

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2011

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Förslag till riksdagsbeslut | 13 |
| 2 | Hälsovård, sjukvård och social omsorg..... | 15 |
| 2.1 | Omfattning..... | 15 |
| 2.2 | Utgiftsutveckling | 15 |
| 2.3 | Skatteutgifter..... | 16 |
| 3 | Hälso- och sjukvårdspolitik..... | 17 |
| 3.1 | Omfattning..... | 17 |
| 3.2 | Utgiftsutveckling | 20 |
| 3.3 | Mål | 20 |
| 3.4 | Tillgänglighet..... | 21 |
| 3.4.1 | Vårdgaranti och kömiljard..... | 21 |
| 3.4.2 | Tillgång till personal | 23 |
| 3.4.3 | Tillgänglighet inom psykiatriområdet | 24 |
| 3.4.4 | Tillgänglighet inom tandvårdsområdet..... | 25 |
| 3.4.5 | Tillgänglighet inom läkemedelsområdet..... | 26 |
| 3.5 | Kunskapsbaserad vård..... | 27 |
| 3.5.1 | Statlig kunskapsstyrning..... | 28 |
| 3.5.2 | Kunskapsbaserad psykiatri | 29 |
| 3.5.3 | Kunskapsbaserad tandvård | 30 |
| 3.5.4 | Kunskapsbaserad läkemedelsanvändning | 30 |
| 3.6 | Patientens ställning | 30 |
| 3.6.1 | Valfrihet | 31 |
| 3.6.2 | Mångfald | 32 |
| 3.6.3 | Hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl..... | 35 |
| 3.6.4 | Medicinsk etik | 35 |
| 3.6.5 | Patientens ställning inom psykiatriområdet..... | 35 |
| 3.7 | Uppföljning | 36 |
| 3.7.1 | Struktur för uppföljning | 37 |
| 3.7.2 | Uppföljning genom öppna jämförelser | 37 |
| 3.7.3 | Uppföljning inom psykiatriområdet..... | 38 |
| 3.7.4 | Uppföljning inom tandvårdsområdet | 39 |
| 3.7.5 | Uppföljning inom läkemedelsområdet | 39 |
| 3.8 | Kvalitetsutveckling..... | 40 |
| 3.8.1 | Patientsäkerhet..... | 41 |

| | | |
|---------|---|----|
| 3.8.2 | Nationell cancerstrategi | 42 |
| 3.8.3 | Nationell eHälsa | 43 |
| 3.8.4 | Kvalitetsutveckling inom psykiatriområdet | 44 |
| 3.8.5 | Kvalitetsutveckling inom tandvårdsområdet | 45 |
| 3.8.6 | Kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet | 45 |
| 3.9 | Revisionens iakttagelser | 46 |
| 3.10 | Politikens inriktning..... | 47 |
| 3.10.1 | Förbättrad tillgänglighet och valfrihet för patienten..... | 48 |
| 3.10.2 | Förbättrad kvalitet och säkerhet för patienten..... | 49 |
| 3.10.3 | Jämlik vård och självbestämmande för patientens bästa | 51 |
| 3.10.4 | Uppföljning – till nytta för patienten och allmänheten | 52 |
| 3.10.5 | Systematiska förbättringar, kunskapsbildning och -spridning för en effektiv vård | 52 |
| 3.11 | Budgetförslag | 54 |
| 3.11.1 | 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 54 |
| 3.11.2 | 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering | 55 |
| 3.11.3 | 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket..... | 56 |
| 3.11.4 | 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. | 57 |
| 3.11.5 | 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna..... | 58 |
| 3.11.6 | 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård | 59 |
| 3.11.7 | 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden | 61 |
| 3.11.8 | 1:8 Bidrag till psykiatri | 63 |
| 3.11.9 | 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti | 64 |
| 3.11.10 | 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler..... | 65 |
| 3.11.11 | 1:11 Läkemedelsverket | 65 |
| 3.11.12 | 1:12 Myndigheten för vårdanalys | 66 |
| 3.12 | Socialstyrelsen..... | 67 |
| 3.12.1 | Revisionens iakttagelser | 67 |
| 3.12.2 | 9:1 Socialstyrelsen..... | 68 |
| 3.13 | Övrig verksamhet | 70 |
| 3.13.1 | Läkemedelsverket | 70 |
| 3.13.2 | Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn | 71 |
| 4 | Folkhälsopolitik | 75 |
| 4.1 | Omfattning | 75 |
| 4.2 | Utgiftsutveckling..... | 75 |
| 4.3 | Mål..... | 76 |
| 4.4 | Resultatredovisning..... | 76 |
| 4.5 | Folkhälsans utveckling | 76 |
| 4.6 | Särskilda insatser..... | 77 |
| 4.6.1 | Barns och ungas psykiska hälsa..... | 77 |
| 4.6.2 | Självordsförebyggande arbete..... | 79 |
| 4.6.3 | Fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel..... | 80 |
| 4.6.4 | Spelberoende..... | 81 |
| 4.7 | Alkohol, narkotika, dopning och tobak..... | 82 |
| 4.7.1 | Mål..... | 82 |
| 4.7.2 | Indikatorer | 83 |
| 4.7.3 | Konsumtions- och skadeutveckling | 83 |
| 4.7.4 | En samordnad politik | 85 |
| 4.7.5 | De nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna för åren 2006–2010 | 86 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 4.7.6 | Barn och unga i familjer med missbruk | 86 |
| 4.7.7 | Informations- och utvecklingsinsatser | 87 |
| 4.7.8 | Tillsyn och tillgänglighetsbegränsning | 87 |
| 4.7.9 | EU och internationellt | 89 |
| 4.7.10 | Analys och slutsatser | 89 |
| 4.8 | Smittskydd och hälsoskydd | 90 |
| 4.8.1 | Mål | 90 |
| 4.8.2 | Indikatorer | 90 |
| 4.8.3 | Övergripande bedömning och analys | 90 |
| 4.8.4 | Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar | 92 |
| 4.8.5 | Pandemin och andra hälsohot | 93 |
| 4.8.6 | Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner (MRSA) | 94 |
| 4.8.7 | Livsmedelsburen smitta | 96 |
| 4.8.8 | Det nationella barnvaccinationsprogrammet | 96 |
| 4.8.9 | Hälsoskydd | 97 |
| 4.9 | Revisionens iakttagelser | 97 |
| 4.10 | Politikens inriktning | 98 |
| 4.11 | Budgetförslag | 104 |
| 4.11.1 | 2:1 Statens folkhälsoinstitut | 104 |
| 4.11.2 | 2:2 Smittskyddsinstitutet | 105 |
| 4.11.3 | 2:3 Alkoholsortimentsnämnden | 106 |
| 4.11.4 | 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap | 106 |
| 4.11.5 | 2:5 Bidrag till WHO | 107 |
| 4.11.6 | 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder | 108 |
| 4.11.7 | 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder | 108 |
| 4.11.8 | 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar | 109 |
| 4.11.9 | 2:9 Insatser för vaccinberedskap | 109 |
| 4.12 | Övrig statlig verksamhet | 110 |
| 5 | Funktionshinderspolitik | 113 |
| 5.1 | Inledning | 113 |
| 5.2 | Utgiftsutveckling | 113 |
| 5.3 | Mål | 114 |
| 5.4 | Uppföljning av den nationella handlingsplanen och grunden för en strategi framåt | 114 |
| 5.5 | Enkelt avhjälp | 115 |
| 5.6 | Jämförelser av tillgänglighetsarbete | 115 |
| 5.7 | Stärkta mänskliga rättigheter | 115 |
| 5.8 | Övrigt sektorsövergripande arbete | 116 |
| 5.8.1 | Information om tillgänglighet | 116 |
| 5.9 | Revisionens iakttagelser | 117 |
| 5.10 | Politikens inriktning | 117 |
| 5.10.1 | Inledning | 117 |
| 5.10.2 | En ny strategi för funktionshinderspolitiken | 117 |
| 5.10.3 | Övriga prioriterade områden inom samordningen av funktionshinderspolitiken | 118 |
| 5.10.4 | Utvecklat samråd med handikapporganisationerna | 120 |
| 5.11 | Budgetförslag | 120 |
| 5.11.1 | 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning | 120 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 5.11.2 | 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning | 121 |
| 5.11.3 | 3:2 Bidrag till handikapporganisationer | 121 |
| 6 | Stöd till personer med funktionsnedsättning..... | 123 |
| 6.1 | Omfattning | 123 |
| 6.2 | Utgiftsutveckling..... | 123 |
| 6.3 | Mål..... | 124 |
| 6.4 | Resultatredovisning | 124 |
| 6.4.1 | Stödinsatser enligt LSS och socialtjänstlagen | 124 |
| 6.4.2 | Assistansersättning till personlig assistans | 131 |
| 6.4.3 | Särskilda satsningar för personer med psykisk funktionsnedsättning | 132 |
| 6.4.4 | Bilstöd | 135 |
| 6.4.5 | Hjälpmedel..... | 136 |
| 6.5 | Politikens inriktning..... | 137 |
| 6.6 | Budgetförslag | 142 |
| 6.6.1 | 4:1 Personligt ombud | 142 |
| 6.6.2 | 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | 143 |
| 6.6.3 | 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation | 146 |
| 6.6.4 | 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder..... | 146 |
| 6.6.5 | 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning..... | 147 |
| 7 | Äldrepolitik | 149 |
| 7.1 | Omfattning | 149 |
| 7.2 | Utgiftsutveckling..... | 149 |
| 7.3 | Mål..... | 150 |
| 7.4 | Resultatredovisning | 150 |
| 7.4.1 | Inledning | 150 |
| 7.4.2 | Ett aktivt liv och inflytande över sin vardag | 151 |
| 7.4.3 | Att åldras i trygghet och med bibehållet oberoende | 152 |
| 7.4.4 | Tillgång till god vård och omsorg..... | 152 |
| 7.4.5 | Tillsyn och uppföljning..... | 157 |
| 7.4.6 | Kunskap och kompetens..... | 159 |
| 7.4.7 | Internationellt..... | 160 |
| 7.5 | Revisionens iakttagelser | 160 |
| 7.6 | Politikens inriktning..... | 161 |
| 7.7 | Budgetförslag | 166 |
| 7.7.1 | 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken..... | 166 |
| 8 | Socialtjänstpolitik..... | 169 |
| 8.1 | Omfattning | 169 |
| 8.2 | Utgiftsutveckling..... | 169 |
| 8.3 | Mål..... | 170 |
| 8.4 | Resultat, analys och slutsatser | 170 |
| 8.4.1 | God kvalitet i socialtjänsten..... | 170 |
| 8.4.2 | Brukarens ställning | 170 |
| 8.4.3 | Kunskaps- och kvalitetsutveckling..... | 171 |
| 8.4.4 | Ej verkställda beslut..... | 173 |
| 8.4.5 | Tillsyn..... | 173 |
| 8.4.6 | Den sociala barn- och ungdomsvården | 174 |
| 8.4.7 | Ekonomiskt bistånd | 177 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 8.4.8 | Missbruks- och beroendevården | 178 |
| 8.4.9 | Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden | 181 |
| 8.4.10 | Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga | 181 |
| 8.4.11 | Internationellt | 183 |
| 8.5 | Revisionens iakttagelser..... | 183 |
| 8.6 | Politikens inriktning | 183 |
| 8.7 | Budgetförslag | 191 |
| 8.7.1 | 6:1 Statens institutionsstyrelse..... | 191 |
| 8.7.2 | 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m..... | 192 |
| 9 | Barnrättspolitik..... | 195 |
| 9.1 | Omfattning..... | 195 |
| 9.2 | Utgiftsutveckling | 195 |
| 9.3 | Mål | 196 |
| 9.4 | Resultatredovisning | 196 |
| 9.4.1 | Det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen | 196 |
| 9.4.2 | Stöd i föräldraskapet | 197 |
| 9.4.3 | Bekämpa våld mot barn | 197 |
| 9.4.4 | Främja barns psykiska hälsa | 198 |
| 9.4.5 | Barnombudsmannen | 198 |
| 9.4.6 | Myndigheten för internationella adoptionsfrågor | 198 |
| 9.5 | Revisionens iakttagelser..... | 199 |
| 9.6 | Politikens inriktning | 199 |
| 9.7 | Budgetförslag | 203 |
| 9.7.1 | 7:1 Barnombudsmannen..... | 203 |
| 9.7.2 | 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor | 204 |
| 9.7.3 | 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige | 204 |
| 10 | Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning | 207 |
| 10.1 | Resultatredovisning | 207 |
| 10.2 | Revisionens iakttagelser..... | 208 |
| 10.3 | Budgetförslag | 208 |
| 10.3.1 | 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning | 208 |
| 10.3.2 | 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning | 209 |

Tabellförteckning

| | |
|---|----|
| Anslagsbelopp | 14 |
| 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg | 15 |
| 2.2 Härledning av ramnivån 2011–2014. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg | 16 |
| 2.3 Ramnivå 2011 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg | 16 |
| 2.4 Skatteutgift | 16 |
| 3.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2004–2008 | 18 |
| 3.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2008 | 18 |
| 3.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2005–2009 (inkl. moms)..... | 19 |
| 3.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet | 20 |
| 3.5 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver..... | 21 |
| 3.6 Tandvårdens utgifter, 2003–2008 | 26 |
| 3.7 Kostnader för statligt tandvårdsstöd 2003–2009 | 26 |
| 3.8 Antal sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare (1–74 år) | 27 |
| 3.9 Resultat nationell patientenkät i primärvården 2009, PUK-värde | 31 |
| 3.10 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret | 36 |
| 3.11 Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare | 40 |
| 3.12 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 54 |
| 3.13 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 55 |
| 3.14 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering | 55 |
| 3.15 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering | 56 |
| 3.16 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket | 56 |
| 3.17 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket | 57 |
| 3.18 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. | 57 |
| 3.19 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. | 58 |
| 3.20 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna | 58 |
| 3.21 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna | 59 |
| 3.22 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård | 59 |
| 3.23 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden | 59 |
| 3.24 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård..... | 61 |
| 3.25 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden | 61 |

| | | |
|------|---|-----|
| 3.26 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden | 62 |
| 3.27 | Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri | 63 |
| 3.28 | Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden..... | 63 |
| 3.29 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:8 Bidrag till psykiatri | 64 |
| 3.30 | Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti | 64 |
| 3.31 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti | 65 |
| 3.32 | Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler | 65 |
| 3.33 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler | 65 |
| 3.34 | Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket | 65 |
| 3.35 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:11 Läkemedelsverket | 66 |
| 3.36 | Anslagsutveckling 1:12 Myndigheten för vårdanalys..... | 66 |
| 3.37 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:12 Myndigheten för vårdanalys..... | 67 |
| 3.38 | Anslagsutveckling 9:1 Socialstyrelsen..... | 68 |
| 3.39 | Offentligrättslig verksamhet | 68 |
| 3.40 | Uppdragsverksamhet | 68 |
| 3.41 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 9:1 Socialstyrelsen..... | 70 |
| 3.42 | Offentligrättslig verksamhet | 70 |
| 4.1 | Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik | 75 |
| 4.2 | Andel personer med spelproblem efter kön och ålder..... | 81 |
| 4.3 | Anslagsutveckling för 2:1 Statens folkhälsoinstitut..... | 104 |
| 4.4 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut.... | 104 |
| 4.5 | Anslagsutveckling för 2:2 Smittskyddsinstitutet | 105 |
| 4.6 | Uppdragsverksamhet | 105 |
| 4.7 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:2 Smittskyddsinstitutet | 105 |
| 4.8 | Anslagsutveckling för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden | 106 |
| 4.9 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden..... | 106 |
| 4.10 | Anslagsutveckling för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap | 106 |
| 4.11 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap | 107 |
| 4.12 | Anslagsutveckling för 2:5 Bidrag till WHO | 107 |
| 4.13 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:5 Bidrag till WHO | 107 |
| 4.14 | Anslagsutveckling för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder | 108 |
| 4.15 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder | 108 |
| 4.16 | Anslagsutveckling för 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder ² | 108 |
| 4.17 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder..... | 109 |
| 4.18 | Anslagsutveckling för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar | 109 |
| 4.19 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar | 109 |
| 4.20 | Anslagsutveckling för 2:9 Insatser för vaccinberedskap..... | 109 |
| 4.21 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:9 Insatser för vaccinberedskap..... | 110 |
| 4.22 | Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren..... | 111 |

| | | |
|------|---|-----|
| 4.23 | Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse | 111 |
| 5.1 | Utgiftsutveckling Funktionshinderspolitik | 113 |
| 5.2 | Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning | 120 |
| 5.3 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning | 121 |
| 5.4 | Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer | 121 |
| 5.5 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer | 122 |
| 6.1 | Utgiftsutveckling Stöd till personer med funktionsnedsättning | 124 |
| 6.2 | Kostnader för kommunala insatser enligt LSS, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt antal kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män, 2001–2009 | 125 |
| 6.3 | Antal personer med insats enligt LSS fördelade efter ålder och personkrets, 2003–2009 | 126 |
| 6.4 | Kostnader för kommunala insatser enligt SoL, antal med SoL-insatser och andel kvinnor och män som har insatser, 2006–2009 | 128 |
| 6.5 | Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2001–2009 | 131 |
| 6.6 | Utveckling av personliga ombud (PO), 2002–2009 | 134 |
| 6.7 | Antal personer som beviljats bilstöd 2001–2009, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper | 135 |
| 6.8 | Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud | 142 |
| 6.9 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:1 Personligt ombud | 142 |
| 6.10 | Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | 143 |
| 6.11 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | 145 |
| 6.12 | Anslagsutveckling 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation | 146 |
| 6.13 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation | 146 |
| 6.14 | Anslagsutveckling 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder | 146 |
| 6.15 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder | 147 |
| 6.16 | Anslagsutveckling 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning | 147 |
| 6.17 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning | 148 |
| 7.1 | Utgiftsutveckling Äldrepolitik | 149 |
| 7.2 | Antal personer i åldern 65 år och äldre i ordinärt boende som hade beviljad hemtjänst 1 oktober 2009 samt antal beviljade/beräknade hemtjänst-timmar under oktober år 2009. Fördelat på kommun och regiform. | 150 |
| 7.3 | Antal personer i åldern 65 år och äldre som bodde permanent i särskilt boende 1 oktober 2009. Fördelat på kommun och regiform | 150 |
| 7.4 | Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, 2005–2009 | 151 |
| 7.5 | Anslagsutveckling 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken | 166 |
| 7.6 | Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden | 167 |
| 7.7 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 5:1 Stimulansbidrag för åtgärder inom äldreomsorgen | 168 |
| 8.1 | Utgiftsutveckling Socialtjänstpolitik | 169 |
| 8.2 | Antal barn och unga (0–20 år) med insatser någon gång under respektive år | 174 |

| | | |
|------|---|-----|
| 8.3 | Antal biståndshushåll (inkl. introduktionsersättning) av befolkningen i vissa grupper år 2005 och 2009. Procent..... | 178 |
| 8.4 | Antal kvinnor och män med insatser den 1 november 2005 och 2009 | 179 |
| 8.5 | Anslagsutveckling 6:1 Statens institutionsstyrelse..... | 191 |
| 8.6 | Offentligrättslig verksamhet | 191 |
| 8.7 | Uppdragsverksamhet | 191 |
| 8.8 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 6:1 Statens institutionsstyrelse | 191 |
| 8.9 | Anslagsutveckling 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. | 192 |
| 8.10 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m..... | 193 |
| 9.1 | Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Barnrättspolitik..... | 195 |
| 9.2 | Anslagsutveckling 7:1 Barnombudsmannen..... | 203 |
| 9.3 | Uppdragsverksamhet | 203 |
| 9.4 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 7:1 Barnombudsmannen..... | 203 |
| 9.5 | Anslagsutveckling 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor | 204 |
| 9.6 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor | 204 |
| 9.7 | Anslagsutveckling 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige | 204 |
| 9.8 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige..... | 205 |
| 10.1 | Anslagsutveckling 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning..... | 208 |
| 10.2 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning | 209 |
| 10.3 | Anslagsutveckling 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning | 209 |
| 10.4 | Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden..... | 210 |
| 10.5 | Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning..... | 210 |

Diagramförteckning

| | | |
|------|---|-----|
| 3.1 | Landstingens inkomster år 2009, procentuellt fördelade efter inkomstslag | 17 |
| 3.2 | Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2009, procentuellt fördelade på verksamhetsområde..... | 18 |
| 3.3 | Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1999–2009 (inklusive moms) | 19 |
| 3.4 | Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2010 | 21 |
| 3.5 | Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare | 28 |
| 3.6 | Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt..... | 41 |
| 3.7 | Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke | 41 |
| 4.1 | Medellivslängd 1989–2009..... | 76 |
| 4.2 | Andel ungdomar mellan 16 och 24 år som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest 1988/89–2008/09..... | 78 |
| 4.3 | Antal personer per 100 000 invånare 15–24 år som dött i självmord (endast säkra fall), tre års glidande medelvärde 1999–2008..... | 79 |
| 4.4 | Andel personer med övervikt eller fetma 1988/89–2008/09 | 80 |
| 4.5 | Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9 1992–2009/2010 ¹ | 83 |
| 4.6 | Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2009 | 83 |
| 4.7 | Alkoholrelaterad dödlighet per 100 000 personer 1999–2008..... | 84 |
| 4.8 | Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de någon gång använt narkotika 2001–2010..... | 84 |
| 4.9 | Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder 1988/89–2008/09..... | 85 |
| 4.10 | Antalet fall av hivinfektion som anmälts 2000–2009 | 92 |
| 4.11 | Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 2000–2009 | 92 |
| 4.12 | Antal fall av den nya influensan A (H1N1) under perioden juni 2009 – mars 2010..... | 93 |
| 4.13 | Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2000–2009 | 95 |
| 8.1 | Ekonomiskt bistånd inkl. introduktionsersättning till flyktingar m.fl..... | 177 |
| | Figur 3.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården | 53 |

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. bemyndigar regeringen att under 2011 för ramanslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 8 000 000 kronor under perioden 2012–2014 (avsnitt 3.11.6),
2. bemyndigar regeringen att under 2011 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 under perioden 2012–2016 (avsnitt 3.11.8),
3. bemyndigar regeringen att under 2011 för ramanslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 470 000 000 kronor under perioden 2012–2014 (avsnitt 7.7.1),
4. bemyndigar regeringen att under 2011 för ramanslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 897 000 000 kronor under perioden 2012–2015 (avsnitt 10.3.),
5. för budgetåret 2011 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

| Anslag | Anslagstyp | |
|--|------------|-------------------|
| 1:1 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd | Ramanslag | 18 696 |
| 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering | Ramanslag | 56 168 |
| 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket | Ramanslag | 111 348 |
| 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. | Ramanslag | 6 694 480 |
| 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna | Ramanslag | 23 200 000 |
| 1:6 Bidrag till hälsa- och sjukvård | Ramanslag | 944 765 |
| 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden | Ramanslag | 603 425 |
| 1:8 Bidrag till psykiatri | Ramanslag | 887 942 |
| 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 | 18 000 |
| 2:1 Statens folkhälsoinstitut | Ramanslag | 133 973 |
| 2:2 Smittskyddsinstitutet | Ramanslag | 196 923 |
| 2:3 Alkoholsortimentsnämnden | Ramanslag | 222 |
| 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap | Ramanslag | 19 579 |
| 2:5 Bidrag till WHO | Ramanslag | 34 665 |
| 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder | Ramanslag | 89 754 |
| 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder | Ramanslag | 256 757 |
| 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar | Ramanslag | 145 502 |
| 2:9 Insatser för vaccinberedskap | Ramanslag | 85 000 |
| 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning | Ramanslag | 20 358 |
| 3:2 Bidrag till handikapporganisationer | Ramanslag | 182 742 |
| 4:1 Personligt ombud | Ramanslag | 104 460 |
| 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | Ramanslag | 323 012 |
| 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation | Ramanslag | 31 578 |
| 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder | Ramanslag | 256 000 |
| 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning | Ramanslag | 20 160 000 |
| 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken | Ramanslag | 1 906 730 |
| 6:1 Statens institutionsstyrelse | Ramanslag | 835 543 |
| 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. | Ramanslag | 191 692 |
| 7:1 Barnombudsmannen | Ramanslag | 18 342 |
| 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor | Ramanslag | 14 624 |
| 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige | Ramanslag | 13 961 |
| 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning | Ramanslag | 25 313 |
| 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning | Ramanslag | 398 440 |
| 9:1 Socialstyrelsen | Ramanslag | 899 766 |
| Summa | | 60 066 950 |

2 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

2.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar underindelningarna Barnrättspolitik, Folkhälsopolitik, Handikappolitik, Hälso- och sjukvårdspolitik, Socialtjänstpolitik, Stöd till personer med funktionsnedsättning samt Äldrepolitik. Utgiftsområdet omfattar även anslagen *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*, och *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*, vilka ingår i utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

2.2 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Hälso- och sjukvårdspolitik | 30 416 | 33 885 | 33 496 | 34 622 | 35 528 | 35 576 | 35 775 |
| Folkhälsopolitik | 1 087 | 1 078 | 980 | 962 | 968 | 979 | 987 |
| Funktionshinderspolitik | 203 | 203 | 203 | 203 | 203 | 204 | 204 |
| Stöd till personer med funktionsnedsättning | 18 097 | 19 857 | 19 508 | 20 875 | 22 189 | 23 566 | 25 023 |
| Äldrepolitik | 1 712 | 2 040 | 1 867 | 1 907 | 1 957 | 1 957 | 1 957 |
| Socialtjänstpolitik | 935 | 1 086 | 1 103 | 1 027 | 1 037 | 1 051 | 1 072 |
| Barnrättspolitik | 41 | 49 | 47 | 47 | 67 | 61 | 61 |
| Forskningspolitik | 411 | 418 | 414 | 424 | 439 | 445 | 454 |
| Äldreanslag | 164 | 125 | 134 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg inklusive Socialstyrelsen | 53 065 | 58 741 | 57 753 | 60 067 | 62 388 | 63 838 | 65 533 |

¹ Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

**Tabell 2.2 Härledning av ramnivån 2011–2014.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 58 708 | 58 708 | 58 708 | 58 708 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löne- omräkning ² | 17 | 42 | 79 | 144 |
| Beslut | 350 | 1 496 | 1 440 | 1 441 |
| Övriga makro- ekonomiska förutsätt- ningar | 115 | 754 | 1 522 | 2 398 |
| Volymer | 887 | 1 392 | 2 082 | 2 836 |
| Överföring till/från andra utgifts- områden | -17 | -19 | -13 | -12 |
| Övrigt ³ | 8 | 15 | 21 | 18 |
| Ny ramnivå | 60 067 | 62 388 | 63 838 | 65 533 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget.

Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012-2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) även till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

**Tabell 2.3 Ramnivå 2011 realekonomiskt fördelad.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

| | 2011 |
|----------------------------------|---------------|
| Transfereringar ¹ | 56 682 |
| Verksamhetsutgifter ² | 3 327 |
| Investeringar ³ | 18 |
| Summa ramnivå | 60 027 |

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2009 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

² Med verksamhetsutgifter avses resurser som de statliga myndigheterna använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.

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

2.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens 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 skattelättnad 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 statsbudgetens saldo 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 2.4 Skatteutgift¹

Miljoner kronor

| | Prognos 2010 | Prognos 2011 |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Läkemedel | 2 450 | 2 630 |
| Förmån av privat hälso- och sjukvård | – | – |
| Hälso- och sjukvårdspolitik | 2 450 | 2 630 |
| Totalt för utgiftsområde 9 | 2 450 | 2 630 |

¹ 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.

3 Hälsa- och sjukvårdspolitik

3.1 Omfattning

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

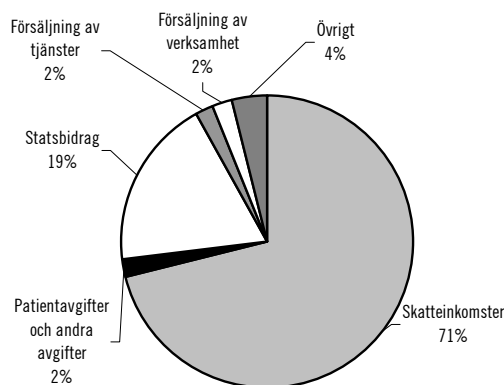
Vidare omfattar området myndigheterna Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket samt de statligt ägda bolagen Apoteket AB, Apoteksgruppen i Sverige Holding AB, Apotekens Service AB och APL (Apotek Produktion & Laboratorier AB). Dessutom omfattas Myndigheten för vårdanalys, en ny myndighet som inrättas 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 omkring 90 procent av landstingens verksamhet mätt som andel av landstingens totala kostnader.

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 71 procent 2009. Statens bidrag till landstingen utgörs av både generella och specialdestinerade statsbidrag, varav statens bidrag för läkemedelsförmånerna samt statens bidrag inom psykiatrin är exempel på specialdestinerade statsbidrag. Statens bidrag till landstingen

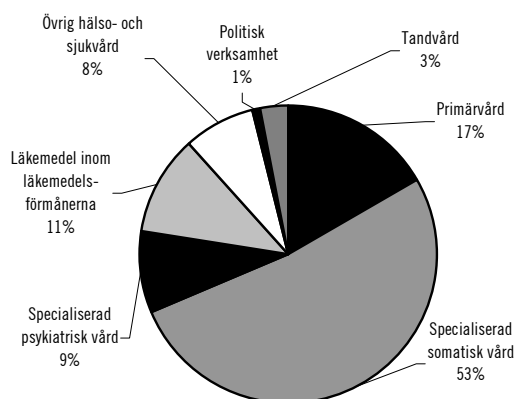
utgör 19 procent av landstingens inkomster. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster, viss verksamhet och av material och varor.

Diagram 3.1 Landstingens inkomster år 2009, procentuellt fördelade efter inkomstslag



Källa: Sveriges kommuner och landsting, Statistik inom hälsa- och sjukvård samt regional utveckling 2009

Landstingens (inklusive Gotlands kommun) nettokostnader för hälsa- och sjukvård, inklusive tandvård, fördelas på verksamhetsområden enligt diagram 3.2. Kostnaderna uppgick under 2009 till cirka 197 miljarder kronor.

Diagram 3.2 Sjukvårdshuvudmännens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2009, procentuellt fördelade på verksamhetsområde

Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvården och regional utveckling 2009

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

Enligt nationalräkenskaperna uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna 2008 preliminärt till 296 miljarder kronor. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med drygt 6 procent jämfört med 2007. Hälso- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2008 därmed preliminärt till 9,4 procent.

Tabell 3.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2004–2008

Miljarder kronor

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 ¹ |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| Hälso- och sjukvårdsutgifter | 241,4 | 250,5 | 263,0 | 278,9 | 296,3 |
| Andel av BNP, procent | 9,2 | 9,2 | 9,1 | 9,1 | 9,4 |

¹ Uppgifterna för 2008 baseras på preliminära årsberäkningar ur nationalräkenskaperna

Källa: SCB, De svenska hälsoräkenskaperna 2001–2008 tabell 1

Av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna under 2008 utgjordes cirka 243 miljarder kronor av offentliga utgifter medan privata utgifter uppgick till knappt 54 miljarder kronor och av dessa står hushållens utgifter för 46 miljarder kronor. Av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård står landstingen för drygt 70 procent. Landstingen får dock statsbidrag som täcker cirka 20 procent av utgifterna.

Av hälso- och sjukvårdsutgifterna utgörs drygt 60 procent av botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster vilket motsvarar 181 miljarder kronor. Dessa utgifter kan i sin tur delas upp på slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hem-sjukvård. Dock utgörs hela 96 procent av utgifter inom öppen- och slutenvården.

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 laborierverksamhet, sjukgymnastik samt ambulans- och sjuktransport.

I hälso- och sjukvårdsutgifterna ingår också utgifter för medicinska varor till öppenvårdspatienter. Under 2008 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 2008 till drygt 10 miljarder kronor. I dessa utgifter ingår bl.a. utgifter för mödrahälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar.

