbjudas gifta föräldrar i samband med ansökan om äktenskapsskillnad. Betänkandet remissbehandlas och kommer därefter att beredas i Regeringskansliet. Se vidare utgiftsområde 12 avsnitt 2.6 Politikens inriktning och Barnrättspolitik.

### **Personer med missbruksproblematik**

#### *Kunskaps- och kvalitetsutveckling*

I propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47), som sträcker sig över perioden 2011–2015 har regeringen beslutat om ett antal långsiktiga mål inom området. Se Folkhälsopolitik, politikens inriktning om ANDT. Ett av dessa innebär att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Kopplat till detta långsiktiga mål finns ett antal prioriterade mål varav ett innebär att tillgången till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka. Det innebär en fortsatt utveckling mot att insatser alltmer baseras på befintlig kunskap om insatserns effekter bl.a. i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Regeringen har under perioden 2008–2011 ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till implementering av riktlinjerna där den bärande idén är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för utvecklingen av missbruks- och beroendevården och tillsammans

utveckla en långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. År 2011 deltar samtliga landsting i utvecklingsarbetet, som har fått namnet Kunskap till Praktik (se avsnitt 7.4.1)

Ett annat prioriterat mål under strategiperioden är att regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska. Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården belyser en rad kvalitetsaspekter i den missbruksvård som kommuner och landsting tillhandahåller och gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten och uppmärksamma lokala och regionala skillnader. I det fortsatta utvecklingsarbetet med öppna jämförelser ska missbruks- och beroendevårdens arbete belysas utifrån ett barn- och föräldraperspektiv. Regeringen har för avsikt att samordna arbetet med öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården med utvecklingen av en ändamålsenlig struktur för en samlad uppföljning och utvärdering av effekterna av regeringens insatser inom hela ANDT-området.

#### *Uppmärksamma de närstående med särskilt fokus på barnen*

Att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående är en fortsatt prioriterad fråga för regeringen. I regeringens ANDT-strategi är ett prioriterat mål att barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd. Stödet ska utgå från barnets egna förutsättningar och behov. Regeringen har därför beslutat om ett långsiktigt nationellt utvecklingsarbete för att stärka stödet till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. Socialstyrelsen ska i samråd med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting leda och samordna satsningen, som ska pågå t.o.m. 2014 (S2011/6353/FST).

En viktig ingång för att nå dessa barn, är genom deras föräldrar, som ofta är kända inom missbruks- och beroendevården. För att stödja barnen behöver insatser göras för att förstärka barn- och föräldraperspektivet i vården. Syftet är att ge föräldrarna, oavsett om de har vårdnaden om barnen eller ej, möjlighet att stärka sitt föräldraskap och att barnens behov uppmärksammas. Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har därför ingått en överenskommelse

som innebär att utvidga det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom Kunskap till Praktik, till att omfatta insatser för att förstärka barn- och föräldraperspektivet i vården. Insatserna kommer att ha fokus på lokalt och regionalt utvecklingsarbete utifrån huvudmännens behov. I detta arbete har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting en viktig uppgift att ta tillvara brukarorganisationers och andra idéburna organisationers erfarenheter och kompetens (S2011/7432/FST).

#### *Ansvar och samverkan*

Missbruks- och beroendevården är ett område där flera huvudmän har ansvar enligt olika lagstiftningar. Ny kunskap om vård- och behandlingsformer, behoven av samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare samt värdet av att sätta individen i centrum ställer krav på en lagstiftning som skapar goda förutsättningar för en önskvärd utveckling. Det handlar bl.a. om att uppnå en tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen för missbruks- och beroendevården, vilket är ett prioriterat mål i regeringens ANDT-strategi. Mot denna bakgrund har en särskild utredare haft i uppdrag att göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården (dir. 2008:48). Utredaren lämnade sitt slutbetänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) i april 2011. Utredningens förslag syftar till att främja tidig upptäckt av begynnande problem med alkohol och andra droger, åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmän för bättre samordning av insatser samt en stärkt ställning för individen. Förslagen omfattar även vårdens innehåll samt kvalitets- och kompetensfrågor. Även vård utan samtycke (tvångsvård) berörs av förslagen liksom polisens och kriminalvårdens roll. Förslagen remissbehandlas och beredas därefter i Regeringskansliet.

#### **Ekonomiskt bistånd**

Ekonomiskt bistånd är välfärdsystemens yttersta skyddsnet. Biståndets uppgift är vidare att träda in tillfälligtvis vid korta perioder av försörjningsproblem. Biståndet har dock alltmer kommit att bli en långvarig försörjning för många personer. Arbetslöshet och avsaknad av ersättning från arbetslöshetsförsäkringen uppper

kommunerna är en vanligt förekommande orsak till behovet av ekonomiskt bistånd. I och med att biståndets syfte är att träda in endast då andra försörjningsmöjligheter är uttömda är det inte alltid lönsamt att ta tillfälliga jobb eftersom de ökade inkomsterna reducerar biståndet i motsvarande mån.

Ett av regeringens övergripande mål är att få fler personer i arbete och minska utanförskapet och därmed öka förmågan till självförsörjning. Det är därför viktigt att det blir mer lönsamt för biståndsmottagare att ta tillfälliga jobb och utöka sin arbetstid. Regeringen föreslår därför att beräkningen av försörjningsstöd förändras så att endast en del av arbetsinkomsten påverkar bedömningen av rätten till ekonomiskt bistånd. Syftet med förändringen är att minska marginal-effekterna vid arbete. Utformningen av en sådan förändring ska analyseras närmare och föreslås träda i kraft den 1 juli 2013. En reformeringen av ekonomiskt bistånd beräknas till 150 miljoner kronor fr.o.m. 2013 och ytterligare 150 miljoner kronor fr.o.m. 2014 – sammantaget 300 miljoner kronor fr.o.m. 2014. Regeringen föreslår att medel för detta avsätts i budgeten för kommande år.

För personer som hänvisas till ekonomiskt bistånd för sin försörjning krävs åtgärder inom olika områden eftersom orsakerna inte sällan är komplexa. Insatser från både kommuner och Arbetsförmedling är nödvändiga och kräver effektiva och samordnade lösningar. Regeringen avser att ge Statskontoret i uppdrag att kartlägga kommunernas och Arbetsförmedlingens insatser till personer med ekonomiskt bistånd som är inskrivna vid Arbetsförmedlingen samt kartlägga samverkan mellan Arbetsförmedlingen och kommunerna.

Biståndet ska tillgodose en skälig levnadsnivå och barnperspektivet ska alltid tillämpas vid biståndsbedömningen. Regeringen har därför som en ytterligare åtgärd givit Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga kommunernas riktlinjer för handläggning av ekonomiskt bistånd och hur dessa förhåller sig till skälig levnadsnivå.

Utvecklingen av öppna jämförelser kommer att bidra till att kunskapsbasen om ekonomiskt bistånd ökar. Det finns dock alltjämt ett behov av förbättrat kunskapsunderlag om ekonomiskt bistånd. Ett sådant utvecklingsarbete pågår inom Socialstyrelsen.

Regeringen avser också att genomföra ändringar som innebär att oförsäkrade får tillgång

till jobb- och utvecklingsgarantin efter 14 månader i stället för de 18 månader som gäller i dag. Se vidare utgiftsområde 14 avsnitt 3.5.1.

### Hemlöshet

Hemlöshet är en utmaning för det svenska välfärdssamhället. Det är både ett socialpolitiskt och bostadspolitiskt problem som kräver insatser av och samverkan mellan olika aktörer. Regeringens tidigare satsningar inom ramen för en hemlöshetsstrategi 2007–2009 bidrog till en utveckling av kommunernas arbete med vräkning-förebyggande insatser och väckte ett ökat intresse för frågan.

Regeringen föreslår nu att 8 miljoner kronor ska avsättas för 2012 till fortsatt arbete med att motverka hemlöshet och utestängning på bostadsmarknaden. Under förutsättning att riksdagen beviljar fortsatta medel avser regeringen att avsätta 8 miljoner kronor 2013 och därefter 10 miljoner kronor årligen för samma ändamål.

En viktig uppgift framöver är att förankra gjorda erfarenheter så att de kan få mer varaktigt genomslag i hela landet. Ambitionen är att inga barn ska drabbas av vräkning (ref. Hemlöshetsstrategin) och att antalet kommuner som arbetar förebyggande ska öka. Detta kan bli möjligt om fler kommuner arbetar efter den vägledning som finns avseende vräkning-förebyggande arbete. Utöver förankringsarbetet avser regeringen att satsa på att bl.a. ytterligare utveckla Kronofogdemyndighetens avhysningsstatistik för att bättre kunna följa upp antal barn som drabbats av vräkning. Därutöver bör kommunerna stödjas i att skapa uthålliga och fungerande rutiner i arbetet mot hemlöshet. Regeringen avser därför att tillsätta en nationell samordnare som kan hjälpa huvudmännen i detta avseende t.ex. att formulera regionalt anpassade strategier. Dessutom avser regeringen att ge länsstyrelserna i uppdrag att bistå kommunerna i arbetet med att motverka hemlöshet, i synnerhet bland barnfamiljer som drabbas av vräkning. Det kan ske i samband med att länsstyrelserna stödjer kommunerna i deras arbete med att planera bostadsförsörjningen.

### Stöd till brottsoffer

Regeringens målsättning är att alla ska kunna leva i trygghet och säkerhet. En rad insatser har vidtagits för att förbättra situationen för brottsoffer på olika sätt och detta arbete fortsätter. Socialstyrelsen har fått ett långsiktigt uppdrag att fortsätta stimulera utvecklingen av socialtjänstens verksamhet för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld. Den kunskap som utvecklats ska målgruppsanpassas, spridas, följas upp och utvärderas. Myndigheten ska verka för att socialtjänsten arbetar mer långsiktigt, strategiskt och evidensbaserat samt för förbättrad kvalitet och kompetens på området. Behov av insatser inom hälso- och sjukvården ska också övervägas. Med utgångspunkt från den utvärdering som Socialstyrelsen redovisade den 1 juni 2011 av hur utvecklingsmedlen för att stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har fördelats kommer regeringen se över hur de kan användas på ett mer effektivt sätt. Regeringen fortsätter också att förstärka stödet till organisationer som arbetar med att motverka våld mot kvinnor. Det sker inom ramen för förordningen om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. För att lyfta upp socialtjänstens ansvar för stöd och hjälp också till andra grupper av brottsoffer har Socialstyrelsen även fått ett mer övergripande uppdrag att vägleda socialtjänsten i arbetet med brottsoffer som är i behov av stöd och hjälp.

I Sverige avlider varje år i genomsnitt 29 personer, 21 kvinnor och 8 män, på grund av våld av närstående. Många gånger har dödsfallet föregåtts av hot och våld under lång tid och samhällets aktörer har i flera fall känt till att det funnits ett behov av skydd och stöd. Regeringen avser att överlämna en proposition till riksdagen om utredningar avseende vissa dödsfall. Förslagen, som nyligen behandlats av Lagrådet, innebär att det utredningssystem som i dag redan finns för barn som avlidit med anledning av brott utvidgas, till att avse även fall när kvinnor eller män som avlidit med anledning av brott av närstående. Utredningssystemet syftar till att försöka identifiera brister i samhället på ett övergripande plan. Den kunskap som tas fram kan sedan ligga till grund för åtgärder som förebygger att kvinnor och män utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående. Socialstyrelsen, som i dag redan ansvarar för utredningar avseende barn, föreslås få ansvar för att

bedriva även denna del av utredningsverksamheten. I lagrådsremissen föreslogs att lagförslagen ska träda i kraft den 1 januari 2012.

#### 7.5.4 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning ska så långt det är möjligt kunna delta i samhällsliv och arbetsliv på samma villkor som andra. För att åtgärder inom det funktionshinderspolitiska området ska leda till full delaktighet är det viktigt att arbetet framåt präglas av att förbättra tillgängligheten och användbarheten i människors vardag. Ambitionen är ett samhälle utformat utifrån en mångfald av behov. Individuella stödinsatser och lösningar ska utgöra ett komplement för den som behöver det.

Regeringen har i juni 2011 beslutat om en femårig strategi för funktionshinderspolitiken (2011–2016). Strategin bygger bl.a. på de inriktningsmål som regeringen fastställde i en skrivelse till riksdagen i mars 2010 (2009/10:166) och olika delmål som ett stort antal myndigheter föreslagit för att nå inriktningsmålen inom politikområdet. De delmål som utarbetats är ett centralt inslag i strategin. Regeringen aviserar även ett antal nya initiativ i strategin. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) kommer att ansvara för uppföljning av strategins mål och insatser samt för att utveckla ett sammanhållet system för att beskriva och analysera utvecklingen. Se vidare område 6 Funktionshinderspolitik.