Tabell 3.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2008

Miljarder kronor

| | 2008 |
|---|--------------|
| Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster | 181,1 |
| Långtidsomvårdnadstjänster | 22,2 |
| Tilläggstjänster inom sjukvård ¹ | 13,8 |
| Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter | 47,5 |
| Varav | |
| Receptföreskrivna läkemedel inkl. egenavgifter | 27,7 |
| Prevention och folkhälsotjänster | 10,2 |
| Administration och övrigt | 6,5 |
| Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter | 281,4 |
| Hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar | 15,0 |
| Totala hälso- och sjukvårdsutgifter | 296,3 |

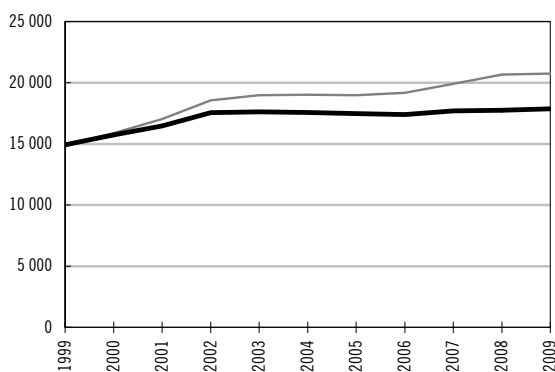
¹ Inklusive laborierietjänster, bildiagnostik och patienttransporter

Källa: De svenska hälsoräkenskaperna 2001–2008 tabell 2

Kostnader för läkemedel

År 2009 uppgick kostnaderna för läkemedelsförmånerna till cirka 20,7 miljarder kronor. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel uppgick till cirka 6,7 miljarder kronor. De totala kostnaderna för läkemedelsförmånerna och patienternas egenavgifter uppgick till cirka 25,9 miljarder kronor varav patienternas andel, 5,1 miljarder kronor, motsvarade en egenavgiftsandel på cirka 20 procent. Den totala läkemedelskostnaden, dvs. kostnader för läkemedelsförmånerna och rekvisitionsläkemedel ökade med 2 procent mellan åren 2008 och 2009. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna ökade med 0,4 procent mellan åren och kostnaderna för läkemedel på rekvisition ökade med drygt 7 procent. Ökningstakten för rekvisitionsläkemedel har avtagit under 2009 jämfört med tidigare år.

Diagram 3.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1999–2009 (inklusive moms)



— Nominella kostnader, miljoner kr
 — Real kostnader enligt konsumentprisindex i 1999 års priser, miljoner kr

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

Socialstyrelsen gör i sin prognos för åren 2010 till och med 2014 bedömningen att kostnadsökningen för läkemedelsförmånerna (inklusive egenavgifter) blir cirka 1 procent per år för 2010–2012. För 2013 och 2014 skattas kostnadsökningstakten till mellan 2,5 och 4 procent per år. Kostnadsutvecklingen för 2010–2012 beräknas bli lägre än vad som har framgått av tidigare prognoser. De främsta anledningarna till detta är ett större genomslag för patentutgångar, en ökad effekt av TLV:s genomgångar samt landstingens egna insatser för att uppnå en effektivare läkemedelsförskrivning.

Tabell 3.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2005–2009 (inkl. moms)

| Miljoner kronor | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| År | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Läkemedelsförmånerna | 18 981 | 19 171 | 19 910 | 20 667 | 20 744 |
| Egenavgift | 5 006 | 5 043 | 5 181 | 5 176 | 5 115 |
| Andel egenavgift ¹ | 20,9% | 20,8% | 20,6% | 20,0% | 19,8% |
| Slutenvård ² | 4 342 | 5 007 | 5 671 | 6 255 | 6 713 |
| Receptfritt ³ | 3 106 | 3 379 | 3 639 | 3 879 | 4 158 |
| Total | 31 435 | 32 600 | 34 400 | 35 977 | 36 730 |
| Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna | 12,5% | 12,4% | 12,3% | 12,1% | — ⁴ |

¹ Som andel av förmån + egenavgift

² Avser läkemedel på rekvisition inom slutenvård och öppenvård

³ Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

⁴ Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnaderna saknas

Källor: Apoteket AB 2005–2008. Apotekens Service AB 2009. Hälsoräkenskaperna SCB.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i> | | | | | | | |
| 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd | 30 | 31 | 31 | 19 | 12 | 11 | 11 |
| 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering | 44 | 56 | 56 | 56 | 57 | 57 | 59 |
| 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket | 83 | 97 | 93 | 111 | 112 | 114 | 116 |
| 1:4 Tandvårdsförmåner m.m. | 5 515 | 6 593 | 6 371 | 6 694 | 7 064 | 7 135 | 7 282 |
| 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna | 22 267 | 23 200 | 23 067 | 23 200 | 23 200 | 23 200 | 23 200 |
| 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård | 421 | 523 | 517 | 945 | 1 455 | 1 413 | 1 413 |
| 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden | 608 | 557 | 571 | 603 | 626 | 633 | 661 |
| 1:8 Bidrag till psykiatri | 853 | 890 | 871 | 888 | 885 | 885 | 885 |
| 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti | | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 |
| 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler | | 74 | 72 | 74 | 74 | 74 | 74 |
| 1:11 Läkemedelsverket | | 0 | 0 | 113 | 113 | 113 | 113 |
| 1:12 Myndigheten för vårdanalys | | 0 | 0 | 18 | 27 | 29 | 30 |
| 9:1 Socialstyrelsen | 595 | 865 | 848 | 900 | 903 | 912 | 931 |
| Summa Hälso- och sjukvårdspolitik | 30 416 | 33 885 | 33 496 | 34 622 | 35 528 | 35 576 | 35 775 |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

3.3 Mål

Målen 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.

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 en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare
- säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad
- 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.

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 nationella patientenkäten (se vidare avsnitt 3.6).

Syftet med denna redovisning är att regeringen ska kunna presentera ett bättre underlag för beslut till riksdagen och att de statliga insatser som genomförts ska kopplas tydligare till

utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet och till de mål som riksdagen har beslutat om.

3.4 Tillgänglighet

Tillgängligheten till hälso- och sjukvård är god i Sverige i bemärkelsen att det finns ett sjukvårdssystem som omfattar alla och att invånarnas egen finansiering utgör en låg andel av kostnaden. Trots det så finns det problem vad gäller tillgänglighet till hälso- och sjukvård för befolkningen. En indikator som visar hur stor andel av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver redovisas i tabell 3.5.

Tabell 3.5 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver

| Procent | | | | | | | |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| År | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Män | 70 | 69 | 73 | 74 | 75 | 77 | 78 |
| Kvinnor | 68 | 69 | 72 | 74 | 74 | 76 | 78 |

Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

Allt fler instämmer i att de har tillgång till den vård de anser sig behöva. Under den senaste tioårsperioden har andelen stadigt ökat och uppgick 2009 till 78 procent. Regeringen anser dock att det fortfarande finns problem kring tillgängligheten. Av dem som anser att de inte har tillgång till den sjukvård de behöver är det många som anger att det beror på långa väntetider. Regeringen har mot bakgrund av detta vidtagit en rad åtgärder, varav kömiljarden är en. Kömiljarden syftar till att patienterna ska få tillgång till vård inom ramen för vårdgarantin. Sjukvårdshuvudmännen får från kömiljarden ersättning utifrån hur väl de uppfyller vårdgarantin (se vidare avsnitt 3.4.1).

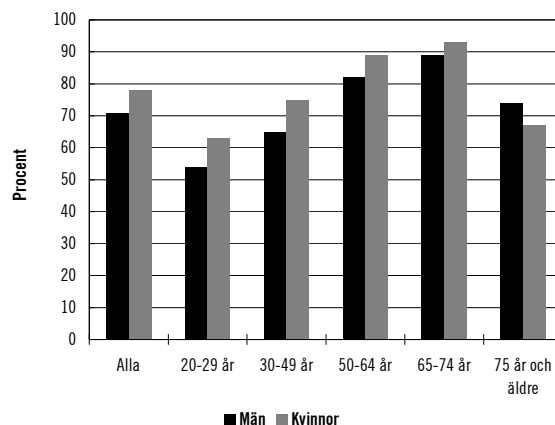
Även väntetiderna i vården visar på en positiv utveckling. I slutet av 2009 hade det skett i det närmaste en halvering av antalet patienter som hade väntat längre än 90 dagar på att få en operation i den specialiserade vården jämfört med motsvarande siffra ett år tidigare. Motsvarande utveckling har även skett vad det gäller antal väntande patienter för besök i den specialiserade vården.

Med regeringens satsning på en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri (se avsnitt 3.4.3) har en indikator tagits fram som visar antal barn och unga som väntar på tid för första besök respektive tid för fördjupad ut-

redning/behandling. Indikatorn visar antalet väntande i 30-dagarsintervall: 0–30, 31–60 dagar osv. Under 2009 minskade antalet väntande barn och unga i Sverige med 25 procent, från drygt 4 000 till cirka 3 200. Under 2010 har antalet väntande barn och unga hittills minskat ytterligare till cirka 2 500. Av dessa har cirka 1 600 väntat 30 dagar eller kortare.

På tandvårdsområdet visar utfallet att det fortfarande är i åldersgrupperna 20–29 år samt 75 år och äldre som besöksfrekvensen är märkbart lägre än i övriga åldersspann, se diagram 3.4. Diagrammet visar andelen vuxna kvinnor och män i olika åldersgrupper som besökt tandläkare eller tandhygienist minst en gång under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2010, inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Noteras bör att diagrammet och redovisade siffror enbart visar besök inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Under avsnitt 3.4.4 redogörs närmare för tillgänglighetssatsningar för tandvården samt hur det statliga tandvårdsstödet har nyttjats under de två första åren.

Diagram 3.4 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist under perioden 1 juli 2008 till 30 juni 2010



Källa: Försäkringskassan

3.4.1 Vårdgaranti och kömiljard

Under 2009, som var kömiljardens första år, har andelen patienter som väntat längre än 90 dagar i den planerade specialiserade vården minskat kraftigt, från 35 procent till 9 procent för besök och från 38 procent till 7 procent för behandling. Vidare har ett antal tillägg gjorts i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som rör väntetider och som stärker patienternas ställning i vården. Detta gäller bland annat en lagreglering av vård-

garantin och en skyldighet för landstingen att se till att patienten utan extra kostnader får vård hos annan vårdgivare om landstinget inte uppfyller tidsgränserna i vårdgarantin.

Vårdgarantin går kortfattat ut på att patienten ska få:

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

Förbättrad tillgänglighet med kömiljarden

Regeringen konstaterade i budgetpropositionen för 2009 att trots tidigare statliga stimulansmedel på drygt 46 miljarder kronor under perioden 2000–2009, så hade de satsningar som gjorts haft begränsade effekter på väntetiderna. Exempelvis visade Socialstyrelsens uppföljningar att arbetet för att uppfylla vårdgarantin endast inledningsvis hade medfört kortare väntetider inom den planerade specialiserade vården. Effekten klingade därefter av under första halvåret 2006.

Mot bakgrund av att tidigare insatser inte fått avsedd effekt aviserades därför kömiljarden i samband med budgetpropositionen för 2009. För att ytterligare stimulera landstingen att arbeta med uppfyllandet av vårdgarantin ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i början av 2009 en överenskommelse om en långsiktig resultatbaserad satsning som omfattar en miljard kronor per år under perioden 2010–2012. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven om uppfyllande av vårdgarantin får ta del av medlen. Fördelningen av de medel som avsatts i och med kömiljarden görs enbart till landsting som klarar av att ge antingen 80 procent eller 90 procent av patienterna ett besök hos specialistläkare inom högst 3 månader samt, om nödvändigt, behandling inom ytterligare 3 månader.

När kömiljarden lanserades hade nära 130 000 personer stått i kö för vård längre än de tidsgränser som uppställts i vårdgarantin och endast tre landsting uppfyllde kraven i satsningen. Under tiden med kömiljarden har det skett tydliga förbättringar. Antalet patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på besök till specialist har under perioden september 2008 till november 2009 minskat med 77 procent, och för väntetiderna till behandling är minskningen hela

82 procent för samma tidsperiod. Vid avstämningen för 2009 års kömiljard konstaterades att 17 av 21 landsting klarar att ge hela 90 procent av patienterna vård inom vårdgarantins yttre gräns på 90 dagar, både för besök och behandling.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa upp arbetet med vårdgarantin och kömiljarden. Myndigheten lämnade inom ramen för uppdraget en delrapport i mars 2010 (Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden” – Årsrapport 2010). Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att landstingens engagemang för att arbeta med förbättrad tillgänglighet har ökat. Detta beror bl.a. på att landstingen har tydligare mål att arbeta mot, samt att frågan aktivt har drivits av regeringen, t.ex. i form av landstingsbesök. Detta engagemang, i kombination med olika typer av öppna jämförelser, har ökat trycket på landstingen att visa upp bra resultat. Socialstyrelsen konstaterar vidare att vissa problem fortfarande kvarstår. Det gäller till exempel att kännedom om vårdgarantin och dess innebörd tycks vara låg bland både patienter och personal. Relativt få landsting har genomfört personalutbildningar under det senaste året i frågor som rör vårdgarantin. Landstingsföreträdare som Socialstyrelsen frågat upplever att det finns en förbättringspotential när det gäller att informera patienter om både vårdgarantin och väntetider till t.ex. behandlingar inom den slutna vården.

Skärpta krav i 2010 års kömiljardöverenskommelse

I december 2009 enades regeringen och SKL om 2010 års kömiljardöverenskommelse. För att stimulera landstingen till ytterligare förbättrad tillgänglighet har vissa tillägg gjorts. För att få kunna ta del av satsningen under 2010 skärps bl.a. kraven på inrapporteringsfrekvensen från 90 till 95 procent. Från och med april 2010 kommer dessutom både ordinarie köer och köer för så kallat frivilligt väntande, dvs. patienter som avstår ett erbjudande om vård, räknas in i den statistik som utgör grunden för fördelningen av medel.

Vårdgarantin förs in i hälso- och sjukvårdslagen

Den 1 juli 2010 trädde ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i kraft, som syftar till att ytterligare förstärka patienternas ställning i vården vad gäller vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning. Vårdgarantin har tidigare varit en frivillig överenskommelse

mellan staten och SKL, men genom lagstiftningen har landstingen nu en skyldighet att erbjuda de som är bosatta inom landstinget vård inom vårdgarantins tidsgränser. De tidsgränser som tidigare gällt för vårdgarantin kvarstår tills vidare. Regeringen utgår från att landstingen tar sitt ansvar för denna fråga och fattar de beslut som behövs för att uppfylla skyldigheten.

Om landstinget inte uppfyller vårdgarantin ska det se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne får vård hos en annan vårdgivare. Vidare stärks dessutom patientens ställning genom de nyligen genomförda lagändringar som ålägger de enskilda yrkesutövarna att ge patienten individuellt anpassad information dels om sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade vården, dels om vårdgarantin och dess innehåll (se avsnitt 3.6.1). Mot bakgrund av att Socialstyrelsen konstaterade i sin uppföljning av vårdgarantin att kännedomen om dess innebörd tycks vara låg bland både patienter och personal så behövs ytterligare insatser för att säkerställa att patienter får nödvändig information för att t.ex. kunna utnyttja sin rätt till vård hos annan vårdgivare om väntetiderna är för långa.

3.4.2 Tillgång till personal

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal fortsätter att öka, men personaltätheten varierar över landet och efterfrågan överstiger tillgången på läkare, barnmorskor, tandläkare och specialist-sjuksköterskor. Tillgången på personal i vården varierar över tid och beror bland annat på hur många som utbildas i Sverige, migration samt kommunernas och landstingens möjligheter att anställa personal. Kommunernas och landstingens möjligheter att anställa personal beror dels på ekonomiska förutsättningar, dels på det lokala utbudet av anställningsbar personal.

Tillgången på läkare och sjuksköterskor ökar

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen följa och redovisa utvecklingen av tillgången på personal inom hälso- och sjukvården. Syftet är att ge en överblick av området och ett underlag för eventuella åtgärder. Årets rapport, Socialstyrelsens Årsrapport NPS 2010, visar i korthet att tillgången på läkare, barnmorskor och sjuksköterskor i hälso- och sjukvården fortsätter att öka, dock i olika takt, samt att perso-

naltätheten varierar över landet. Socialstyrelsens bedömning är att, trots ökningen, så överstiger efterfrågan tillgången vad gäller barnmorskor och läkare. Socialstyrelsen bedömer också att landstingen har svårt att rekrytera specialistutbildade sjuksköterskor inom vissa specialiteter, specialistläkare inom vissa specialiteter samt tandläkare. I Socialstyrelsens rapport redovisas en ny tendens som innebär att det under de senaste redovisade åren syns en markant ökning av återinvandrande svenskfödda läkare som erhållit sin läkarutbildning i ett annat land, från cirka 50 personer 2005 till närmare 100 personer 2008.

Tillgången på specialistläkare har utvecklats olika beroende på specialitet. Landstingen ansvarar för att anställa läkare för specialiserings-tjänstgöring i en omfattning som motsvarar landstingets planerade framtida behov av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Exempel på en positiv utveckling finns inom psykiatri där antalet specialister sedan 1997 har ökat med drygt 25 procent. Antalet specialister i allmänmedicin har ökat med knappt 30 procent.

Det har länge varit svårt att rekrytera specialistläkare i psykiatri. Regeringen stödjer därför en försöksverksamhet i norra och sydöstra sjukvårdsregionen där samtliga AT-läkare erbjuds fördjupad psykiatriutbildning under 2–3 månaders utvidgad AT inom psykiatri. Satsningen sker i projektform och pågår t.o.m. 2010. Socialstyrelsen har i en delrapport redovisat att projektet medfört en positiv utveckling, även om rekryteringen av AT-läkare hittills varit lägre än förväntat. Det är ännu för tidigt att bedöma projektets effekter på rekryteringen av specialistläkare. Projektet har enligt Socialstyrelsen också bidragit till utveckling av arbetsmiljön och verksamhetens pedagogiska innehåll vid de psykiatriska klinikerna.

Enligt SKL har andelen som gör sin specialiserings-tjänstgöring inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri ökat de senaste åren.

Socialstyrelsen rapporterade 2009 att tillgången på legitimerade yrkesgrupper inom psykiatri har ökat, utom ifråga om sjuksköterskor som är specialiserade inom psykiatri, där tillgången i stället har minskat. Framför allt psykiatrer och sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri bedöms som svårrekryterade till vuxenpsykiatrisk verksamhet.

Sedan flera år har landstingen haft svårigheter att rekrytera specialistsjuksköterskor. Utred-

ningen om trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst (S 2009:02) ska bl.a. göra en övergripande utredning av frågan om bristen på specialistsjuksköterskor. Utredningen redovisar sina förslag i oktober 2010.

För tandvårdens del visar statistiken att tillgången på tandvårdspersonal varierar över landet. Tillgången på tandhygienister i tandvården ökade 1995–2007, medan tillgången på tandläkare minskade något. Under 2009 har flera landsting aktivt rekryterat tandläkare utomlands. Allt fler svenskar utbildar sig till tandläkare i andra länder enligt uppgifter från Sveriges Tandläkarförbund. De vanligast förekommande utbildningsländerna är Polen, Rumänien och Ungern.

Ökat antal utbildningsplatser

Eftersom efterfrågan på läkare under flera år bedömts öka snabbare än tillgången både avseende läkare och tandläkare har regeringen under förra mandatperioden utökat antalet platser på båda utbildningarna. I budgetpropositionen för 2009 tillförde regeringen medel för att läkarutbildningen bör utökas med ytterligare 110 helårsstudenter. Totalt uppgår utbyggnaden 2014 till 605 helårsstudenter. En ytterligare utbyggnad av läkarutbildningen med totalt 30 helårsstudenter inleddes 2010. Fullt utbyggd 2015 innebär denna satsning att läkarutbildningen ökar med ytterligare 165 helårsstudenter. Utöver denna utbyggnad kommer Örebro universitet att starta läkarutbildning under 2011. I budgetpropositionen för 2009 gjorde regeringen dessutom bedömningen att tandläkarutbildningen bör byggas ut med totalt 30 helårsstudenter. Totalt uppgår utbyggnaden 2014 till 150 helårsstudenter. Utöver denna utbyggnad byggs tandläkarutbildningen ut vid Karolinska institutet med 10 platser per år fram till 2013. Regeringen har också beslutat om att tillföra 30 nya platser på psykologprogrammet vid Karolinska institutet.

Sedan hösten 2009 har en ny kompletteringsmöjlighet öppnats för hälso- och sjukvårdspersonal med yrkesutbildning från ett land utanför EU/EES för den som behöver komplettera sin utländska vårdutbildning med mindre än två års heltidsstudier på universitet eller högskola för att uppnå motsvarande den svenska utbildningsnivån.

3.4.3 Tillgänglighet inom psykiatriområdet

Förstärkt vårdgaranti har bidragit till bättre tillgänglighet

Regeringens satsning på en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri har varit mycket framgångsrik. Under 2009 minskade antalet väntande barn och unga i Sverige med 25 procent, från drygt 4 000 till cirka 3 200. Hitills under 2010 har antalet väntande barn och unga minskat ytterligare. Att möta barn 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.

I februari 2009 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Målet är att alla landsting senast under 2011 ska kunna erbjuda tid för ett första besök inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Den förstärkta vårdgarantin omfattar 214 miljoner kronor per år under 2009–2011. Medlen fördelas enligt en prestationsbaserad modell i efterhand till de landsting som både uppfyllt kraven för väntetider och kraven på inrapportering till databasen Väntetider i vården.

Under 2009 uppfyllde 20 landsting kraven för första besök och 19 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 inom barn- och ungdomspsykiatri har varit mycket lyckad behöver tillgängligheten förbättras ytterligare för att det uppsatta målet ska nås under 2011. Kraven på landstingen för att få del av medlen har därför skärpts i överenskommelsen för 2010. Regeringens bedömning är att användningen av sådana prestationsbaserade instrument har varit effektiv i arbetet med att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Ytterligare förklaringar till att tillgängligheten förbättrats kan vara att satsningen genomförts tillsammans med SKL och att frågan lyfts fram politiskt.

Enligt Socialstyrelsens rapport om öppna jämförelser och utvärdering av psykiatrisk vård 2010 har andelen vuxna som väntat mer än 90 dagar på

besök på vuxenpsykiatrisk mottagning minskat något under 2009. Patienternas upplevelse av att få vård när de behöver det har förbättrats något.

God tillgänglighet med en väl fungerande första linjens vård och omsorg

Det är angeläget att barn och ungdomar med psykisk ohälsa snabbt får tillgång till rätt insatser på rätt vårdnivå. Det förutsätter 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 jobbar med barn och ungdomar. Regeringen och SKL ingick i februari 2009 en överenskommelse om att fortsätta förändringsarbetet inom första linjens vård och omsorg. I projektet har 14 områden med landsting och kommuner från hela landet valts ut, för att utveckla ett antal fungerande modeller för samverkan mellan de aktörer i landsting och kommuner som på olika sätt arbetar med barn och ungdomar.

Inom varje modellområde har bl.a. en analys gjorts av alla aktuella verksamheter, processer och flöden i vård- och stödsystemen men även av vilka insatser som görs för hälsofrämjande och tidiga insatser. SKL har utvecklat webbaserade analysverktyg för att dels underlätta kartläggningen av verksamheter, dels kunna jämföra och dra slutsatser om den samverkan som utvecklas i modellområdena.

Första linjen och specialiserad vård påverkar varandra

Tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin påverkas av hur första linjens vård och omsorg fungerar.

Regeringen bedömer att projektet med modellområden på sikt kan leda till en förbättrad samverkan mellan landsting och kommuner, och därmed till en bättre vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Ett skäl till denna bedömning är att projektet, enligt överenskommelsen, är utformat för att engagera de deltagande aktörerna att själva förändra sina arbetssätt. De analysverktyg som SKL utarbetat kan också användas både av de deltagande aktörerna för att identifiera konkreta förbättringsområden i deras verksamheter, och av andra landsting och kommuner som inte ingår i något modellområde.

3.4.4 Tillgänglighet inom tandvårdsområdet

Under det nya tandvårdsstödet första två år ökade prisnivån inom den ersättningsberättigande tandvården med cirka 3 procent per år, vilket är en betydligt lägre prisökning jämfört med perioden januari 2003 till juni 2008. Ökningen var då 4,5 procent per år.

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

Den nya tandvårdsreformen trädde i kraft den 1 juli 2008 och består dels av ett allmänt tandvårdsbidrag i vårdförebyggande syfte och ett nytt 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.

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.

Under reformens två första år beräknas cirka 74 procent av den vuxna befolkningen ha besökt tandläkare eller tandhygienist. Bland kvinnorna var besöksfrekvensen 78 procent medan andelen bland männen var 71 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 63 procent av kvinnorna besökt tandvården minst en gång sedan den 1 juli 2008 jämfört med cirka 54 procent av männen. För en helhetsbild av åldersgruppernas besöksfrekvens hänvisas till diagram 3.4 i avsnitt 3.4.

Tabell 3.6 Tandvårdens utgifter, 2003–2008¹

Miljoner kronor

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Patientavgifter | 10 260 | 11 320 | 12 054 | 12 192 | 12 199 | 13 425 |
| Offentliga konsumtions- utgifter för tandvård | 6 636 | 7 183 | 6 695 | 7 307 | 7 472 | 8 429 |
| Summa utgifter | 16 896 | 18 503 | 18 749 | 19 499 | 19 671 | 21 854 |
| Andel patientavgifter % | 60,7 | 61,2 | 64,3 | 62,5 | 62,0 | 61,4 |

¹ 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 den 31 mars 2008. Uppgifterna baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

Källa: SCB, Svenska hälsoräkenskaper

Tabell 3.7 Kostnader för statligt tandvårdsstöd 2003–2009

Miljoner kronor

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Statligt tandvårdsstöd | 2 607 | 3 129 | 2 426 | 3 099 | 3 159 | 3 749 | 5 323 |
| Administrationskostnader för försäkringen | 204 | 175 | 186 | 168 | 234 | 205 | 221 |

Källa: Försäkringskassan

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.

I tabell 3.6 redovisas de totala utgifterna för tandvård under perioden 2003–2008, uppdelat på hushållens konsumtionsutgifter (patientavgifter) respektive offentliga utgifter (statens, landstingens och primärkommunernas utgifter). I tabell 3.7 redovisas kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet 2003–2008.

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 komplettera det generella stödet med särskilt riktade insatser och har därför tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att utforma ett kompletterande stöd till dessa patientgrupper. Arbetet ska vara avslutat senast den 1 november 2010.

Sammantaget visar resultaten att reformen har bidragit till att uppfylla målet om att göra tandvården mer tillgänglig för stora delar av befolkningen. Ett särskilt stöd till vissa patientgrupper med stora tandvårdsbehov kommer att ytterligare förstärka tillgängligheten.

3.4.5 Tillgänglighet inom läkemedelsområdet

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. augusti 2010 beviljat tillstånd för över 100 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, till-

handahållande 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. I augusti 2010 hade öppethållandet ökat med sammanlagt 864 timmar i veckan för 167 av de apotek som fanns redan när reformen trädde i kraft, enligt uppgift från Sveriges Apoteksförening. Endast sex apotek hade minskat sina öppettider. Tillsammans med de nystartade apoteken innebär detta att det totala öppethållandet för apotek i Sverige har ökat med cirka 7 800 timmar per vecka. Många av de nya apoteksaktörerna planerar dessutom att öppna nya apotek under hösten 2010. Det kan konstateras att tillgängligheten till apotek därmed redan har ökat och att nya tjänster har börjat utvecklas på området.

Receptfria läkemedel på fler försäljningsställen

Tillgängligheten till receptfria läkemedel har ökat betydligt. I juli 2010 hade 6 700 försäljningsställen anmält försäljning av receptfria läkemedel på andra platser än apotek.

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 Läkemiddelsverket som, utifrån vissa i lagen angivna kriterier, bestämmer vilka läkemedel som får säljas enligt regelverket. Regeringens mål med denna del av omregleringen är att ytterligare öka tillgängligheten till receptfria läkemedel för konsumenterna.

Regeringen bedömer att målet har uppnåtts. 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 försäljningsställets ordinarie öppettider. 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.

3.5 Kunskapsbaserad vård

En kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär (enligt 2 kap 1 § LYHS) att vården "...ska bygga på vetenskap och beprövad

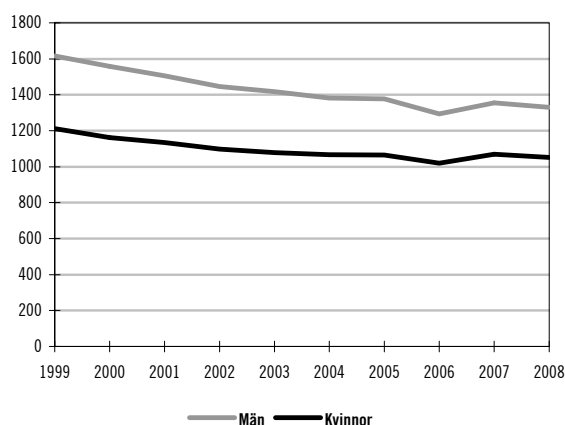
erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov...". En kunskapsbaserad vård handlar om såväl vad som görs som hur den utförs. Regeringens ambition är att stödja en utveckling mot en alltmer kunskapsbaserad sjukvård bl.a. genom framtagande av nationella riktlinjer. Utarbetandet och användningen av nationella riktlinjer är ett av flera verktyg för att förbättra resultaten i vården. Ett generellt mått som kan visa på resultaten i sjukvården är antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall dvs. död i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser. I tabell 3.8 redovisas, i femårsintervall, åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare.

Tabell 3.8 Antal sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare (1–74 år)

| År | 1988 | 1993 | 1998 | 2003 | 2008 |
|---------|------|------|------|------|------|
| Män | 50,7 | 49,4 | 43,6 | 35,6 | 31,8 |
| Kvinnor | 39,2 | 34,3 | 28,7 | 25,1 | 19,7 |

Källa: Socialstyrelsen

Indikatorn visar på en tydlig förbättring både för kvinnor och män vad gäller död som kan undvikas genom medicinska insatser. På 20 år har de undvikbara dödsfallen i det närmaste halverats för kvinnor och för män har de minskat med närmare 40 procent. Ett annat mått som visar på effekter av åtgärder i den öppna vården är antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, den visar antalet "onödiga" inläggningar på sjukhus som med ett effektivt och adekvat omhändertagande i den öppna vården skulle kunna undvikas. Även denna indikator tyder på att det har skett en förbättring inom öppenvården genom att antalet män med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare har minskat med cirka 20 procent på 10 år. Motsvarande siffra för kvinnor är cirka 15 procent. Indikatorn speglar flera olika dimensioner, bl.a. tillgängligheten till vården men också i vilken utsträckning öppenvården erbjuder en vård baserad på evidens och beprövad erfarenhet.

Diagram 3.5 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare

Källa: Socialstyrelsen

3.5.1 Statlig kunskapsstyrning

Bättre kunskapsbas genom jämförelser och riktlinjer

Regeringen anser att öppna jämförelser är ett viktigt instrument för att öka kvaliteten i hälso- och sjukvården. Under senare år har också ett antal satsningar gjorts på detta område. Ett exempel är den nationella strategin för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som presenterades 2009 (se avsnitt 3.7.2).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer utgör ett viktigt instrument i den nationella kunskapsstyrningen. Huvudmännen anser att riktlinjerna underlättar arbetet för professionerna och ger ett väsentligt bättre beslutsunderlag för hälso- och sjukvårdsstyrning än tidigare kunskapsdokument. Socialstyrelsen har också konstaterat i Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 att de nationella riktlinjerna har fått genomslag i vården. Det gäller t.ex. följsamheten till, och uppfyllanden av, målvärdena inom riktlinjerna för både hjärtsjukvård och diabetes. Det finns dock skillnader i systematik och arbetssätt mellan huvudmännen då det gäller införandet av nationella riktlinjer på den regionala nivån.

Insatser för en mer samordnad statlig kunskapsstyrning

Det är viktigt att kunskapsspridningen till hälso- och sjukvården sker på ett samordnat sätt. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har därför i regleringsbrev och instruktioner fått

i uppdrag att bidra till att kunskapsspridningen planeras och utförs på ett sådant sätt att staten så långt som möjligt uppfattas som en samordnad aktör av huvudmännen.

För att i ett långsiktigt perspektiv förtydliga ansvarsfördelningen gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en förstudie till en strategi för hur arbetet med kunskapsutveckling ska samordnas på nationell nivå. Förstudien skulle även beakta hur Socialstyrelsen kan fördela arbetet när det gäller att utveckla kunskapsstöd och informationsstruktur för vården, verka för att stödet tillämpas samt utveckling och insamling av data, utarbetande av indikatorer, nationella riktlinjer och möjligheter att följa upp tillämpningen av riktlinjer. Socialstyrelsen inkom med förstudien i maj 2010. I denna framhåller myndigheten bl.a. att det finns ett tydligt behov av fortsatt samverkan mellan myndigheterna och att förutsättningarna för en gemensam verksamhetsplan när det gäller framtagandet av nationella kunskapsunderlag behöver utredas. Förstudien bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Även inom ramen för den nationella cancerstrategin genomförs insatser för att förbättra kunskapsstyrningen regionalt och nationellt. Ett exempel är utvecklingen av regionala cancercentrum (RCC). Dessa är bl.a. tänkta att samla den avancerade cancervården till några platser i Sverige och ha stark samverkan med tillhörande forskning (se vidare avsnitt 3.8.2).

Hälso- och sjukvården drivs av en mycket snabb utveckling av nya medicinska behandlingsmetoder och teknologier. Detta ställer krav på förmåga att dels tillvarata och omsätta ny kunskap, dels utrangera osäkra eller onödiga metoder i vården. Regeringen har gett SBU i uppdrag att starta ett projekt för att tillsammans med olika berörda aktörer identifiera kunskapsluckor och behandlingsmetoder i vården som inte har önskvärd effekt eller där tillräcklig kunskap om effekterna saknas. Om förekomsten av osäkra eller onödiga behandlingsmetoder minskar så sparas sannolikt resurser som i stället kan satsas på etablerade och evidensbaserade metoder.

Sedan årsskiftet 2008/2009 arbetar en nationell samordningsgrupp för kunskapsstyrning som har till uppgift att bl.a. verka för att spridning av ny kunskap blir effektivare och att nya metoder snabbt utvärderas. Gruppen består av företrädare för hälso- och sjukvården från samtliga sjukvårdsregioner, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt myndigheterna Social-

styrelsen, Läkemedelsverket, SBU och TLV. Inom ramen för samarbetet presenterades i november 2009 rapporten Mot en effektivare kunskapsstyrning, som är en analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik. I rapporten konstateras bl.a. att huvudmännen överlag är nöjda med de riktlinjer som arbetats fram. Riktlinjerna underlättar arbetet för professionerna och ger ett bättre beslutsunderlag för hälso- och sjukvårdsstyrning. Samtidigt finns det skillnader i systematik och arbetssätt mellan huvudmännen då det gäller beredningen av nationella riktlinjer. Flera av huvudmännen lyfter vidare fram primärvården som en viktig fråga för den fortsatta kunskapsstyrningen.

3.5.2 Kunskapsbaserad psykiatri

Regeringens satsning på vidareutbildning av specialistläkare i psykiatri har utvecklats positivt under 2009. Forskartjänster i psykiatri har börjat tillsättas och två nationella forskarskolor har inrättats. 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 specialistläkare inom psykiatrin

Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) driver på regeringens uppdrag det s.k. METIS-projektet (MEr Teori I Specialisttjänstgöringen).

IPULS har sedan 2007 regeringens uppdrag att utveckla specialistkompetenskurser (SK-kurser) i psykiatri. Inom METIS-projektet har åtta nya SK-kurser genomförts under 2009, bl.a. om neuropsykiatri, psykossjukdomar och psykofarmakologi. Ytterligare åtta nya kurser ska genomföras under 2010, bl.a. om ångestsjukdomar, äldrepsykiatri och ätstörningar.

Regeringen bedömer att METIS-projektet har utvecklats till ett värdefullt utbildningskoncept. Konceptet utformas i nära samarbete med professionen och utgår från det utbildningsbehov som professionen själva uppger att de har. Flera kurser är webbaserade och samtliga är nära knutna till deltagarnas ordinarie arbete, vilket sannolikt är en förklaring till den positiva utvecklingen och det stora intresset från professionen.

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. Förutom detta uppdrag har Vetenskapsrådet lämnat stöd till två nationella forskarskolor i klinisk psykiatri, en vid Karolinska institutet och en i samarbete mellan universiteten i Lund och Göteborg. Forskarskolorna ska bl.a. bidra till att öka antalet medarbetare med akademisk doktorsexamen inom psykiatri, genom att stärka ämnet och göra det attraktivt för professionella inom disciplinen.

Satsning på klinisk forskning är en viktig faktor för regeringens ambition att åstadkomma en mer kunskapsbaserad psykiatri. Det är därför av stor betydelse att de båda forskarskolorna nu har etablerats.

Många uppdrag för att främja en kunskapsbaserad psykiatri

Inom ramen för psykiatrisatsningen har regeringen beslutat om en rad andra uppdrag under 2009 som på sikt ska bidra till att psykiatrin som helhet arbetar mer kunskapsbaserat.

Socialstyrelsen ansvarar för flertalet uppdrag, som bl.a. avser kompetenshöjande insatser, utveckling av en kunskapsportal och framtagande av nationella riktlinjer. SBU arbetar med uppdraget att ta fram kunskapsöversikter om diagnostik av ADHD och autismspektrumtillstånd samt förstämningssyndrom och om läkemedelsbehandling av psykos/schizofreni. Hjälpmedelsinstitutet arbetar med uppdraget att informera och utbilda personal i landsting och kommuner om hjälpmedel samt att utveckla nya hjälpmedel. Försäkringskassan prövar på regeringens uppdrag ansökan om och fördelar medel till en myndighetsgemensam kunskapsutveckling om rehabilitering för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

UPP-centrum vid Socialstyrelsen – ett samlat kunskapsstöd

Det är angeläget att så tidigt som möjligt identifiera barn som har eller som riskerar att få psykisk ohälsa, och det är viktigt att all personal som möter barn har hög kompetens och använder den mest aktuella kunskapen i sitt arbete. Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning har Socialstyrelsen därför i uppdrag att driva UPP-centrum, ett nationellt utvecklingscentrum

för barns psykiska hälsa. Centrumet ska fungera som ett samlat kunskapsstöd för både hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola och skola. Dess uppgift är att samla, koordinera och föra ut kunskap och vetenskap då det gäller att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga som riskerar att utveckla svårare psykisk ohälsa. De uppgifter som UPP-centrum har förutsätter långsiktighet och samverkan. UPP-centrum samarbetar därför med många aktörer, t.ex. SKL, universitet och högskolor, Skolverket och Barnombudsmannen. Socialstyrelsen ska enligt regeringsuppdraget planera för hur UPP-centrums verksamhet ska inordnas i myndighetens ordinarie verksamhet fr.o.m. 2012.

3.5.3 Kunskapsbaserad tandvård

Förutsättningarna för att kunna erbjuda en kunskapsbaserad tandvård, genom bl.a. nationella riktlinjer och kunskapsutveckling, har blivit bättre genom regeringens insatser.

Tandhälsoregistret är ett nytt hälsodataregister som kommer att fylla en viktig funktion när det gäller att följa tandhälsan över tid i Sverige. Registret är sedan den 1 juli 2008 under uppbyggnad hos Socialstyrelsen och kommer på sikt att kunna svara på frågor som hur tandhälsan utvecklas över tiden, 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 regeringens uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. I ett första skede planeras sex nationella riktlinjer för tandvård som kommer att presenteras i slutet av 2010.

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 2010. Regeringen har även avsatt medel för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum, bl.a. Kunskapscenter för Dentala Material.

3.5.4 Kunskapsbaserad läkemedelsanvändning

Ett nytt centrum vid Läkemedelsverket

Vid Läkemedelsverket inrättades den 1 juli 2010 en särskild funktion, Centrum för bättre läkemedelsanvändning, med uppgift att bedriva utrednings- och utvecklingsverksamhet för att förbättra läkemedelsanvändningen samt att verka för samordning och samverkan mellan de aktörer som är verksamma på området.

Regeringen konstaterar i propositionen Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning (prop. 2009/10:138) att det finns flera aktörer som arbetar med att förbättra läkemedelsanvändningen. Apoteket AB har enligt tidigare verksamhetsavtal med staten haft till uppgift att inom ramen för handelsmarginalen bedriva forsknings- och utvecklingsarbete om läkemedelsanvändning och apoteksverksamhet. Åtagandet upphörde den 1 juli 2010. Utrednings- och utvecklingsverksamheten överfördes till Läkemedelsverket och kommer där att utgöra en resurs vid uppbyggnaden av den särskilda funktionen.

Såväl landsting som förskrivare och apotek har utifrån sina olika verksamheter behov av läkemedelsinformation. Att samla, utvärdera och kvalitetssäkra läkemedelsinformation blir en uppgift för Läkemedelsverket.

Forskning inom farmaci

Det är angeläget att den forskningsverksamhet som har bedrivits vid Apoteket AB inte går förlorad. Verksamheten läggs ner i sin nuvarande form men avsatta medel kommer även framöver användas för forskning inom ämnesområdet farmaci. Därför utbetalas 4 miljoner kronor årligen från och med 2010 till Vetenskapsrådet för detta ändamål.

3.6 Patientens ställning

Regeringens mål för detta område är att säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande i kontakterna med hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen fastställde under hösten 2009 ett antal indikatorer för uppföljning av patientfokuserad hälso- och sjukvård. Genom den nationella patientenkäten finns fr.o.m. 2010 en nationell datakälla för området. Regeringen har tidigare följt resultat från Vård-

barometern men kommer fortsättningsvis att basera indikatorn för att följa patienternas uppfattning om vården på resultaten från den nationella patientenkäten.

Kunskap om hur patienterna uppfattar hälso- och sjukvården är en avgörande förutsättning för att kunna vidareutveckla och förbättra hälso- och sjukvården med patienten i centrum. Det är bl.a. mot bakgrund av det som regeringen och landstingen har tagit initiativ till att genomföra den nationella patientenkäten. Enkäten är en mätning av patientupplevd kvalitet och möjliggör jämförelser mellan landstingen, deras vårdcentraler och sjukhus/mottagningar på ett likvärdigt sätt. Enkäten har skickats ut till cirka 165 000 patienter i 19 landsting. 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 tabell 3.9 redovisas resultatet avseende ett antal indikatorer från enkäten. Eftersom den nationella patientenkäten endast har genomförts under ett år kan enbart ett värde redovisas per indikator. Regeringen har dock för avsikt att fortlöpande följa dessa indikatorer.

Tabell 3.9 Resultat nationell patientenkät i primärvården 2009, PUK-värde

| | Män | Kvinnor |
|----------------|-----|---------|
| Helhetsintryck | 72 | 70 |
| Bemötande | 91 | 89 |
| Delaktighet | 78 | 78 |
| Information | 80 | 77 |
| Upplevd nytta | 84 | 82 |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Stärkt ställning för patienten genom öppna jämförelser

Regeringens satsningar på öppna jämförelser utgör en viktig grundstruktur för att kunna utveckla och driva på hälso- och sjukvårdens systematiska förbättringsarbete. Tillgången på indikatorer och resultatmått har genom olika satsningar förbättrats och det har öppnat upp för fördjupade analyser av samband och framgångsfaktorer. Detta har inneburit att patienter och allmänheten har fått en bättre inblick i vad hälso- och sjukvården presterar och till vilka kostnader. Satsningar på öppna jämförelser är följaktligen en viktig faktor för regeringens ambition att stärka patientens ställning (se avsnitt 3.7.2).

3.6.1 Valfrihet

Valfriheten för patienter har kraftigt förstärkts genom regeringens reformer. Ökad valfrihet inom hälso- och sjukvården är viktigt för att ge patienten en stark ställning. Patienternas valfrihet stimulerar vårdgivarna att förbättra kvaliteten i vården. Detta kan avse förbättringar i bemötandet av patienten och i vårdens resultat. Förbättringarna kan även bestå i att patientens behov i ökad utsträckning tillgodoses genom ett anpassat utbud av vårdtjänster, ökad tillgänglighet i form av kortare väntetider, ökade öppettider och annan anpassning till särskilda behov, liksom närheten till kringliggande tjänster, t.ex. apotek. Valfriheten kan därmed sporra till konkurrens som kan leda till förbättringar inom en rad områden.

Fler vårdcentraler efter införandet av vårdvals-system

Vårdvals-system i hälso- och sjukvården kan sedan 2009 införas av landstingen med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Från den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för landstingen att erbjuda vårdvals-system inom primärvården och sådana system finns nu i hela landet. Sedan vårdvals-system började införas i landstingen har invånarna fått totalt 181 nya vårdcentraler att välja mellan (april 2010), vilket motsvarar en ökning av antalet vårdcentraler med 19 procent. Mycket tyder på att detta antal även fortsättningsvis kommer att öka. Erfarenheterna från landstingen är inledningsvis att vårdvals-systemen inte leder till ökade kostnader. Vårdvals-system införs även i ökad utsträckning inom den specialiserade öppenvården. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa införandet av vårdvals-system.

De första resultaten från införandet av vårdvals-systemen visar att patienternas valfrihet har stärkts inom primärvården. Vårdvals-systemen har medfört positiva förändringar inom hälso- och sjukvården, bl.a. i form av ökat patientfokus och bättre tillgänglighet. Det finns god information om möjligheterna att välja utförare och antalet utförare har ökat. Den nationella patientenkäten 2009 visar vidare att patienternas nöjdhet med primärvården generellt sett är mycket stor.

Förbättrad information till patienten om valmöjligheter

Det är viktigt att patienten ges förbättrade möjligheter att jämföra olika vårdgivare som grund för sitt val. Från den 1 juli 2010 har vårdgivare utökade skyldigheter att ge patienterna individuellt anpassad information om möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom hälso- och sjukvården. Därutöver har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på regeringens uppdrag tagit fram en jämförelsetjänst som ger patienten grundläggande information om de olika vårdgivarna, väntetider och andra patienters uppfattning om vården och som nås via sjukvårdsrådgivningens hemsida, www.1177.se.

En nationellt samordnad och kvalitetssäkrad sjukvårdsrådgivning via webb och telefon är ett viktigt instrument för att erbjuda en mer tillgänglig vård. Tjänsten 1177 erbjuder kvalitetssäkrad information och råd om vård och hälsa och tjänsten är i dagsläget tillgänglig för närmare 90 procent av Sveriges befolkning. Staten har också delfinansierat skapandet av en ungdomsmottagning på nätet genom www.UMO.se, som sedan starten i november 2008 haft över 1,6 miljoner besökare och vunnit pris för högkvalitativ och målgruppsanpassad information. Under 2010 tog regeringen initiativ till en motsvarande satsning på barn och föräldraskap genom en nationellt kvalitetssäkrad webbplats för förebyggande föräldrastöd och barnsjukvård.

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 prislister 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. I december 2009 lämnade regeringen ett uppdrag till SKL att i en förstudie klarlägga förutsättningarna för att integrera Försäkringskassans elektroniska prisjämförelsetjänst med Sjukvårdsrådgivningens tandvårdsrådgivningstjänst. Förstudien redovisades den 5 mars 2010 av Inera AB (f.d. Sjukvårdsrådgivningen AB) 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. Regeringen gav i juni 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att betala ut medel till SKL för att i enlighet med förstudien utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvård. Tjänsten ska vara leveransklar i januari 2012.

Valfriheten på apoteksmarknaden ökar

Valmöjligheterna har ökat betydligt vid köp av läkemedel, som ett resultat av omregleringen av apoteksmarknaden, liksom möjligheten att sälja receptfria läkemedel i handeln (se avsnitt 3.6.2). Många läkemedel som används vid lindriga besvär kan nu köpas på ett stort antal andra försäljningsställen än apotek, ofta med generösa öppettider. Som nämnts i avsnitt 3.4.5 har 167 apotek ökat sitt öppethållande efter reformen medan endast ett fåtal har minskat sina öppettider. Det stora antalet nya aktörer som nu konkurrerar på denna marknad har skapat förutsättningar för en utveckling mot bl.a. öppettider som i högre grad anpassas till konsumenternas behov, och ett mer varierat tjänsteutbud.

3.6.2 Mångfald

Ökad mångfald är viktigt för att stärka valfriheten
Mångfalden inom hälso- och sjukvården ökar genom regeringens reformer för valfrihet. En ökad mångfald inom hälso- och sjukvården är en viktig förutsättning för att patientens ställning i vården ska kunna stärkas. Ett bredare utbud av utförare är nödvändigt för att öka patientens valfrihet och möjligheter att välja en vårdgivare som passar honom eller henne. En ökad mångfald sätter ett tydligt fokus på kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården genom att fler och nya utförare konkurrerar med kvalitet. Incitamenten att ytterligare förbättra bemötande av patienten ökar dessutom.

Möjligheten till fri etablering inom vårdvalssystem i primärvården innebar under 2009 en kraftig ökning av antalet nya vårdcentraler (se avsnitt 3.6.1). Även framväxten i vissa landsting av vårdvalssystem i den specialiserade öppenvården skapar möjligheter för nya aktörer att bedriva hälso- och sjukvård. Utredningen Patientens rätt i vården har föreslagit ett nytt system för etablering av vårdgivare i den specialiserade öppenvården, i slutbetänkandet Regler för eta-

blering av vårdgivare – förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84). Utredarens förslag syftar till att ytterligare stärka mångfalden samt att öka innovation och integration av den specialiserade vården. Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Den s.k. stopplagen upphävdes 2007. Därmed avskaffades de tidigare inskränkningarna i landstingens möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliner och övriga sjukhus till andra utförare. Detta innebär ökade förutsättningar för mångfald inom den vård som bedrivs på sjukhus. Ett ytterligare led i en stärkt mångfald i hälso- och sjukvården är de lagändringar som trädde i kraft 2009 och som ger möjlighet till ersättningsetablering när det gäller sjukgymnaster och läkare inom specialiserad öppenvård, som har en etablering med ersättning enligt den s.k. nationella taxan. Nämnda yrkesgrupper kan överlåta verksamheten och därmed skapa en möjlighet för etableringarna att finnas kvar, vilket även bidrar till att tillgodose patienternas behov av kontinuitet i vården.

Insatser för att främja mångfald har gett goda resultat

Utöver de nu nämnda strukturella åtgärderna har särskilda insatser för att främja mångfald, nyföretagande och entreprenörskap inom hälso- och sjukvården initierats. Ett projekt för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården har bedrivits av SKL och Socialstyrelsen under 2008–2010. Ett omfattande arbete har pågått inom projektet för att skapa en infrastruktur för att beskriva vårdens verksamhet och kostnader som underlag för att utveckla ersättningssystemen. Införandet av vårdvalssystem i primärvården har vidare inneburit att mycket fokus har lagts på att skapa modeller för uppföljning och utveckling av ersättningssystem, bl.a. med inriktning på att i ökad utsträckning kunna ersätta utifrån resultat och hälsofrämjande arbete i primärvården.

Tillväxtverket har drivit ett treårigt projekt för rådgivning till personer som vill starta verksamhet i egen regi inom vård och omsorg. Resultat från projektet, som avslutades i juni 2010, visar bl.a. att drygt 2 000 personer deltagit i utbildningar. Drygt 60 procent av deltagarna vid dessa utbildningar var kvinnor. Delprojekten har genomförts av olika aktörer, t.ex. landsting, länsstyrelser samt fack- och yrkesförbund, med god

geografisk spridning över landet. Tillväxtverket framhåller i slutrapporten från arbetet att det finns ett fortsatt stort behov av utbildning och rådgivning i företagande för anställda inom vård och omsorg.

För att ytterligare stimulera en ökad mångfald av utförare och variation i tjänsteutbud och arbetssätt har stöd lämnats till Vårdförbundet för ett projekt för rådgivning till personal inom hälso- och sjukvård och omsorg som vill starta eget företag. Erfarenheterna från projektet visar att intresset för företagande inom dessa branscher är mycket högt. Ett stort antal personer har deltagit på inspirationsträffar, utbildningar och rådgivning om företagande. Projektet visar vidare att det finns ett brett spektrum av verksamhetsidéer för framtida företag, från hemsjukvård kombinerat med hemtjänst eller distriktsköterskemottagning till kvinnovård, klimakteriemottagning och röntgenmottagning etc. En slutrapport från projektet kommer i oktober 2010.

För att utvärdera möjligheterna för företag som drivs på ideell grund att få rådgivning fick Tillväxtverket hösten 2009 i uppdrag att genomföra en insats riktad till den ideella sektorn. Inom ramen för uppdraget genomförde Tillväxtverket två kartläggningar med syftet att dels utreda de idéburna organisationernas intresse för vård och omsorg, dels se vilka hinder som finns för nystart, tillväxt och utveckling av befintlig verksamhet inom vård och omsorg. Kartläggningarna visar bl.a. att om de idéburna organisationerna ska kunna konkurrera på samma villkor som andra leverantörer inom vård och omsorg så krävs ett internt utvecklingsarbete inom organisationerna vad gäller bl.a. affärsmässighet.

Särskilda satsningar pågår för att förbättra stöd och vägledning till upphandlande myndigheter och leverantörer vid offentlig upphandling (se utgiftsområde 2, avsnitt 4.3.1), för att öka möjligheterna till kommersialisering av innovationer för anställda inom landstingen och för att öka kunskaperna om entreprenörskap i vård- och omsorgsutbildningar. Ett projekt för att förbättra förutsättningarna för export och internationalisering för vård- och omsorgsföretag pågår.

Företagande på idéburen grund har stimulerats

Regeringen har de senaste åren särskilt uppmärksammat företagande på idéburen grund inom det sociala området. Regeringen, idéburna organisa-

tioner inom det sociala området samt SKL ingick 2008 en överenskommelse med syfte att bl.a. stödja framväxten av en större mångfald av utförare inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna) har vidare fått ett fyra-årigt bidrag i syfte att utveckla de ideella organisationernas roll inom hälso- och sjukvård samt omsorg.

Potential för ökad mångfald inom hälso- och sjukvården

Flera av regeringens insatser för att stimulera och stödja företagande och entreprenörskap har ännu bara börjat visa resultat, till stor del beroende på att införandet av reformerna fortfarande pågår. Trots en positiv utveckling de senaste åren har hälso- och sjukvården fortfarande en relativt liten mångfald av utförare. Erfarenheterna från de insatser som genomförts för att stimulera mångfald och företagande visar bl.a. att branschen hälso- och sjukvård och omsorg ännu är under utveckling. Det finns behov av inspiration, information och konkret vägledning eller rådgivning om förändringsmöjligheter, vårdutveckling, entreprenörskap och företagande till både studenter och anställda inom hälso- och sjukvård. Variationerna mellan landstingen är också stora, bl.a. vad avser landstingens beslut om innehållet i vårdvalssystemen. Det finns dock en stor potential till fortsatt stark utveckling genom regeringens pågående reformer inom området. Regeringen kommer därför att aktivt följa utvecklingen på området ur flera aspekter, dels vilka effekter reformerna har för patientens ställning, dels hur företagandet och dess förutsättningar påverkas. Det är även viktigt att följa hur mångfalden inom hälso- och sjukvården utvecklas, bl.a. vad avser små och medelstora företag och företag som drivs av idéburna organisationer. Regeringens Valförhållningsråd, som tillsattes i maj 2010, ska bistå regeringen med kunskap och erfarenheter om vad som kan förbättra förutsättningarna för valfrihet, mångfald och tillgänglighet genom ökat entreprenörskap och innovativt företagande inom vård- och omsorgssektorn. Regeringen följer vidare reformerna genom uppdrag till Socialstyrelsen, Konkurrensverket, Tillväxtverket och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser.

De första erfarenheterna från införandet av vårdvalssystem i primärvården visar att intresset och engagemanget från både landsting och före-

tag är stort. Konkurrensverkets uppföljningar visar att tidigare tendenser till konkurrenssnedvridning mellan privat och offentligt utförd vård minskat genom åtgärder som landstingen vidtagit. Sammantaget tycks det råda lika villkor mellan samtliga utförare, oavsett om vården bedrivs i landstingens egen regi eller av privata utförare.

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. I åtta län utgör privat utförd tandvård mellan 75 och 83 procent av statens kostnader, medan andelen är lägre än 60 procent i tre län. I resterande tio län är andelen privat utförd tandvård 62–72 procent.

Regeringen gav 2008 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 inte finns en tillräckligt väl utvecklad särredovisning som gör det möjligt för externa intressenter att bedöma om det förekommer konkurrenssnedvridande subventioner till folktandvården. Det finns därmed enligt Statskontorets bedömning inte en tillräcklig grad av transparens i landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården. Statskontoret ska avlägga en slutrapport i juni 2011.

Ökad mångfald på apoteksmarknaden

Under 2010 har en rad nya aktörer etablerat sig på apoteksmarknaden och t.o.m. augusti hade mer än 100 nya apotek fått tillstånd att inleda sin verksamhet. Den 1 juli 2009 upphörde formellt Apoteket AB:s ensamrätt till detaljhandel med läkemedel till konsument. Nya aktörer har från denna tidpunkt möjlighet att ansöka hos Läke-medelsverket om tillstånd att driva öppenvårdsapotek. Under andra halvåret 2009 inleddes och genomfördes till stora delar en försäljningsprocess avseende 465 av de apotek som ägdes av Apoteket AB. De nya ägarna tillträdde sina apotek under det första kvartalet 2010.

För att underlätta för småföretagare att etablera sig på den nya apoteksmarknaden har 150 apotek överförs från Apoteket AB till det nyinrättade bolaget Apoteksgruppen i Sverige AB. Avsikten är att dessa apotek ska förvärfvas av småföretagare, som ska få stöd genom en serviceorganisation för bl.a. inköp, logistik och IT. En försäljningsprocess avseende dessa apotek pågår.

Från och med den 1 november 2009 är det även möjligt att köpa många vanliga receptfria läkemedel i handeln. Det rör sig om sådana läkemedel mot lindriga åkommor som lämpar sig för egenvård. Antalet försäljningsställen som anmält försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek till Läkemedelsverket, vilket är ett krav för sådan försäljning, uppgår till cirka 6 700.

3.6.3 Hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl.

Regeringen tillsatte under 2010 en utredning som ska 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 ska 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. Utredaren ska lämna förslag som innefattar såväl vilken omfattning som på vilka villkor de berörda grupperna ska erhålla sådan vård. Utredningen ska lämna sitt betänkande våren 2011.

3.6.4 Medicinsk etik

Regeringen överlämnade i januari 2010 till riksdagen propositionen Etisk bedömning av nya metoder i vården (prop. 2009/10:83, bet. 2009/10:SoU8, rskr. 2009/10:213).

Utvecklingen inom medicinsk forskning innebär att det öppnas nya möjligheter för diagnostik och behandling. De nya metoder som forskningen leder fram till aktualiserar ibland svåra etiska frågeställningar både för den enskilde och

för samhället. Det kan vara frågor som har betydelse för den personliga integriteten eller som påverkar synen på människovärdet.

Innan steget från forskning till praktisk tillämpning tas bör man därför analysera konsekvenserna av en ny diagnos- eller behandlingsmetod och bedöma om den är godtagbar ur ett etiskt perspektiv. Det är viktigt att metoder som skulle kunna skada den grundläggande humanistiska människosynen inte kommer till användning.

Nya diagnos- och behandlingsmetoder ska därför granskas ur individ- och samhällsetiska aspekter innan de börjar användas. Vårdgivarna har ansvaret för att en sådan granskning sker. En ny paragraf har därför införts i hälso- och sjukvårdslagen. Ändringen av hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 juli 2010.

3.6.5 Patientens ställning inom psykiatriområdet

Patientens ställning har stärkts genom lagändringar som syftar till att den enskilda patientens behov ska sättas i centrum. Den 1 januari 2010 trädde nya bestämmelser i kraft i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt i socialtjänstlagen (2001:453).

Lagändringarna innebär att hälso- och sjukvården och dess personal är skyldiga att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Lagändringarna innebär också att landsting och kommuner är skyldiga att ingå överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning samt att vid behov upprätta en individuell plan för alla som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen kommer, inom ramen för sitt samlade ansvar för tillsyn över både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, att utöva tillsyn över de nya lagbestämmelserna.

Den nya bestämmelsen om att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd kan bidra till ett mer familjeorienterat arbetssätt

inom hälso- och sjukvården. Till följd av bestämelsen måste vården och dess personal se till behoven hos både patienten och dennas närstående, oavsett om patienten är ett barn eller en vuxen. Vidare kan samverkan mellan landsting och kommuner, där det länge funnits brister, på sikt förbättras eftersom landsting och kommuner nu tillsammans måste utarbeta dokument som konkret beskriver hur samverkan ska gå till. Detta torde i sin tur bidra till att göra vården och stödet bättre för människor med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Regeringen följer utvecklingen och Socialstyrelsens arbete inom området.

Ökad delaktighet för personer med psykisk funktionsnedsättning

En kartläggning som Arbetsförmedlingen gjort på uppdrag av regeringen visar att antalet arbetsökande med psykisk funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har ökat de senaste åren. Samtidigt får arbetssökande som tillhör målgruppen del av program, insatser m.m. motsvarande sin andel av gruppen funktionshindrade som helhet.

Inom ramen för psykiatrisatsningen har Arbetsförmedlingen i uppdrag att i samverkan med Försäkringskassan under 2010 och 2011 upphandla rehabilitering och andra stödtjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Hittills har cirka 350 personer fått anställning (t.ex. med lönebidrag) i sociala företag, sociala kooperativ och liknande, men antalet beräknas öka markant.

Regeringen bedömer att upphandling av tjänster från såväl offentliga aktörer som sociala företag m.fl. är ett fungerande tillvägagångssätt för att människor som står långt från arbetsmarknaden ska få rehabilitering och sysselsättning, som en väg tillbaka till arbetsmarknaden.

3.7 Uppföljning

För att uppnå de kvalitetsmål som regeringen satt upp för hälso- och sjukvården krävs en fortlöpande och systematisk uppföljning av vårdens resultat. Det har under de senaste åren pågått ett kontinuerligt arbete på många håll inom sjukvårdssystemet för att förbättra möjligheterna till uppföljning och till en öppen redovisning av vårdens resultat. Regeringen har drivit på utveck-

lingen bl.a. genom satsningar på kvalitetsregister, öppna jämförelser och den nationella patientenkäten.

Regeringens bedömning är att det fortfarande finns stora utmaningar gällande möjligheterna att följa upp vårdens resultat. En utmaning är kvaliteten på den statistik som finns att tillgå. Sverige är visserligen långt framme internationellt sett vad gäller tillgång till registerdata. Det finns dock fortfarande brister i datakvalitet i vissa register bl.a. som en följd av att det inte finns någon skyldighet för vårdgivarna att rapportera in data till kvalitetsregistren. Brister i datakvalitet minskar tillförlitligheten i de verktyg som finns att tillgå för uppföljning. Regeringen anser att det därför finns anledning att bl.a. följa täckningsgraden i kvalitetsregistren eftersom täckningsgraden är en viktig aspekt för användbarheten av data i registret. I tabell 3.10 presenteras en indikator på täckningsgraden i ett antal kvalitetsregister. Täckningsgraden mellan olika kvalitetsregister varierar avsevärt. Variationerna i täckningsgrad kan bl.a. påverkas av registrens olika karaktär. Vissa register som följer t.ex. kroniskt sjuka patienter under lång tid kan ha svårt att uppnå lika hög täckningsgrad som ett register som avser att endast följa upp en viss typ av operation.

Tabell 3.10 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister i förhållande till Patientregistret

| Nationellt kvalitetsregister | År | Antal relevanta åtgärder registrerade | Uppskattad täckningsgrad (%) |
|--|-----------|---------------------------------------|------------------------------|
| Svenska hjärtkirurgiregistret | 2007/2008 | 13 440 | 97,5 |
| Riks-Stroke (förstagångsfall) | 2008 | 22 202 | 83,4 |
| Svenska Höftprotesregistret | 2008 | 14 757 | 97,7 |
| RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret | 2008 | 15 920 | 68,7 |
| Nationella Kataraktregistret, operationer | 2008 | 75 050 | 96,5 |
| Nationella prostata-cancerregistret | 2007/2008 | 3 985 | 79,2 |
| Svenskt Bråckregister | 2008 | 17 707 | 77,4 |
| Nationella Diabetesregistret (läke-medelsbehandling) | 2008 | 343 229 | 50,3 |

Källa: Socialstyrelsen

3.7.1 Struktur för uppföljning

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. Regeringen anser att Sverige har behov av en oberoende aktör som kan följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården. En ny myndighet, Myndigheten för vårdanalys, med ansvar för kvalificerad och systematisk uppföljning, utvärdering och effektivitetsgranskning av hälso- och sjukvården och uppgifter inom delar av socialtjänsten kommer därför att inrättas den 1 januari 2011. Avsikten är att myndigheten ska lokaliseras i Stockholm. Inom hälso- och sjukvårdsområdet ska myndighetens uppgift vara att följa upp hur väl hälso- och sjukvården totalt sett fungerar och analysera större satsningar och reformer på systemets makronivå ur patienternas och allmänhetens perspektiv.

Utveckling av indikatorer möjliggör förbättringar i hälso- och sjukvården

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat ska följas upp på ett öppet och jämförbart sätt. Syftet med satsningarna har bl.a. varit att hitta strukturer för att driva utvecklingen i vården mot ett resultatbaserat och värdeinriktat arbetssätt där patienten står i centrum. Socialstyrelsen har haft uppdraget att ta fram nationella kvalitetsindikatorer som ska spegla god vård såväl utifrån ett övergripande hälso- och sjukvårdsperspektiv som utifrån ett sjukdoms- och patientgruppsspecifikt perspektiv. Socialstyrelsen har dessutom haft uppdraget att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ta fram ett indikatorbibliotek för primärvården. Syftet är att öka tillgängligheten till information om hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målsättningen är att denna information i sin tur ska användas för förbättringar i hälso- och sjukvården.