##### *Inriktnings- och delmål*

Inom det sociala området innebär inriktningsmålet att kunskapen ska öka om i vilken utsträckning de individuella stöden bidrar till att uppfylla målen inom funktionshinderspolitiken. Regeringen anser att det individuella stödet i ökad utsträckning bör vara utformat så att det möjliggör och skapar incitament till full delaktighet i samhället. Kunskapen om stöden kan stödja arbetet med att säkerställa att befintliga åtgärder ger avsedd effekt för personer med funktionsnedsättning i vardagen. Det är i detta vidare perspektiv som regeringen avser inleda ett utvecklingsarbete.

Utöver de övergripande insatserna kunskapsutveckling, valfrihet och inflytande, tillsyn m.m. (se avsnitt 7.5.1) inriktar regeringen insatserna

på psykiatriområdet, att öka kunskapen om hjälpmedel och ny teknik, att förbättra informationen om stödet till anhöriga och öka kunskapen om de särskilda behov som anhöriga till personer med funktionsnedsättning har, att ta fram informationsmaterial om vilka kunskaper och erfarenheter som kan behövas för personal som arbetar inom verksamheterna, att noga följa utvecklingen av ej verkställda beslut, att verka för att människors inflytande och möjlighet att komma till tals ska öka, samt att genom studier öka kunskapen om skillnader i stödinsatser mot bakgrund av kön, ålder, födelseland och bostadsort.

Socialstyrelsen har föreslagit och regeringen ställt sig bakom ett antal delmål för det sociala området i strategin. Delmålen innebär bl.a. att kunskapen om orsakerna till långa väntetider mellan beslut och verkställighet när det gäller insatser till personer med funktionsnedsättning ska öka, liksom kunskapen om hur problemen ska kunna rättas till utan att rättssäkerheten åsidosätts. De innebär vidare att Socialstyrelsen i tillsynen av arbetet med genomförandeplaner ska bidra till att barn, ungdomar och vuxna i ökande utsträckning kommer till tals, blir lyssnade till och kan utöva inflytande över insatsernas genomförande. Ytterligare ett delmål innebär att öka informationen och vägledningen om anhörigstödet till kommunerna. Alla, inklusive personer med funktionsnedsättning, ska vidare ha tillgång till vård och omsorg efter behov oberoende av kön, ålder, födelseland och bostadsort.

Socialstyrelsen har föreslagit hur delmålen och insatserna ska följas upp.

*Informationsmaterial till stöd för ökad kompetens*  
Avsaknad av relevant utbildning kan innebära att det blir svårare att få genomslag för t.ex. utveckling av nya och effektiva metoder. Detta kan påverka både effektiviteten liksom säkerheten och kvaliteten i insatserna. Socialstyrelsen har därför nyligen fått i uppdrag att ta fram ett informationsmaterial som kan användas av arbetsgivare som underlag i deras bedömningar av vilka kunskaper och erfarenheter som kan behövas för arbete inom verksamheter som ger stöd, service och omsorg till personer med funktionsnedsättningar. Materialet ska redovisas i februari 2012.

### *Bättre anpassade insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning*

Psykiatriområdet är ett av regeringens mest prioriterade områden och målsättningen med regeringens politik är att genom strategiska och mer långsiktiga satsningar åstadkomma varaktiga förbättringar inom detta område.

Statskontoret har i juni 2011 fått regeringens uppdrag att följa upp och analysera hur vården och stödet till personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionsnedsättning har utvecklats över tid utifrån den inriktning och de uppföljningsmått satsningen haft (se regeringens skrivelse 2008/09:185). Statskontoret ska även lämna underlag som kan ligga till grund för kommande satsning inom psykiatriområdet för åren 2012-2014 (se även Hälso- och sjukvårdspolitik). Redovisning av uppdraget sker dels den 31 januari 2012, dels den 15 september samma år.

### *Sysselsättning*

Regeringen har genomfört olika satsningar för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få tillgång till arbete och anpassad sysselsättning. Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning har under 2009–2011 bidrag gått till arbetsförmedlingen, kommuner samt företag och organisationer. Regeringen avser att återkomma med förslag till nya initiativ på psykiatriområdet. I regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 redovisas även andra initiativ för att förbättra möjligheterna för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga, att få och behålla ett arbete. Se vidare Funktionshinderspolitik och utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv.

### *Insatser enligt LSS och assistansersättning*

Regeringen anser att det finns samma grundläggande skäl att reglera rättigheter till personer med omfattande funktionsnedsättningar i LSS som när lagen tillkom (prop. 2009/10:176).

Ett prioriterat område för regeringen är därför assistansersättningen vars långsiktiga hållbarhet behöver säkerställas samtidigt som den enskildes rättigheter enligt lagen värnas. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare som ska undersöka hur stor del av den totala kostnadsökningen inom den statliga assistansersättningen som utgörs av fusk oegentligheter och överutnyttjande (direktiv 2011:26). Regeringen genomför även satsningar för att få till stånd mer

likartade bedömningar. Ett särskilt bedömningsinstrument håller bl.a. på att tas fram.

Regeringen ser allvarligt på det fusk och missbruk av assistansersättningen som har avslöjats och Utredningen om åtgärder mot fusk, oegentligheter och överutnyttjande av den statliga assistansersättning, ska bl.a. föreslå konkreta åtgärder för att förhindra fusk, oegentligheter och överutnyttjande av assistansersättningen samt åtgärder för att kunna följa upp och kontrollera den assistansersättning som betalas ut, samt analysera grundorsakerna till kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen och på grundval av analysen föreslå åtgärder för att komma till rätta med kostnadsutvecklingen. Uppdraget inklusive förslag ska redovisas till regeringen senast den 15 februari 2012. Se även avsnitt 7.4.4 De bedömningar och förslag som utredaren lämnar ska utgå från och ta hänsyn till verksamhetens mål och allmänna inriktning som detta uttrycks i LSS, dvs. att verksamhet ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för personkretsen i LSS. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

Socialstyrelsen har i tillsynen uppmärksammat en del brister i tillämpningen och myndigheten avser att prioritera tillsynen inom LSS-området.

### *Satsning på riktat föräldrastöd*

Inom ramen för Nationell strategi för föräldrastöd pågår två projekt med riktat föräldrastöd. Uppdraget är ett komplement till det generella föräldrastödet och riktar sig till föräldrar till barn med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Det ena projektet ska jämföra det stöd som faktiskt ges med det stödbehov som uttrycks av familjerna och professionella. Det andra ska kartlägga behovet av stöd hos barn med lindrig utvecklingsstörning och deras föräldrar samt utveckla och utvärdera riktat stöd till dem. Försöksverksamheten fortsätter och pågår t.o.m. 2013 och redovisas i maj 2014.

### *Förlängning av försöksverksamheten med Service- och signalhundar*

Service- och signalhundar är hundar som tränas till att hjälpa personer med funktionsnedsättning med olika moment i den dagliga livsföringen. Det finns inget formellt hinder för kommuner och landsting att inom ramen för socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ge stöd till service- och signalhundar men i praktiken

sker inte det i dag. För att kommuner och landsting ska bli intresserade av att ge sådant stöd behövs det mer kunskap om hur användningen av service- och signalhundar påverkar behovet av andra offentliga insatser. En försöksverksamhet med service- och signalhundar pågår under tiden 2009–2011 i syfte att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst för att kunna utvärdera konsekvenserna av en ökad användning.

Regeringen avser att förlänga försöksverksamheten för att få fler observationer och därmed säkrare resultat. Ytterligare hundekipage utbildas t.o.m. 2012 och tiden för utvärdering förlängs t.o.m. 2014. Sammantaget beräknas kostnaderna för förlängningen uppgå till 2,35 miljoner kronor, varav 1,5 miljoner kronor för 2012.

### 7.5.5 Övrigt

#### Dialog och överenskommelser inom det sociala området och inom integrationsområdet

Den ideella sektorn har en viktig roll i det svenska samhället, inte minst när det gäller att möjliggöra människors egen makt att påverka såväl sin vardag som samhället i stort. Mellan regeringen och den ideella sektorn finns det en gemensam vilja till samverkan kring frågor om välfärdens utveckling utifrån varje parts specifika roll och kunskap. Denna uppslutning och vilja till samverkan är mycket värdefull.

Regeringen har 2008 för det sociala området och 2010 inom integrationsområdet träffat överenskommelser som innehåller ett antal principer som ska utveckla relationerna och tydliggöra rollerna parterna emellan. Regeringen kommer att verka för att dialogerna fortsätter och utvecklas av parterna i syfte att kontinuerligt identifiera och undanröja hinder för att idéburna organisationer ska kunna bidra till en ökad mångfald i utbudet av välfärdstjänster, utan att de för den skull behöver åsidosätta sin viktiga roll som röstbärare för sina medlemmar.

### Upprättelseprocess

I februari 2011 lämnade Upprättelseutredningen sitt betänkande *Barnen* som samhället svek (SOU 2011:9). Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag till hur en upprättelseprocess för enskilda som utsatts för övergrepp och försummelse i den sociala barn- och ungdomsvården kan utformas. Betänkandet har remissbehandlats under våren.

Med utgångspunkt i utredningens förslag har regeringen aviserat att en ceremoni för de som utsatts för övergrepp och vanvård kommer att hållas. Vidare har utredningen föreslagit åtgärder i syfte att förhindra övergrepp och försummelse i dagens samhällsvård vilka legat till grund för regeringens satsning på att utveckla och stärka den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningens förslag om och formerna för ekonomisk ersättning till personer som utsatts för övergrepp eller försummelse i social dygnsvård bereds inom Regeringskansliet.

Sedan 2006 har Vanvårdsutredningen (S 2006:05) haft regeringens uppdrag att granska allvarliga övergrepp och vanvård vid institutioner och familjehem inom den sociala barn- och ungdomsvården. Utredningen lämnar sitt slutbetänkande i september 2011.

## 7.6 Budgetförslag

### 7.6.1 4:1 Personligt ombud

**Tabell 7.9 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor				
2010	Utfall	98 684	Anslags-sparande	10 888
2011	Anslag	104 460 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	97 907
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>104 460</b>		
2013	Beräknat	104 460		
2014	Beräknat	104 460		
2015	Beräknat	104 460		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FIU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

## Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud för kommunerna är en frivillig verksamhet vilket medför att antalet ombud kan variera något år från år. Socialstyrelsen redovisar emellertid en stabil utveckling och myndigheten beräknar att anslaget täcker nuvarande verksamhet.

**Tabell 7.10 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 104 460 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Personligt ombud* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget vardera åren till 104 460 000 kronor.

### 7.6.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

**Tabell 7.11 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifts- prognos	Anslags- sparande	
2010				53
2011	Anslag	323 012 <sup>1</sup>		288 012
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>353 326</b>		
2013	Beräknat	351 326		
2014	Beräknat	351 279		
2015	Beräknat	351 279		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,
- verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning,
- försöksverksamhet med service- och signalhundar,
- insatser för attitydförändring på arbetsmarknaden,
- insatser för familjer med barn med omfattande funktionsnedsättning,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- statistikutveckling inom funktionshindersområdet, samt
- vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning.

Statsbidrag till rådgivning och annat personligt stöd samt till tolktjänst utgår enligt finansieringsprincipen, dels för den utökade målgrupp som landstinget fick ansvar för när LSS trädde i kraft, dels för det utökade ansvar som landstingen samtidigt fick för tolktjänsten. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget till landstingen.

Tolktjänsten innebär en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl.

Statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation finansierar bidrag som går till landstingen för inköp både av den kommunikationsutrustning som användarna behöver och, i de fall utrustningen ska användas av närstående, den utrustning som de behöver. Socialstyrelsen meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget.

Statsbidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor går till Resurscenter Mo Gård AB som bildades 2003. Centret har avtal med staten och får bidrag för att ge stöd till landsting och kommuner i deras arbete med personer som är dövblinda.

Fördelningen till vissa verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning fastställs av regeringen. Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning.

### Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har i uppföljningar konstaterat att betydligt färre personer än väntat får tillgång till insatsen råd och stöd. Detta påverkar statsbidraget till landstinget.

Regeringen har i propositionen Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet (prop. 2009/10:176) bedömt att det ska genomföras en treårig försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Medel avsattes även för 2011.