I och med dessa satsningar har regeringen tagit ytterligare steg i arbetet med att strukturera uppföljningen av hälso- och sjukvården. Uppföljningen och utvärderingen kan i större utsträckning spegla processer och resultat utifrån kraven på god vård samt tillgodose olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvården.

Patienternas upplevelser av vården

SKL har tillsammans med landstingen genomfört en nationell patientenkät som riktades till patienter i primärvården. Områden som har följts upp är bl.a. patienternas upplevelser av bemötande, information, tillgänglighet och delaktighet. En enkät inom den specialiserade vården kommer att genomföras under hösten 2010. Regeringen har delfinansierat båda dessa enkäter med totalt 20 miljoner kronor. Patienterna kan bl.a. ta del av resultatet av enkäten på webbplatsen www.1177.se (se avsnitt 3.6.1). Regeringen bedömer att enkäterna har varit och kommer att vara mycket användbara i uppföljningen av hälso- och sjukvården.

Satsning på de nationella kvalitetsregistren

En av de grundläggande källorna i uppföljningen och utvärderingen av hälso- och sjukvården är de nationella kvalitetsregistren. I dag finns det cirka sjuttio kvalitetsregister som får statliga bidrag. Regeringen har under de senaste åren stärkt sitt samarbete med SKL kring kvalitetsregistren. Parterna har tillsatt en arbetsgrupp som ska göra en översyn av registrens fortsatta utveckling. Målet med arbetsgruppen är att skapa förutsättningar för ett mer heltäckande system av kvalitetsregister samt en ökad användning av registren i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete och i den kliniska forskningen. År 2010 kom regeringen och SKL överens om en ambitionshöjning när det gällde att driva på vidareutvecklingen av de nationella kvalitetsregistren. Regeringens satsning på registren under 2010 omfattar 60 miljoner kronor. Satsningen ska stödja driften och utvecklingen av befintliga kvalitetsregister samt starta upp och utveckla register på nya områden. Med stöd av kvalitetsregistren har hälso- och sjukvården förbättrats och effektiviserats. De har också bidragit till att minska kostnadsökningen i sjukvården genom att skapa mer patientnytta med bibehållna resursinsatser.

3.7.2 Uppföljning genom öppna jämförelser

Aktörer på både nationell och regional nivå har under de senaste åren strävat efter att olika intressenter ska få tillgång till information om vårdens resultat och tillgänglighet. Som ett resultat av detta har tillgången till information

förbättrats väsentligt. Ett viktigt verktyg är öppna jämförelser vars syfte är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv hälso- och sjukvård med god kvalitet. Öppna jämförelser är en uppsättning indikatorer som redovisas återkommande och som beskriver verksamheter med avseende på kvalitet och effektivitet.

En nationell strategi för öppna jämförelser

För att påskynda utvecklingen inom området har regeringen beslutat om en strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strategin togs fram av en nationell samordningsgrupp med deltagande från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Vårdföretagarna och Famna. Syftet med strategin är att klargöra riktningen för den fortsatta utvecklingen av de öppna jämförelserna och således att förbättra den nationella samordningen på området. För att driva utvecklingen framåt innehåller strategin ett antal utvecklingsområden som är viktiga för att öppna jämförelser ska kunna nå sin fulla potential. Genom strategin bekräftas att öppna jämförelser i hälso- och sjukvården ska genomföras återkommande och att åtagandet är långsiktigt.

Stöd till utveckling och publicering av öppna jämförelser

Under 2010 har regeringen lämnat stöd till Socialstyrelsen och SKL för att möjliggöra publiceringen av den årliga rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Utöver detta har regeringen beslutat om ett flertal uppdrag, bl.a. till Socialstyrelsen, som syftar till att påverka utvecklingen av öppna jämförelser. Behovet av att öppet kunna redovisa information om primärvårdens processer och resultat har ökat i och med införandet av vårdvalssystem i primärvården i hela landet. Som ett led i utvecklandet av öppna jämförelser har Socialstyrelsen haft i uppdrag att, i samarbete med SKL, sammanställa uppgifter för öppna jämförelser inom primärvården på landstingsnivå. Socialstyrelsen har dessutom, inom ramen för arbetet med öppna jämförelser och god vård, tagit fram ett så kallat indikatorbibliotek för primärvården. SKL har genom ett avtal med regeringen utvecklat en publik webbapplikation som pedagogiskt tillgängliggör information om primärvården på enhetsnivå som stöd för patienten i det fria vårdvalet (se avsnitt 3.6.1). Ytterligare ett led i arbetet med att stärka patientens ställning är tillskapandet av en ny

myndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården (se avsnitt 3.7.1).

3.7.3 Uppföljning inom psykiatriområdet

Ny portal för kvalitetsregister inom psykiatriområdet

I början av 2011 kommer det att finnas en portal som samlar alla nationella kvalitetsregister inom psykiatriområdet. Portalen ska innehålla ett gemensamt frågebibliotek och bl.a. leda till att patientuppgifter bara behöver registreras en gång.

Under våren 2008 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om att utveckla de nationella kvalitetsregistren inom psykiatriområdet. Arbetet med portalen är i slutskedet och avsikten är att den 1 januari 2011 ska de fyra befintliga samt fem nya kvalitetsregister vara kopplade till portalen. Projektet samarbetar med den arbetsgrupp om nationella kvalitetsregister som har tillsatts av regeringen och SKL (se avsnitt 3.7.1).

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport om öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (2009) att det fortfarande finns stora brister i den rapportering som sker från psykiatri till nationella obligatoriska hälso- och sjukvårdens register. Rapporteringen till frivilliga kvalitetsregister har förbättrats, även om täckningsgraden överlag är alltför låg.

Intensifierat arbete med att utveckla statistik och indikatorer

Socialstyrelsen arbetar med regeringsuppdraget 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 aktualiteten i data, förbättrad rapportering av diagnoser, tvångsvårdsåtgärder och möjlighet att beskriva vården hos andra yrkeskategorier än läkare. Socialstyrelsen har, som en del av uppdraget, publicerat en första rapport med öppna jämförelser av processer, resultat och kostnader inom vuxenpsykiatri.

Regeringen bedömer att det behövs löpande presentationer av strukturer, processer, kostnader och resultat inom psykiatriområdet. Det kan på sikt tillsammans med övriga insatser som nu pågår inom ramen för regeringens satsning

bidra till kvalitetsutveckling och förbättrad effektivitet i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter inom psykiatriområdet.

3.7.4 Uppföljning inom tandvårdsområdet

Regeringen har fattat en rad beslut för att öka möjligheterna att följa upp tandvårdens verksamhet och resultat.

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 också startat ett arbete för att utveckla kvalitetsindikatorer för tandvården.

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 tandvårds-konsumtion har fått lägre kostnader än tidigare. För åldersgruppen 65–74 år har däremot kostnaderna stigit. Patienter med hög eller mycket hög konsumtion har fått lägre kostnader än tidigare och detta gäller samtliga ålders-kategorier. En andra delrapport lämnades i maj 2010 och uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2011.

Statskontoret har regeringens uppdrag att redovisa en samlad bedömning av Försäkringskassans genomförande av tandvårdsstödet. I rapporten Den nya Försäkringskassan – i rätt riktning men långt kvar, som lämnades i september 2009, redovisar Statskontoret en samlad bedömning av Försäkringskassans genomförande av tandvårdsreformen. Rapporten visar att det finns förbättringsområden bl.a. när det gäller ledning, styrning och uppföljning av genomförandet. Statskontoret bedömer därför att reformens mål att minska vårdgivarnas administrativa börda sannolikt inte kommer att nås men att Försäkringskassans ledning, styrning och uppföljning av genomförandet förbättrats

betydligt sedan myndigheten i oktober 2008 på uppdrag av regeringen tog fram en åtgärdsplan.

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.

3.7.5 Uppföljning inom läkemedelsområdet

Utvecklingen inom läkemedelsområdet präglas av ökade möjligheter till behandling, alltmer individualiserad behandling, många nya läkemedel, fler äldre med många läkemedel osv. I syfte att bl.a. ge landstingen ökade möjligheter att verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsförskrivning föreslår regeringen i propositionen Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning (prop. 2009/10:138) bl.a. att landstingen ska ges möjlighet att i sin verksamhet för medicinsk uppföljning använda avidentifierade uppgifter om enskilda patienters uttag hos apoteken av förskrivna läkemedel. Genom att landstingen ges möjlighet att studera den faktiska behandlingstiden och ordningsföljden för olika läkemedel kan landstingen förbättra implementeringen av rekommendationer och riktlinjer. Med tillgång till individdata blir det möjligt för landstingen att mer systematiskt och korrekt kunna följa upp förskrivningen av läkemedel och därmed kunna verka för god vård på lika villkor. Det blir också möjligt för landstingen att på ett bättre sätt följa upp att förskrivningen sker i enlighet med de förmånsbegränsningar som finns för vissa läkemedel. Regeringen bedömer att förslaget om ökad tillgång till data för landstingen kommer att medföra avsevärda förbättringar vad gäller landstingens möjligheter att göra uppföljningar inom läkemedelsområdet, vilket i sin tur kommer att förbättra patient-säkerheten.

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. Uppdraget ska redovisas i delrapporter 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 och Konkurrensverket har av regeringen fått i uppdrag att följa utvecklingen med anledning av omregleringen av apoteksmarknaden. Uppdragen ska slutredovisas senast den 31 december 2010.

3.8 Kvalitetsutveckling

För att åstadkomma kvalitetsutveckling i vården måste de kunskaper som uppnåtts genom forskning, uppföljning och jämförelser nå ut till relevanta aktörer i vården och där omsätts till praktik. Kvalitetsutveckling i vården handlar ytterst om att vårdens resultat ständigt ska bli bättre. Regeringen har en viktig roll i att skapa goda förutsättningar för huvudmännen till att kunskap ska kunna inhämtas, tillvaratas och tillämpas i vården. Nya förbättrade behandlingar och metoder som tillför patienter och samhälle ett mervärde måste användas och äldre metoder som inte längre är lämpliga bör utmönstras. Vidare måste vårdens styrsystem på alla nivåer

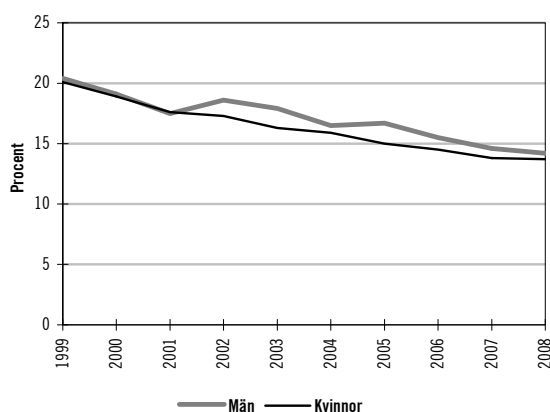
vara sådana att de stimulerar till ett ständigt förbättringsarbete med kvalitetsutveckling och förbättrade medicinska resultat som mål. För kvaliteten i vården är det dessutom av största vikt att arbetet med att skapa organisationer, processer och rutiner som säkerställer att skadorna i vården minimeras fortgå oavbrutet.

För att följa kvalitetsutvecklingen i vården pågår ett arbete med att utveckla indikatorer som kan spegla detta. Det finns redan nu ett antal mått som är kopplade till specifika sjukdomsområden som kan ge en bild av läget inom hälso- och sjukvården inom dessa specifika områden. Inom t.ex. hjärtsjukvården finns bl.a. indikatorerna dödlighet i ischemisk hjärtsjukvård per 100 000 invånare och andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Tillsammans kan de ge en översiktlig bild både av hur åtgärder inom folkhälsoarbetet och hur åtgärder inom hälso- och sjukvården över tiden kan ha påverkat dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. I tabell 3.11 och diagram 3.6 visas utvecklingen i dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom och andel döda 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Båda dessa indikatorer visar på en positiv utveckling inom hjärtsjukvården den senaste tioårsperioden. Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har sedan 1998 minskat med cirka 40 procent. Den positiva trenden gäller både kvinnor och män och kan tyda på bl.a. att det akuta omhändertagandet inklusive efterföljande sjukhusvård har förbättrats. Hjärtsjukvården är ett område där Socialstyrelsen har konstaterat att de nationella riktlinjerna har fått genomslag i vården.

Tabell 3.11 Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare

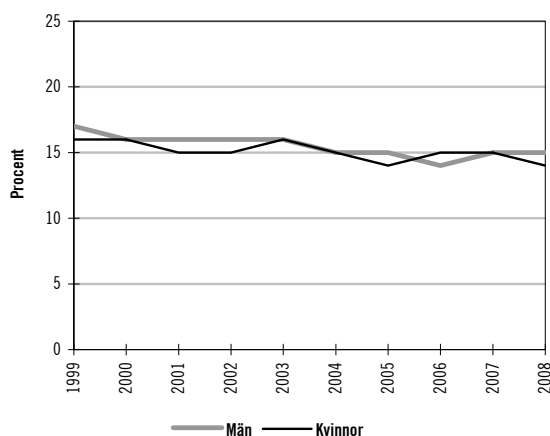
| År | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Män | 165 | 151 | 144 | 139 | 132 | 121 | 117 | 109 | 104 | 98 |
| Kvinnor | 60 | 57 | 54 | 52 | 50 | 46 | 41 | 42 | 38 | 38 |

Källa: Socialstyrelsen

Diagram 3.6 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Källa: Socialstyrelsen

Nedan redovisas även en indikator som kan ge en bild av det akuta omhändertagandet och den efterföljande sjukhusvården vid stroke: andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke. Inom strokesjukvården ligger dödligheten efter sjukhusvårdad förstagångsstroke relativt oförändrat kring cirka 15 procent under den senaste 10-årsperioden.

Diagram 3.7 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Källa: Socialstyrelsen

3.8.1 Patientsäkerhet

Socialstyrelsens vårdskadestudie visar att nästan 9 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 således omkring 100 000 vårdskador varav cirka 3 000 leder till dödsfall.

Hälften av alla vårdskador, oavsett typ av skada, inträffar i samband med operationer eller andra ingrepp. Den vanligaste typen av vårdskada är organskada, medan den näst vanligaste är vårdrelaterade infektioner. En vanlig orsak till skadornas uppkomst är felaktiga läkemedelsbehandlingar.

Enligt en granskning gjord av Socialstyrelsen under 2008–2009 finns stora brister i vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. De flesta vårdgivare saknar ett övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet eller har ett system som inte är förankrat i verksamheten. Direktiven till de verksamhetsansvariga är otillräckliga, och styrningen och uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet är bristfällig. System för avvikelshantering finns, men erfarenheterna av inträffade avvikelser används inte i tillräcklig utsträckning för att förbättra vårdens kvalitet och säkerhet. Granskningen visar också att kunskaperna om patientsäkerhetsfrågor överlag är bristfälliga (Socialstyrelsens årsredovisning 2009). Av Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport (2009) framgår dock 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 vårdarbetet.

Ovanstående förhållanden visar på behovet av stora förbättringar inom området. Regeringen har som ett resultat av detta vidtagit flera åtgärder i syfte att öka patientsäkerheten. I april 2010 överlämnade regeringen propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) med bl.a. förslag till en ny patientsäkerhetslag. Den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) träder i kraft den 1 januari 2011. Vidare har regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen att ta fram en patienthandbok om patientsäkerhet och givit Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett bidrag för att tillsammans med såväl patientföreträdare som sjukvårdshuvudmän ta fram modeller för bättre patientmedverkan i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Regeringen har tagit initiativ till att sammankalla berörda aktörer till en nationell samling för patientsäkerhet i syfte att bättre samordna insatserna på nationell nivå.

Fortsatt arbete för att minska antibiotikaresistens

Ökningen och spridningen av antibiotikaresistens är i dag ett snabbt växande globalt problem. EU:s smittskyddsmyndighet (The European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) bedömer antibiotikaresistens som det allvarligaste hälsohotet i Europa och uppskattar att minst 25 000 patienter dör årligen på grund av resistensutvecklingen.

Problematiken med antibiotikaresistens prioriterades mycket högt av regeringen inom ramen för det svenska EU-ordförandeskapet 2009. Arbetet fokuserade på möjliga drivkrafter för att nya, verksamma antibiotika ska utvecklas. Det informella mötet i EPSCO-rådet (EU:s ministerråd för sysselsättning och socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor) i juli 2009 och konferensen Innovativa stimulansåtgärder för utvecklandet av nya antibiotika, som ordförandeskapet arrangerade i september, var viktiga forum för att belysa problemen och diskutera vägar framåt. Satsningarna resulterade i rådsslutsatser som bland annat ger EU-kommissionen i uppdrag att inom två år ta fram en handlingsplan med konkreta åtgärder för att stimulera utvecklingen av antibiotika. Sverige lyckades också etablera ett samarbete mellan EU och USA mot antibiotikaresistens. Regeringen har givit Uppsala universitet/Re Act i uppdrag att arrangera en uppföljningskonferens under 2010, för att bl.a. formulera och leverera kunskapsunderlag till såväl EU-kommissionens arbete med uppföljningen av rådsslutsatserna som till medlemmarna i den transatlantiska arbetsgruppen om antibiotikaresistens. Se även under Folkhälsopolitik, avsnitt 4.8.6.

3.8.2 Nationell cancerstrategi

Genomförandet av en nationell cancerstrategi startade 2009. Regeringen fattade beslut om en överenskommelse med SKL om ett antal utvecklingsprojekt för att utveckla cancervården. Vidare fattades beslut om ett flertal uppdrag till Socialstyrelsen, däribland att utlysa medel för att tillskapandet av regionala cancercentra (RCC). Initiativen grundar sig på utredningen En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Regeringen tillsatte även en nationell cancersamordnare som har till uppgift att leda arbetet med att utveckla RCC.

Behov av en nationell cancerstrategi

Antalet patienter med cancersjukdom kommer att fördubblas fram till 2030 enligt prognoser från Socialstyrelsen. Detta bedöms främst bero på befolkningsökning, förändringar i ålderstrukturen samt ökad förekomst av flera cancersjukdomar. Dessa och flera andra i utredningen beskrivna framtidsscenarioer innebär betydande utmaningar för den framtida cancervården i Sverige. Detta ställer krav på långsiktig planering, kreativa lösningar och nya arbetssätt för att säkra en god framtida cancervård.

En viktig utgångspunkt för den nationella cancerstrategin har därför varit att föreslå åtgärder som i första hand tar sikte på strategiska arbetssätt. Exempelvis finns förslag till organisatoriska lösningar i syfte att utnyttja vårdresurserna på ett mer optimalt sätt, bl.a. i fråga om personal där bristen inom vissa specialiteter är kännbar. Flera förslag finns om insatser för att åstadkomma ett ökat patientfokus, korta ledtider och för att åstadkomma bästa möjliga vårdresultat. Ett annat viktigt område som utredningen lämnar förslag inom är preventionsinsatser för att förebygga insjuknande i cancer.

Regeringen föreslog riksdagen i budgetpropositionen för 2010 att totalt 227 miljoner kronor avsätts under perioden 2010–2012 för att förverkliga en nationell cancerstrategi. Medlen ska enligt propositionen fördelas under perioden genom att 55 miljoner kronor avsätts för 2010, 76 miljoner kronor för 2011 samt 96 miljoner kronor för 2012.

Flera uppdrag ryms inom strategin

Syftet med överenskommelsen mellan regeringen och SKL för 2010 är att genom riktade satsningar, i samförstånd mellan staten och huvudmännen, stimulera olika former av utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården inom cancerområdet. Överenskommelsen syftar till att precisera ansvar, tidplan och resurstilldelning för genomförandet av ett urval av de förslag som presenteras i betänkandet.

Regeringen har också gett Socialstyrelsen ett flertal uppdrag för att bidra till genomförandet av en nationell cancerstrategi. Uppdragen gäller

- att i tillämpliga delar uppmärksamma cancer i arbetet med kunskapsstyrning, uppföljning och utvärdering,
- att genomföra en förstudie för hur en enkät till patienter inom cancervården ska utformas,

- att kartlägga ledtider i cancervården samt föreslå hur de ska beskrivas och följas upp,
- att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård,
- att fastställa ett utgångsläge samt föreslå en modell för uppföljning av skillnader i insjuknande och överlevnadstid efter cancerdiagnos
- att efter utlysning betala ut totalt 24 miljoner kronor för inrättandet av regionala cancercentrum (RCC) samt
- att i samverkan med SKL ta fram en särskild utgåva av Öppna jämförelser för cancer-sjukvården.

3.8.3 Nationell eHälsa

För att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda insatser av högsta kvalitet är en säker och enkel tillgång till relevant information om tidigare insatser som rör en individ viktigt. Vård- och omsorgssektorn är en av de mest informationsintensiva sektorerna i samhället, och behovet av en välfungerande informationsförsörjning mellan olika nivåer och aktörer är helt avgörande. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan informationen presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser inom hela vård- och omsorgssektorn.

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 bättre grundförutsättningar för en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering med hjälp av moderna IT-stöd. Legala anpassningar och tekniska förutsättningar har utvecklats för att höja informationskvaliteten och skapa en mer sammanhållen dokumentation. Ett nytt och gemensamt synsätt har etablerats mellan centrala myndigheter och sjukvårdshuvudmän om hur arbetet ska bedrivas och hur viktiga investeringar ska genomföras.

Från IT-strategi till Nationell eHälsa

Arbetet med den nationella IT-strategin för vård och omsorg går nu in i en ny fas och utvidgas till att innefatta socialtjänstens verksamheter samt att fokus tydligare läggs på införande, använd-

ning och nytta av de e-hälsotjänster som utvecklats under många år. Syftet är att åstadkomma synliga nyttoeffekter i vardagen för invånare, personal och beslutsfattare. För att åskådliggöra att det är införande och användning som står i fokus snarare än teknikutveckling har regeringen i juni 2010 beslutat ändra namnet på strategin till Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Nationell eHälsa innehåller en gemensam vision av hur sektorns informationsförsörjning bör fungera och vilka grundläggande principer som ska gälla för fortsatta investeringar. Vidare innehåller strategin en strukturerad beskrivning av vilka utmaningar som behöver mötas för att nå det gemensamma målet om en sammanhållen och användbar vårddokumentation.

Informationsstruktur och terminologi

Socialstyrelsen arbetar sedan 2007 med att utveckla en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk för vård och omsorg. En strukturerad dokumentation utgör grunden för såväl en stärkt patientsäkerhet som förbättrade möjligheter till uppföljning och öppna jämförelser. Projekten går nu in i sin slutfas, där arbetet för att påbörja prövning, införande och tillämpning av resultaten nu intensifieras i samarbete med SKL.

Nationell patientöversikt skapar kontinuitet

Patientöversikten gör den viktigaste informationen om en patients tidigare och pågående behandlingar tillgänglig för vårdpersonalen hos olika vårdgivare och utförare. Tjänsten infördes i maj 2009 i Örebro läns landsting och Örebro kommun samt i Östergötlands och Södermanlands läns landsting, och införs stegvis i övriga landsting fram till 2012. Under 2009 har läkemedelsförteckningen, som visar köp av förskrivna läkemedel, gjorts tillgänglig via patientöversikten och under 2010 integreras den med bastjänster för informationsförsörjning för att möjliggöra en säker informationshantering i enlighet med patientdatalagen.

Uppföljning och genomförande

Regeringen presenterade under EU-ordförandeskapet 2009 rapporten eHealth for a Healthier Europe som synliggör kostnaderna för hälso- och sjukvården av att inte investera i moderna och sammanhållna e-hälsotjänster. I rapporten etableras även en ny modell som ger beslutsfattare ett viktigt verktyg för att koppla mål-

uppfyllelsen av politiska verksamhetsmål till investeringarna i ny teknik. Modellen har skapat en helt ny dimension, som inte funnits i tidigare undersökningar, och skapar mätbarhet av de betydande nyttoeffekter som uppstår av investeringar i e-hälsa.

I enlighet med överenskommelsen i Nationell eHälsa har landstingen det huvudsakliga ansvaret för alla dessa investeringar, men i syfte att stimulera och påskynda arbetet har regeringen årligen tillskjutit betydande medel bl.a. genom Dagmaröverenskommelsen. Landstingen har under flera decennier satsat omfattande belopp på att förbättra informationsförsörjningen inom sektorn med hjälp av e-hälsa. För 2008 uppgick landstingens samlade kostnader för IT-tjänster till drygt 6,7 miljarder kronor vilket motsvarar närmare 3 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård.

Landstingen har genom tillkomsten av strategin organiserat det nationella arbetet på ett nytt sätt. Landstingens handlingsplan för genomförandet av strategin bedrivs operativt på det beställarkansli som inrättades vid SKL 2006. Beställarkansliet har under 2010, helt i enlighet med Nationell eHälsa, ändrat inriktning till direkt invånar- och verksamhetsnytta och i samband med detta bytt namn till Center för eHälsa i samverkan. Samarbete med regeringen sker kontinuerligt för att förverkliga strategin.

3.8.4 Kvalitetsutveckling inom psykiatriområdet

Attityder och bemötande kan påverka kvaliteten i vård och stöd

Det är viktigt att genom ökade kunskaper och förändrade attityder motverka fördomar, diskriminering och stigmatisering och därmed främja respekten för människor med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. En undersökning under 2009 bland ett representativt urval av det svenska folket visade att en av fyra tillfrågade inte kan tänka sig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom och att en av fem inte skulle bjuda in någon till sitt hem om man visste att personen har en psykisk sjukdom.

Undersökningen gjordes inom ramen för Attityduppdraget som Handisam driver i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Inom ramen för uppdraget pågår kampanjen Hjärnkoll – Slå hål på myter om

psykisk ohälsa. Kampanjen, som bl.a. inrymmer aktiviteter i media, är omfattande och pågår under 2010 och 2011.

Attityder är en viktig fråga även inom den psykiatriska heldygnsvården (sjukhusvården). Den kartläggning av heldygnsvården som SKL har gjort på regeringens uppdrag visar att det finns 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. Regeringen och SKL har därför ingått en ny överenskommelse för att under tre år stimulera utveckling och ett strukturerat förbättringsarbete som höjer kvaliteten i heldygnsvården. Överenskommelsen ska bidra till att den psykiatriska heldygnsvården kan erbjuda en kvalificerad vård som motsvarar patienternas behov och som håller hög kvalitet både vad gäller metoder, arbetssätt och bemötande. Samtliga enheter i landet som bedriver heldygnsvård ska engageras i satsningen.

Tillsynen inom psykiatriområdet har förstärkts

Tillsyn är ett viktigt instrument för att utveckla kvaliteten i vården och stödet inom psykiatriområdet. Regeringen har sedan 2007 satsat på att förstärka tillsynen dels av den psykiatriska hälso- och sjukvården, dels av socialtjänstens verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Satsningen fortsätter även under 2011.

Nationella riktlinjer som instrument för utveckling

Ett annat viktigt instrument för kvalitetsutveckling är nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har under 2010 presenterat nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom samt på uppdrag av regeringen tagit fram riktlinjer för psykosociala insatser för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression. I de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom finns rekommendationer bl.a. om screening, ett effektivt omhändertagande samt diagnostik och bedömning.

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som ofta medför betydande psykiska och sociala konsekvenser. Mellan 30 000 och 40 000 personer behöver i dag samhällets insatser till följd av sjukdomen. Insatserna syftar till att minska

personernas symtom och behålla eller öka personens delaktighet, livskvalitet och funktion inom viktiga livsområden som boende, arbete och mellanmänniska relationer.

Den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen ses över
Under 2008 tillsatte regeringen en utredning (Psykiatrilagsutredningen S2008:09) som har i uppdrag att genomföra en totalöversyn av psykiatris 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.

3.8.5 Kvalitetsutveckling inom tandvårdsområdet

Reformen om ett nytt statligt tandvårdsstöd syftar bl.a. till att höja tandvårdens kvalitet. Statligt tandvårdsstöd ska endast betalas ut för tandvård som bedöms uppfylla kriterierna för att vara ersättningsberättigande. Vid denna bedömning ska åtgärdernas kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna.

För att ge underlag för framtida beslut om ersättningsberättigande tandvård ska Socialstyrelsen utarbeta nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. För kvalitetsutvecklingen är det också viktigt att det inrättas nationella kvalitetsregister för olika delar av tandvården. För 2008 och 2009 har regeringen avsatt särskilda medel för bidrag till sådana register.

Socialstyrelsen har rapporterat att de stora riskerna i tandvården återfinns i patientgrupper med dålig autonomi, dvs. främst barn och äldre som inte kan påkalla uppmärksamhet för sina tandbesvär. Socialstyrelsens tillsyn har också fått indikationer på bristande kvalitet vid så kallade lågpriskliniker, vilket medfört att utredningar satts igång.

3.8.6 Kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet

Förbättrad kvalitet och effektivitet i läkemedelsförskrivningen

För att göra det enklare för en förskrivare att kontakta en tidigare förskrivare, för att diskutera patientens läkemedelssituation inför en ny förskrivning, föreslog regeringen i propositionen Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning (prop. 2009/10:138) att läkemedelsförteckningen ska kompletteras med kontaktuppgifter till förskrivare, namn, yrke, specialitet och arbetsplats. Om en förskrivare vid eventuella oklarheter, med patientens samtycke, enkelt kan få kontakt med tidigare förskrivare för att diskutera patientens läkemedelssituation ökar möjligheterna till en korrekt läkemedelsförskrivning och därmed en korrekt läkemedelsanvändning. Förslaget innebär också ökad patientsäkerhet då läkemedelsbehandling är en vanlig anledning till att patienter skadas i vården. Det handlar till stor del om läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner.

I propositionen föreslås dessutom att landstingen ska ges möjlighet att i sin verksamhet för medicinsk uppföljning använda uppgifter om enskilda patienters uttag hos apoteken av förskrivna läkemedel. I och med detta förslag förbättras landstingens möjlighet till uppföljning, vilket innebär att de får ökade möjligheter att förbättra kvaliteten och effektiviteten i läkemedelsförskrivningen.

Nationella läkemedelsstrategin

Regeringen anser 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. Regeringen har tagit initiativ till att ta fram en nationell läkemedelsstrategi med det övergripande syftet att förbättra läkemedelsanvändningen. I juni presenterades, tillsammans med SKL, rapporten Nationell läkemedelsstrategi? – en förstudie. Rapporten beskriver det pågående utvecklingsarbetet och pekar ut färdriktningen för det fortsatta arbetet med att skapa en nationell läkemedelsstrategi. I förstudien föreslås vision och

mål för strategin. Visionen bör vara ”Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle”. Målen föreslås vara:

- Medicinska resultat och patientsäkerhet i världsklass
- Jämlik vård
- Kostnadseffektiv användning
- Attraktivitet för innovation av produkter och tjänster
- Minimal negativ miljöpåverkan

Fram till dess att strategin är klar, fortsätter det pågående arbetet med att genomföra förslagen i handlingsplanen Effektivare läkemedelsanvändning. Denna handlingsplan, även kallad p16-rapporten, publicerades i mars 2009. I handlingsplanen presenterades ett 30-tal förslag till åtgärder för att effektivisera läkemedelsanvändningen. I överenskommelsen mellan staten och SKL för kostnaderna för läkemedelsförmånerna tillsattes en arbetsgrupp med syfte att effektivisera den långsiktiga läkemedelsanvändningen.

Läkemedelsavtalet för 2009 och 2010

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 åtar sig parterna att vidta vissa åtgärder för att även fortsättningsvis arbeta för att uppnå en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning. Landstingen ska bidra till att göra TLV:s beslut kända bland förskrivare, särskilt när TLV beslutat att begränsa subventionen till ett visst användningsområde eller en viss patientgrupp. SKL redovisade i september 2009 vilka åtgärder som vidtagits för att öka följsamheten till TLV:s beslut om begränsad subvention för läkemedelsbehandling av högt blodtryck. Redovisningen visade bl.a. att de beslut som TLV fattade i februari 2008 kring begränsningar av subvention i hög grad överensstämmer med de vårdprogram, rekommendationer och riktlinjer som fanns i landstingen. Fyra landsting valde att justera sina rekommendationer eller vårdprogram med anledning av beslutet.

SKL redovisade i mars 2010 vilka åtgärder som vidtagits av landstingen för att öka följsamheten till TLV:s beslut om begränsad subvention för läkemedel vid behandling av blodfettsubbningar. En av slutsatserna var att den av TLV beräknade besparingen inte har kunnat realiseras.

En av förklaringarna till detta är att förskrivarna inte har bytt läkemedel i den omfattning som förutsågs.

I augusti 2010 redovisade SKL vilka insatser som landstingen vidtagit för att sprida och implementera TLV:s beslut i läkemedelsgenomgångar för 2009–2010. SKL konstaterade i sin redovisning att Läkemedelsverket under 2010 har givit ut rekommendationer om behandling med diabetesmedel, att Socialstyrelsen har fastställt nationella riktlinjer för diabetesvården och att TLV har gjort en läkemedelsgenomgång av diabetesläkemedel. Att arbetet mellan myndigheterna har koordinerats var positivt för landstingen. Effekterna på användningen av diabetesläkemedel var blygsamma. Merparten av de beräknade besparingarna realiserades redan under TLV:s genomgång av läkemedel genom prisjusteringar och uteslutning av ett antal produkter ur läkemedelsförmånerna.

Parterna kom också överens om att Svensk Informationsdatabas för läkemedel (SIL) skulle vara integrerad i samtliga landstings datasystem senast den 31 december 2009. Av den redovisning som inkom till Socialdepartementet i mars 2010 framkom att endast sex landsting helt hade integrerat SIL under 2009 och att fem landsting delvis hade integrerat SIL. Övriga tio landsting hade inte integrerat SIL. För att åstadkomma en patientsäker och kostnadseffektiv vård anser regeringen att befintliga IT-system och annat kunskapsstöd ska användas av hälso- och sjukvården.

3.9 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) årsredovisning för 2009 och i samband med granskningen framfört synpunkter bl.a. på hur konsultkostnader inte periodiserats och anslagsavräknats till det budgetår till vilket kostnaden hänförs. Med anledning av synpunkterna rekommenderar Riksrevisionen TLV att se över sin budgetuppföljning och sina bokslutsrutiner så att periodernas kostnader fångas upp tidigare och att periodiseringar hanteras på ett korrekt sätt.

Vidare har Riksrevisionen påpekat brister i TLV:s redovisning av kostnader på verksamhetens prestationer i årsredovisningen för 2009, vilket innebär att de inte fullt ut efterlever för-

ordningen (2000:605) om årsredovisning och underlag (FÅB). I ett svar till Riksrevisionen redogör TLV för de åtgärder som vidtagits på myndigheten för att komma till rätta med bristerna i den interna styrningen och kontrollen. Bland annat kommer den omorganisation som genomfördes på myndigheten under 2009, med en ny arbets- och delegationsordning, att innebära förbättrad styrning och kontroll. Vidare har bl.a. tidredovisning, detaljerad budgetprocess och objektplan där samtliga prestationer tilldelats en kod införts vilket kommer att möjliggöra en redovisning i enlighet med Riksrevisionens synpunkter i framtiden.

Som ett led i den årliga revisionen av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har Riksrevisionen granskat interna styrdokument och tillställt HSAN en revisionsrapport. Vid granskningen har det bl.a. framkommit att det inte finns en central samordning vad gäller upprättande, fastställande och uppdatering av de policys och riktlinjer som styr verksamheten. I sitt svar till Riksrevisionen skriver HSAN bl.a. att myndigheten är medveten om bristerna och anser att de är allvarliga, men mot bakgrund av den oklara framtiden för HSAN har inte åtgärderna haft högsta prioritet.

Riksrevisionen har i en revisionspromemoria ställt till Läkemedelsverket rekommenderat att Läkemedelsverket vidtar ett antal åtgärder gällande myndighetens redovisning. Bland annat rekommenderas Läkemedelsverket att fastställa vilka prestationer myndigheten avser att redovisa i resultatredovisningen för 2010, att kostnaderna för prestationer samt intäkter och kostnader enligt verksamhetsindelningen går att redovisa i resultatredovisningen. Vidare rekommenderas Läkemedelsverket att hos regeringen begära ett klagande kring hur mottagna bidrag från regeringen ska intäktföras. Slutligen har Riksrevisionen även rekommendationer till myndigheten kring inventering av anläggningstillgångar, leasade tillgångar, fordringar hos andra myndigheter, lån i Riksgäldskontoret samt leverantörsskulder. I samband med delårsrapporten återkom Riksrevisionen med liknande synpunkter. Läkemedelsverket har meddelat regeringen att myndigheten arbetar aktivt med att åtgärda de problem som Riksrevisionen uppmärksammat. Dessutom tilldelar regeringen från och med 2011 Läkemedelsverket ett anslag, under förutsättning att riksdagen beslutar om detta. Därmed

kommer Läkemedelsverket inte längre att motta bidrag i samma omfattning som tidigare.

Under 2009 inledde regeringen en omfattande satsning på förbättringar inom psykiatriområdet. Satsningen presenterats i skrivelsen En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185). Psykiatrisatsningen består av ett antal regeringsuppdrag till statliga myndigheter, överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting samt vissa lagändringar (prop. 2008/09:193). Riksrevisionens granskning av statliga medel till psykiatriområdet avsåg satsningar gjorda t.o.m. 2007. Sedan dess har regeringen förändrat sin styrning genom att i de uppdrag, överenskommelser m.m. som ingår i den nu aktuella psykiatrisatsningen ställa högre krav än tidigare på redovisning av vad medlen använts till, utvärdering av effekter och liknande. Fler satsningar är också prestationsbaserade, där medel fördelas efter genomförd prestation. Vidare avser fler insatser än tidigare statliga ansvarsområden som t.ex. forskning och nationell uppföljning. Regeringen anser därmed att denna granskningsrapport är färdigbehandlad vad gäller Socialdepartementets områden. Se även avsnitt 2.6 inom utgiftsområde 16.

Riksrevisionen har granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten för budgetåret 2009 för Statens beredning för medicinsk utvärdering. Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelsen till myndigheten.

3.10 Politikens inriktning

Regeringen ska skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov och önskemål. Regeringens satsningar syftar, i första hand, till att verka för bibehållen och ökad hälsa för patienten. För invånarna, i egenskap av skattebetalare, är det av vikt att detta sker genom ett effektivt utnyttjande av gemensamma resurser. Regeringen avser, under mandatperioden, att lägga särskilt fokus på att öka valfriheten, tillgängligheten och säkerheten för patienten. Satsningar kommer också att göras på ökad jämlikhet i vården, samt på en förbättrad vård och omsorg för äldre.

Det är viktigt för patienten att det finns möjlighet att vara delaktig, fatta beslut och ta del av kunskap och information om vårdens resultat.

Detta kan i sin tur leda till att patienterna i ökad utsträckning kan verka pådrivande i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete.

3.10.1 Förbättrad tillgänglighet och valfrihet för patienten

För patienterna är det viktigt att få vård snabbt och känna till vilken skyldighet vården har att erbjuda besök och behandling inom utlovad tidsram. Att förbättra tillgängligheten för patienten är av stor vikt för att skapa förutsättningar för en god vård. Såsom redovisats i avsnitt 3.4 har en rad insatser genomförts under föregående mandatperiod.

Regeringens initiativ under den senaste mandatperioden har lett till väsentligt minskade väntetider till besök och behandling i hälso- och sjukvården. Initiativen har också resulterat i att det nu finns lagstiftning som anger inom vilken tidsrymd en patient ska få behandling. Den anger också vårdens skyldigheter att informera patienten om väntetider och möjligheten att välja vårdgivare för att få vård inom ramen för vårdgarantin. Regeringen avser att under den nuvarande mandatperioden ytterligare öka tillgängligheten för patienterna genom att tiden mellan första kontakt med vården och inledd behandling kortas. I dag finns dock ingen statistik över patienternas hela väg genom vården. De väntetidsdata som samlas in berör enbart hur många som väntar på att få träffa en läkare eller på att få genomföra en operation, vilket då inte innefattar t.ex. väntetider för utredningar. Mot bakgrund av detta blir det första steget att utreda hur väntetider ska kunna mätas och följas upp på ett bättre sätt än i dag.

En särskild insats ska även genomföras för att minska väntetiderna på landets akutmottagningar. En hög belastning vid akutmottagningar ökar risken för försämrat omhändertagande och långa väntetider vilket i sin tur påverkar både patientsäkerheten och patienternas tillfredsställelse med vården negativt. Det finns dock metoder för att i detta avseende förbättra akutmottagningen, både vad avser minskad väntetid för att få träffa läkare och minskad sammanlagd tid som patienten vistas på akutmottagningen. På regeringens initiativ kommer det tas fram en översikt av de mätningar av väntetider som genomförs vid landets akutmottagningar i dag samt ett förslag till ett nationellt system för att mäta och

följa upp väntetider. Jämförelsetal bör bland annat tas fram för tid för första bedömning och för så kallad genomströmningstid. Även patienternas egna upplevelser av väntetider och kvalitet bör mätas. Utifrån detta underlag är inriktningen att minska väntetiderna för bedömning och påbörjad behandling vid landets akutmottagningar.

Även regeringens satsning på modellområden och på en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri (se avsnitt 3.4.3) syftar till ökad tillgänglighet. Regeringen kommer att följa arbetet med modellområden, som syftar till att gemensamma resurser samordnas mellan landsting och kommuner, så att barn och ungdomar med psykisk ohälsa enkelt och snabbt får tillgång till rätt insatser på rätt nivå. Avsikten är att effektiva sätt att möta behoven hos barn och unga med psykisk ohälsa ska spridas till fler kommuner och landsting.

Samtidigt som tillgängligheten har förbättrats har även patientens valfrihet ökat i takt med en ökad mångfald av vårdgivare inom hälso- och sjukvårdssektorn. Regeringen kan med tillfredsställelse konstatera att ett stort antal nya vårdcentraler har tillkommit under den gångna mandatperioden (se avsnitt 3.6.1). Det innebär inte bara en ökad mångfald utan också en utbyggd primärvård, som i sin tur är en förstärkning av hälsofrämjande vård och ökad tillgänglighet i allmänhet.

Regeringen har i propositionen Vårdval i primärvården (prop. 2008/09:74) framhållit att om det visar sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen leder till alltför stora skillnader för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare, avser regeringen att återkomma i frågan. Regeringen avser att undersöka möjligheterna att vidareutveckla vårdvalet för stärkt kontinuitet och valfrihet. Utöver en utökad mångfald av vårdgivare bör det skapas ett ökat utrymme för innovation av nya tjänster, som kan vara till nytta för patienterna. Regeringen vill på motsvarande sätt främja innovationer inom hela den öppna vården. Regeringen kommer även att analysera, utreda och bereda de förslag som lämnats i Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84).

Regeringen har under sitt ordförandeskap stöttat och bidragit till att arbeta fram ett EU-direktiv, som ska utöka patientens valfrihet ytterligare. Det blir genom direktivet lättare att välja vård inom en annan medlemsstat i EU.

Under mandatperioden kommer direktivet att införlivas i svensk lagstiftning, förutsatt att arbetet inom EU fortgår som planerat.

För att individen fullt ut ska kunna utnyttja sin möjlighet att göra välgrundade val av vårdgivare, olika behandlingar m.m. behövs stöd i form av information om hälso- och sjukvårdens utbud och prestationer. Sådan information finns i stor utsträckning att tillgå redan i dag (se avsnitt 3.6.1). Efter förslag från regeringen har vårdgivarna i dag skyldighet att informera befolkningen om möjligheten att välja vårdgivare inom hälso- och sjukvården. Regeringen vill under kommande år ytterligare stärka individens möjlighet att göra val. Som ett underlag för dessa val ska individen ha tillgång till oberoende och kvalitetssäkrad information om såväl offentliga som privata vårdgivare, och där uppgifter om service, kvalitet och resultat återfinns. Landstingen har, genom sitt bolag Inera, utvecklat informationstjänster för patienter. Regeringen har gett särskilda bidrag för att utveckla dessa tjänster ytterligare. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för kontinuerliga diskussioner kring den fortsatta finansieringen och strukturerna för den framtida informationsförsörjningen till patienterna. Regeringen har även inom ramen för direktiven (dir 2010:58) till organisationskommittén för inrättandet av en ny oberoende granskningsmyndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården m.m., givit kommittén i uppdrag att utreda vilken information patienterna och medborgarna efterfrågar, vilken information som finns tillgänglig i dag och vad som saknas för att individen ska kunna göra medvetna val.

Regeringen har även tagit initiativ för att patienterna ska kunna agera aktivt och medvetet som konsumenter och patienter i relation till tandvården (se avsnitt 3.6.1). Försäkringskassan har haft regeringens uppdrag att utveckla information till patienterna. En viktig del har rört patientens möjlighet att få information om priser på olika tandvårdstjänster. Vidare har regeringen initierat och finansierat en rådgivningstjänst avseende tandvård. Arbetet för att stärka patientens ställning inom tandvårdsområdet bör fortsätta. Satsningen på en förbättrad prisjämförelsetjänst påbörjas under 2010 med målsättningen att lansera tjänsten vid årsskiftet 2011/2012. Informationen till patienten ska på sikt kompletteras med olika kvalitetsindikatorer.

Regeringen har under den senaste mandatperioden omreglerat den svenska apoteksmarknaden (se avsnitt 3.4.5 och 3.6.2). Den omreglerade apoteksmarknaden präglas av mångfald och förbättrad tillgänglighet. Ett tiotal aktörer verkar på marknaden, däribland flera mindre aktörer. Det nyinrättade bolaget Apoteksgruppen med 150 apotek som förts från Apoteket AB, syftar särskilt till att skapa förutsättningar för små entreprenörer att etablera sig. Hittills har cirka 80 av dessa apotek sålts och försäljningen fortsätter under 2010.

3.10.2 Förbättrad kvalitet och säkerhet för patienten

Regeringen har under den gångna mandatperioden initierat en genomgripande patientsäkerhetsreform (se avsnitt 3.8.1). Det krävs ett omfattande arbete för att reformens mål ska nås och för att regeringens intentioner fullt ut ska uppfyllas. Detta arbete kommer att pågå under hela mandatperioden 2011–2014. I syfte att underlätta genomförandet avser regeringen att leda en nationell samling för patientsäkerhet med berörda parter i vården.

Regeringens arbete med att förbättra patientsäkerheten kommer att breddas och utökas under kommande år. Ett tidsbegränsat stimulationsbidrag som utgår enligt en prestationsbaserad modell införs från 2011. Pengarna fördelas till landstingen utifrån de resultat som respektive landsting uppvisar. Bristande patientsäkerhet är ofta kopplad till vårdrelaterade infektioner och felaktig läkemedelsanvändning. Även överbeläggningar kan få konsekvenser för patientsäkerheten. Ytterligare en angelägen fråga rör äldre patienter med många läkemedel, s.k. polyfarmaci. För denna patientgrupp kan läkemedelsgenomgångar eller behandlingsstrategier för äldre vara ett sätt att minska riskerna med polyfarmaci. Vidare kvarstår problemet med antibiotikaresistens som är ett hot mot både hälsa och säkerhet i vården. Antibiotikaanvändningen måste minska och regeringen avser att undersöka förutsättningarna för att ta fram ett nationellt mål för forskrivning av antibiotika. Regeringen avser dessutom att ta fram ett antal indikatorer för att mäta utvecklingen vad gäller patientsäkerheten. Genom att mäta och belöna goda resultat och initiativ skiftas fokus i verk-

samheten och starka drivkrafter skapas för att nå de resultatmål som satts för verksamheten.

Regeringens breda satsning på ökad patientsäkerhet ska leda till en säkrare vård för patienten och ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete, vilket i sin tur leder till minskat lidande, färre omoperationer, färre vårddyggn och färre sjukskrivningar.

Under våren 2010 presenterades, på regeringens initiativ, en förstudie med förslag om en nationell läkemedelsstrategi (se avsnitt 3.8.6). Staten och landstingssektorn har deltagit i förstudien. Regeringen anser att en nationell läkemedelsstrategi bör utformas med utgångspunkt i dessa förslag. Strategin bör syfta till att samordna och utveckla de statliga och landstingskommunala insatserna bättre så att konkreta förbättringar vad gäller läkemedelsanvändningen åstadkoms. Målsättningarna för läkemedelsstrategin bör vara förbättrade medicinska resultat och patientsäkerhet, jämlik läkemedelsbehandling, kostnadseffektivitet, innovationskraft samt minimal negativ miljöpåverkan. I strategiarbetet bör, vid sidan av de statliga myndigheterna och landstingen, läkemedelsindustrin, apoteksbranschen samt den medicinska professionen involveras. I arbetet bör även relevanta organisationer såsom patientföreningars erfarenheter och kunskap tar tillvara. Regeringens avsikt är att komma överens med landstingen så att en nationell läkemedelsstrategi kan träda i kraft 2011. Regeringen har gett Läkemedelsverket – Centrum för bättre läkemedelsanvändning – i uppdrag att vidta de förberedelser som krävs för att kunna realisera delar av förslagen i den nationella läkemedelsstrategin som regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2010 och i handlingsplanen Effektivare läkemedelsanvändning.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) prövar vilka läkemedel som ska vara subventionerade och ingå i högkostnadsskyddet för läkemedel. För dessa läkemedel finns således en nationell bedömning. TLV:s förmånsbeslut är ett viktigt beslutsstöd för bl.a. huvudmännens läkemedelskommittéer. När det gäller läkemedel som enbart används i slutenvården, s.k. rekvisitionsläkemedel, görs ingen nationell prövning om ett läkemedels kostnadseffektivitet. I syfte att bland annat öka likvärdigheten och den kunskapsstyrda läkemedelsanvändningen i hela landet har TLV fått i uppdrag att påbörja arbetet med att bygga upp en verksamhet som ska

genomföra nationella hälsoekonomiska bedömningar av rekvisitionsläkemedel.

Inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin avser regeringen att prioritera insatser för att behandling med läkemedel ska bli säkrare och mer ändamålsenlig. Ett prioriterat projekt, som inlemts under 2010 genom att regeringen tillskjutit medel till Apotekens Service AB, handlar om att göra det möjligt för förskrivare att få tillgång till uppgifter i receptregistret i det expeditionsstöd som bolaget ansvarar för. Regeringen har tidigare beslutat att ett elektroniskt expeditionsstöd ska vara tillgängligt för alla apoteksaktörer på den omreglerade marknaden. Ett expeditionsstöd är ett av flera möjliga verktyg i strävan mot en förbättrad läkemedelsanvändning. Vidare ger ett sådant stöd ökade möjligheter till uppföljning av läkemedelshandlingen och läkemedelsförskrivningen. Arbetet fortsätter under 2011 och innefattar även den långsiktiga ambitionen att samtliga landstings journalsystem ska ge förskrivaren information om patientens hela läkemedelsanvändning vid förskrivningstillfället.

Regeringen har under föregående mandatperiod påbörjat en rad insatser för att förbättra svensk cancervård (se avsnitt 3.8.2). Tillsammans formar de en nationell cancerstrategi. Regeringen avser att tillsammans med landstingen fortsätta arbetet för att förbättra vården till personer som drabbas av cancer bl.a. genom en förnyad överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Under nuvarande mandatperiod kommer regionala cancercentrum att tillskapas av sjukvårdshuvudmännen, med stöd av regeringens insatser. Kriterier för dessa centrum kommer att definieras på nationell nivå och särskilda medel kommer fram till 2012 att utbetalas till de centrum som uppfyller kriterierna. Regionala cancercentrum är en väg mot en likvärdig vård av hög kvalitet över hela landet.

Regeringen har under den gångna mandatperioden genomfört en rad satsningar inom psykiatriområdet. Regeringen bedömer att det finns behov av att göra en samlad uppföljning och analys av hur vård- och stödsatserna till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning utvecklas över tid, med fokus på nytta för patienten. En sådan uppföljning kommer att initieras som komplement till den uppföljning som redan sker av Socialstyrelsen på regeringens uppdrag. Därutöver har

Socialstyrelsen regeringens uppdrag att utveckla statistik, indikatorer och ett system för kontinuerlig rapportering och uppföljning av utvecklingen inom hela psykiatriområdet.

Psykiatrisatsningen kommer att pågå även under nuvarande mandatperiod. Det övergripande syftet är att vård- och stödinsatser ska vara kunskapsbaserade, att tillgängligheten ska vara god och att det ska finnas ett bra och varierat utbud av arbete, sysselsättning, boendeinsatser och hjälpmedel för förbättrad hälsa och vardagsliv för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

3.10.3 Jämlik vård och självbestämmande för patientens bästa

Regeringen anser att det är viktigt att den vård som erbjuds är jämlik. Det handlar om att vården ska hålla en bra kvalitet för alla och att tillgängligheten ska vara god 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. Kvinnors respektive mäns villkor och behov ska beaktas. Vid dessa avvägningar måste hänsyn tas till att barn har särskilda behov, bl.a. beroende på det individuella barnets ålder och mognad. Även att flickor och pojkar har delvis olika behov måste tas i beaktande.

Under föregående mandatperiod har patientens ställning stärkts (se avsnitt 3.6). För att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård avser regeringen att införa en patientlag. En utredning bör belysa hur lagen kan samla och tydliggöra de skyldigheter vårdgivarna har gentemot patienterna. Utredningen bör också undersöka hur en väg för patienten att snabbt och enkelt få invändningar mot vården prövade kan se ut. I utredningen ska även belysas de direkta kostnaderna och de långsiktiga offentligfinansiella konsekvenserna av sådana lagändringar.

Regeringen avser även att se över möjligheterna att utvidga de öppna jämförelserna så att de också inkluderar mätning och redovisning av jämlikheten utifrån faktorer som inkomst, utbildningsbakgrund, kön, ålder och bostadsort.

Regeringen avser att fokusera på förbättringar av vården och omsorgen till äldre. En särskild

satsning kommer därför att göras på att vården i större utsträckning utgår från patientens behov genom att kontinuiteten förbättras och att vård och omsorgsinsatser samordnas av ansvariga vårdgivare. Den förbättrade samordningen ska också resultera i ökad patientsäkerhet och effektivare resursutnyttjande. Regeringen kommer att överväga om primärvården kan få ett preciserat äldreuppdrag.

Regeringen tillsatte under 2010 en utredning som ska 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 ska 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. Utredaren ska lämna förslag som innefattar såväl vilken omfattning som på vilka villkor de berörda grupperna ska erhålla sådan vård. Utredningen ska lämna sitt betänkande våren 2011 (se även avsnitt 3.6.3).

Den tandvårdsreform som regeringen genomförde 2008 har inneburit att tandvården blivit mer tillgänglig för personer med stora tandvårdsbehov och mer jämlik. Syftet med det nya skyddet mot höga kostnader är att personer med stora behov inte ska avstå från tandvård av ekonomiska skäl. Det allmänna tandvårdsbidraget kompletterar skyddet mot höga kostnader och ska stimulera vuxna att regelbundet besöka tandvården i syfte att förebygga sjukdomar och skador i munhålan.

Regeringen avser att under mandatperioden vidta särskilda åtgärder för patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård. En arbetsgrupp inom Socialdepartementet kommer under hösten 2010 att redovisa förslag till hur ett sådant kompletterande tandvårdsstöd bör utformas.

Arbetet med utveckling av nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet, samt den förbättrade uppföljningen av tandvårdsområdet som tandvårdsreformen möjliggör, är viktiga instrument för fortsatt utveckling av kvalitet och patientsäkerhet inom tandvården. Regeringen avser följa utvecklingen av tandvårdens resultat och

vilka effekter det nya tandvårdsstödet får, däribland vad gäller kvalitet och effektivitet.

Möjligheterna att få bra vård i livets slutskede har ökat, men förutsättningarna ser fortfarande mycket olika ut inom landet beroende på var patienten vårdas. Alla patienter ska kunna vara förvisade om att vården är tillgänglig och erbjuds utifrån den kunskap och erfarenhet som finns samlad nationellt och internationellt. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård.

3.10.4 Uppföljning – till nytta för patienten och allmänheten

Regeringen har under den gångna mandatperioden stärkt den öppna redovisningen av hälso- och sjukvårdens processer och resultat (se avsnitt 3.7). Uppföljning är ett viktigt sätt att kontrollera effektiviteten i en verksamhet. Den är också en drivkraft för förbättringsarbete. Om uppföljningen redovisas på ett öppet sätt kan också fler aktörer, bl.a. patientgrupper, engagera sig i resultaten och frågan om behov av fortsatta förbättringar.

Uppföljningen av vårdens processer och resultat har hittills i stor utsträckning utgått från ett systemperspektiv. Regeringen vill att patientens upplevelse av vård och bemötande i ökad utsträckning följs upp och integreras i de öppna jämförelser som sker av vårdens resultat. Bland annat kommer detta att ske genom ett fortsatt arbete med nationella patientenkäter och genom att kvalitetsregistren i ökad utsträckning tar in uppgifter från patienterna.

Nationella kvalitetsregister spelar en avgörande roll för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling. Registren är också ett ovärderligt verktyg för forskningen. Mot bakgrund av detta är regeringens bedömning att utveckling av de nationella kvalitetsregistren är av största vikt. Ett exempel på redan pågående utvecklingsarbete är arbetet med att skapa en gemensam portal för befintliga och nya kvalitetsregister inom psykiatriområdet. Vidare har regeringen och SKL tillsatt en gemensam arbetsgrupp med uppgift att kartlägga den nuvarande användningen av kvalitetsregistren samt att identifiera problem och utvecklingsbehov. Arbetsgruppen har identifierat en rad angelägna utvecklingsbehov, däribland förenklad inrapportering i registren genom utvecklade IT-stöd och snabb återrapportering samt ökade möjligheter att använda registren för forskning och förbättringsarbete.

Under kommande år ska de stora reformer som regeringen initierat följas upp i särskild ordning. Det gäller bl.a. psykiatrisatsningen, kömiljarden, patientsäkerhetsreformen, tandvårdsreformen och vårdvalsreformen. Omregleringen av apoteksmarknaden följs upp av Statskontoret och Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys). Regeringen avser att, bland annat via dessa uppdrag, följa utvecklingen så att kraven på omregleringen avseende bibehållen säkerhet, trygghet och tillgänglighet för den enskilda individen uppfylls.

Tandvårdsreformens genomförande 2008 har inneburit förbättrade möjligheter att följa upp och analysera tandvården. Försäkringskassan har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera reformen ur ett antal olika perspektiv. Regeringen avser även fortsättningsvis prioritera arbetet med systematisk uppföljning av resultat och kvalitet i tandvården.

3.10.5 Systematiska förbättringar, kunskapsbildning och -spridning för en effektiv vård

Under den gångna mandatperioden har satsningar genomförts för att öka uppföljningen och den öppna redovisningen av vårdens resultat. Uppföljningen ska ligga till grund för det systematiska förbättringsarbetet inom vården, som i sin tur, tillsammans med forskning och kunskapsbildning och -spridning, bildar en grund för ökad kvalitet, effektiviseringar och förbättrat resursutnyttjande. Arbetet kommer att fortsätta under pågående mandatperiod. Regeringen anser att det finns stora möjligheter att effektivisera vården ytterligare.

Figur 3.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården



En åtgärd som bör ge en mer effektiv användning av de gemensamma resurserna är ett regeringsuppdrag som tilldelats Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Uppdraget är att identifiera behandlingsmetoder som inte har önskvärda effekter och att ge huvudmännen möjlighet att utmönstra dessa metoder (se avsnitt 3.5.1). Även arbetet med nationella riktlinjer som Socialstyrelsen bedriver på regeringens uppdrag bör resultera i dylika förbättringar. Riktlinjerna täcker nu stora delar av svensk hälso- och sjukvård och utgör ett beslutsunderlag för regionala och lokala prioriteringar. Befintliga riktlinjer kommer under mandatperioden att uppdateras och ett antal nya tillkommer, såsom riktlinjer för tandvården, palliativ vård samt riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tillsammans skapar de en ram för en sjukvård som vilar på evidens och beprövad erfarenhet. De skapar förutsättningar för att patienten ska få en vård av god kvalitet som ger förväntade resultat. Ansvar för att riktlinjerna implementeras ligger hos sjukvårdshuvudmännen med stöd av Socialstyrelsen.

Ett verktyg för att åstadkomma en ökad effektivitet inom vården är en sammanhållen användning av IT. Regeringen har genomfört en rad insatser inom detta område (se avsnitt 3.8.3) och kommer, tillsammans med berörda aktörer, under 2011 att utveckla den nationella strategin för eHälsa så att den i större utsträckning innehåller operativa och mätbara mål. Tonvikten ska ligga på implementering, konkret patientnytta och resultat. Målen ska samordnas med mål för andra näraliggande områden såsom exempelvis kvalitetsregister och läkemedel. Strategin ska beskriva åtgärder som behövs i syfte att utveckla och införa elektroniska beslutsstöd och en mer strukturerad vårddokumentation. Vidare ska strategin även ha som mål att patienter ska er-

bjudas stöd i det hälsofrämjande arbetet av IT-baserade verktyg. Det kan handla om elektroniska hälsodagböcker och elektronisk inrapportering av hälsoinsatser och hälsovården till primärvården. Strategin Nationell eHälsa ska samverka med andra sakområden kring gemensamma behov i arbetet med samhällets digitalisering. Det handlar exempelvis om arbetet inom eDelegationen liksom den planerade strategin En digital agenda för Sverige.

För att åstadkomma ett förbättrat resursutnyttjande är det nödvändigt att hälso- och sjukvårdens arbete i ökad utsträckning fokuserar på förebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta är en uppgift för alla vårdgivare. IT-verktyg (som nämns ovan) kan vara ett stöd i arbetet. Likaså ska de nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som nu utarbetas vara ett stöd för hälso- och sjukvården i mötet med patienter. Inom ramen för pågående projekt för ersättningssystem bör även folkhälsoaspekter beaktas.

Åtgärder har vidtagits för att samordna den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 3.5.1). Trots detta finns det fortfarande brister, som kan orsaka merarbete för huvudmännen, när de ska implementera nationella vägledningar, riktlinjer och beslut. Myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet bör utveckla formerna för samverkan när det gäller framtagning av kunskapsunderlag och rekommendationer, kommunikation och spridning av resultaten och systematisk uppföljning och utvärdering av effekterna av kunskapsstyrningen. Det är angeläget att den statliga kunskapsstyrningen är inriktad på att åstadkomma konkreta förbättringar för patienterna. Ansvar för att implementera kunskapsunderlag och rekommendationer vilar dock på landsting och kommuner. De statliga myndigheterna ansvarar för att kunskapsunderlag och rekommendationer är tillgängliga för vården. Den webbaserade utbildningsplattformen (Learning Management System), som Socialstyrelsen utvecklar på regeringens uppdrag, är ett viktigt medel för kommunikation och kunskapspridning.

En samordnad och utvecklad statlig kunskapsstyrning bör ge väsentliga effektiviseringar av hälso- och sjukvården under mandatperioden. Den mest högspecialiserade vården bedrivs till stora kostnader och kräver en närhet till forskning och bör därför bedrivas på ett begränsat antal platser i landet. För att effektivisera denna

vård har regeringen inrättat en rikssjukvårdsnämnd. Nämndens arbete bygger på en dialog mellan stat och huvudmän och också på befintlig kunskap som underlag för nämndens beslut. Regeringen anser att arbetet bör fortsätta och att det är viktigt att besluten är gediget förankrade och efterlevs. Rikssjukvårdsnämnden ser för närvarande över processen för beslut om riks-sjukvård, vilket är viktigt för att också i fortsättningen ge goda förutsättningar för att fatta välgrundade beslut med bred förankring. Regeringen bedömer att det är angeläget att nämnden prövar möjligheten att, som ett komplement till andra beslutsformer, i vissa fall besluta om riks-sjukvård genom ett förenklat förfarande, t.ex. så att flera diagnoser eller åtgärder ingår i samma beslut. Det kan exempelvis gälla ovanliga cancerdiagnoser.

Forskning av hög kvalitet är en förutsättning för en evidensbaserad och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård. Regeringen har i propositionen Ett lyft för forskning och innovation (prop. 2008/09:50) gjort bedömningen att det finns ett behov av långsiktigt stöd för forskning inom särskilt strategiska områden av betydelse för samhället och näringslivet. Inom det medicinska området nämner regeringen bl.a. områdena diabetes, neurovetenskap och epidemiologi. För dessa satsningar anvisas medel till universitet och högskolor inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Satsning på klinisk forskning är också viktigt för regeringens ambition att åstadkomma en mer kunskapsbaserad psykiatri. Vetenskapsrådet har därför fått uppdrag från regeringen att inrätta ett 30-tal forskartjänster för kliniskt verksamma medarbetare inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Vidare har två nationella forskarskolor i klinisk psykiatri etablerats. Även inom cancerområdet tar regeringen ytterligare initiativ till att stärka forskningen genom inrättandet av regionala cancercentrum. Ett viktigt syfte med regionala cancercentrum är att förbättra förutsättningarna för cancerforskning på hög internationell nivå. Genom att samla olika cancerverksamheter i regionala cancercentrum som innehåller såväl diagnostik, behandling och befolkningsinriktad prevention som grundforskning, klinisk forskning och utbildning, så skapas förutsättningar för ett mer multidisciplinärt angreppssätt i vård och forskning. Dessutom skapas en starkare integration mellan grundläggande och klinisk forskning samt klinisk verksamhet.