Den fördelningsmodell för landstingens tolkverksamhet som infördes den 1 januari 2008 har utvärderats av Socialstyrelsen. Enligt utvärderingen har syftet med modellen uppnåtts – skillnaderna i landstingens sätt att finansiera tolktjänsten har minskat. Studien visar också att tolkbristen har sjunkit något (Förändrad statsbidragsmodell för tolktjänsten i landstingen, juli 2011). En särskild utredare har i uppdrag att kartlägga och analysera hur nuvarande reglering, finansiering, organisering och tillsyn av tolktjänst till barndomsdöva, vuxendöva, hörsel-skadade och dövblinda fungerar inom olika samhällsområden (dir. 2010:87). Utredningen beräknas avsluta sitt arbete senast den 1 november 2011.

Regeringen avser att förlänga försöksverksamheten med service- och signalhundar för att få fler observationer och därmed säkrare resultat. Ytterligare hundekipage utbildas t.o.m. 2012 och tiden för utvärdering förlängs t.o.m. 2014. Sammantaget beräknas kostnaderna för förlängningen uppgå till 2 350 000 miljoner kronor, varav 1 500 000 miljoner kronor för 2012.

För 2011 fastställde regeringen att följande verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning skulle få del av statsbidrag:

- Synskadades riksförbund (SRF) för Iris Hantverk AB:s sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder.
- SRF för punktskriftsutbildning för vuxna.
- Förbundet Sveriges Dövblinda (FSDB) och föreningen Fruktrådet för produktion av informationskällor för dövblinda personer.
- FSDB för kunskapsutveckling, nätverksbyggande och informationsspridning (kunskap om livsvillkoren för äldre personer med dövblindhet ska särskilt uppmärksammas).
- Stiftelsen Rikstolk-tjänst för att tillhandahålla tolkservice för förtroendevalda i vissa organisationer.
- Föreningen rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Ågrenska stiftelsen för riksverksamhet för familjer med barn som har sällsynta diagnoser.
- Handikapporganisationernas rekreationsanläggningar.

Myndigheten för vårdanalys bildades den 1 januari 2011. Myndigheten har även uppgifter inom socialtjänstens områden. Till följd av detta minskas detta anslag med 2 000 000 kronor 2012 och ytterligare 2 000 000 kronor 2013 och tills vidare. Anslaget 1:12 *Myndigheten för vårdanalys* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ökas med motsvarande belopp. Avsatta medel för socialtjänstens områden föreslås således uppgå till sammanlagt 5 miljoner

kronor för 2012 och beräknas uppgå till 7 miljoner kronor från och med 2013.

De 32 314 000 kronor, som under 2011 finansierat verksamheter som rymts inom det tidigare anslaget 4:3 *Bidrag för elektronisk kommunikation* utgiftsområde 9 Hälsovård sjukvård och social omsorg, föreslås flyttas till detta anslag. Skälen till detta är att de två anslagen slås ihop fr.o.m. 2012. Det förväntas leda till bättre överblick och förutsättningar för användningen av de medel som finansierar de verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2012 att detta anslag ökar med 30 314 000 kronor jämfört med 2011.

**Tabell 7.12 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>323 012</b>	<b>323 012</b>	<b>323 012</b>	<b>323 012</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-2 000	-4 000	-4 000	-4 000
Överföring till/från andra anslag	32 314	32 314	32 267	32 267
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>353 326</b>	<b>351 326</b>	<b>351 279</b>	<b>351 279</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 353 326 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* för 2012. För 2013 beräknas anslaget till 351 326 000 kronor, för 2014 och 2015 till 351 279 000 kronor respektive år.

### 7.6.3 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Anslaget upphör i och med att det slås ihop med anslag 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet*.

### 7.6.4 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

**Tabell 7.13 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

År	Utfall	Beräknat	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2010	Utfall	259 183	-3 183	
2011	Anslag	256 000 <sup>1</sup>		260 497
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>256 000</b>		
2013	Beräknat	267 000		
2014	Beräknat	267 000		
2015	Beräknat	267 000		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera bilstöd till personer med funktionsnedsättning som har rätt till stödet. Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

### Regeringens överväganden

**Tabell 7.14 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>256 000</b>	<b>256 000</b>	<b>256 000</b>	<b>256 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makroekonomiska förutsättningar				
Volym		11 000	11 000	11 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>256 000</b>	<b>267 000</b>	<b>267 000</b>	<b>267 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till vardera 267 000 000 kronor.

### 7.6.5 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 7.15 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

År	Utfall	Utveckling	Anslags-sparande	Utgifter
2010	Utfall	18 878 792	418 208	
2011	Anslag	20 160 000 <sup>1</sup>		19 941 000
2012	Förslag	21 044 000		
2013	Beräknat	22 202 000		
2014	Beräknat	23 443 000		
2015	Beräknat	24 712 000		

<sup>1</sup> Inklusivt ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för att finansiera kostnader för statlig assistansersättning.

Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionsnedsättning som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka. Personer som innan de fyllt 65 år beviljats assistansersättning får behålla ersättningen efter fyllda 65 år. Antalet assistanstimmar får däremot inte utökas. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt ersätter kostnaderna för de första 20 timmarna. Genom ersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser enligt LSS.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek. Timbeloppet för 2011 är 258 kronor. För 2012 är det 267 kronor.

### Regeringens överväganden

Omfattningen av personlig assistans och kostnaderna för assistansersättningen har underskattats. När assistansreformen infördes beräknades att varje person skulle beviljas i genomsnitt drygt 40 timmar i veckan och att cirka 7 000 personer skulle omfattas av insatsen. I december 2010 hade cirka 16 000 personer assistans med i genomsnitt 113 timmar.

Regeringen har beslutat om en rad åtgärder för att få bukt med kostnadsutvecklingen, se avsnitt 7.4.4 Utvecklingen av assistansersättning till personlig assistans.

**Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>20 160 000</b>	<b>20 160 000</b>	<b>20 160 000</b>	<b>20 160 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makroekonomiska förutsättningar	551 000	1 240 000	2 027 000	2 839 000
Volymer	333 000	802 000	1 256 000	1 713 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>21 044 000</b>	<b>22 202 000</b>	<b>23 443 000</b>	<b>24 712 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 044 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2012. För 2013 beräknas anslaget till 22 202 000 000 kronor, och för 2014 och 2015 beräknas anslaget till 23 443 000 000 kronor respektive 24 712 000 000 kronor.

## 7.6.6 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

**Tabell 7.17 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

2010	Utfall	1 810 238	Anslags-sparande	239 001
2011	Anslag	1 906 730 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 410 092
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 950 930</b>		
2013	Beräknat	1 927 530		
2014	Beräknat	1 904 030		
2015	Beräknat	1 701 830		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att genom riktade insatser inom äldreområdet öka de äldres valfrihet, trygghet och självbestämmande inom äldreomsorgen. Medel ges för att stimulera kommuner och landsting att utveckla kvalitén i äldreomsorgen, att höja kompetensen bland äldreomsorgens personal, att öka antalet platser i särskilt boende samt att stimulera fram nya boendeformer för ett tryggt boende för äldre. Medel ges också för att införa förslagen om en nationell värdegrund samt till olika typer av insatser för att öka kunskapen inom äldre-

området. Från anslaget utbetalas även statsbidrag till pensionärs och anhörigorganisationer, samt till kommun- och landstingssektorn i enlighet med överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om evidensbaserad praktik samt prestations- och resultatbaserade statsbidrag.

### Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2012 för ramanslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 470 000 000 kronor 2013–2015.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska administreras av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) samt investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende och trygghetsboende för äldre som ska administreras av Boverket.

**Tabell 7.18 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusentals kronor

	Utfall 2010	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014–2015
Ingående åtaganden		465 700	472 750	468 000	245 500
Nya åtaganden		259 600	221 800		
Infriade åtaganden		-252 550	-226 550	-222 500	-143 300
Utestående åtaganden	416 236	472 750	468 000	245 500	102 200
<b>Erhållet/förslaget bemyndigande</b>	<b>648 000</b>	<b>470 000</b>	<b>470 000</b>		

Anmärkning: Beloppen är avrundade och överensstämmer därför inte alltid med summan.

## Regeringens överväganden

Regeringens satsningar inom äldreområdet fortsätter. I budgetpropositionen för 2009 (prop. 2009/10:1, bet. 2009/10:SoU1, rskr. 2009/10:131) beslutade riksdagen om en särskild satsning på äldreomsorg som bl.a. innebär en anslagsförstärkning för ett program för god äldreomsorg där regeringen stödjer huvudmännen i ett systematiskt förbättringsarbete för att omsätta kunskaper till praktisk handling. Till följd av detta ökar detta anslag 2012 med 50 000 000 kronor.

Med anledning av ändrade bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453) om personer som vårdar eller stödjer närstående aviserades i budgetpropositionen för 2011 att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner skulle öka med cirka 300 000 000 kronor från och med 2011 samtidigt som anslaget 5:1 (fr.o.m. 2012 anslag 4:5) *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* skulle minska med motsvarande belopp. Av medlen ska Socialstyrelsen tilldelas 2 200 000 kronor årligen under perioden 2012–2014 för uppdraget att följa upp bestämmelsen och årligen lämna en rapport till regeringen. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 minskar därför med 2 200 000 kronor per år under perioden 2012–2014 samtidigt som detta anslag ökar med motsvarande belopp under dessa år.

Regeringen prioriterar i denna proposition bl.a. åtgärder för att möta inbromsningen i ekonomin, åtgärder för varaktigt högre tillväxt och sysselsättning samt åtgärder för att välfärden ska komma alla till del. För att bidra till detta föreslås att vissa anslag minskas. Detta gäller bl.a. anslag 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* som minskas med 8 000 000 kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2012 att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökar med 44 200 000 kronor jämfört med 2011.

**Tabell 7.19 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>1 906 730</b>	<b>1 906 730</b>	<b>1 906 730</b>	<b>1 906 730</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	44 200	20 800	-2 700	-204 900
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 950 930</b>	<b>1 927 530</b>	<b>1 904 030</b>	<b>1 701 830</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 950 930 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 1 927 530 000 kronor, 1 904 030 000 kronor respektive 1 701 830 000 kronor.

## 7.6.7 4:6 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 7.20 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2010	Utfall	794 043		-47 786
2011	Anslag	835 543 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	802 841
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>847 775</b>		
2013	Beräknat	851 299 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	871 409 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	899 738 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 847 775 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 847 775 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 847 775 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Statens institutionsstyrelses (SiS) förvaltningskostnader. SiS är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbruksvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring

två tredjedelar med avgifter, medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag. SiS har även i uppdrag att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

**Tabell 7.21 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2010	0	1 390 300	2 184 343	-794 043
Prognos 2011	0	1 285 000	2 105 000	-820 000
Budget 2012	0	1 299 000	2 125 000	-826 000

**Tabell 7.22 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2010 (varav tjänsteexport)	96 702	96 702	0
Prognos 2011 (varav tjänsteexport)	4 000	4 000	0
Budget 2012 (varav tjänsteexport)	0	0	0

### Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att SiS fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010. Inriktningen för myndighetens verksamhet bör i stort kvarstå.

SiS gjorde ett negativt ekonomisk resultat 2010 med en anslagsförbrukning som översteg tillgängliga medel med 48 miljoner kronor. Underskottet har minskat med 13 miljoner kronor sedan föregående år. SiS har fortsatt de åtgärder som påbörjades under 2009 i syfte att uppnå balans mellan utbud och efterfrågan på vårdplatser och skapa större flexibilitet i verksamheten. Regeringen har låtit Statskontoret och Ekonomistyrningsverket utreda SiS finansieringsmodell (S2009/9138/FST, S2010/9059/FST). Regeringen gör bedömningen att finansieringsmodellen för SiS behöver förtydligas i syfte att stärka myndighetens förutsättningar att långsiktigt och effektivt styra verksamheten.

De ändamål och verksamheter som avser Institutet för kunskaps- och metodutveckling vid Linnéuniversitetet som finansierats via detta anslag flyttas till utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, anslag 2:24 *Linnéuniversitetet: Forskning och forskarutbildning*.

Därmed minskas detta anslag med 800 000 kronor och anslaget 2:24 *Linnéuniversitetet: Forskning och forskarutbildning* ökas med motsvarande belopp.

**Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>835 543</b>	<b>835 543</b>	<b>835 543</b>	<b>835 543</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	8 225	9 108	29 061	57 169
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag	-800	-801	-820	-846
Övrigt	4 807	7 449	7 625	7 873
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>847 775</b>	<b>851 299</b>	<b>871 409</b>	<b>899 738</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2011 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 847 775 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2012. För 2013 beräknas anslaget till 851 299 000 kronor, och till 2014 och 2015 beräknas anslaget till 871 409 000 kronor respektive 899 738 000 kronor.

### 7.6.8 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 7.24 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags- sparande	Resultat
2010	Utfall	279 473		3 357
2011	Anslag	191 692 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	188 640
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>360 881</b>		
2013	Beräknat	570 881		
2014	Beräknat	722 881		
2015	Beräknat	722 881		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera bidrag för utveckling av socialt arbete genom bl.a. satsning på evidensbaserad praktik i socialtjänsten, sats-

ning för att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser och brukarinflytande, satsning på hemlöshet, nya bestämmelser för att stärka förutsättningarna för och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården samt andra särskilda tillfälliga åtgärder i samma syfte, reformering av försörjningsstödet, bidrag för att utveckla samverkan med idéburna organisationer, bidrag till statistiska undersökningar, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer, bidrag till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor.

### Regeringens överväganden

Regeringen föreslår i denna proposition en kraftfull satsning på att bl.a. stärka skyddet för barn och ungdomar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Förslaget innebär att detta anslag ökas med 140 000 000 kronor för 2012.

Regeringen föreslår vidare att 8 000 000 kronor ska avsättas till fortsatt arbete med att motverka hemlöshet och utestängning på bostadsmarknaden. Förslaget innebär att detta anslag ökas med 8 000 000 kronor för 2012.

Regeringen avser att under 2011 besluta om en proposition avseende dödsfallsutredningar när kvinnor har avlidit med anledning av brott i nära relationer. Till följd av detta minskas anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* med 693 000 kronor 2011 och föreslås att minskas ytterligare med 693 000 kronor för 2012. Anslaget 7:1 *Socialstyrelsen* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ökades till följd av detta med 625 000 kronor under 2011 och föreslås ökas ytterligare med 700 000 kronor under 2012.

Socialstyrelsen administrerar det stöd som utgår i enlighet med förordning (1998:1814) om statsbidrag till organisationer på det sociala området. De medel som utbetalas i enlighet med förordningen kommer från flera anslag. Regeringens ambition är att samla dessa medel på ett anslag och föreslår därför en omfördelning som innebär att detta anslag ökas med 39 582 000 kronor. Medlen överförs från anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska insatser* – ett anslag som upphör från och med 2012.

Sedan ett antal år pågår ett arbete med öppna jämförelser inom socialtjänstens olika verksamheter. Socialstyrelsen har ansvar för att utveckla detta arbete som nu utgör en kärnverksamhet. Regeringen föreslår därför att finansieringen av arbetet flyttas till Socialstyrelsens förvaltningsanslag. Detta anslag minskas därmed med 17 700 000 kronor medan anslaget 7:1 *Socialstyrelsen* ökar med motsvarande belopp.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2012 att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete* ökar med 169 189 000 kronor jämfört med 2011.

**Tabell 7.25 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>191 692</b>	<b>191 692</b>	<b>191 692</b>	<b>191 692</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	147 307	357 307	509 307	509 307
Överföring till/från andra anslag	21 882	21 882	21 882	21 882
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>360 881</b>	<b>570 881</b>	<b>722 881</b>	<b>722 881</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2010 (bet. 2010/11:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 360 881 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2012. För 2013 beräknas anslaget till 570 881 000 kronor, och till 2014 och 2015 beräknas anslaget till 722 881 000 kronor respektive år.



## 8 Barnrättspolitik

### 8.1 Omfattning

Konventionen om barnets rättigheter – barnkonventionen – är utgångspunkten för regeringens politik för barnets rättigheter. Barnkonventionen är en del av det internationella system för skydd av de mänskliga rättigheterna som byggts ut och utvecklats under decennier, i syfte att garantera den enskilde skydd från ingrepp i de grundläggande friheterna, mot övergrepp samt för att tillgodose grundläggande behov. Regeringens långsiktiga mål är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna, inklusive barnets rättigheter, i Sverige. All lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.

Barnrättspolitik syftar till att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i barnkonventionen. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Barnrättspolitik är sektorsövergripande. Detta innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik liksom alla verksamheter som berör barn.

För att barnkonventionens intentioner ska realiseras krävs insatser inom politiken på alla de områden där barn är berörda. Barnrättspolitik omfattar också vissa frågor som rör internationella adoptioner.

Inom ramen för barnrättspolitikens område finns myndigheterna Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Barnombudsmannen har till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner samt utövar tillsyn över dessa sammanslutningar. Vidare ansvarar myndigheten bl.a. för information i frågor om internationella adoptioner.

Bidrag till kostnader för internationella adoptioner lämnas under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutveckling inom område 9 Barnrättspolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2010	Budget 2011 <sup>1</sup>	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
5:1 Barnombudsmannen	18	18	18	21	21	22	22
5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	14	15	15	15	15	15	16
5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	17	14	14	31	24	24	24
<b>Summa Barnrättspolitik</b>	<b>49</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>62</b>

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

### 8.3 Mål

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

### 8.4 Resultatredovisning

#### 8.4.1 Övergripande åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige

Nedan presenteras de övergripande åtgärder som regeringen vidtagit under 2010 för att skapa förutsättningar för genomförandet av barnets rättigheter i Sverige både på nationell, regional och lokal nivå.

#### Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige

I juni 2010 överlämnade regeringen ett förslag till riksdagen om en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232). Regeringen föreslog att strategin ska ersätta den av riksdagen godkända strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige som har gällt sedan 1999 (prop. 1997/98:182). I december 2010 godkände riksdagen den av regeringen föreslagna strategin (betänkande 2010/11:SoU3).

Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige utgår från de mänskliga rättigheter som varje barn upp till 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser, särskilt de åtaganden som följer av barnkonventionen. Den innehåller nio principer som uttrycker grundläggande förutsättningar och arbetssätt för att stärka barnets rättigheter:

- All lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen.
- Barnets fysiska och psykiska integritet ska respekteras i alla sammanhang.
- Barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem.
- Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken.
- Föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap.
- Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och

omsätta denna kunskap i berörda verksamheter.

- Aktörer inom olika verksamheter som rör barn ska stärka barnets rättigheter genom samverkan.
- Aktuell kunskap om barns levnadsvillkor ska ligga till grund för beslut och prioriteringar som rör barn.
- Beslut och åtgärder som rör barn ska följas upp och utvärderas utifrån ett barnrättsperspektiv.

Strategin ska vara en utgångspunkt och vägledning för alla offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå när de i sina verksamheter ska genomföra och säkerställa barnets rättigheter. Den vänder sig således till riksdagen, regeringen, statliga myndigheter och förvaltning, landsting och kommuner. Rättsväsendet har i detta sammanhang en viktig roll i att säkerställa barnets rättigheter utifrån gällande lagstiftning.

Strategin syftar till att stärka barnets rättigheter inom alla berörda områden och verksamheter på statlig och kommunal nivå. De åtgärder som genomförs utifrån strategin kommer att se olika ut för olika aktörer och förändras i takt med samhällsutvecklingen, omvärldsförändringar och kunskapen om barns levnadsvillkor.

För regeringens del kommer strategin att vara vägledande för regeringens kommande arbete för barnets rättigheter och för prioriteringarna inom barnrättspolitikerna.

#### Kartläggning av svensk lagstiftnings överensstämmelse med barnkonventionen

Lagstiftningen är statens främsta instrument för att garantera att barnets rättigheter tillgodoses i verksamheter, beslut och åtgärder som rör det enskilda barnet och barn som kollektiv. All lagstiftning som rör barn ska därför utformas i överensstämmelse med normerna i barnkonventionen och andra internationella traktat som reglerar barnets rättigheter som Sverige har ratificerat.

Regeringen ser ett behov av samlad kunskap inför framtida överväganden och beslut för att genomföra regeringens barnrättspolitik. Regeringen har därför initierat en kartläggning för att belysa svensk lagstiftnings och praxis överens-

stämmelse med de i barnkonventionen fastslagna rättigheterna.

### **En överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting om att stärka barnets rättigheter**

Det är i kommuner och landsting som de allra flesta beslut som påverkar barn fattas, liksom beslut som har direkt inverkan på barns vardag och livssituation. Regeringen har därför ingått en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL) i syfte att intensifiera och utveckla arbetet med barnets rättigheter i verksamheter inom kommuner och landsting (S2010/4938/FST). Barnombudsmannen ska bistå SKL i genomförandet av överenskommelsen. Överenskommelsen ska främja ett helhetstänkande i arbetet med barnets rättigheter och syfta till att öka kunskapen om hur barnets rättigheter kan förverkligas i verksamheterna i landsting och kommuner. Överenskommelsen gäller under åren 2010–2013 och omfattar kartläggning samt framtagande, genomförande och uppföljning av en handlingsplan för att stärka barnets rättigheter i kommuners och landstings verksamheter. Handlingsplanen ska utgå från och konkretisera strategins principer. Tanken är att handlingsplanen ska vara ett stöd för och ge inspiration till kommuners och landstings arbete med strategin. SKL har under 2010 genomfört ovan nämnda kartläggning av behov och efterfrågan avseende fortbildning och andra stödinsatser om barnkonventionen och dess tillämpning i olika verksamheter som lämnades till regeringen i december 2010.

### **Tematiska dialoger för ökad samsyn och samordning i barnrättsfrågor**

Regeringen har tagit initiativ till återkommande temadialoger med Barnombudsmannen, SKL, frivilligorganisationer som arbetar för barnets rättigheter och andra relevanta aktörer utifrån de rekommendationer om hur Sverige ytterligare kan stärka barnets rättigheter som kommittén för barnets rättigheter – barnrättskommittén – lämnade till Sverige i juni 2009. Syftet med temadialogerna är att bidra till en ökad samsyn och samordning i frågor som rör barnets rättigheter. Dialogerna är också avsedda att utgöra en

grund för regeringens nästa rapportering till barnrättskommittén 2012. Under 2010 hölls två temadialoger om stärkandet av barnets rättigheter genom lagstiftning.

Kommuner och landsting har ansvaret för de flesta av verksamheterna som rör barns levnadsvillkor och säkerställandet av deras rättigheter. Det är därför mycket angeläget att samverka på kommunal nivå och att utbyta erfarenheter inom den egna verksamheten men även med andra berörda aktörer med utgångspunkt i barnets rättigheter. Regeringen har därför givit ekonomiskt stöd till uppbyggnad och genomförande av de första Barnrättsdagarna i juni 2010, som är ett samarbete mellan Barnombudsmannen, Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnrättsakademien vid Örebro universitet. Syftet med Barnrättsdagarna är att via tematiserade årliga konferenser sprida kunskap och inspirera till ett fördjupat arbete med att genomföra barnkonventionen i kommuner och landsting/regioner. Målgruppen är politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare i ledande ställning inom både stat, kommun och landsting vars arbete rör barn, men även praktiker och organisationsföreträdare som har intresse av barnrättsfrågor. Medlen avsåg bl.a. bidrag till att sprida information om Barnrättsdagarna, främst genom att utveckla en webbplats. Temat för 2010 var uppföljning och utvärdering och intresset för dagarna var mycket stort.

### **Ett nytt uppföljningssystem för barnrättspolitiken**

Regeringen anser att det är av stor vikt att ha tillgång till aktuell kunskap om barns levnadsvillkor och att en central uppgift för barnrättspolitiken är att ge en helhetsbild av barns levnadsvillkor. Det finns ett behov av att utveckla indikatorer och statistisk information för uppföljning av barnrättspolitiken.

Det finns redan i dag en stor mängd uppgifter om barns levnadsvillkor, men uppgifterna är spridda på olika aktörer och samordningen behöver förstärkas ytterligare. Barnombudsmannen har därför fått i uppdrag att utveckla ett relevant och användarvänligt uppföljningsverktyg (en plattform) för att samla befintlig statistik om barns levnadsvillkor med utgångspunkt i barnets rättigheter. Syftet är att samla befintlig statistik och information som tas fram efter hand för att på så vis skapa en samlad bild av lev-

nadsomständigheterna för barn i Sverige (S2009/9848/FST). Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2011.