Ett ytterligare utvecklingsområde är att omsätta forskningsresultat till praktik i vården så att patient och samhälle får nytta av forskningen. Regeringen, tillsammans med ett antal andra aktörer, finansierar därför Vinnvård. Vinnvård är ett forskningsprogram med syfte att omsätta kunskap till praktik genom att bevilja forskningsmedel till projekt som genererar kunskap om och påskyndar processen att omsätta kunskap till praktik. Regeringen har även, som tidigare nämnts, satsat på att öka vårdens förmåga att tillvarata och omsätta ny kunskap, samt utrangera osäkra eller onödiga metoder, genom att ge SBU ett uppdrag inom detta område. SBU ska starta ett projekt för att tillsammans med olika berörda aktörer identifiera kunskapsluckor och behandlingsmetoder i vården som inte har önskvärd effekt eller där tillräcklig kunskap om effekterna saknas.

3.11 Budgetförslag

3.11.1 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 3.12 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2009 | Utfall | 30 104 | Anslags-sparande | 454 |
| 2010 | Anslag | 30 828 ¹ | Utgifts-prognos | 30 584 |
| 2011 | Förslag | 18 696 | | |
| 2012 | Beräknat | 11 874 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 10 937 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 11 175 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 11 762 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 10 686 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 10 672 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds förvaltningskostnader. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ska pröva behörighetsfrågor och frågor om disciplinpåföljd, men från och med 2011 begränsas ansvaret till behörighetsfrågor. Prövningen ska ske på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt. Genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrken ska HSAN bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Myndighetens verksamhet innebär en medicinsk prövning av varje individuellt ärende och ger därmed möjlighet till en offentlig och oberoende genomlysning av

vården. HSAN ska återföra erfarenheterna av verksamheten till hälso- och sjukvården genom samverkan med andra myndigheter/aktörer samt genom information till sjukvårdshuvudmännen, patientnämnderna och professionerna. Under 2009 uppgick anslaget till 29,7 miljoner kronor och utfallet var cirka 29,8 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

I enlighet med propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) ska de ärenden hos HSAN som i dag kan leda till disciplinåtgärd i stället hanteras och utredas av Socialstyrelsen. Myndighetens uppgifter från och med den 1 januari 2011 ska vara att pröva frågor om provotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet, begränsning av förskrivningsrätt samt ny legitimation m.m. Som en konsekvens av den minskade arbetsbördan måste en anpassning ske av HSAN:s anslag. Anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* reduceras därför 2011 med 12,3 miljoner kronor. För 2012 reduceras anslaget med 19,4 miljoner kronor, för 2013 med 20,8 miljoner kronor och för 2014 och framåt med ca 21,3 miljoner kronor per år. Anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för HSAN:s verksamhet bör förändras i enlighet med ovan nämnda proposition.

Tabell 3.13 Härläddning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

| Tusental kronor | | | | |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 30 828 | 30 828 | 30 828 | 30 828 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 118 | 412 | 844 | 1 577 |
| Beslut | -12 300 | -19 417 | -20 786 | -21 266 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | 50 | 50 | 51 | 36 |
| Förslag/beräknat anslag | 18 696 | 11 874 | 10 937 | 11 175 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 696 000 kronor ska anvisas under anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 11 874 000 kronor, 10 937 000 kronor respektive 11 175 000 kronor.

3.11.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 3.14 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2009 | Utfall | 43 509 | Anslags-sparande | 952 |
| 2010 | Anslag | 55 907 ¹ | Utgifts-prognos | 55 589 |
| 2011 | Förslag | 56 168 | | |
| 2012 | Beräknat | 56 657 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 57 463 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 58 721 ⁴ | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 56 106 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 56 107 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 56 028 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 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. SBU:s verksamhet har i huvudsak redovisats under avsnitt 3.5.1. Under 2009 uppgick anslaget till cirka 43,2 miljoner kronor och utfallet var cirka 43,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 60 000 kronor till följd av ändrad finansiering av verksamhetsstödet för den statliga budgetprocessen.

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

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för SBU:s verksamhet bör i stort kvarstå.

Tabell 3.15 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 55 907 | 55 907 | 55 907 | 55 907 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 362 | 914 | 1 722 | 3 066 |
| Beslut | -41 | -103 | -105 | -107 |
| Överföring till/från andra anslag | -60 | -61 | -61 | -63 |
| Övrigt ³ | | | | -82 |
| Förslag/beräknat anslag | 56 168 | 56 657 | 57 463 | 58 721 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget.

Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 56 168 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 56 657 000 kronor, 57 463 000 kronor respektive 58 721 000 kronor.

3.11.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tabell 3.16 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | 83 459 | Anslags-sparande | -1 276 |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|--------|
| 2010 | Anslag | 96 507 ¹ | Utgifts-prognos | 93 105 |
| 2011 | Förslag | 111 348 | | |
| 2012 | Beräknat | 112 485 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 114 070 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 116 489 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 111 348 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 111 348 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 111 192 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) förvaltningskostnader. TLV:s arbetsuppgifter består huvudsakligen av administration av ärenden till Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Den senare nämnden har beslutsrätt i ärenden om ersättningsberättigande tandvård, referenspriser, beloppsgränser och ersättningsnivåer för det statliga tandvårdsstödet.

Nämnden för läkemedelsförmåner beslutar om receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar ska omfattas av samhällets subvention. De krav som läkemedel och förbrukningsartiklar måste uppfylla för att subventioneras återfinns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Under 2009 uppgick TLV:s anslag till cirka 80,3 miljoner kronor och utfallet var cirka 83,5 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Behovet av förstärkta insatser för uppföljning av apotekens ersättning och generikamodellen, samt det ökade behovet av ytterligare generikattillsyn gör att regeringen bedömer att TLV behöver ett utökat anslag. Anslaget ökas därför med 14 miljoner kronor per år fr.o.m. 2010. Finansiering sker genom en neddragning av anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets verksamhet inom läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdet bör i stort kvarstå.

Tabell 3.17 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

| Tusental kronor | | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 96 507 | 96 507 | 96 507 | 96 507 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 841 | 1 835 | 3 221 | 5 478 |
| Beslut | 14 000 | 14 143 | 14 342 | 14 667 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -163 |
| Förslag/beräknat anslag | 111 348 | 112 485 | 114 070 | 116 489 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 111 348 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 112 485 000 kronor, 114 070 000 kronor respektive 116 489 000 kronor.

3.11.4 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 3.18 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|------------------------|------------------|-----------|
| År | Slagslag | Belopp | Övrigt | Totalt |
| 2009 | Utfall | 5 514 883 | Anslags-sparande | 1 777 681 |
| 2010 | Anslag | 6 593 310 ¹ | Utgifts-prognos | 6 371 020 |
| 2011 | Förslag | 6 694 480 | | |
| 2012 | Beräknat | 7 063 710 | | |
| 2013 | Beräknat | 7 134 700 | | |
| 2014 | Beräknat | 7 281 990 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera det statliga tandvårdsstödet som administreras av Försäkringskassan. Ändamålet omfattar både tandvårdersättning enligt lagen (1962:382) 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.

År 2009 uppgick anslaget till knappt 7,3 miljarder kronor medan utfallet blev 5,5 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 2010 har anslaget uppgått till cirka 6,5 miljarder kronor.

Regeringen avser att under mandatperioden vidta särskilda åtgärder för patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ökat behov av tandvård (se vidare avsnitt 3.10.3). För ändamålet beräknas 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012 på detta anslag.

Socialstyrelsen disponerar 13 miljoner kronor per år på anslaget för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Av dessa medel får 4,5 miljoner kronor användas till verksamheten vid Socialstyrelsens kunskapscentrum för dentala material. Regeringen föreslår att 4,5 miljoner kronor per år från och med 2011 för denna verksamhet överförs från anslaget 1:4 till anslaget 9:1 *Socialstyrelsen*.

Tabell 3.19 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2010¹ | 6 593 310 | 6 593 310 | 6 593 310 | 6 593 310 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | 13 500 | 574 750 | 574 750 | 574 750 |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | | | | |
| Volym | 92 170 | -99 850 | -28 860 | 118 430 |
| Överföring till/från andra anslag | -4 500 | -4 500 | -4 500 | -4 500 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 6 694 480 | 7 063 710 | 7 134 700 | 7 281 990 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 6 694 480 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 7 063 710 000 kronor, 7 134 700 000 kronor respektive 7 281 990 000 kronor.

3.11.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.20 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

| År | Slagslag | Belopp | Övrigt | Totalt |
|-------------|----------------|-------------------------|------------------|------------|
| 2009 | Utfall | 22 266 667 | Anslags-sparande | 133 333 |
| 2010 | Anslag | 23 200 000 ¹ | Utgifts-prognos | 23 066 667 |
| 2011 | Förslag | 23 200 000 | | |
| 2012 | Beräknat | 23 200 000 | | |
| 2013 | Beräknat | 23 200 000 | | |
| 2014 | Beräknat | 23 200 000 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera det särskilda statsbidraget 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 har fastställts genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Överenskommelsen för 2009 och 2010 lägger fast att staten ersätter sjukvårdshuvudmännen med 22,4 miljarder kronor för 2009 och 23,2 miljarder kronor för 2010. 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 2009 ersättning till landstingen för läkemedelsförmåner dels under månaderna november och december 2008, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2009. Under 2009 utbetalades från anslaget följaktligen knappt 22,3 miljarder kronor och för 2010 kommer drygt 23 miljarder att utbetalas.

Regeringens överväganden

För 2011 och framåt finns inget avtal mellan staten och SKL. Regeringen avser att teckna ett avtal med SKL. Enligt Socialstyrelsens rapport *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos* från maj 2010 uppgick kostnaderna för läkemedelsförmånerna för 2009 till 20,7 miljarder kronor. Prognosen för förmånskostnadernas ökning är enligt Socialstyrelsen 1,25 procent för 2010. Med den kostnadsutvecklingen under 2010 kommer kostnaderna för läkemedelsförmånerna att uppgå till cirka 21 miljarder kronor 2010.

Tabell 3.21 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Anvisat 2010¹ | 23 200 000 | 23 200 000 | 23 200 000 | 23 200 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 23 200 000 | 23 200 000 | 23 200 000 | 23 200 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 23 200 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 23 200 000 000 kronor respektive år.

3.11.6 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 3.22 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

| År | Utfall | | Anslags-sparande | |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 421 018 | | 40 858 |
| 2010 | Anslag | 522 505 ¹ | Utgifts-prognos | 517 499 |
| 2011 | Förslag | 944 765 | | |
| 2012 | Beräknat | 1 455 183 | | |
| 2013 | Beräknat | 1 412 564 | | |
| 2014 | Beräknat | 1 412 564 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Tabell 3.23 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

| | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013–2014 |
|--|--------------|--------------|---------------|--------------------|
| Ingående åtaganden | 0 | 0 | | |
| Nya åtaganden | 0 | 8 000 | | |
| Infriade åtaganden | 0 | 0 | -4 000 | -4 000 |
| Utestående åtaganden | 0 | 8 000 | | |
| Erhållet/förslaget bemyndigande | 0 | 8 000 | | |

Anmärkning: Beloppen är avrundade och överensstämmer därför inte alltid med summan.

Ändamålet för anslaget är att genom riktade satsningar stärka patientens ställning, förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. Från anslaget utbetalas dessutom vissa bidrag i enlighet med bl.a. Dagmaröverenskommelsen som träffas mellan staten och SKL.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2011 för ramanslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 8 000 000 kronor under perioden 2012–2014.

Skälen för regeringens förslag: Medlen ska användas för forskning inom ämnesområdet farmaci. Den forskning 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 2011 ska ges möjlighet att fatta beslut om stöd till forskning som innebär åtaganden för kommande budgetår.

Regeringens överväganden

Den 17 december 2009 godkände regeringen Dagmaröverenskommelsen för 2010. En ny överenskommelse kommer att tecknas för 2011.

Förutom satsningarna inom Dagmaröverenskommelsen beräknar regeringen för 2011 följande:

- 114 miljoner kronor till utveckling och implementering av IT-stöd som syftar till att förbättra läkemedelsanvändningen, vissa uppföljnings- och utbildningsinsatser på läkemedelsområdet, samt implementering av förslag enligt En nationell cancerstrategi för framtiden.
- cirka 81 miljoner kronor till strategi för god vård: insatser för att stärka patientens ställning och förbättra patientsäkerheten, förbättra tillgängligheten i vården, förbättrad informationsförsörjning, granskning och öppna jämförelser av resultat, utvecklade ersättningssystem inom hälso- och sjukvården, ökad mångfald, innefattande bl.a. det fria vårdvalet och främjande av den ideella sektorn.
- 10,4 miljoner kronor till omregleringen av apoteksmarknaden,
- 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), miljöbalken och livsmedelslagen (2006:804) samt för ersättning till smittbärare enligt lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare.
- 8 miljoner kronor för specialistkompetenskurser.
- 4 miljoner kronor till Vetenskapsrådet för forskning inom ämnesområdet farmaci.
- 3,5 miljoner kronor till Prioriteringscentrum i Linköping.
- 3 miljoner kronor för drift av läkemedelsförteckning.
- 2 miljoner kronor till SBU för en upplysningstjänst för vården.

- 1,5 miljoner kronor till Swecare för ökad samverkan mellan det offentliga hälso- och sjukvårdssverige och det privata företaget inom vård, omsorg, läkemedel och medicinteknik.
- cirka 500 000 kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.
- 300 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

Cirka 19 miljoner kronor avsätts för övriga bidrag för utveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det rör sig bl.a. om bidrag till Vidarkliniken och Rett Center. Dyliga bidrag ska omprövas årligen för att säkerställa att statliga medel som utbetalas används väl och i enlighet med regeringens intentioner. Närmare villkor bestäms i kommande regleringsbrev.

Anslaget ökas 2011 med 15 miljoner kronor för utredning av hur en bättre fungerande akut-sjukvård med kortare väntetider kan åstadkommas, se avsnitt 3.10.1.

En tidsbegränsad satsning på patientsäkerhet med ett årligt stimulansbidrag enligt en prestationsmodell införs 2011, se avsnitt 3.10.2. För detta ändamål och andra satsningar på patientsäkerhet tillförs anslaget 500 miljoner kronor 2011 och 675 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012. Huvuddelen av dessa medel är avsedda för det prestationsbaserade stimulansbidraget. Inom ramen för satsningen avsätts 15 miljoner kronor per år 2011 och 2012 för jämlik vård.

Regeringen har deklarerat sin avsikt att fokusera på förbättringar av vården och omsorgen till äldre (se vidare avsnitt 3.10.3). En särskild satsning kommer därför att göras under den nuvarande mandatperioden. Anslaget ökas med 325 miljoner kronor per år under perioden 2012–2014 för denna inriktning.

Medel för SKL:s verksamhet med kvalitetsregister samt för att driva på utvecklingen av kostnadsdata per patient har tidigare utbetalats från anslaget 9:1 *Socialstyrelsen*. Dessa medel överförs till anslaget 1:6 för utbetalning från detta anslag från och med 2011. Det rör sig om 13,4 miljoner kronor per år för kvalitetsregister och cirka 1,7 miljoner kronor per år för kostnadsdata.

Anslaget minskas från och med 2011 med knappt 90 miljoner kronor per år för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av Läke-medelsverket och som i dagsläget finansieras av detta anslag. Det gäller framför allt Giftinformationscentralen, producentobunden läkemedelsinformation, medicinteknisk verksamhet, läkemedelsboken och liknande. Medlen överförs till det nya anslaget 1:11 *Läkemedelsverket*.

Den 1 januari 2011 startar Myndigheten för vårdanalys sin verksamhet med oberoende granskning av hälso- och sjukvården och delar av socialtjänsten. För detta har inom hälso- och sjukvårdsområdet beräknats 15 miljoner kronor 2011 och 22 miljoner kronor per år från och med 2012. Medlen överförs till det nya anslaget 1:12 *Myndigheten för vårdanalys*.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) arbetsuppgifter har förändrats kraftigt under senare år, till stor del som en konsekvens av tandvårdsreformen och omregleringen av apoteksmarknaden. Regeringen bedömer att TLV behöver ett utökat anslag. Anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* ökas därför med 14 miljoner kronor per år fr.o.m. 2011. Finansiering sker genom en minskning av detta anslag.

I syfte att öka transparensen i Socialstyrelsens finansiering avser regeringen att permanent verksamhet hos Socialstyrelsen i så hög grad som möjligt ska finansieras via förvaltningsanslaget. På anslaget 1:6 har Socialstyrelsen tidigare disponerat medel för sitt arbete med indikatorer och riktlinjer, samt prioriteringar. Regeringen föreslår att 20 miljoner kronor per år överförs till anslaget 9:1 *Socialstyrelsen*.

I samband med budgetpropositionen för 2010 avsatte regeringen medel inom anslaget för att förbättra patientsäkerheten. I enlighet med propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) överförs 27,1 miljoner kronor 2011 från detta anslag till anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* för myndighetens ökade arbetsuppgifter med att ta emot och utreda klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. För 2012 är motsvarande belopp 20,1 miljoner kronor. Det årliga beloppet för 2013 och framåt är 19 miljoner kronor.

Tabell 3.24 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 522 505 | 522 505 | 522 505 | 522 505 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | 559 000 | 1 069 000 | 1 025 000 | 1 025 000 |
| Överföring till/från andra anslag | -136 740 | -136 322 | -134 941 | -134 941 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/be-räknat anslag | 944 765 | 1 455 183 | 1 412 564 | 1 412 564 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 944 765 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 1 455 183 000 kronor, 1 412 564 000 kronor respektive 1 412 564 000 kronor.

3.11.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.25 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 608 144 | Anslags-sparande | -6 432 |
| 2010 | Anslag | 557 337 ¹ | Utgifts-prognos | 570 880 |
| 2011 | Förslag | 603 425 | | |
| 2012 | Beräknat | 625 618 | | |
| 2013 | Beräknat | 632 928 | | |
| 2014 | Beräknat | 660 601 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet med anslaget är att finansiera ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden. Administrationen av anslaget 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 (ersatte 1408/71 fr.o.m. den 1 maj 2010). Under 2009 uppgick anslaget till cirka 601 miljoner kronor och utfallet under samma år blev 608 miljoner kronor.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har i huvudsak kopplingar till det svenska EU-medlemskapet och till sjukvårdsavtal som Sverige tecknat med andra länder. Kostnaderna inom anslaget kan delas upp i 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 varor och 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 utanför EU.

Kostnaderna inom detta område har stigit i och med ett ökat europeiskt samarbete, en utvidgad union och en ökad kunskap om rättigheter och möjligheter i ett integrerat Europa. Flera domar i EU-domstolen har bekräftat EU-medborgarnas rätt till ersättning för hälso- och sjukvård som erhållits i ett annat medlemsland. I juli 2008 presenterade Europeiska kommissionen ett förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård (KOM (2008) 414 slutlig). Förslaget syftar i första hand till att utveckla den inre marknaden genom att skapa ett tydligare rättsläge för patienters rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder. Direktivet syftar även till att förstärka samarbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn, bland annat gällande Europeiska referensnätverk och eHälsa. Direktivförslaget är fortfarande föremål för förhandling i rådet och Europaparlamentet.

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 försäkrade i Sverige och till svenska pensionärer bosatta i en annan medlemsstat. På motsvarande sätt har andra medlemsstater ett kostnadsansvar gentemot 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 pensionärsvården bidrar också till osäkerheten i prognoserna för vård i internationella förhållanden.

Tabell 3.26 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 557 337 | 557 337 | 557 337 | 557 337 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | -24 486 | -30 657 | -29 234 | -28 577 |
| Volym | 70 574 | 98 938 | 104 825 | 131 841 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 603 425 | 625 618 | 632 928 | 660 601 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 603 425 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 625 618 000 kronor, 632 928 000 kronor respektive 660 601 000 kronor.

3.11.8 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 3.27 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | 852 781 | Anslags- sparande | 85 114 |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2010 | Anslag | 889 938 ¹ | Utgifts- prognos | 870 653 |
| 2011 | Förslag | 887 942 | | |
| 2012 | Beräknat | 885 334 | | |
| 2013 | Beräknat | 885 334 | | |
| 2014 | Beräknat | 885 334 | | |

¹ Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för regeringens satsning på förbättringar inom psykiatriområdet. Under 2009 uppgick anslaget till cirka 893 miljoner kronor och utfallet var cirka 853 miljoner kronor. Det huvudsakliga skälet till överskottet är att avsatta medel till sysselsättningsatsningen riktad mot kommunerna (80 miljoner kronor) inte förbrukades. En av orsakerna till detta var att det var svårt för kommunerna att redovisa de uppgifter som behövdes för att få del av medlen. Beslutet för 2010 har därför utformats på ett annat sätt.

Under 2010 har regeringen avsatt cirka 900 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 2011 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 under perioden 2012–2016.

Skälen för regeringens förslag: Medlen ska användas för forskning inom ämnesområdet psykiatri. Den forskning 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 2011 ska ges möjlighet att fatta beslut om stöd till forskning som innebär åtaganden för kommande budgetår.

Tabell 3.28 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

| | Utfall 2009 | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013–2016 |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Ingående åtaganden | 0 | 0 | 25 000 | | |
| Nya åtaganden | 0 | 25 000 | 8 000 | | |
| Infriade åtaganden | 0 | 0 | -12 000 | -11 000 | -10 000 |
| Utestående åtaganden | 0 | 25 000 | 21 000 | | |
| Erhållet/föreslaget bemyndigande | 0 | 25 000 | 21 000 | | |

Anmärkning: Beloppen är avrundade och överensstämmer därför inte alltid med summan.

Regeringens överväganden

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 utökat antal platser på psykologprogrammet. Överföringsbeloppen förändras årligen i takt med att programmet byggs ut till full volym, och när det gäller psykologprogrammet vid Karolinska institutet omfattar de cirka 7,7 miljoner kronor 2011 för plats- och studiemedelskostnader.

Tabell 3.29 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 889 938 | 889 938 | 889 938 | 889 938 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | 1 594 | 1 594 | 1 594 | 1 594 |
| Överföring till/från andra anslag | -3 590 | -6 198 | -6 198 | -6 198 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/be-räknat anslag | 887 942 | 885 334 | 885 334 | 885 334 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 887 942 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 885 334 000 kronor respektive år.

3.11.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tabell 3.30 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | Anslags-sparande | 1 000 | |
|-------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------|
| 2010 | Anslag | 1 000 000 ¹ | Utgifts-prognos | 1 000 000 |
| 2011 | Förslag | 1 000 000 | | |
| 2012 | Beräknat | 1 000 000 | | |
| 2013 | Beräknat | 1 000 000 | | |
| 2014 | Beräknat | 1 000 000 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för statsbidrag till landstingen för att varaktigt förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Medlen fördelas genom en resultatbaserad ersättningsmodell för att stimulera landstingens uppfyllande av vårdgarantin. Avsikten är att genom tydliga incitament ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i rätt tid. Syftet är att eliminera de värdköer som i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar samhällets kostnader för hälso- och sjukvården.

Regeringens överväganden

Regeringen ingick i januari 2009 en överenskommelse med SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen omfattar en 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 i takt med att landstingen uppfyller vårdgarantin.

Vid avstämningen för 2009 års resultat konstaterades att köerna kortats kraftigt och att alla 21 landsting fick del av de avsatta medlen, som betalades ut i början av 2010. En utförligare beskrivning av arbetet med kömiljarden ges i avsnitt 3.4.1.

I slutet av 2009 ingicks överenskommelsen som ska gälla 2010 års kömiljard. Grundkonstruktionen är densamma men satsningen stramas åt ytterligare för att skynda på arbetet med att förbättra tillgängligheten. Från och med april 2010 kommer både ordinarie köer och köer för så kallat frivilligt väntande, dvs. patienter som avstår ett erbjudande om vård, räknas in i den ersättningsbaserade statistiken. Dessutom skärps inrapporteringsgraden på statistiken från 90 till 95 procent och uppföljningen för kömiljarden ska framöver gälla alla specialiteter.

Tabell 3.31 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2010¹ | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor respektive år.

3.11.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

Tabell 3.32 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | Anslags-sparande | 0 |
|------|----------------|---------------------|------------------------|
| 2010 | Anslag | 74 000 ¹ | Utgifts-prognos 72 348 |
| 2011 | Förslag | 74 000 | |
| 2012 | Beräknat | 74 000 | |
| 2013 | Beräknat | 74 000 | |
| 2014 | Beräknat | 74 000 | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Europaparlamentet och rådet antog den 31 mars 2004 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.

Regeringens överväganden

Kostnaderna för sjukvårdshuvudmännen 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 utjämnning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resterande medel utbetalas via detta anslag.

Tabell 3.33 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 74 000 | 74 000 | 74 000 | 74 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 74 000 | 74 000 | 74 000 | 74 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget 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, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 74 000 000 kronor respektive år.

3.11.11 1:11 Läkemedelsverket

Tabell 3.34 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | Anslags-sparande | 0 |
|------|----------------|------------------|-------------------|
| 2010 | Anslag | 0 ¹ | Utgifts-prognos 0 |
| 2011 | Förslag | 113 190 | |
| 2012 | Beräknat | 113 190 | |
| 2013 | Beräknat | 113 190 | |
| 2014 | Beräknat | 113 190 | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för vissa verksamheter vid Läkemedelsverket. Dessa 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 verkets ökade ansvarsområden efter apoteksomregleringen,

bl.a. Giftinformationscentralen, producentoberoende läkemedelsinformation och det nya centrumet för bättre läkemedelsanvändning.

Anslaget är nytt för 2011. Medlen har tidigare utbetalats till Läkemedelsverket från anslagen 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* och 9:1 *Socialstyrelsen*.

Regeringens överväganden

Från anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* utbetalas under 2010 cirka 23,4 miljoner kronor till Läkemedelsverket för marknadsbevakning av medicintekniska produkter, arbete med mänskliga vävnader, celler och blodsäkerhet, samt ökade kostnader för verket i samband med ny lagstiftning på EU-nivå inom områdena kosmetika, medicinteknik och avancerade terapier. Medlen överförs 2011 till anslaget 1:11 *Läkemedelsverket*.

Anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* minskas med knappt 90 miljoner kronor per år från och med 2011 för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av Läkemedelsverket men som tidigare utbetalats från anslaget 1:6 till myndigheten. Det gäller framför allt producentobunden läkemedelsinformation, apoteksfrågor som Läkemedelsverket övertagit efter omregleringen av apoteksmarknaden (bl.a. Giftinformationscentralen), medicinteknisk verksamhet, läkemedelsboken och liknande. Medlen överförs till det nya anslaget 1:11 *Läkemedelsverket*.

Tabell 3.35 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:11 Läkemedelsverket

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | 113 190 | 113 190 | 113 190 | 113 190 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 113 190 | 113 190 | 113 190 | 113 190 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 113 190 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* för 2011. För

2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 113 190 000 kronor respektive år.

3.11.12 1:12 Myndigheten för vårdanalys

Tabell 3.36 Anslagsutveckling 1:12 Myndigheten för vårdanalys

| Tusental kronor | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|---|
| 2009 | Utfall | Anslags-sparande | 0 |
| 2010 | Anslag | 0 ¹ | 0 |
| 2011 | Förslag | 18 000 | |
| 2012 | Beräknat | 27 000 ² | |
| 2013 | Beräknat | 29 305 ³ | |
| 2014 | Beräknat | 29 779 ⁴ | |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 26 742 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 28 628 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 28 435 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget ska användas för Myndigheten för vårdanalys förvaltningskostnader. Myndigheten ska följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska hälso- och sjukvården ur patientens och allmänhetens perspektiv och även ha uppgifter inom socialtjänstens områden. Inrättandet av myndigheten ska ske den 1 januari 2011 och den kommer således vara i ett uppbyggnadsskede under 2011.

Regeringens överväganden

En oberoende uppföljning, utvärdering och effektivitetsgranskning av hälso- och sjukvården är nödvändig, bl.a. för att invånarnas ställning och inflytande ska stärkas. Myndigheten för vårdanalys uppgift är att följa upp hur väl hälso- och sjukvården fungerar och analysera större satsningar och reformer ur patienternas och allmänhetens perspektiv. Myndigheten ska således kunna granska alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet, däribland myndigheternas arbete. All offentligt finansierad hälso- och sjukvård (inklusive tandvård), oavsett huvudmannaskap eller driftsform. Liknande granskningssuppgifter kommer även att utföras inom vissa områden av socialtjänsten. Det avser områden som ligger i gränssnittet mellan vård och omsorg, t.ex. missbruksområdet eller kommuners vård och omsorg av äldre.

Medel för myndigheten har avsatts för 2011 och framåt på anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och*

sjukvård, 15 miljoner kronor 2011 och 22 miljoner kronor per år från och med 2012. Medlen överförs till anslaget 1:12 *Myndigheten för vårdanalys*. Medel överförs även för socialtjänstområdet, från anslag 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet*, 3 miljoner kronor för 2011. För 2012 och 2013 uppgår motsvarande medel till 5 respektive 7 miljoner kronor.

Tabell 3.37 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 1:12 Myndigheten för vårdanalys

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Beslut | 3 000 | 5 000 | 7 000 | 7 001 |
| Överföring till/från andra anslag | 15 000 | 22 000 | 22 305 | 22 819 |
| Övrigt ³ | | | | -42 |
| Förslag/beräknat anslag | 18 000 | 27 000 | 29 305 | 29 779 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:12 *Myndigheten för vårdanalys* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 27 000 000 kronor, 29 305 000 kronor respektive 29 779 000 kronor.

3.12 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälsoskydd, 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 samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.

Socialstyrelsens uppgifter kan sammanfattas i fyra verksamhetsgrenar: tillsyn, normering, kunskap samt övriga myndighetsuppgifter.

Inom ramen för verksamhetsgrenen kunskap samlar myndigheten in, sammanställer, analyserar och förmedlar kunskap 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. Från och med den 1 januari 2010 utövar Socialstyrelsen även tillsyn över socialtjänsten. 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.

3.12.1 Revisionens iakttagelser

Årsredovisningen har upprättats i enlighet med förordningen om myndigheters årsredovisning och budgetunderlag, regleringsbrev och övriga beslut för myndigheten. Riksrevisionen bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

3.12.2 9:1 Socialstyrelsen

Tabell 3.38 Anslagsutveckling 9:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | 594 863 | Anslags- sparande | 19 151 |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2010 | Anslag | 864 833 ¹ | Utgifts- prognos | 848 406 |
| 2011 | Förslag | 899 766 | | |
| 2012 | Beräknat | 903 398 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 912 108 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 931 235 ⁴ | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 894 398 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 890 577 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 889 331 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Socialstyrelsens förvaltningskostnader. Under 2009 uppgick anslaget till cirka 598,3 miljoner kronor och utfallet var cirka 594,9 miljoner kronor.

Socialstyrelsen ska inom sitt ansvarsområde utveckla och samordna Sveriges katastrofmedicinska insatser i utlandet vid situationer då flera människor med hemvist i Sverige drabbas till följd av en stor olycka eller katastrof. Socialstyrelsen ska samverka med andra berörda parter. Av anslaget beräknas cirka 3 miljoner kronor för detta ändamål.

Socialstyrelsen ska betala totalt 340 000 kronor till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) som abonnemangsavgift för det gemensamma radiokommunikationssystemet Rakel. Beloppet ska betalas efter fakturering från MSB.

Tabell 3.39 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

| Offentlig- rättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| Utfall 2009 | 14 237 | 0 | -14 994 | -757 |
| Prognos 2010 | 14 420 | 0 | -14 735 | -315 |
| Budget 2011 | 14 420 | 0 | -14 735 | -315 |

Avgifterna för utfärdandet av legitimationer utgör en stor del av Socialstyrelsens intäkter för offentligrättslig verksamhet. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta, utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida. Socialstyrelsen ska även ta ut avgifter för tillstånd att bedriva blodverksamhet respektive verksamhet

som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. Avgifterna disponeras inte av Socialstyrelsen.

Tabell 3.40 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|-----------------------|----------|-----------|-----------------------------------|
| Utfall 2009 | 20 380 | -19 147 | 1 234 |
| (varav tjänsteexport) | 0 | 0 | 0 |
| Prognos 2010 | 19 400 | -19 400 | 0 |
| (varav tjänsteexport) | 0 | 0 | 0 |
| Budget 2011 | 19 400 | -19 400 | 0 |
| (varav tjänsteexport) | 0 | 0 | 0 |

Under 2009 bestod avgiftsintäkterna för uppdragsverksamhet av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. I tabellens beräkningar ingår endast lagring, distribution, samt tryck- och formgivningkostnader. Egna personalkostnader ingår ej.

Regeringens överväganden

I en revisionsrapport rekommenderar Riksrevisionen Socialstyrelsen att ta kontakt med Regeringskansliet för att i dialog med Socialdepartementet få till stånd en mer renodlad finansieringsmodell. Förvaltningsanslaget bör enbart användas för den egna förvaltningen och inte som i dag för utbetalningar av bidrag. Anslagen för transfereringar borde enbart avse medel som ska transfereras och inte som i dag, även medel för Socialstyrelsens egen verksamhet. De medel som används i den egna verksamheten avseende anslagen för transfereringar bör i stället överföras till myndighetens förvaltningsanslag.

Socialdepartementet har påbörjat ett arbete med att renodla finansieringen av Socialstyrelsen i syfte att öka transparensen i finansieringen. På anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* har Socialstyrelsen tidigare disponerat medel för sitt arbete med indikatorer och riktlinjer, samt prioriteringar. Regeringen föreslår att 20 miljoner kronor per år från och med 2011 överförs till anslaget 9:1 *Socialstyrelsen*.

Från anslaget utbetalas under 2010 cirka 23,4 miljoner kronor till Läkemiddelsverket för marknadsbevakning av medicintekniska pro-

dukter, arbete med mänskliga vävnader, celler och blodsäkerhet, samt ökade kostnader för verket i samband med ny lagstiftning på EU-nivå inom områdena kosmetika, medicinteknik och avancerade terapier. Medlen överförs till det nya anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* 2011.

SKL:s verksamhet med kvalitetsregister samt utveckling av kostnadsdata per patient har tidigare tilldelats medel från anslaget. Dessa medel överförs till anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för utbetalning från det anslaget från och med 2011. Det rör sig om 13,4 miljoner kronor per år för kvalitetsregister och cirka 1,7 miljoner kronor per år för kostnadsdata.

Socialstyrelsen disponerar 13 miljoner kronor per år på anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Av dessa medel får 4,5 miljoner kronor användas till verksamheten vid Socialstyrelsens kunskapscentrum för dentala material. Regeringen föreslår att 4,5 miljoner kronor per år från och med 2011 för denna verksamhet överförs från anslaget 1:4 till anslaget 9:1.

I enlighet med propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210) ökas anslaget med 44,4 miljoner kronor årligen med början 2011 för Socialstyrelsens ökade arbetsuppgifter med att ta emot och utreda klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Tillskottet finansieras 2011 genom att 27,1 miljoner kronor överförs från anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård*. Genom patientsäkerhetsreformen minskar arbetsbördan för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och förvaltningsdomstolarna varför anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* reduceras med 12,3 miljoner kronor och 5 miljoner kronor överförs från det under utgiftsområde 4 Rättsväsendet uppförda anslaget 1:5 *Sveriges domstolar*. För 2012 är motsvarande belopp 20,1 miljoner kronor från anslag 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård*, medan anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* reduceras med 19,3 miljoner kronor. Från utgiftsområde 4, anslaget 1:5 *Sveriges domstolar*, överförs 5 miljoner kronor under 2012 till anslaget 9:1. För 2013 och framåt finansieras tillskottet årligen genom att 19 miljoner kronor överförs från anslag 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård*, anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* reduceras med 20,4 miljoner kronor och 5 miljoner kronor överförs från utgiftsområde 4, anslag 1:5 *Sveriges domstolar*.

Sedan den 1 januari 2011 gäller nya regler för tillstånd, anmälningar och tillsyn enligt lagen (1993:387) om stöd och service till personer med vissa funktionshinder (prop. 2009/10:176, bet. 2009/10:SoU21, rskr. 2009/10:300). Reglerna innebär att Socialstyrelsen får utökade uppgifter. Till följd av de utökade tillsynsuppgifterna ökas anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* med 15 miljoner kronor per år och anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen avser att lämna en proposition under 2011 om dödsfallsutredningar avseende kvinnor som har avlidit med anledning av brott i nära relationer. Regeringen avsätter 625 000 kronor för detta under 2011, samt beräknar att avsätta 1 325 000 kronor per år fr.o.m. 2012. Detta finansieras genom en neddragning av anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* med 693 000 kronor 2011 och 1 386 000 kronor per år fr.o.m. 2012.

Avgiften för medlemskap i European Centre for Social Welfare Policy and Research i Wien kommer fortsättningsvis belasta anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*. Regeringen föreslår därför att anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* minskas med 200 000 kronor och att anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen har i propositionen Myndigheterna inom smittskyddsområdet (prop. 2009/10:123) konstaterat att det behövs en rad förändringar av den verksamhet som i dag bedrivs vid Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen för att långsiktigt hantera de utmaningar som finns inom smittskyddsområdet. Bland annat innebär detta att uppgifter som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara blodburna sjukdomar överförs från Socialstyrelsen till Smittskyddsinstitutet. Till följd av detta minskas anslag 9:1 *Socialstyrelsen* med 8,1 miljoner kronor och anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* ökas med motsvarande belopp. Vidare överförs 236 000 kronor från anslag 9:1 *Socialstyrelsen* till anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* avseende finansiering av systemet för att följa utbredningen och konsekvenserna av en pandemi i samhället.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för Socialstyrelsens verksamhet bör i stort kvarstå.

Tabell 3.41 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 9:1 Socialstyrelsen

| Tusental kronor | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 864 833 | 864 833 | 864 833 | 864 833 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löne- omräkning ² | 4 966 | 13 719 | 25 994 | 45 950 |
| Beslut | 19 271 | 21 100 | 17 164 | 17 548 |
| Överföring till/från andra anslag | 9 374 | 2 195 | 1 087 | 1 111 |
| Övrigt ³ | 1 322 | 1 550 | 3 031 | 1 793 |
| Förslag/be- räknat anslag | 899 766 | 903 398 | 912 108 | 931 235 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 899 766 000 kronor anvisas under anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 903 398 000 kronor, 912 108 000 kronor respektive 931 235 000 kronor.

3.13 Övrig verksamhet

3.13.1 Läkemedelsverket

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

Läkemedelsverkets intäkter och kostnader uppgick 2009 till cirka 413,5 miljoner kronor respektive 521,8 miljoner kronor. Årets kapitalförändring uppgick därmed till –108,3 miljoner kronor. Balanserad kapitalförändring från 2008 var drygt 40 miljoner kronor och myndighetskapitalet hade vid inledningen av 2010 ett underskott på drygt 60 miljoner kronor.

Tabell 3.42 Offentlighetsrättslig verksamhet

| Tusental kronor | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| Offentlig- rättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
| Utfall 2009 | 2 844 | 410 710 | –521 884 | –108 330 |
| Prognos 2010 | 2 844 | 574 035 | –566 360 | 10 519 |
| Budget 2011 | 2 844 | 597 916 | –569 946 | 30 814 |

Läkemedelsverket finansieras 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 har under flera år haft ett ackumulerat överskott med mer än tio procent av den avgiftsbelagda verksamhetens omsättning. I enlighet med kapitalförsörjningsförordningen (1996:1188) har Läkemedelsverket lämnat förslag till regeringen om hur överskottet borde disponeras. Regeringen beslutade i december 2007 och i december 2008, utan hinder av bestämmelserna i förordningen om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel, att Läkemedelsverket för räkenskapsåret 2008 respektive 2009 skulle reducera samtliga avgifter avseende läkemedel med 20 procent.

Läkemedelsverket redovisar en resultatförsämring om cirka 2 miljoner kronor för 2009 i förhållande till 2008 (–106 miljoner kronor). Resultaten är inte helt jämförbara då Läkemedelsverket för bokslutet 2009 tillämpar en ny redovisningsprincip för ansökningsavgifter. I antagandet ligger att en ansökan tar fem månader att utreda oavsett typ av ansökan. Detta genererar en engångseffekt som medför att utfallen mellan åren 2008 och 2009 inte blir fullt ut jämförbara. Resultatet kan främst härledas till minskade intäkter samt kostnadsökningar till följd av ökad verksamhet, främst inom apoteksområdet. På grund av det ansträngda ekonomiska läget beslutade regeringen att fr.o.m. den 1 april 2009 tillämpa bestämmelserna i förordningen om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel i enlighet med sin lydelse i stället för den avgiftsreduktion som tidigare tillämpats.

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 bedömer att verket är på väg att tillrättalägga de styrnings- och uppföljningsproblem samt den ekonomiska obalans som har uppstått vid tidigare års bristande kontroll. Läkemedelsverket bör arbeta vidare med att minska kostnaderna och öka kostnadsmedvetenheten i organisationen. Dessutom fortsätter Läkemedelsverket sitt arbete med att se över kostnadstäckning, genom översyn av avgifter och bidrag i förhållande till det arbete som utförs.

Läkemedelsverket har under 2010 inkommit till regeringen med ett förslag till ny avgiftsförordning. Tanken bakom den nya förordningen för avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel är att den ska spegla verkets faktiska kostnader för läkemedelskontrollen. Förslaget har remitterats till berörda parter och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Under 2009 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 (209) än vad som inkom (154).

Läkemedelsverket har tillsammans med andra myndigheter getts i uppdrag att bidra till att kunskapsspridningen till hälso- och sjukvården planeras och utförs på ett sådant sätt att staten så långt som möjligt uppfattas som en samordnad aktör av huvudmännen. Under året har det förts en kontinuerlig dialog om arbetsfördelning mellan Socialstyrelsen (SoS), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (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 även deltagit i regeringens regelförenklingsarbete i syfte att minska företagens administrativa kostnader. Arbetet har redovisats till regeringen som ett underlag till regeringens handlingsplan för regelförenkling för företagen. Läkemedelsverket har även fortlöpande bistått Tillväxtverket (som övertagit NUTEK:s motsvarande uppgifter) vid mätningarna av kostnadspåverkande förändringar i myndighetens föreskrifter och allmänna råd.

Hösten 2009 präglades Läkemedelsverket av det svenska EU-ordförandeskapet. Läkemedelsverket var involverat i ett stort antal konferenser och i förhandlingar i ministerrådet. 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 utvecklas, 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 2009.

3.13.2 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 i juli 2008, för att leda och övervaka de processer som var nödvändiga för att omstrukturera Apoteket AB under denna period (se propositionen Bildande av moderbolag för Apoteket AB samt vissa omstruktureringåtgärder (prop. 2007/2008:87)). Den 29 april 2010 delade OAB ut aktierna i Apoteket AB till staten. Apoteket AB:s verksamhetsavtal med staten upphörde att gälla vid utgången av juni 2010 och ersattes i relevanta delar av ett nytt ägardirektiv.

Apoteket AB:s försäljningsmonopol upphörde den 1 juli 2009 då en ny reglering av handeln med läkemedel trädde i kraft. Dessförinnan hade Apoteket AB enligt 4 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. ensamrätt att sälja läkemedel till konsument. Försäljningsmonopolet omfattade dock inte godkända naturläkemedel och läkemedel som var godkända som vissa utvärtes läkemedel samt receptfria nikotinläkemedel.

Apoteket AB:s huvudsakliga uppgift under 2009 var, vid sidan av att bidra till genomförandet av omregleringen av apoteksmarknaden,

att via cirka 940 apotek svara för en god försörjning och användning av såväl receptbelagda som receptfria läkemedel. I syfte att säkra läkemedelsförsörjningen i glest befolkade områden har Apoteket AB dessutom avtal med cirka 850 apoteksombud som förmedlar förskrivna receptläkemedel och säljer ett begränsat sortiment av receptfria läkemedel. I Apotekets uppdrag har även ingått att erbjuda producentoberoende information och rådgivning till enskilda konsumenter samt producentoberoende information till förskrivare. Apotekets verksamhet omfattar även försörjning av läkemedel till den slutna vården genom sjukhusapotek i den utsträckning som landstingen handlar upp sådan tjänst. Sedan september 2008 har landstingen möjlighet att handla upp denna tjänst även från andra än Apoteket AB.

Under hösten 2009 intensifierades omstruktureringen av Apoteket AB, främst i form av en omfattande försäljningsprocess som resulterade i att 465 apotek överläts till fyra olika köpare mot en köpeskilling om sammanlagt cirka 5,9 miljarder kronor. Dessutom överfördes 150 apotek till ett nyinrättat bolag som ska kunna ha enskilda entreprenörer som delägare. Cirka 335 öppenvårdsapotek finns kvar i Apoteket AB:s ägo. Vidare överfördes vissa verksamheter från Apoteket AB, såsom exempelvis den producentoberoende läkemedelsinformationen och Giftinformationscentralen som fördes till Läke-medelsverket.

Apoteket AB:s nettoomsättning uppgick 2009 till cirka 43,1 miljarder kronor (41,7 miljarder kronor 2008). Ökningen avsåg framför allt ökad försäljning av receptfria läkemedel och övriga hälsoprodukter till konsumenter. Försäljningen av receptbelagda läkemedel ökade med 0,4 procent medan försäljningen av receptfria läkemedel ökade med 7,5 procent. Försäljningen av övriga hälsoprodukter ökade med 13,4 procent. Rörelseresultatet uppgick till 804 miljoner kronor (950 miljoner kronor 2008). Försämringen beror på tillkommande kostnader kopplade till utveckling av nödvändig infrastruktur för den nya apoteksmarknaden och omregleringskostnader. Apoteket AB lämnade en utdelning på 372 miljoner kronor till moderbolaget OAB för verksamhetsåret 2009. OAB delade i sin tur ut 177 miljoner kronor till staten.

Försäljningsprocessen och övriga omstrukturingsåtgärder har inneburit stora förändringar för Apoteket AB:s verksamhet och ställt särskilt

höga krav på ledning och styrning. Regeringen bedömer att Apoteket AB även under 2009 har säkerställt läkemedelsförsörjningen på ett tryggt och effektivt sätt och också medverkat till ett framgångsrikt genomförande av omregleringen av apoteksmarknaden, inte minst försäljningen av apotek. Bolaget placerar sig fortsatt väl i mätningar när det gäller kundnöjdhet.

Apoteksgruppen

Apoteket Omstrukturering AB (OAB) ombildades i april 2010 till holdingbolag i den nybildade koncern (Apoteksgruppen-koncernen) som svarar för de 150 apotek som är avsedda att ägas av enskilda entreprenörer. 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 fortsätter försäljningsprocessen varigenom 150 apotek bolagiseras och avyttras 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.

Under 2009 uppgick OAB:s kostnader för genomförandet av bolagets uppdrag till totalt 175 miljoner kronor. Projekt-, transaktions- och personalkostnader avseende förberedelse för försäljning av småföretagarapotek i Apoteksgruppen samt tillskapande av en central organisation uppgick till 72 miljoner kronor, medan resterande 103 miljoner kronor avsåg moderbolaget OAB:s övriga verksamhet och omfattade personalkostnader, övrig overhead och informationsåtgärder. Dessutom ingick kostnader för projektledning vad avser inledande analyser av marknad, lönsamhet, prissättningsmodell, processer, bolagisering och klusterindelning samt kostnader för försäljningsprocessen. För utförda tjänster har motsvarande 100 miljoner kronor

fakturerats Apoteket AB och 45 miljoner kronor Apoteksgruppen under 2009.

Regeringens bedömning är att omstrukturerings- och försäljningsprocessen sammantaget genomförts på ett framgångsrikt sätt.

Apotekens Service AB

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. För detta tar Apotekens Service ut en avgift som fastställts av Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket. Bolaget svarar även bl.a. för nationell läkemedelsstatistik. I mars 2010 övergick Apotekens Service AB i direkt statlig ägo genom utdelning från OAB.

Apotekens Service AB bedöms under 2009 ha utfört sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt och bidragit till att nya apoteksaktörer kunnat etablera sig på apoteksmarknaden. Bolaget har

ett fortsatt viktigt utvecklingsarbete framför sig under kommande år. Bolaget har bl.a. under 2009 fått 31,2 miljoner kronor för att inrätta ett nationellt dosregister och utreda förutsättningarna för ett nationellt samtyckesregister samt utveckla läkemedelsförteckningen. Bidrag har också lämnats för driften av läkemedelsförteckningen med 1,5 miljoner kronor 2009 och 3 miljoner kronor 2010.

APL

Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL) är ett företag som har till huvuduppgift att tillverka extemporeläkemedel och lagerberedningar. Bolaget ägs fr.o.m. den 1 juli 2010 direkt av staten, efter att tidigare ha varit ett dotterbolag till Apoteket AB. APL har omkring 440 anställda. Bolaget hade 2009 en nettoomsättning på 511 miljoner kronor och ett positivt nettoresultat på 21 miljoner kronor.

4 Folkhälsopolitik

4.1 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 fungera som kunskapscentrum, ansvara för nationell uppföljning och utvärdering såväl av folkhälsans utveckling som av insatser inom folkhälsoområdet samt genom tillsyn och epidemiologisk bevakning. Folkhälsoforskning finansieras bl.a. 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 ger regeringen bidrag till förebyggande insatser mot hiv/aids, bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol- och narkotikapolitiska 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.

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.1 Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik

Milljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Folkhälsopolitik</i> | | | | | | | |
| 2:1 Statens folkhälsoinstitut | 132 | 132 | 130 | 134 | 137 | 140 | 143 |
| 2:2 Smittskyddsinstitutet | 196 | 196 | 192 | 197 | 199 | 207 | 211 |
| 2:3 Alkoholsortimentsnämnden | 0,03 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap | 17 | 19 | 15 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| 2:5 Bidrag till WHO | 41 | 35 | 37 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder | 226 | 208 | 210 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder ² | 251 | 257 | 252 | 257 | 257 | 257 | 257 |
| 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar | 145 | 146 | 142 | 146 | 146 | 146 | 146 |
| 2:9 Insatser för vaccinberedskap | 78 | 85 | 3 | 85 | 85 | 85 | 85 |
| Summa Folkhälsopolitik | 1 087 | 1 078 | 980 | 962 | 968 | 979 | 987 |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Tidigare benämndes anslaget Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

4.3 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).

Till målet bidrar verksamheter och insatser inom flera utgiftsområden. I det följande beskrivs särskilt resultaten inom de områden för vilka särskilda medel har avsatts inom utgiftsområde 9, delområde folkhälsopolitik.

4.4 Resultatredovisning

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

Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (1994:1738), tobakslagen (1993:581), miljöbalken (1998:808) och livsmedelslagen (2006:804).

4.5 Folkhälsans utveckling

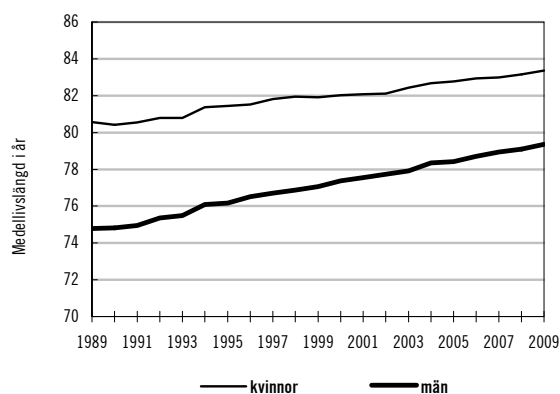
Förbättringar i hälsa kan mätas bland annat genom ökad medellivslängd och minskad risk för en för tidig död. Generellt sett har folkhälsans utveckling varit gynnsam. Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige (se diagram 4.1). År 2009 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 79,4 år och en nyfödd flicka 83,4 år. År 2007 var det endast fyra länder som hade en längre medellivslängd för män än Sverige medan det var sju länder som hade en längre medellivslängd för kvinnor.

Den minskade spädbarnsdödligheten under hela 1900-talet och den stora nedgången i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar under de se-

naste decennierna är de främsta orsakerna till att medellivslängden har ökat. Sedan 1990 har spädbarnsdödligheten halverats.

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.

Diagram 4.1 Medellivslängd 1989–2009



Källa: SCB

Cancer är den vanligaste dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. Cancerdödligheten har inte minskat i samma utsträckning som dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. Skillnaden är speciellt tydlig bland män. Ända sedan 1960-talet har antalet cancerfall i Sverige ökat stadigt. Delvis beror ökningen på en ökande befolkningens mängd, förbättrade möjligheter att ställa diagnos och ett ökat antal äldre personer. Även om hänsyn tas till dessa förändringar har antalet diagnostiserade fall ökat. Två tredjedelar av alla cancerfall inträffar efter 65 års ålder.

De orosmoln som funnits när det gäller folkhälsans utveckling har bl.a. rört ökad psykisk ohälsa, övervikt och fetma, 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.

Fortfarande finns det flera oroande trender hos skolungdomar och unga vuxna. Allt fler ungdomar vårdas på sjukhus för depression, ångest, självmordsförsök och alkoholförgiftning. Sedan mitten av 1990-talet minskar inte längre den förtida dödligheten bland de unga, medan den fortsatt minskar i alla andra åldersgrupper. Antalet anmälda fall av klamydiainfektion har ökat under 2000-talet och under de senaste åren finns det tecken som tyder på en uppgång av andelen skolungdomar i årskurs 9 som har använt narkotika. Bland unga kvinnor ökar dessutom antalet självmord samt antalet vårdtillfällen på sjukhus på grund av anorexia. Bland unga män ökar spelproblemen. Men det finns också positiva tecken. Exempelvis har såväl den självrapporterade alkoholkonsumtionen som andelen som intensivkonsumerar alkohol sjunkit bland skolungdomar i årskurs 9 samt bland unga vuxna.

Barns hälsa i Sverige är generellt sett god. Positiva faktorer 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.

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 1980–2008. 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.

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.

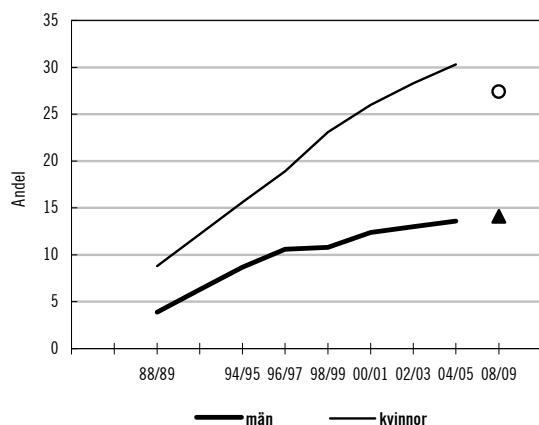
4.6 Särskilda insatser

I enlighet med vad som aviserats i propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226) har regeringen vidtagit en rad åtgärder som bland annat främjar barns och ungas psykiska hälsa och stärker det självmordspreventiva arbetet samt främjar såväl goda matvanor som fysisk aktivitet. Dessa åtgärder, liksom frågor om spelberoende, redovisas i detta kapitel.

4.6.1 Barns och ungas psykiska hälsa

De senaste två decennierna har psykosomatiska symptom som exempelvis oro och nedstämdhet, sömnbesvär, trötthet och huvudvärk ökat bland barn och ungdomar i skolåldern. En stor del av dessa symptom är vanligare bland flickor än bland pojkar.

Diagram 4.2 Andel ungdomar mellan 16 och 24 år som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest 1988/89–2008/09



Källa: SCB

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning av levnadsförhållanden (ULF) skedde under perioden 1988/89–2004/05 en kraftig ökning av andelen ungdomar mellan 16 och 24 år som rapporterar att de upplever lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest (se diagram 4.2). Bland de unga männen ökade andelen från 4 till 14 procent och bland de unga kvinnorna ökade andelen från 9 till 30 procent. Den andel som rapporterar att de upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest har enligt ULF-undersökningen ökat från 1 till 3 procent bland unga män och från 2 till 6 procent bland unga kvinnor under perioden 1988/89–2004/05. Resultaten från SCB:s ULF-undersökning för tiden efter 2004/05 är svårtolkade på grund av byte av metod för datainsamling, och resultat för 2008/09 redovisas som en separat datapunkt i diagrammet ovan för att markera osäkerheten i tidsserien. Enligt Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät har det under perioden 2004–2009 inte skett några större förändringar av vare sig lätta eller svåra besvär.

Generella förebyggande insatser som främjar psykisk hälsa hos alla barn, kan bidra till ett minskat behov av socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och hälso- och sjukvård. Förebyggande insatser kan förhindra att barnen senare i livet drabbas av exempelvis missbruk, psykiska sjukdomar, psykosociala problem och arbetslöshet, som både innebär ett sämre liv för dem själva och ökande kostnader för samhället. Mycket talar för att samhället får höga kostnader på längre sikt i de fall psykisk ohälsa inte förebyggs hos barn och unga genom tidiga insatser. Den totala samhällskostnaden för den psykiska

ohälsan blir hög om man lägger till kostnaderna för psykisk ohälsa under vuxenlivet.

Föräldrastöd

En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är av stor betydelse för god psykisk hälsa senare i livet. Levnadsmonster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Barn och ungdomar är därför en prioriterad målgrupp inom folkhälsopolitiken. Regeringens folkhälsoarbete när det gäller barns behov och trygghet fokuserar på att skapa möjligheter för föräldrar att få den hjälp och det stöd de behöver i sitt föräldraskap. Ett utvecklat universellt förebyggande föräldrastöd kan bidra till att vända den negativa utvecklingen av barns och ungdomars psykiska och fysiska hälsa.

Regeringen beslutade i slutet av mars 2009 om en Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla (S2009/2954/FH). 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 utvecklingsarbetet. Statens folkhälsoinstitut har under 2009 fördelat 70 miljoner kronor i stimulansbidrag till tio kommuner som i samarbete med universitet och högskolor ska utveckla föräldrastödet i enlighet med strategin. Dessa tio samverkar i sin tur med ytterligare kommuner, vilket innebär att det sammanlagt är ett sextiototal kommuner som omfattas av stödet. Statens folkhälsoinstitut kommer under 2010 att fördela ytterligare 60 miljoner kronor till ett urval av kommuner för att säkerställa ett brett genomförande av den nationella strategin för föräldrastöd och i förlängningen förutsättningar för bättre uppväxtvillkor för barn och unga.

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 kunskapsbaserat och effektivt folkhälsoarbete genomförde Statistiska centralbyrån under hösten 2009 på uppdrag av regeringen en kartläggning av den psykiska hälsan hos barn i årskurs 6 och 9. Genomförandet

blev mycket framgångsrikt med totalt 172 000 elever som besvarade enkäten vilket innebar en svarsfrekvens på 83 procent. Det är första gången som samtliga kommuner och landsting får tillgång till information på lokal nivå om den psykiska hälsan hos barn och unga. Lokala data är ett användbart verktyg i kommunernas systematiska uppföljnings- och kvalitetsarbete. Resultaten kan användas för att jämföra situationen i en kommun eller i en skola med landet i dess helhet. Statens folkhälsoinstitut ger kommunerna och landstingen stöd och hjälp i arbetet med att tolka och analysera resultaten från kartläggningen. En rapport, som beskriver resultaten i hela studien på nationell nivå, kommer att färdigställas av Statens folkhälsoinstitut under 2010.

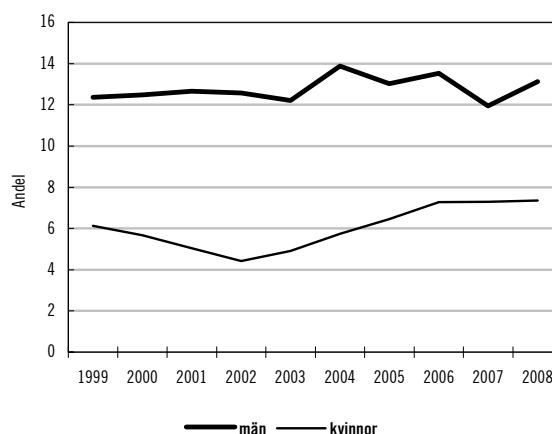
Lokalt sektorsövergripande hälsofrämjande arbete

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. Medlen har fördelats och under 2009 har två projektledarmöten genomförts och två kunskaps- och erfarenhetsutbytesträffar arrangerats i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting.

4.6.2 Självordsförebyggande arbete

Sedan 1980 har antalet självmord minskat i alla åldersgrupper över 25 år. Fortfarande registreras dock mellan 1 100 och 1 500 självmord årligen. En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år. I åldersgruppen 15–24 år har inga förbättringar skett sedan 1990-talets början (se diagram 4.3). Tendensen är snarare en svag ökning av antalet självmord bland unga kvinnor i den åldersgruppen.

Diagram 4.3 Antal personer per 100 000 invånare 15–24 år som dött i självmord (endast säkra fall), tre års glidande medelvärde 1999–2008



Källa: Socialstyrelsen

Hösten 2009 tillsatte regeringen en särskild utredare som hade att klargöra och analysera förut-sättningarna att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. Den 30 juni 2010 överlämnade utredningen betänkandet Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2010:45). Utredningen föreslår att dagens skyldighet för hälso- och sjukvården att göra en händelseanalys vid självmord utmönstras från lex Maria-systemet och att en motsvarande skyldighet införs i en ny lag. Skyldigheten att göra en händelseanalys föreslås gälla även socialtjänsten. Därutöver förslår utredningen att Socialstyrelsen får rätt att genomföra en egen samlad händelseanalys i det fall den avlidne haft kontakt med både hälso- och sjukvården och socialtjänsten eller flera verksamheter inom samma sektor och verksamheterna därför gjort var sin händelseanalys beträffande ett och samma självmord. Rapporteringsskyldigheten för respektive verksamhets personal m.fl. ska kompletteras med en under-rättelseskyldighet för Rättsmedicinalverket och polismyndigheterna. Alla självmord som inträffat inom sex månader efter kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten föreslås bli föremål för en händelseanalys.

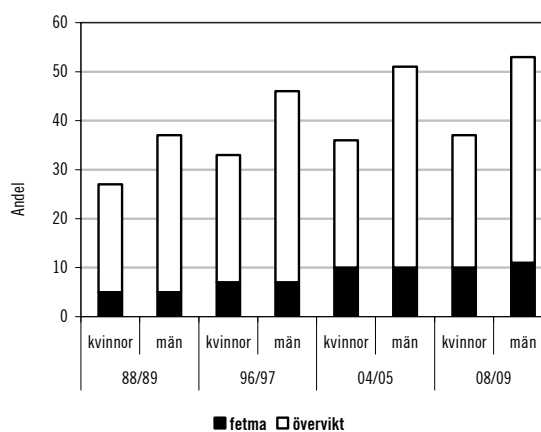
I början av maj 2010 lämnade utredningen delbetänkandet Första hjälpen i psykisk hälsa (SOU 2010:31) innehållande förslag dels om att genomföra ett pilotförsök med en självmordsförebyggande utbildning enligt en australiensisk och finsk förlaga, dels om stimulansmedel för att stärka och utveckla det lokalt självmordsförebyggande arbetet. Den självmordsförebyggande utbildningen omfattar god psykisk hälsa, självdestruktivt beteende och självmord samt psykiska sjukdomar som ofta samvarierar med självmord såsom depression, ångestsyndrom, beroendesjukdomar och psykoser.

Regeringen gav i december 2008 Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet i uppdrag att kartlägga det självmordsförebyggande arbete som utförs av övriga samhällsaktörer än de inom hälso- och sjukvården. Resultatet visade bland annat att en stor del av kommunerna saknar en handlingsplan med ett uttalat mål att förebygga självmord. Regeringen gav i mars 2010 NASP i uppdrag att genomföra en intervjustudie inom socialtjänsten i syfte att ge en bild av verksamhetens kvalitets-säkringsarbete vad gäller klienters självmord. NASP inkom den 15 maj 2010 med en redovisning av uppdraget till Socialdepartementet. Av de kommuner/stadsdelar som rapporten omfattar genomförde ingen en formaliserad händelseanalys vid självmord. Flertalet av de intervjuade inom socialtjänsten anser att händelseanalyser kan vara ett bra sätt att granska hur man arbetar med frågor i samband med självmord genom att brister i strukturer och glapp i samverkan mellan olika huvudmän skulle kunna upptäckas.

4.6.3 Fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik framhöll regeringen att övervikt och fetma är ett av de allvarligaste folkhälsoproblemen i Sverige. Osunda matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar. Fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor och säkra livsmedel är en förutsättning för en god hälsoutveckling vilket utgör grund för att prioritera åtgärder för att främja hälsosamma kostvanor och fysisk aktivitet. Regeringen har i propositionen Framtidens friluftsliv (prop. 2009/10:238) framhållit friluftslivets betydelse för folkhälsan.