Beslutsfattare och tjänstemän vars arbete rör barn behöver systematiskt skaffa sig kunskap om hur barnets rättigheter tillgodoses inom respektive område. Uppföljningssystemet ska därför inte enbart kunna användas för att i efterhand följa utvecklingen av barns levnadsvillkor på olika nivåer, utan ska även kunna användas av beslutsfattare för att prioritera insatser så att de vidtas på de områden som är mest relevanta för barnen. Indikatorerna i uppföljningssystemet ska därför göras lättillgängliga för aktörer vars arbete rör barn. Aktörer på lokal och regional nivå ska vidare stimuleras till att använda uppföljningsverktyget. Statistiska centralbyrån (SCB) har fått i uppdrag att utifrån målområdena i uppföljningssystemet beräkna indikatorer inom de målområden som uppföljningssystemet består av. Indikatorerna kommer att vidareutvecklas och berörda myndigheter och forskare kommer då involveras.

### **Sprida kunskap om barnkonventionen**

För att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses behöver barn ha kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken. Det förutsätter bl.a. att information om barnets rättigheter ska finnas och vara anpassad till barns olika behov och förutsättningar. Det har funnits brister i barnkonventionens tillgänglighet för barn, varför regeringen har givit Barnombudsmannen i uppdrag att översätta konventionen till de nationella minoritetsspråken meänkieli, samiska, romani chib och jiddisch med lämpliga varianter samt att göra konventionstexten tillgänglig för personer med olika funktionsnedsättningar. I uppdraget ingick också att producera en barnanpassad version av barnkonventionen samt att ta fram en plan för spridning av materialet.

I december 2010 redovisade Barnombudsmannen uppdraget till regeringen. Urvalet av språkvarianter har gjorts i samråd med Språkrådet, Sametinget och olika nationella minoritetsföreningar. För att göra barnkonventionen tillgänglig för barn med hörselnedsättning eller hörselskada har en teckentolkad barnanpassad version av barnkonventionen publicerats på Barnombudsmannens webbplats. Där finns också en lättläst version av barnkonventionen

och funktioner för att exempelvis förstora text och lyssna till innehållet som ska underlätta för personer med läs- och skrivsvårigheter eller synskada. En affisch med barnkonventionen för barn och ungdomar har också skickats ut till drygt 5 000 grundskolor. Affischer på de flesta nationella minoritetsspråken kan beställas på Barnombudsmannens webbplats.

Riksdagen har beslutat om ny skollag, Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet (prop. 2009/10:165). Genom denna stärks barnets rättigheter och intressen i flera avseenden. I propositionen betonas att Sveriges internationella förpliktelser när det gäller de mänskliga rättigheterna bör vara vägledande för och genomsyra hela skolväsendet. En av dessa internationella förpliktelser är barnkonventionen. I de övergripande målen i skollagen ingår därför att utbildningen ska förmedla och förankra respekt för de grundläggande demokratiska värderingar och de mänskliga rättigheter som det svenska samhället vilar på. Utbildningen ska också utformas i överensstämmelse med dessa. De som verkar inom utbildningen måste ha kunskap om och aktivt och medvetet förmedla dessa värderingar och rättigheter till barn och elever och stimulera dem till att förverkliga värderingarna. I den nya skollagen införs vidare en bestämmelse om särskild hänsyn till barnets bästa. I motiven till bestämmelsen anges att utbildningen ska utformas i överensstämmelse med barnets rättigheter så som de finns uttryckta i barnkonventionen. Bestämmelsen rör all verksamhet som skollagen omfattar och gäller alla barn, oavsett ålder, mognad eller andra förutsättningar. Barnets rättigheter och intressen lyfts fram även inom andra områden, däribland i de frågor som rör barns och elevers inflytande. De vuxna i förskolan och skolan ska arbeta för att undanröja hinder för delaktighet och inflytande samt stödja och skapa förutsättningar för barnen och eleverna att engagera sig i sin arbetsmiljö och i frågor som rör den.

### **8.4.2 Särskilda åtgärder för att stärka barnets rättigheter i Sverige**

Nedan presenteras ett antal åtgärder som genomförts under 2010 inom några områden som regeringen särskilt vill lyfta fram utifrån ett barnrättsperspektiv – att motverka våld och andra övergrepp mot barn, stöd i föräldraskapet,

den sociala barn- och ungdomsvården samt mottagandet i Sverige av nyanlända barn.

Vid sidan av detta har regeringen också på andra områden genomfört insatser för barn och barns rättigheter. Dessa redovisas under respektive område i statens budget (utbildningspolitiken, socialtjänstpolitiken, migrationspolitiken, etc.)

### **Att motverka våld och andra övergrepp mot barn**

Barn kan drabbas av våld som utövas av närstående, av andra vuxna eller av barn. Det drabbar barn i alla åldrar, från spädbarn till ungdomar. Det kan ske i olika miljöer och sammanhang såsom i hemmet, i skolan, på fritiden och genom olika sociala medier. Barn som växer upp i hem där det förekommer våld riskerar inte bara att själva drabbas direkt av våldet utan kan också påverkas genom att bevittna våld som begås av eller mot närstående personer. Barn har rätt att skyddas mot allt slags våld och övergrepp. Regeringen har därför vidtagit ett flertal initiativ för att förebygga våld mot barn.

Kunskap om attityder till och förekomsten av våld mot barn inom familjen ska stå till grund för regeringens och berörda myndigheters samt övriga specialisters arbete på området. Regeringen har i juni 2010 beviljat Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel bl.a. för att genomföra nationella studier om barns och föräldrars attityder till och erfarenheter av kroppslig bestraffning och andra bestraffningsmetoder. Inom ramen för de beviljade medlen ska även ett informationsmaterial tas fram och spridas för att öka kunskapen om försummelse och barnmisshandel bland berörda yrkesgrupper i syfte att öka möjligheterna till tidig upptäckt. Uppdraget ska i sin helhet redovisas i januari 2012 (S2010/1783/FST). Regeringen har, också i juni 2010, dessutom givit Brottsförebyggande rådet (Brå) i uppdrag att kartlägga omfattningen och utvecklingen av misshandel av små barn under perioden 2000–2009. Uppdraget ska redovisas den 31 oktober 2011 (S2010/4932/FST). Regeringen har allt sedan införandet av det s.k. agaförbudet 1979 vid olika tillfällen beviljat medel för studier av detta slag. Den senaste undersökningen gjordes 2006. Det arbete som Allmänna Barnhuset och Brå nu beviljats medel för att utföra, är betydelsefullt för möjligheterna att följa utvecklingen och få färsk kunskap vad gäller

attityder till och erfarenheter av kroppslig bestraffning.

I januari 2010 gav regeringen Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i uppdrag att genomföra en kartläggning av tillgängliga insatser i Sverige för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn, respektive för att genomföra en utvärdering av effekterna av behandlingsmetoder för dessa personer (S2010/886/FST). Uppdragen redovisades i januari 2011. Av redovisningarna framgår bl.a. att det finns en stor brist på kunskap om effektiva medicinska och psykologiska behandlingsmetoder för dessa personer. Kartläggningen och utvärderingen utgör tillsammans ett viktigt underlag för regeringen i de fortsatta övervägandena av vilka åtgärder det fortsättningsvis kan finnas ett behov av på detta område.

Det är också angeläget att föräldrar får kunskap om de rättigheter barn har när det gäller skyddet av deras fysiska och psykiska integritet samt vad dessa rättigheter innebär för föräldrar och vårdnadshavare. Det är särskilt viktigt att nå blivande och nyblivna föräldrar.

Med medel som ställts till förfogande av regeringen har Karolinska sjukhuset för andra året i rad drivit projektet Mental vaccination. Projektet har bl.a. inneburit utbildning av sjukhuspersonal inom Stockholms läns landsting och av blivande föräldrar om de mycket allvarliga riskerna för barnets hälsa som skakning av ett spädbarn innebär. Inom projektet har också sjukhuspersonal utbildats i hur man på bästa sätt informerar de blivande föräldrarna om dessa risker samt hur man kan identifiera barn som har blivit utsatta. Både sjukhuspersonalen och föräldrarna har kontaktats periodiskt efter utbildnings- och informationstillfällena för att utvärdera resultaten av den kunskap de fått. Den s.k. interventionen (utbildningen och informationen) är nu avslutad. Vad som återstår i projektets slutfas är studien av effekterna på den senaste gruppen av föräldrar under våren 2011, när deras barn har fyllt nio månader samt vidare spridning av kunskaperna.

### **Stöd i föräldraskapet**

Föräldrarna står närmast barnet och ska se till barnets behov och bevaka dess rättigheter. Det är därför viktigt att föräldrar får kunskap om de rättigheter barn har och vad dessa rättigheter

innebär, liksom att det finns möjligheter till olika slags föräldrastöd.

Regeringen gav i juni 2010 Barnombudsmanen i uppdrag att ta fram och sprida ett informationsmaterial till föräldrar och blivande föräldrar om barnets rättigheter i enlighet med barnkonventionen. Informationen ska utgå från de rättigheter som barn har enligt barnkonventionen och ge stöd i hur föräldrar och blivande föräldrar kan skapa en relation till sitt barn präglad av respekt för barnet. Informationen ska också omfatta frågor kring hur man som förälder kan agera för att undvika sådant som strider mot barnets rättigheter och som kränker barnets integritet. Materialet ska kunna användas i verksamheter som kommer i kontakt med föräldrar och blivande föräldrar, såsom mödrahälsovården och barnhälsovården och andra verksamheter för föräldrastöd. Informationsmaterialet ska redovisas för regeringen senast den 30 september 2011. Uppdraget i sin helhet ska redovisas senast den 31 december 2012 (S2010/4933/FST).

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) har under 2010 låtit producera filmen *Se mig som jag är* som spelats in vid två barnhem i Afrika respektive i Sydamerika. Filmen ska användas i utbildningssammanhang dels för yrkesverksamma som möter adopterade barn och deras familjer, dels för blivande adoptivföräldrar. Filmen ska ge en inblick i hur tillvaron kan ha gestaltat sig för barn före adoptionen och därmed bidra till ökad förståelse för barnet och hans eller hennes behov.

Barnens Rätt I Samhället (BRIS) har i december 2010 givit in en redovisning till regeringen avseende de medel organisationen i december 2009 fick för den fortsatta utvecklingen av internetbaserad rådgivning för föräldrar och andra vuxna – Barnperspektivet.se. Syftet med arbetet med att bygga upp webbplatsen är att erbjuda ett lättillgängligt stöd till föräldrar och andra vuxna, både i privat och professionellt syfte. Regeringen har därefter, i februari 2011, beviljat BRIS ytterligare medel som bidrag för det slutliga utvecklandet av denna rådgivning. En redovisning av hur medlen använts ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast i början av december 2011 (2010/8456/FST).

Regeringen fattade 2009 beslut om en nationell strategi för föräldrastöd. En vinst för alla, som syftar till att stärka och utveckla det generella föräldrastödet. Under 2010 har regeringen vidtagit ytterligare insatser inom ramen för stra-

tegin (se vidare utgiftsområde 9, Folkhälso-politik).

### Den sociala barn- och ungdomsvården

Sedan flera år pågår ett arbete för att stärka barnets rättigheter i den sociala barn- och ungdomsvården. År 2010 tog Socialstyrelsen över ansvaret för tillsynen över den sociala barn- och ungdomsvården från länsstyrelserna. Sedan dess gäller Socialstyrelsen vid inspektioner, som ska ske minst två gånger per år, av HVB (hem för vård eller boende) som tar emot barn eller unga ska samtala med de barn och unga som samtycker till det. Sådana samtal utgör en viktig del i tillsynen. Socialstyrelsens inspektörer har under 2010 samtalat med 1 367 barn och ungdomar i HVB, som genom sina berättelser har bidragit till att brister och missförhållanden på HVB uppmärksammas vilket lett till att Socialstyrelsen har gått vidare och krävt åtgärder av verksamheterna (Tillsynsrapport 2011). Också Barnombudsmanen har på regeringens uppdrag under 2010 träffat och lyssnat till drygt 100 barn och ungdomar som är placerade i familjehem eller HVB (Barnombudsmannens årsrapport 2011 *Bakom fasaden – Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar*). Barnombudsmanen har funnit allvarliga brister sett ur barnens perspektiv.

I enlighet med en ny bestämmelse i Socialtjänstförordningen (2001:937) har Socialstyrelsen tagit fram informationsmaterial som vänder sig direkt till barn och unga som bor i familjehem eller HVB. Informationen handlar om barnets rättigheter och innehåller telefonnummer och andra kontaktuppgifter dit barn kan vända sig om de inte får gehör för sina synpunkter hos socialtjänsten. Under perioden april till december 2010 hörde ca 120 barn av sig via e-post eller telefon.

På uppdrag av regeringen genomför Socialstyrelsen från och med 2010 en treårig försöksverksamhet med personligt tillsynsombud, som ska träffa barnet minst fyra gånger per år eller oftare om barnet så önskar. Ungefär 60 barn placerade i familjehem ingår i försöksverksamheten, som utvärderas fortlöpande.

För en utförlig redovisning av vidtagna åtgärder och resultat hänvisas till Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning.

## Mottagandet i Sverige av nyanlända barn

Barnombudsmannen har, som nämnts ovan, under 2010 haft ett regeringsuppdrag att inhämta placerade barns och ungdomars åsikter och erfarenheter. I detta arbete har Barnombudsmannen träffat ett antal ensamkommande asylsökande barn och ungdomar. Regeringen har, genom ett möte mellan dessa barn och ungdomar och barnministern, fått tillfälle att direkt få ta del av barnens och ungdomarnas berättelser och åsikter. Av Barnombudsmannens arbete framgår att barnen och ungdomarna känner ensamhet, saknad och en stark önskan om omvårdnad när man befinner sig långt hemifrån utan sin familj. Känslan av att vara isolerad från samhället beskrivs som stark. Skolgången fyller en viktig funktion och är det som står för stabilitet och barnens och ungdomarna tar också skolan på stort allvar (Barnombudsmannens årsrapport 2011 Bakom fasaden – Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar).

Socialstyrelsen har under 2010 i sin tillsyn inspekterat hem för vård eller boende (HVB) för ensamkommande barn och ungdomar och konstaterat att brister i rättssäkerhet, delaktighet och säkerhet oftare förekommer på boenden för ensamkommande barn än i övriga HVB (Tillsynsrapport 2011). Kunskap saknas, enligt Socialstyrelsen, många gånger om att samma lagstiftning gäller för dessa barn och ungdomar som för andra. Individuella bedömningar om hur verksamheten kan tillgodose individens behov görs enligt Socialstyrelsen endast vid drygt 40 procent av boendena som tar emot ensamkommande barn. Motsvarande siffra för övriga HVB är dubbelt så hög. Emellertid visar tillsynen att det också finns goda exempel på boenden med ett gott mottagande och hög kvalitet i verksamheten. Ett utvecklingsarbete pågår i vissa kommuner.

### 8.4.3 Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannen ska företräda barn och ungas rättigheter och intressen samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i samhället. Barnombudsmannen ska särskilt uppmärksamma att lagar och författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

Under 2009 var frågor som rör rättsäkerheten och delaktigheten för barn och unga på särskilda ungdomshem ett prioriterat område för Barnombudsmannen. Ett annat prioriterat område var att öka barns kännedom om sina rättigheter. Barnombudsmannen framförde bl.a. att den nuvarande lagstiftningen som rör placerade barn saknar ett tydligt rättighetsperspektiv som utgår från barnets situation och vad barnet har rätt att förvänta sig av vården. Detta har följts upp i årsrapporten för 2010 samt genom central och regional dialog med chefer inom Statens Institutionsstyrelse och Socialstyrelsen under 2010.

Under 2010 har Barnombudsmannen vidare haft barn och unga i den sociala barnvården som fördjupningsområde. Myndigheten samlade bl.a. ett expertråd med barn och unga med erfarenhet av den sociala barnvården. Regeringsuppdraget om att inhämta placerade barns och ungdomars åsikter och erfarenheter ingick också i fördjupningsområdet, se ovan. Vidare har samtliga kommuner fått en enkät med frågor om hur kommunen på nämndnivå följer upp den sociala barnvården. Resultatet av myndighetens samlade arbete för barn och unga i den sociala barnvården presenterades i mars 2011 genom Barnombudsmannens årsrapport Bakom fasaden – Barn och ungdomar i den sociala barnvården berättar. En folder om placerade barns rättigheter har också tagits fram och spridits till samtliga barn på HVB och i familjehem.

Barnombudsmannens rättsliga befogenheter har använts vid tre tillfällen under året. Tio kommuner kallades till dialog om skolhuvudmannens ansvar i arbetet mot kränkande behandling i skolan och lika många till en dialog om kommunernas mottagande av ensamkommande barn. Sammanställningar från dialogen om kränkande behandling med konkreta rekommendationer har sänts till samtliga kommuner. De rättsliga befogenheterna användes också för att inhämta information om hur samtliga tandvårdskliniker i Folk tandvården agerar vid misstanke om att barn far illa, som presenterades i rapporten Tandvården och barn som far illa. I rapporten pekade Barnombudsmannen bl.a. på att ytterligare åtgärder krävs för att säkerställa att personal i vården har kunskap om hur de ska upptäcka barn som far illa och hur de ska agera vid misstanke om att barn utsätts för övergrepp och/eller omsorgs-svikt.

Myndigheten har haft en fördjupad dialog med flera myndigheter som är centrala utifrån ett

rättighetsperspektiv: Migrationsverket, Kronofogdemyndigheten, Konsumentverket samt de tre skolmyndigheterna. Barnombudsmanen har också varit pådrivande i myndighetsnätverket för barn och unga där drygt tjugo myndigheter numera ingår. Vidare har myndigheten arbetat med frågor som rör asylsökande barn bl.a. genom en fördjupad dialog med Migrationsverket och Rädda Barnen kring mottagningsystemet för ensamkommande asylsökande barn. Andra frågor som varit aktuella under 2010 är barnperspektiv i etermedia och de skuldsättningsproblem som det solidariska skadeståndsansvaret kan medföra för barn och unga. Den sjätte upplagan av Upp till 18 om barnstatistik publicerades under 2010.

#### 8.4.4 Myndighetens för internationella adoptionsfrågor verksamhet

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, MIA, ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. MIA är också centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

Under 2010 förmedlades totalt 655 utländska barn – 267 flickor och 388 pojkar – för adoption genom de auktoriserade adoptionssammanslutningarna. Numera är de barn som blir föremål för internationell adoption, till Sverige såväl som till andra länder, ofta äldre eller har något i förväg känt särskilt behov såsom en diagnostiserad sjukdom eller ett funktionshinder. Även barn över tre-fyra års ålder och syskongrupper betraktas vanligen som barn med särskilda behov.

En av MIA:s huvuduppgifter är att pröva auktorisationsansökningar från adoptionssammanslutningar och att utöva tillsyn över dem. Som ett led i sin tillsyn har MIA under 2010 besökt Nigeria, Madagaskar och Kenya. Vid dessa besök har bl.a. kostnadsutvecklingen i länderna analyserats.

MIA har genomfört utbildningsinsatser för berörda yrkesverksamma, bl.a. inom barnhälsovården och socialtjänsten. MIA har också givit stöd och information till adopterade som vill söka sitt ursprung, ett arbete som f.n. är under utveckling.

MIA har som nämnts ovan under 2010 låtit producera filmen *Se mig som jag är*, som ska användas i utbildningssammanhang. Syftet med filmen är att ge inblick i hur tillvaron kan ha gestaltat sig för barn före adoptionen, och därmed bidra till ökad förståelse för barnet och hans eller hennes behov.

År 2008 gav MIA, med särskilda medel från regeringen, i uppdrag till en barn- och familjeforskare vid Linköpings universitet att ta fram en skrift om adoptionernas historia. Detta arbete redovisades till regeringen den 1 november 2010. Skriften fick positiv respons bland adoptionsammanslutningarna och andra som berörs av och intresserar sig för frågor kring internationella adoptioner.

MIA fick ökat anslag fr.o.m. 2010 bl.a. för att utveckla stödet till adopterade som söker information om sin bakgrund och om förhållandena i ursprungsländerna. MIA avser att samla, samordna och utveckla informationen och har under 2010 börjat undersöka vilken information som efterfrågas och vilken information som alls är möjlig att finna. Möten har hållits med adopterades organisationer och adoptionssammanslutningarna samt med andra yrkesverksamma med erfarenhet av arbete med att hjälpa adopterade som söker information om sin bakgrund.

#### 8.5 Politikens inriktning

Att arbeta för ett Sverige som ger varje person en trygg och utvecklande barndom är en ständig utmaning som ställer höga krav på regeringen och övriga berörda i samhället. Barns uppväxtvillkor förändras över tid, och för regeringen såväl som för andra samhällsaktörer är det angeläget att vara uppmärksam på nya situationer och företeelser som kan ha betydelse för barns möjligheter till goda och trygga uppväxtvillkor. Barns rättigheter och de åtgärder som behövs för att värna och stärka rättigheterna utvecklas i takt med dessa förändringar.

Barn har rätt till en trygg uppväxt där de respekteras utifrån sina individuella förutsättningar och behov. Barn har vidare rätt till att en skola fri från mobbning och annan kränkande behandling. Barn har rätt att bo under trygga förhållanden oavsett om det är med sina föräldrar, i familjehem, i hem för vård eller boende (HVB) eller i andra särskilda boendeformer. Att

fullfölja sin skolgång med slutbetyg från grundskolan är en grundläggande förutsättning för att komma vidare på vägen mot arbetsmarknaden. Konventionen om barnets rättigheter – barnkonventionen – är utgångspunkten för regeringens arbete.

För att stärka barnkonventionens genomslag i samhället beslutade regeringen 2008 (i skrivelsen Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter, skr. 2007/08:111) att, vid sidan av det pågående förnyelsearbetet av den svenska skolan, särskilt prioritera fyra områden som regeringen såg som särskilt viktiga i det fortsatta arbetet för att ta till vara och stärka barns rättigheter och intressen:

- det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen, innefattande förstärkt uppföljning, samordning och kompetensutveckling i syfte att förbättra tillämpningen av barnkonventionen,
- stödet i föräldraskapet, innefattande stöd- och utbildningsinsatser för föräldrar med barn i olika åldrar och med olika förutsättningar och behov,
- arbetet med att bekämpa våld mot barn, innefattande åtgärder för att bekämpa alla former av våld mot barn, samt
- arbetet med att främja barns psykiska hälsa, innefattande åtgärder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

Regeringen har sedan dess genomfört satsningar inom alla dessa områden. Vad gäller det strategiska arbetet kan främst nämnas den strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige som regeringen överlämnade sommaren 2010 och som riksdagen godkände i december samma år (prop. 2009/10:232; se vidare nedan och under Resultatredovisning, avsnitt 8.4), men också bl.a. förtydligandet av Barnombudsmannens ansvar för uppföljning och utvärdering av barnkonventionens efterlevnad samt det arbete som inletts för att ta fram ett uppföljningssystem för barnrättspolitik. Vidare har regeringen i juni 2010 ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i syfte att intensifiera och utveckla arbetet med barns rättigheter i verksamheter inom kommuner och landsting och tagit initiativ till en kartläggning för att belysa svensk lagstiftnings och praxis överensstämmelse med de i barnkonventionen fastslagna rättigheterna.

Att föräldrar får stöd i sitt föräldraskap är angeläget, liksom att stödet anpassas till olika familjers skilda behov och är tillgängligt för alla. Regeringens nationella strategi för föräldrastöd (Nationell strategi för utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla) vars övergripande mål är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets hela uppväxt är viktig i det arbetet. Dessutom har regeringen beviljat medel till särskilda föräldrastödjande insatser, t.ex. har BRIS (Barnens Rätt I Samhället) under en treårsperiod beviljats medel för att bygga upp och utveckla internetbaserad rådgivning för föräldrar och andra vuxna – Barnperspektivet.se. Under 2009 uppmärksammade regeringen barnets rätt i familjen genom en nationell konferens som genomfördes i samarbete med Barnombudsmannen. Därutöver genomfördes inom ramen för det svenska EU-ordförandeskapet och i samband med barnkonventionens 20-årsjubileum en högnivåkonferens vid vilken diskuterades de utmaningar som fortfarande kvarstår för att förverkliga konventionen, bl.a. effekterna för barn när föräldrar kombinerar arbete och familjeliv.

Barn har rätt att skyddas från alla typer av våld, fysiskt såväl som psykiskt. Detta är en mycket viktig och grundläggande faktor för ett barns trygghet, tillit och välbefinnande, liksom för utvecklingen senare i livet. Regeringen har de senaste åren vidtagit olika insatser avsedda att bekämpa våld mot barn, bl.a. kunskapsspridande och kunskapsfördjupande insatser.

Barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa – såväl fysisk som psykisk. Förutsättningarna för en god hälsa grundläggs i barndomen och det är således viktigt att så tidigt som möjligt identifiera och hantera psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga. Regeringen har de senaste åren genomfört stora satsningar för att förebygga och förbättra barns och ungas psykiska ohälsa och kommer att fortsätta att prioritera sådana insatser. Målet är att åstadkomma effektiva former för hälsofrämjande insatser och att barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom erbjuds vård på rätt nivå. Regeringen kommer att fortsätta att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för dessa barn och unga. Det sker bl.a. genom en förstärkt vårdgaranti och en överenskommelse mellan staten och SKL om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa.

Regeringens mål är att skolan ska vara en trygg plats för alla elever och all personal. En skola som präglas av trygghet och ömsesidig respekt bidrar till att elever ges goda förutsättningar att utvecklas mot de kunskapsmål som anges i kursplanerna. Regeringen har därför sommaren 2011 givit Statens skolverk ett förnyat uppdrag för att stärka skolans värdegrund och arbetet mot diskriminering och kränkande behandling. Inom ramen för uppdraget ska Statens skolverk erbjuda förskolans, skolans och fritidshemmets personal samt skolledare fortbildning i frågor som rör arbetet mot diskriminering och kränkande behandling. Skolverket ska även sammanställa och sprida goda exempel kring det förebyggande arbetet.

Arbetet med barns rättigheter har pågått under många år både på nationell och lokal nivå. Barns rättigheter har stärkts på många sätt och medvetenheten är relativt hög. Kommuner, landsting och många myndigheter arbetar i sina olika verksamheter med frågor som berör och påverkar barn, och har därför att hantera olika frågor som rör barns rättigheter. Regeringens bedömning är att det fortfarande finns utmaningar inte minst när det gäller att omsätta rättigheterna i den praktiska verksamheten. En förutsättning för detta är att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper har kunskap om barnets rättigheter och hur dessa kan bli verklighet i berörda verksamheter. Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige behöver spridas och kommuniceras till kommuner, landsting och statliga myndigheter. Ett första steg har regeringen redan tagit genom den ovan nämnda överenskommelsen med SKL.

### 8.5.1 Åtgärder för att stärka barnets rättigheter

Regeringen ser ett behov av samlad kunskap inför framtida överväganden och beslut för att genomföra regeringens barnrättspolitik. Regeringen har därför initierat en kartläggning för att belysa svensk lagstiftnings och praxis överensstämmelse med de i barnkonventionen fastslagna rättigheterna.

Regeringen kommer fortlöpande att se över prioriteringar och behov av insatser inom barnrättspolitiken.

Bland annat kommer regeringen prioritera att motverka våld och andra övergrepp mot barn,

barn som växer upp i hem med missbruk eller psykisk ohälsa och att stödja kommunerna i deras arbete inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Regeringen har under 2009 följt upp resultaten av den tioåriga handlingsplanen för mänskliga rättigheter. Regeringen anser att barnets rättigheter även ska prioriteras inom det fortsatta arbetet.

### Ökad samordning

Att förverkliga barnets rättigheter är en pågående process där det är viktigt att alla berörda aktörer på statlig och kommunal nivå utgår från gemensamma principer. Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige ska vara utgångspunkt för alla offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå som i sina verksamheter ska säkerställa barnets rättigheter. Det är av vikt att strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige sprids och därför avser regeringen att ge Barnombudsmannen i uppdrag att sprida och kommunicera strategin till berörda målgrupper på statlig, regional och kommunal nivå.

Regeringens politik för barnets rättigheter syftar till att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället enligt barnkonventionen. För att barnkonventionens intentioner ska realiseras krävs det att insatser vidtas inom politiken på olika områden där barn är berörda. Regeringen anser att samordning av frågorna är av stor vikt. För att öka samordningen och dialogen kring barnrättsfrågorna har regeringen tagit initiativ till ovan nämnda strategi som en gemensam utgångspunkt för det fortsatta arbetet men även, vilket också framgår av avsnitt 8.4, tagit initiativ till temadialoger med utgångspunkt i rekommendationerna från kommittén för barnets rättigheter (barnrättskommittén). Regeringens bedömning är dock att samordningen kring barnrättsfrågorna fortsatt behöver stärkas på olika nivåer, inte minst på grund av barnrättspolitikens tvärpolitiska karaktär.

### Lyssna mer till barn och unga

Regeringen anser att barns och ungas egna perspektiv måste tas till vara i högre utsträckning på alla nivåer. Detta är en viktig del i strategin för

att stärka barnets rättigheter. Regeringens målsättning är att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska få ökad kunskap om barnets rättigheter och hur dessa kan bli verklighet i berörda verksamheter. Bland annat behöver metoder och arbetssätt för att lyssna till och samtala med barn – med hänsyn tagen till barns olika förmågor och förutsättningar att komma till tals – utvecklas liksom förmågan att uppmärksamma barns behov i olika sammanhang, t.ex. när barns uppväxtvillkor påverkas av händelser inom familjen, som missbruk eller sjukdom.

### **Utveckling av barnrättsperspektivet i verksamheter**

Myndigheter, kommuner och landsting ska tolka och tillämpa lagar och förordningar så att åtagandena enligt barnkonventionen och andra internationella överenskommelser som rör barnets rättigheter respekteras i praktiken, i beslut och åtgärder.

Kommuner och landsting har ansvaret för de flesta verksamheter som rör barns levnadsvillkor och säkerställandet av deras rättigheter och det är i kommuner och landsting som de flesta beslut som påverkar barn fattas. Därför har regeringen, som tidigare nämnts, ingått en överenskommelse med SKL i syfte att intensifiera och utveckla arbetet med barns rättigheter i verksamheter inom kommuner och landsting (S2010/4938/FST) och givit uppdrag till Barnombudsmannen att bistå SKL i arbetet (S2010/5114/FST).

Regeringen anser även att det krävs en fortsatt utveckling av barnrättsperspektivet inom statliga myndigheter. I detta sammanhang har Barnombudsmannen en viktig roll i att driva på genomförandet av barnkonventionen i såväl kommuner, landsting som statliga myndigheter.

### **Barns rätt att utkräva sina rättigheter**

Ett utkast till nytt tilläggsprotokoll till barnkonventionen som ger barnet rätt att vända sig till barnrättskommittén i den händelse barnet eller dess vårdnadshavare anser att barnet inte fått sina rättigheter enligt konventionen tillgodosedda har överlämnats till FN:s generalförsamling, som har att behandla utkastet. För det fall generalförsamlingen antar protokollet, kommer

regeringen analysera vad det innebär för Sveriges vidkommande.

### **Förstärkning av Barnombudsmannen – ett förbättrat uppföljningssystem**

För att kunna vidta lämpliga åtgärder och göra prioriteringar som rör barn är det nödvändigt att ha god kunskap om barns levnadsvillkor på lokal, regional och nationell nivå. Barnombudsmannen har haft i uppdrag att utveckla en plattform för att följa barns levnadsvillkor inom olika områden utifrån barnkonventionen, ett uppföljningssystem för barnrättspolitik. Regeringen förstärker därför Barnombudsmannens verksamhet från och med 2012 med 2 500 000 kronor för drift, spridning och fortsatt utveckling av uppföljningssystemet.

Uppföljningssystemet ska användas för att mäta och beskriva de aspekter av barns levnadsvillkor som regeringen bedömer är centrala ur ett barnrättsperspektiv och ge en samlad bild av barns levnadsvillkor. Uppföljningssystemet ska inte enbart kunna användas för att i efterhand följa utvecklingen av barns levnadsvillkor utan även kunna användas av beslutsfattare för att prioritera insatser. De allra flesta beslut som rör barn fattas på kommunal och regional nivå. Därför är det enligt regeringens mening angeläget att kommuner och landsting ges stöd i att använda sig av uppföljningssystemet. Regeringen anser vidare att fler indikatorer behöver utvecklas för att få en så heltäckande bild av barns levnadsvillkor som möjligt.

### **Rapportering till barnrättskommittén**

I september 2012 kommer regeringen att lämna sin femte rapport om åtgärder och framsteg för att stärka barnets rättigheter till barnrättskommittén. Regeringen vill stärka samordningen och dialogen med berörda aktörer inför rapporteringen. Som ett led i detta har Barnombudsmannen fått i uppdrag att lämna en rapport till regeringen som ett underlag för Sveriges rapport (S2011/3599/FST). Barnombudsmannens rapport ska innehålla en beskrivning och analys av områden som Barnombudsmannen uppmärksammat under 2009–2011 avseende tillämpningen av lagstiftning med utgångspunkt i barnkonventionen, frågor som barn och unga upp-

märksammat Barnombudsmannen på samt utvecklingen av arbetet med barnkonventionens genomförande i kommuner, landsting och statliga myndigheter.

### **Fortsatt EU- och internationellt arbete**

Regeringen ska fortsätta sitt internationella arbete med att främja barnets rättigheter. Sverige ska profilera sig såväl inom EU, Europarådet som i övriga internationella sammanhang som en aktiv aktör i arbetet för barnets rättigheter. Regeringen ska därför bidra till förverkligandet av Europeiska kommissionens Agenda för barnets rättigheter samt till arbetet med att ta fram en ny strategi för barnets rättigheter inom Europarådet. Samarbetet med FN:s generalsekreterares särskilde representant för våld mot barn ska också prioriteras. Frågorna om att stoppa allt slags våld mot barn, att bekämpa sexuella övergrepp mot och exploatering av barn i alla sammanhang, inklusive i samband med turism och resande, samt att värna om rättigheterna för barn med funktionsnedsättning är några exempel på frågor som ska prioriteras i det internationella arbetet.

### **8.5.2 Insatser för att stärka stödet till föräldrar**

Utifrån barnkonventionen har varje barn rätt till trygga uppväxtvillkor och till att få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar. Föräldrarna har huvudansvaret för att tillgodose barnets behov och säkerställa de rättigheter som barnet har. Staten ska ge lämpligt bistånd till föräldrarna under barnets uppväxt.

Mot bakgrund av detta vill regeringen under de kommande åren stärka stödet till föräldrar genom att avsätta särskilda medel bl.a. för samarbetsamtal. Enligt socialtjänstlagen (2001:453) är kommuner skyldiga att erbjuda samtal under sakkunnig ledning i syfte att nå enighet i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge – s.k. samarbetsamtal. Samarbetsamtalen syftar till att finna lösningar som är till barnets bästa. Regeringens målsättning är att alla föräldrar som separerar ska erbjudas samarbetsavtal med syfte att enas om det fortsatta gemensamma ansvaret för barnet. Det är viktigt att samtalen har ett tydligt barnperspektiv och att barnet har möjlig-

het att komma till tals i samband med samtalen, och dessa bör erbjudas inom rimlig tid efter separationen. Det finns, enligt regeringen, ett behov av bättre information och stöd till föräldrarna kring det ekonomiska ansvaret för barnet i samband med en separation. Det finns därför fördelar med att förutom frågor om vårdnad, boende och umgänge, även inkludera frågor om det ekonomiska ansvaret för barnet i samband med en separation så att fler föräldrar kan få hjälp att hitta konstruktiva lösningar och se till barnets bästa i stället för att ta frågan till domstol.

Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad har i sitt betänkande Fortsatt föräldrar – om ansvar, ekonomi och samarbete för barnets skull (SOU 2011:51) lämnat förslag bl.a. om att samarbetssamtalen även ska behandla ekonomiska frågor om barnet och att samtal bör erbjudas föräldrar som separerar i så stor utsträckning som möjligt. Utredningen lämnar också förslag om att en försöksverksamhet med s.k. separationsteam prövas i ett antal kommuner i syfte att individanpassa stödinsatser där olika professioner samverkar. Ett ytterligare förslag från utredningen är en webbaserad föräldraportal där information och stöd kan lämnas till föräldrar i olika skeden i livet. Mer information om utredningens förslag finns under utgiftsområde 12, Ekonomisk trygghet för familjer och barn, Politikens inriktning.

För generella frågor om föräldrastöd hänvisas till utgiftsområde 9, Folkhälsopolitik.

## 8.6 Budgetförslag

### 8.6.1 5:1 Barnombudsmannen

**Tabell 8.2 Anslagsutveckling för 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

År	Utfall	18 184	Anslags-sparande	114
2010	Utfall	18 184	Anslags-sparande	114
2011	Anslag	18 342 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	18 070
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>21 030</b>		
2013	Beräknat	21 457 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	21 877 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	22 447 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 21 030 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 21 030 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 21 030 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för Barnombudsmannens förvaltningskostnader. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i samhället. Barnombudsmannen ska särskilt uppmärksamma att lagar och författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 8.3 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
<b>Utfall 2010</b>			
(varav tjänsteexport)	3097	3097	0
<b>Prognos 2011</b>			
(varav tjänsteexport)	1000	1000	0
<b>Budget 2012</b>			
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna upphör från och med den 1 januari 2012. Avgiftsintäkterna har omfattat ett internationellt projekt om barns rättigheter.

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att Barnombudsmannen har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2010.

Barnombudsmannen har under 2010 och 2011 haft i uppdrag att utveckla ett uppföljningsverktyg (en plattform) för att samla befintlig statistik om barns levnadsvillkor med utgångspunkt i barnets rättigheter. Barnombudsmannen kommer från och med 2012 att ansvara för driften, spridningen och den fortsatta utvecklingen av uppföljningsverktyget. Till följd av denna ökade verksamhet ökas anslaget med 2 500 000 kronor. För att finansiera ökningen minskas anslaget 5:3 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige* med motsvarande belopp.

**Tabell 8.4 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011 <sup>1</sup></b>	<b>18 342</b>	<b>18 342</b>	<b>18 342</b>	<b>18 342</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	188	564	958	1 461
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag	2 500	2 551	2 604	2 672
Övrigt			-27	-28
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>21 030</b>	<b>21 457</b>	<b>21 877</b>	<b>22 447</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU11). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2012 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 030 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 21 457 000 kronor, 21 877 000 kronor respektive 22 447 000 kronor.

## 8.6.2 5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

**Tabell 8.5 Anslagsutveckling för 5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Utgifts- prognos	Övrigt
2010	Utfall	13 837		523
2011	Anslag	14 624 <sup>1</sup>		14 747
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>14 752</b>		
2013	Beräknat	15 062 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	15 353 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	15 748 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 14 752 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 14 752 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 14 752 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget används för förvaltningskostnader för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Anslaget används också för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till de adopterades organisationer. MIA ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. Vidare ansvarar myndigheten bl.a. för information i frågor om internationella adoptioner.

MIA är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att MIA har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2011.

**Tabell 8.6 Härledning av ramnivån 2012–2015. Utgiftsområde 5:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>14 624</b>	<b>14 624</b>	<b>14 624</b>	<b>14 624</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	128	438	750	1 146
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra utgiftsområden				
Övrigt			-21	-22
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>14 752</b>	<b>15 062</b>	<b>15 353</b>	<b>15 748</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU11). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2012 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 752 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 15 062 000 kronor, 15 353 000 kronor respektive 15 748 000 kronor.

## 8.6.3 5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

**Tabell 8.7 Anslagsutveckling för 5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Utgifts- prognos	Övrigt
2010	Utfall	16 657		-196
2011	Anslag	13 961 <sup>1</sup>		13 854
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>31 461</b>		
2013	Beräknat	24 461		
2014	Beräknat	24 461		
2015	Beräknat	24 461		

<sup>1</sup> Inklusive ändringsbudget till statens budget 2011 (prop. 2010/11:99, bet. 2010/11:FiU21) och förslag till ändringsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för insatser för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen. Det handlar om utbildning, informationsspridning, kunskapsinsamling, metodutveckling samt uppföljning och utvärdering av genomförda insatser inom området. Vidare används anslaget för insatser som främjar och skyddar barns rättigheter inom olika områden. Det är enligt regeringen angeläget att anslaget används för insatser som är långsiktiga, uppföljningsbara och som ökar kunskapen om barnkonventionens tillämpning och hur barnets rättigheter ska omsättas i olika verksamheter.

### Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att det finns behov av särskilda insatser för att ytterligare stödja föräldrar i deras föräldraskap. Regeringen kommer därför för åren 2012–2014 förstärka anslaget för detta ändamål. Anslaget totalt sett beräknas öka med 20 000 000 kronor för 2012, samt med 13 000 000 kronor för 2013, 2014 och 2015 jämfört med anslaget för 2011. Barnombudsmannen kommer från och med 2012 att ansvara för driften och den fortsatta utvecklingen av ett uppföljningsverktyg för att bättre kunna följa barns levnadsvillkor. Till följd av det utökade ansvaret ökas anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* med 2 500 000 kronor. För att finansiera ökningen minskas detta anslag med motsvarande belopp.

Sammantaget innebär det att anslaget ökas med 17 500 000 kronor för 2012 jämfört med 2011.

**Tabell 8.8 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 5:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>13 961</b>	<b>13 961</b>	<b>13 961</b>	<b>13 961</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>				
Beslut	20 000	13 000	13 000	13 000
Överföring till/från andra anslag	-2 500	-2 500	-2 500	-2 500
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>31 461</b>	<b>24 461</b>	<b>24 461</b>	<b>24 461</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2011 (bet. 2011/12:FiU11). Beloppet är således exklusive beslut på ändringsbudget under innevarande år.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2012 års budget för staten. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2013–2015 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 31 461 000 kronor anvisas under anslaget 5:3 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter* i Sverige för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 24 461 000 kronor.



## 9 Forskning under utgiftsområde 16

### Utbildning och universitetsforskning

#### 9.1 Resultatredovisning

Inom området verkar myndigheten Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS. FAS är ett forskningsråd som tillkommit för att möta de särskilda kunskapsbehov som finns inom välfärds- och arbetslivsområdena. Rådet ska fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet och relevans. Rådet ska även göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. Enligt sin instruktion har FAS ansvar för samordning av forskning om barn och ungdomar, äldre, funktionshinder, socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning samt internationell migration och etniska relationer. Den forskning som FAS stödjer har myndigheten valt att dela in i sex huvudområden; arbete och hälsa, arbetsorganisation, arbetsmarknad, folkhälsa, välfärd och omsorg samt sociala relationer.

Under 2010 beviljade FAS 279 miljoner kronor i forskningsstöd. FAS har ett högt söktryck och den genomsnittliga beviljningsgraden var under året elva procent. FAS har utöver sitt anslag tilldelats särskilda medel för forskning om äldre och åldrande, för 2010 uppgick denna summa till 35 miljoner kronor.

Med anledning av vad som angavs i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160) har FAS under året finansierat forskning inom arbetsliv, alkohol, narkotika och tobak samt företagshälsovård.

En analys av utfallet från 2010 års ansökningsomgång visar att det är fler kvinnor än män

som lämnar in ansökan om forskningsstöd, beviljandegraden är dock högre för manliga sökanden än kvinnor vad gäller projektstöd. Detta förklaras primärt av myndigheten med att det är fler män än kvinnor bland sökande professorer och att professorer generellt sett har en högre beviljandegrad. En analys av jämställdheten i ansökningsomgångar för åren 2006–2010 som FAS låtit göra visar dock att det finns skillnader i beviljningsgrad mellan olika huvudområden och över tid.

FAS samverkar aktivt med övriga statliga forskningsfinansiärer, främst genom den samverkansgrupp som bildats i enlighet med den forsknings- och innovationspolitiska propositionen. Under året har FAS initierat en rådsövergripande forskningsinsats om barn och ungdomars psykiska hälsa. Myndigheten har även haft ett nära samarbete med de statliga forskningsfinansiärerna inför den första uppföljningen av de strategiska satsningar som gjordes under 2009. FAS har ett regelbundet samarbete med Vinnova om respektive myndighets bidrag till forskning inom arbetslivsområdet. Myndigheten samverkar även med andra myndigheter och organisationer på såväl nationell som internationell nivå.

FAS arbetar aktivt för att främja internationalisering av svensk forskning och verka för ett ökat samarbete med utländska forskare och finansiärer. FAS bedriver ett aktivt arbete inom det europeiska forskningssamarbetet och för att främja svenskt deltagande i EU:s ramprogram för forskning och utveckling. FAS samverkar även med forskningsfinansiärer i andra länder genom European Science Foundation. Under

året deltog FAS även vid Symbio Care Forum i svenska paviljongen på World Expo i Shanghai.

FAS arbetar på olika sätt för att sprida information om den forskning man finansierar till relevanta grupper och aktörer i samhället men även att främja dialog om forskningens effekter i samhället. Under året har FAS bl.a. genomfört ett flertal konferenser, gett ut två nya kunskapsöversikter i rådets populärvetenskapliga pocketserie och lanserat en ny webbplats.

## 9.2 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar vad gäller FAS årsredovisning för 2010.

## 9.3 Budgetförslag

### 9.3.1 6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

**Tabell 9.1 Anslagsutveckling 6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utfall
2010	Utfall	24 083		1 128
2011	Anslag	25 313 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	25 523
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>25 564</b>		
2013	Beräknat	26 061 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	26 568 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	27 264 <sup>4</sup>		

<sup>2</sup> Motsvarar 25 564 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 25 528 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 25 528 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslaget ändamål är att finansiera förvaltningskostnader för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

## Regeringens överväganden

Myndigheten bedöms ha en väl fungerande organisation för bedömning och urval av forskningsansökningar. Det är dock viktigt att FAS aktivt arbetar med jämställdhetsfrågor i rådets hantering av forskningsansökningar. Personalen på FAS har en hög medelålder och pensionsavgångar är därför att vänta under de närmaste åren. Detta ställer krav på en god planering vad gäller framtida personal- och kompetensbehov. Det är viktigt att FAS har en god planering för detta.

Anslaget har för perioden 2012–2015 beräknats enligt följande:

**Tabell 9.2 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 6:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011 <sup>1</sup></b>	<b>25 313</b>	<b>25 313</b>	<b>25 313</b>	<b>25 313</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne-omräkning <sup>2</sup>	251	748	1 292	1 989
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-37	-38
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>25 564</b>	<b>26 061</b>	<b>26 568</b>	<b>27 264</b>

Regeringen föreslår att 25 564 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning* för 2012. För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 26 061 000, 26 568 000 respektive 27 264 000 kronor.

### 9.3.2 6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

**Tabell 9.3 Anslagsutveckling 6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning**

Tusental kronor

År	Utfall	386 652	Anslags-sparande	11 804
2010	Utfall	386 652	Anslags-sparande	11 804
2011	Anslag	398 440 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	391 630
<b>2012</b>	<b>Förslag</b>	<b>414 160</b>		
2013	Beräknat	421 256 <sup>2</sup>		
2014	Beräknat	429 443 <sup>3</sup>		
2015	Beräknat	440 892 <sup>4</sup>		

<sup>2</sup> Motsvarar 414 159 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 413 583 tkr i 2012 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 413 582 tkr i 2012 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att under 2012 för ramanslaget 6:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 750 000 000 kronor 2013–2016.

**Skälen för regeringens förslag:** Den forskning som FAS finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. FAS bör därför ges möjlighet att fatta beslut om sådant stöd som innebär ekonomiska åtaganden för kommande budgetår.

**Tabell 9.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

Tusental kronor

	Utfall 2010	Prognos 2011	Förslag 2012	Beräknat 2013	Beräknat 2014	Beräknat 2015
Ingående åtaganden		690 861	849 861	749 861	374 861	
Nya åtaganden		564 000	310 000			
Infriade åtaganden		405 000	410 000	375 000	374 861	
Utestående åtaganden	690 861	849 861	749 861	374 861	0	
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>758 000</b>	<b>897 000</b>	<b>750 000</b>			

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att FAS verksamhet fungerar väl och att myndigheten uppfyller uppsatta krav och mål. Myndigheten har på ett bra sätt arbetat för att förverkliga de insatser som aviserades i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160). Myndigheten samverkar aktivt med andra aktörer och regeringen ser även positivt på FAS ökande engagemang på internationell och europeisk nivå.

För 2012 får FAS disponera en anslagspost på anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*, om 35 000 000 kronor. Medlen ska finansiera forskning om äldre och åldrande. Till anslagsposten har knutits ett bemyndigande om 70 000 000 kronor som möjliggör beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång.

Anslaget har för perioden 2012–2015 beräknats enligt följande.

**Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2012–2015, för 6:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning**

Tusental kronor

	2012	2013	2014	2015
<b>Anvisat 2011<sup>1</sup></b>	<b>398 440</b>	<b>398 440</b>	<b>398 440</b>	<b>398 440</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	5 140	12 055	20 617	31 789
Beslut	10 580	10 761	10 986	11 279
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt			-600	-616
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>414 160</b>	<b>421 256</b>	<b>429 443</b>	<b>440 892</b>

Regeringen föreslår att 414 160 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* för 2012. Anslaget ökar därmed med 10 580 000 kronor i enlighet med den forsknings- och innovationspropositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160). För 2013, 2014 och 2015 beräknas anslaget till 421 256 000, 429 443 000 respektive 440 892 000 kronor.