Diagram 4.4 Andel personer med övervikt eller fetma 1988/89–2008/09



Källa: SCB

Under en femtonårsperiod med början i slutet av 1980-talet ökade andelen personer med övervikt eller fetma (se diagram 4.4). Ökningen var snabbare bland män än bland kvinnor. Enligt Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF) hade hälften av alla män och drygt en tredjedel av alla kvinnor övervikt eller fetma 2004/05. Resultaten från SCB:s ULF-undersökning för tiden efter 2004/05 är svårtolkade på grund av byte av metod för datainsamling. Data för 2008/09 i diagrammet ovan ska därför tolkas med försiktighet. Enligt Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät har ökningen av andelen män och kvinnor med övervikt eller fetma avstannat under perioden 2004–2009. I den nationella folkhälsoenkäten finns det ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män när det gäller fetma. Däremot är skillnaden relativt stor när det gäller övervikt, nästan 15 procentenheter högre bland män än bland kvinnor.

Kvinnor har bättre matvanor än män. Högutbildade har bättre matvanor än lågutbildade. Livsmedelsverkets rekommendation om att äta 500 gram frukt och grönsaker om dagen uppnås bara av mindre än en av tio personer. Manliga arbetare med låg inkomst är de som äter minst frukt och grönsaker. Barns matvanor har förbättrats under de senaste åren.

Omkring två tredjedelar av den vuxna befolkningen är fysiskt aktiva minst en halvtimme om dagen med en aktivitetsnivå som kan anses vara minst måttlig, och uppfyller därmed miniminivån på rekommenderad fysisk aktivitet. Bland barn och ungdomar rekommenderas en högre aktivitetsnivå vilket uppnås av endast 10–20 pro-

cent av barnen i Sverige. Det är mindre än i flertalet europeiska länder.

Regeringen anser att det krävs samverkan mellan på området verksamma aktörer för att på ett effektivt sätt kunna förebygga övervikt och fetma. Regeringen etablerade därför under 2008 ett dialogforum för att tillsammans med nyckelaktörer diskutera nationella utmaningar och olika aktörers möjliga bidrag till folkhälsan. Under 2009 hölls dialoger om skolmåltider och det civila samhällets roll i det förebyggande arbetet.

Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag utvärderat receptförskrivna fysisk aktivitet (FaR) och konstaterar att det i dag finns god evidens för betydelsen av FaR som metod och att forskningen visar att individualiserad förskrivning av fysisk aktivitet på recept ökar patienternas fysiska aktivitet. FaR har även visat sig ha samma grad av följsamhet bland patienter som andra långtidsbehandlingar.

Enligt utvärderingen har 72 procent av hälso- och vårdcentralerna en verksamhetsplan som beskriver arbetet med att öka fysisk aktivitet i sjukdomspreventivt och behandlande syfte. Av vård- och hälsocentralerna använder 87 procent metoden FaR. Alla landsting har dessutom FaR-samordnare eller motsvarande. Av primärvårdens respondenter anger 83 procent att de har ett fungerande samarbete med lokala aktivitetsarrangörer såsom lokala idrottsföreningar, gym, och frivilligorganisationer.

På regeringens uppdrag har Statens folkhälsoinstitut genomfört utbildning/fortbildning i motiverande samtalsmetodik och FaR. Utbildningarna har totalt nått över 4 000 personer inom framför allt hälso- och sjukvården. Statens folkhälsoinstitut har vidare spridit skriften Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS), vilken består av rekommendationer för fysisk aktivitet kopplat till ett antal vanliga sjukdomstillstånd. Skriften utgör ett stöd för vårdpersonal.

Regeringen har givit Statens folkhälsoinstitut ett kompletterande uppdrag att med utgångspunkt från den kartläggning som gjorts inom ramen för uppdraget om äldres hälsa sprida kunskaper och erfarenheter om stödjande miljöer och metoder för goda matvanor och fysisk aktivitet. Institutet ska vidare verka för att stärka ett stödjande förhållningssätt bland olika yrkeskategorier och aktörer inom den ideella sektorn i bemötandet av äldre med syfte att skapa förut-

sättningar för socialt deltagande och hälsosamma mat- och motionsvanor.

Statens folkhälsoinstitut samordnade på regeringens uppdrag en vecka kring matvanor och fysisk aktivitet. Syftet med veckan – Ett friskare Sverige, som genomfördes 19–25 april 2010, var att öka kunskapen och medvetenheten hos allmänheten om goda matvanor och fysisk aktivitet och dess betydelse för hälsan. Det har skett aktiviteter i samtliga län.

Med de hälsorisker som övervikt och fetma ger upphov till är det motiverat att även fortsättningsvis verka för att det förebyggande arbetet utvecklas, bland annat med avseende på insatser som främjar bra matvanor och fysisk aktivitet.

4.6.4 Spelberoende

Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35). Forskningsresultat från slutet av 1990-talet visar att det i Sverige fanns cirka 120 000 personer med spelproblem. Av dessa var cirka 40 000 spelberoende. Under 2009 genomförde Statens folkhälsoinstitut den första svenska longitudinella studien om spel och hälsa, Swedish longitudinal gambling study (SWELOGS). Studien syftar bl.a. till att beskriva spelandet, undersöka omfattningen av spelproblem samt att identifiera risk- och skyddsfaktorer som påverkar utvecklandet av spelproblem. Studien ska genomföras under flera år framöver.

Tabell 4.2 Andel personer med spelproblem efter kön och ålder

| Ålder | Kvinnor | | Män | |
|-------|---------|---------|---------|---------|
| | 1997/98 | 2008/09 | 1997/98 | 2008/09 |
| 16–17 | 3,5 | 2,9 | 8,4 | 6,7 |
| 18–24 | 2,0 | 1,6 | 4,7 | 9,2 |
| 25–44 | 0,9 | 0,5 | 3,8 | 4,5 |
| 45–64 | 0,4 | 0,6 | 1,8 | 1,3 |
| 65–74 | 0,0 | 0,4 | 0,7 | 0,7 |

Källa: Statens folkhälsoinstitut

En jämförelse mellan studierna (se tabell 4.2) visar att spelproblemen totalt sett ökat markant bland unga män i åldern 18–24 år, från 5 procent 1997/98 till 9 procent i 2009 års undersökning. Bland yngre kvinnor och äldre män har andelen personer med spelproblem minskat.

De större svenska aktörerna på spelmarknaden samarbetar genom det s.k. spelrådet och har antagit etiska riktlinjer för sin reklam och marknadsföring. Ombuden för Svenska Spel och ATG har genomgått utbildning och bolagen kräver numera att nya ombud har gått igenom utbildningen. Svenska spel har utvecklat självtest och verktyget Spelkoll vilka underlättar för spelarna att bedöma sina egna spelmonster.

Det förebyggande arbetet har under 2009 bestått av tre huvudsakliga insatser; drift av Stödlinjen för spelare och anhöriga, föreningsstöd samt utbildningsverksamhet.

En Internetsjälvhjälp för vuxna har utvecklats av Statens folkhälsoinstitut i samarbete med företaget ACE. Sedan december 2009 finansieras verksamheten av Svenska Spel AB. Internetsjälvhjälpen för vuxna har varit föremål för en vetenskaplig studie, som påbörjades 2004. Utvärderingen förväntas vara klar 2010.

Öppenvårdsbehandling för spelberoende vuxna har under 2009 erbjudits i kommunal regi i Göteborg och Malmö samt på Beroendecentrum och Par- och familjeenheten i Stockholm. Behandlingsverksamheterna inom öppenvården har ingått i en vetenskaplig studie sedan 2005 i vilken två behandlingsmetoder för spelberoende vuxna har utvärderats. Under 2009 avslutades utvärderingen som visar goda resultat. Under 2008 inleddes utvärderingsfasen av ett utvecklingsprojekt med spelberoendebehandling för unga, som genomförs av Spelberoendeteamet på Maria ungdom i Stockholm med finansiering av Statens folkhälsoinstitut. Utvärderingen planeras vara avslutad 2011.

Under 2009 har ett forskningsprojekt om överskuldssättning och spelproblem i samarbete med Mittuniversitetet fortsatt.

Spelmarknaden karaktäriseras av en fortgående dynamisk utveckling. Under den senaste femårsperioden har omsättningen på de flesta spel ökat men antalet spelare har blivit färre. Bland vadhållningsspel sker en förändring så att det för vissa spel är möjligt att göra flera satsningar dagligen. Huvudparten av spelandet sker fortfarande genom de aktörer som har tillstånd att verka i Sverige. Antalet som spelar nätpoker tycks ha stagnerat medan bingospel på Internet ökar.

4.7 Alkohol, narkotika, dopning och tobak

4.7.1 Mål

Det övergripande målet för samhällets alkoholpolitik är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Målet ska nås genom insatser för att minska den totala alkoholkonsumtionen och mot skadligt dryckesbeteende, med hänsyn tagen till skillnader i livsvillkor hos flickor, pojkar, kvinnor och män (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218).

Det övergripande målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle (prop. 2005/06:30). Vidare har regeringen i proposition Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) angett att ett samhälle fritt från dopning är ett mål för att uppnå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet. Till målet hör följande delmål:

- minska nyrekryteringen till missbruk,
- förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk,
- minska tillgången.

Det övergripande målet för de statliga insatserna inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket (prop. 2002/03:35). Till målet hör följande etappmål:

- en tobaksfri livsstart från år 2014,
- en halvering till år 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa,
- en halvering till år 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest,
- ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning.

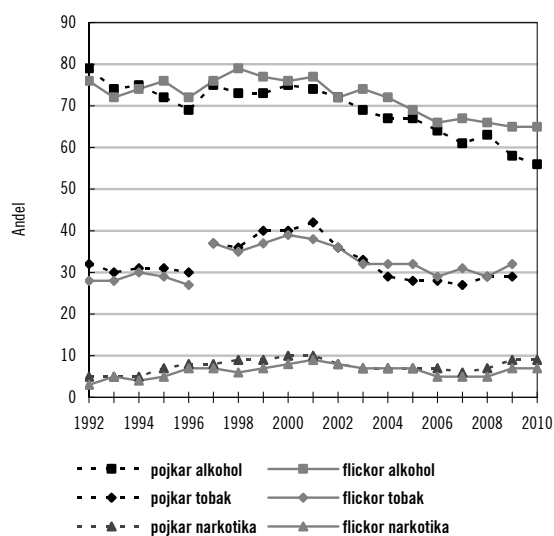
4.7.2 Indikatorer

Indikatorer som används för att bedöma resultat är andelen konsumenter av alkohol, narkotika och tobak i årskurs 9, total alkoholkonsumtion, alkoholrelaterad dödlighet, självrapporterad narkotika och dopningsanvändning samt självrapporterat tobaksbruk.

4.7.3 Konsumtions- och skadeutveckling

Som framgår av diagram 4.5 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 uppgång under de senaste tre åren.

Diagram 4.5 Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9 1992–2009/2010¹

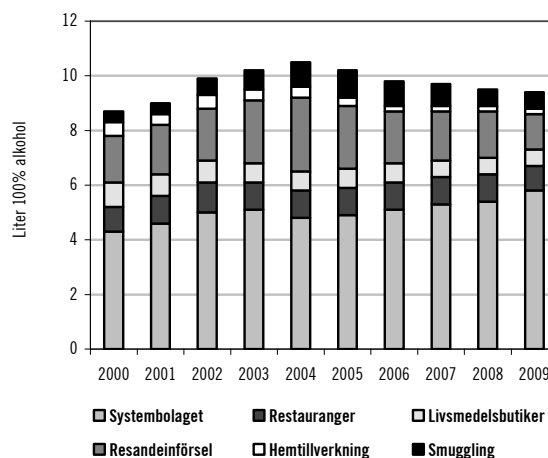


Källa: CAN

¹ Alkohol: Konsumenter av alkohol åtminstone någon gång om året. Tobak: Konsumenter av cigaretter eller snus ibland, på fest, nästan varje dag och varje dag. Observera att tidsserien bröts 1997 på grund av ny frågeformulering. Narkotika: Konsumenter som någon gång har använt narkotika.

Alkohol

Diagram 4.6 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2009



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 9,5 liter 2009 (se diagram 4.6). Enligt Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet (SoRAD) kan nedgången i första hand tillskrivas minskad resandeförsel. Under samma period har den del av total konsumtionen som kan hänföras till Systembolagets försäljning stadigt ökat. Konsumtionen på restaurangerna har legat på en oförändrad nivå. Den andel som kan hänföras till livsmedelsbutikernas försäljning av folköl har minskat något.

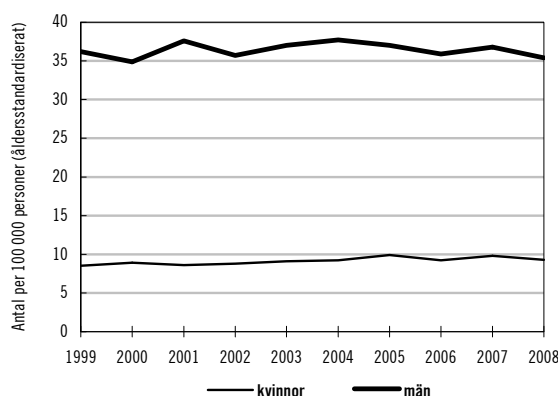
SoRAD har i samarbete med STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem, Beroendecentrum i Stockholms läns landsting) analyserat utvecklingen när det gäller självrapporterad alkoholkonsumtion. Analysresultaten talar tydligt i riktning mot en minskad konsumtion över tid. Under perioden 2004–2009 har konsumtionen bland män minskat med cirka 10 procent och bland kvinnor med cirka 5 procent. Minskningen bland män gäller nästan uteslutande unga vuxna män. Även bland yngre kvinnor tyder resultaten på en viss nedgång medan tendensen är den motsatta bland kvinnor i åldersgruppen 50 år och äldre.

Svenskar dricker allt mer öl och vin. Spritkonsumtionen stod 2009 för cirka 22 procent av total konsumtionen, medan konsumtionen av vin och starköl stod för 41 respektive 30 procent. Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har den genomsnitt-

liga årskonsumtionen bland pojkar i årskurs 9 minskat från 5,3 liter ren alkohol 2000 till 2,5 liter 2010. Bland flickorna har konsumtionen under samma period minskat från 2,9 liter till 1,9 liter, vilket är den lägsta konsumtionsnivån sedan 1997. Andelen pojkar som uppger att de inte konsumerat alkohol har ökat från 19 procent 2000 till 36 procent 2009 och andelen flickor från 18 procent 2000 till 30 procent 2009.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är den svenska totalkonsumtionen per invånare 15 år och äldre lägre än genomsnittet i Europeiska unionen (EU). När det gäller yngres intensivkonsumtion visar 2007 års 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 4.7 Alkoholrelaterad dödlighet per 100 000 personer 1999–2008



Källa: Socialstyrelsen

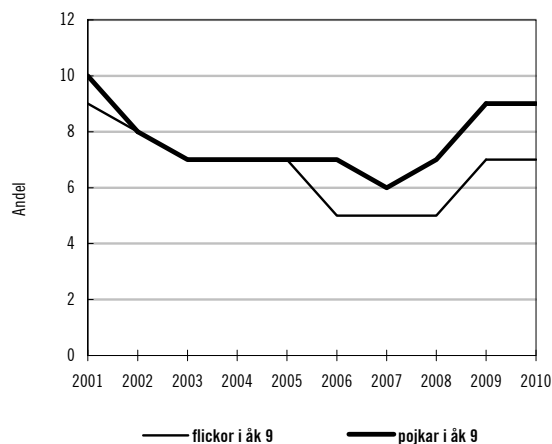
Den alkoholrelaterade dödligheten har för både män och kvinnor de senaste åren legat på en relativt stabil nivå (se diagram 4.7). På längre sikt kan en minskning skönjas för män och en mindre ökning för kvinnor.

Inom WHO används sedan 2008 levercirros, eller, om möjligt, alkoholrelaterad levercirros som indikator för att mäta de kroniska effekterna av hög och långvarig alkoholkonsumtion. Enligt Socialstyrelsens dödsfallsstatistik ökar dödligheten med alkoholrelaterad levercirros. Under tioårsperioden 1997–2007 var den absoluta ökningen störst bland män medan den relativa ökningen var störst bland kvinnor. Ökningen är störst i åldersgruppen 55–64 år. En annan indikator som mäter akuta skador av tillfällig intensivkonsumtion är andelen vårdade för

alkoholförgiftning. Här rapporterar flera landsting en ökning bland unga, särskilt bland flickor.

Narkotika

Diagram 4.8 Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de någon gång använt narkotika 2001–2010



Källa: CAN

Enligt CAN, ökade narkotikaanvändningen bland elever i årskurs 9 kontinuerligt under 1990-talet fram till 2001. Som högst var användningen 2001 då det var 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna som angav att de använt narkotika. Därefter sjönk andelen till år 2007 då det var 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna som uppger att de använt narkotika. År 2010 är andelen 9 respektive 7 procent.

Erfarenheten av narkotika är större bland eleverna i gymnasieskolan jämfört med eleverna i årskurs 9. Bland eleverna i gymnasiet uppger 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 avstånd från än som förespråkar användande av droger.

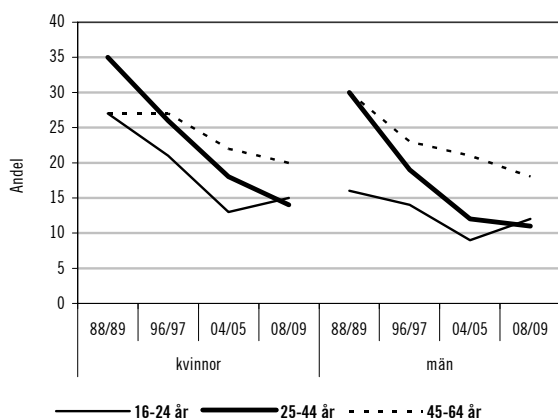
Enligt Statens folkhälsoinstituts rapport Narkotikabruket i Sverige beräknades antalet personer med en problematisk narkotikaanvändning (personer som skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården med en narkotikadiagnos eller att personen klassats som grav narkotikamissbrukare inom kriminalvården) till 29 500 personer 2007.

Dopning

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).

Tobak

Diagram 4.9 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder 1988/89–2008/09



Källa: SCB

De senaste resultaten från Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) antyder att den nedåtgående trenden av andelen dagligrökare i åldersgruppen 16–24 år kan ha brutits, men resultaten från SCB:s ULF-undersökning för tiden efter 2004/05 är svårtolkade på grund av byte av metod för datainsamling. Data för 2008/09 i diagrammet ovan ska därför tolkas med försiktighet. Enligt Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät har andelen dagligrökare i åldersgruppen 16–29 år under perioden 2004–2009 sjunkit från 16 till 10 procent bland kvinnor medan andelen bland män är oförändrad, 10 procent. Förändringen bland kvinnorna är statistiskt säkerställd. Enligt 2009 års enkät använde 27 procent av männen och 17 procent av kvinnorna tobak i någon form varje dag. Andelen dagligrökare var 11 procent bland män och 13 procent bland kvinnor. Detta innebär en minskning med en procent för kvinnor och ingen förändring för män jämfört med 2008. Förändringen bland kvinnorna är dock inte statistiskt säkerställd. Andelen dagligsnusare ligger stabilt på 19 procent.

Enligt CAN:s skolundersökning 2009 var andelen tobakskonsumenter 28 procent bland poj-

karna i årskurs 9 och 31 procent bland flickorna. Detta är en ökning jämfört med tidigare undersökning då andelen tobakskonsumenter bland såväl pojkarna som flickorna var drygt 25 procent. 8 procent av pojkarna och 11 procent av flickorna uppgav att de rökte dagligen. I gymnasiets årskurs 2 var andelen tobakskonsumenter ungefär densamma 2009 som tidigare år, drygt 40 procent av pojkarna och 43 procent av flickorna. 12 procent av pojkarna och 18 procent av flickorna uppgav att de röker dagligen eller nästan dagligen. Bland pojkarna svarade 23 procent och bland flickorna 7 procent, att de snusar.

Cirka var tredje pojke och var fjärde flicka i årskurs 9 har någon gång rökt vattenpipa. I gymnasiets årskurs 2 var det ungefär två tredjedelar bland såväl pojkarna som flickorna som hade gjort detta.

På frågan hur de vanligen får tag på cigaretter så har 46 respektive 35 procent av pojkarna och flickorna i årskurs 9 uppgett att de köpt själva. Den vanligaste källan för anskaffande av tobak är dock kamrater.

4.7.4 En samordnad politik

Ansvar för att möta utmaningarna inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdena (ANDT) vilar på många aktörer i samhället. Det förebyggande arbetet förutsätter ett sektorsövergripande perspektiv där myndigheter och andra samhällsaktörer inom olika områden och på olika nivåer samverkar och utvecklar gemensamma strategier. Under mandatperioden har regeringen aktivt verkat för att samordna de insatser som görs för att förebygga skadlig alkoholkonsumtion och bruk av narkotika, dopningsmedel och tobak. På Socialdepartementet finns sedan 2008 ett särskilt ANDT-sekretariat med uppgift att samordna Regeringskansliets arbete inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Sekretariatet sammanställer årligen ett åtgärdsprogram som beskriver regeringens politik utifrån ett sektors- och ämnesövergripande perspektiv. Åtgärdsprogrammet är ett viktigt verktyg för regeringen att ge en samlad beskrivning och analys av arbetet inom ANDT-området. Regeringen beslutade den 28 januari 2010 om regeringens åtgärdsprogram för ANDT-politiken 2010. Barn och unga i riskzonen utgör en viktig målgrupp i detta åtgärdsprogram. Marknadsföring och försäljning via

Internet riktad till barn och unga är ett område som fått ökad aktualitet p.g.a. risken för ökad exponering och förändringar i EU:s lagstiftning.

En annan viktig del av den nationella samordningsstrukturen utgörs av den interdepartementala arbetsgruppen SAMANT och regeringens råd för ANDT-frågor. Arbetsgruppen SAMANT:s arbete ska bidra till en ökad samverkan för en effektivare och tydligare myndighetsstyrning inom de sektorer som har betydelse för genomförandet av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Rådet består av berörda myndighetschefer, en representant från Sveriges Kommuner och Landsting, forskare samt representanter från idéburna organisationer och fungerar som rådgivare till regeringen i ANDT-frågor.

På regional nivå har regeringen finansierat 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 2009 och 2010 har samtliga länsstyrelser en sådan funktion. I de flesta av landets kommuner finns särskilda personer som ansvarar för den lokala samordningen av det förebyggande arbetet.

Sedan 2008 har Statens folkhälsoinstitut fått ett ökat ansvar för att stimulera och stödja utvecklingen av det förebyggande arbetet inom ANDT-området.

4.7.5 De nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna för åren 2006–2010

Alkohol- och narkotikahandlingsplanerna 2006–2010 har utgjort en viktig grund för regeringens insatser under mandatperioden (prop. 2005/06:30). För att stödja och stimulera genomförandet av handlingsplanerna har regeringen årligen avsatt 260 miljoner kronor.

Statens folkhälsoinstitut har haft huvudansvaret för att följa upp och utvärdera handlingsplanerna. Enligt Statens folkhälsoinstituts slutrapport, som lämnades i januari 2010, har en tydligare myndighetsstruktur skapats genom att operativa uppgifter, som tidigare bedrevs i kommittéform, har överförts till de reguljära myndigheterna och att en samordningsfunktion, ANDT-sekretariatet, har inrättats i Regeringskansliet. Såväl det statliga stödet till länsstyrel-

ernas samordningsfunktioner som stödet från länsamordningen till den lokala nivån anses ha utvecklats positivt.

Utvärderingen visar vidare att det förebyggande arbetets struktur på nationell, regional och lokal nivå är avgörande för hur utvecklingen av de nationella målen för handlingsplanerna har utvecklats. I enlighet med handlingsplanerna har kunskapen om effektiva förebyggande metoder spridits till regional och lokal nivå, och stödet från nationell till regional nivå upplevs fungera väl. Att utveckla ett kommunbaserat, strukturerat, långsiktigt och samordnat förebyggande arbete har hög prioritet i handlingsplanerna. Nästan 90 procent av kommunerna hade ett politiskt program för alkohol och droger 2008. Mycket pekar på att det förebyggande arbetet i kommunerna har blivit mer strukturerat och långsiktigt, att samverkan har ökat, att kommunernas stöd från nationell och regional nivå har förbättrats och att fler kommuner använder sig av evidensbaserade metoder. Det alkoholförebyggande arbetet inom vården och även missbruks- och beroendevården har utvecklats positivt under handlingsplansperioden. Statens folkhälsoinstitut drar slutsatsen att detta bland annat har bidragit till att totalkonsumtionen av alkohol har minskat, trots att tillgängligheten och marknadsföringen har ökat. Samtidigt säger utvärderingen att narkotikarbetet är eftersatt i kommunerna och att det finns ett behov av ökat stöd när det gäller det narkotikaförebyggande arbetet.

4.7.6 Barn och unga i familjer med missbruk

När någon i en familj har svåra problem, t.ex. eget missbruk, påverkar det alla i familjen och ökar risken, inte minst för barnen och ungdomarna, att utveckla egna problem. Barn och ungdomar i risksituationer kan mot denna bakgrund ha behov av förebyggande insatser. Statens folkhälsoinstitut fick därför 2009 regeringens uppdrag att kartlägga och följa upp det förebyggande arbetet i kommunerna som särskilt riktas till barn och ungdomar i olika risksituationer samt att ta fram indikatorer på området. Den första kartläggningen, som redovisades i mars 2010, visar på att flertalet kommuner har verksamheter riktade till barn och ungdomar som växer upp i familjer med missbruk. Upp-

följningar av det förebyggande arbetet i kommunerna kommer att ske 2011 och 2012.

År 2009 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. Enligt Statens folkhälsoinstituts redovisning användes 58 procent av medlen till insatser för de prioriterade grupperna främst till utbildning eller metodutveckling för att upptäcka dessa barn och erbjuda stöd samt till föräldra- och anhörigprogram. Även de medel som avsatts för våldsutsatta kvinnor med missbruk har främst använts till metodutveckling och utbildning av personal. Resterande medel för förebyggande åtgärder har använts bland annat till delfinansiering av kommunala samordnartjänster, föräldrastöd och insatser inom skolområdet.

Den 2 september 2010 arrangerade Socialdepartementet och Socialstyrelsen gemensamt en konferens som riktade sig till dem som i sin profession möter barn och unga i familjer med missbruk och deras föräldrar.

4.7.7 Informations- och utvecklingsinsatser

Regeringen har under 2009 och 2010 fortsatt sitt stöd för att utveckla riskbruksinsatser inom hälso- och sjukvården, företagshälsovården/arbetslivet och universitet och högskolor. Syftet är att stimulera användandet av metoder som uppmärksammar personer med en riskabelt hög alkoholkonsumtion och erbjuda dem stöd att ändra sina vanor. Enligt den utvärdering, som genomförs av forskare vid Linköpings universitet, har goda resultat uppnåtts. Personalen i primärvården (allmänläkare, ST-läkare och distriktssköterskor) har blivit mer aktiva i att diskutera alkohol med patienter. De har fått ökad kunskap om rådgivning till patienter och ökad tilltro till sin egen förmåga att hjälpa patienter att minska sitt riskbruk av alkohol. En liknande utveckling har även skett inom företagshälsovården och barn- och mödrahälsovården.

Statens folkhälsoinstitut har på regeringens uppdrag låtit genomföra en kartläggning av

alkoholpreventiva insatser i arbetslivet. Enligt denna har cirka 70 procent av arbetsplatserna en alkoholpolicy för den egna personalen. Hälften uppger att de själva eller med hjälp av t.ex. företagshälsovård bedriver ett alkoholförebyggande arbete. Var tredje arbetsplats uppger att man känner till riskbruksmodellen.

Medel har även via Socialstyrelsen 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 också under flera år fördelat medel till organisationer inom tobaksområdet.

Statens folkhälsoinstitut har även utvecklat en kommunikationsstrategi och inom ramen för denna genomfört särskilda satsningar så som antilångningsprojektet, Tänk Om, Tonårsparlören och den Internetbaserade självhjälpen alkohlhjälpen.se.

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 ska satsningen fokusera på följande områden: nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan, kraftsamling för tobaksavvänjning samt en förstärkning av Statens folkhälsoinstituts tillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner.

4.7.8 Tillsyn och tillgänglighetsbegränsning

Myndigheternas insatser

Samordningen mellan områdena tillsyn och förebyggande arbete har fortsatt under 2009 och den årliga länsrapporten med underlag från länsstyrelser och kommuner är viktig för att kunna följa utvecklingstrender för verksamheten. Det finns en långsiktig trend att länsstyrelsernas aktivitet ökar varje år. Statens folkhälsoinstitut har publicerat en utförlig handledning för ingripanden i Handbok tobakslagen. Institutet har genomfört en serie myndighetsbesök hos länsstyrelserna. Vidare träffas en länsrådsgrupp med representanter från länsstyrelserna och

Statens folkhälsoinstitut regelbundet för att diskutera tillsynsfrågor. En gemensam arbetsgrupp mellan institutet och länsstyrelserna arbetar med ett utvecklingsarbete för att uppnå en mer enhetlig, rättssäker och effektiv tillsynsverksamhet.

Statens folkhälsoinstitut har vidare arrangerat och medverkat vid ett flertal utbildningar och seminarier. För tobakstillsynen kan bl.a. nämnas utbildning om försäljning, tillsynsverksamhet och sanktionsmöjligheter för tjänstemän på länsstyrelserna och regionala grundutbildningar i tobakstillsyn.

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 eller 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 den kartläggning som genomförts av STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem, Beroendecentrum i Stockholms läns landsting) använder sig i dag cirka 91 procent av kommunerna av denna eller någon liknande metod.

Under 2009 har också Konsumentverket rapporterat om de tillsynsinsatser verket har gjort inom tobaksområdet, hur tillsynsorganisationen med kommunerna är uppbyggd, myndighetens uppfattning beträffande omfattningen av reklam och marknadsföring på säljställen för tobak samt förslag på inriktningar och prioriteringar för 2010. Konsumentverket konstaterar att mängden material inne på säljställen inte har ökat sedan 2005 då förändringarna av tobakslagen genomfördes.

Förändrad lagstiftning

I juni 2010 antog riksdagen de förslag till ändringar i tobakslagen (1995:581), som regeringen föreslagit i propositionen Olovlig tobaksförsäljning (prop. 2009/10:207, bet. 2009/10:SoU25, rskr. 2009/10:344). Förändringarna syftar till en bättre efterlevnad av bestämmelserna om åldersgräns samt en effektivare tillsyn. Kraven på näringsidkare som bedriver försäljning av tobaksvaror skärps. Att sälja tobaksvaror utan att först ha gjort anmälan till kommunen kan medföra straffrättsligt ansvar, likaså att sälja tobak i strid med meddelat försäljningsförbud.

Personal som ansvarar för försäljningen ska ges det stöd och den information som behövs för att de ska kunna följa lagens bestämmelser. Såväl kommunen som polisen utövar tillsyn över bestämmelserna om handel i tobakslagen. De nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 augusti i år.

Ett förslag till ny alkohollag (prop. 2009/10:125) överlämnades av regeringen till riksdagen den 18 mars i år. Den nya lagen föreslås ersätta både den nuvarande alkohollagen (1994:1738) och lagen (1961:181) om försäljning av teknisk sprit m.m. Vägledande för lagöversynen har varit att för folkhälsans skull hålla fast vid en restriktiv alkoholpolitik, men samtidigt modernisera och förenkla bestämmelserna. Bland annat moderniseras de krav som ställs på köksutrustning och matutbud för att få serveringstillstånd. Även i övrigt förtydligas regleringen kring alkoholserving, t.ex. när det gäller provsmakning, rumsserving och cateringföretags möjligheter att få serveringstillstånd. Den som söker serveringstillstånd ska genom att avlägga prov påvisa tillräcklig kunskap om alkohollagstiftningen. Kommunerna ska ha riktlinjer för vad som gäller för att få serveringstillstånd och upprätta planer för tillsynen av efterlevnaden av bestämmelserna om alkoholserving och folkölsförsäljning. Systemet med tillstånd för tillverkning av sprit och alkoholdrycker samt handel med teknisk sprit avskaffas och ersätts med en rätt att bedriva sådan verksamhet för den som är godkänd upplagshavare enligt bestämmelserna i lagen (1994:1564) om alkoholskatt. Handeln med alkoholhaltiga preparat ska vara fri, utan krav på införseltillstånd eller godkännande. För att skydda folkhälsan föreskrivs dock vissa allmänna krav på preparaten för att de ska få säljas fritt. Förslaget förväntas behandlas i riksdagen under hösten 2010.

Regeringen avser att inom kort överlämna propositionen En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m. till riksdagen. I den föreslås att det i lagen om kontroll av narkotika (1992:860) införs en bestämmelse som gör det möjligt att hantera narkotika för industriella ändamål. Syftet med detta är att göra det möjligt att narkotikaklassa GBL och 1,4 butandiol som i dag är upptagna som hälsofarliga varor. Vidare föreslås att det ska vara möjligt att omhänderta och förstöra vissa substanser som kan antas komma att användas i missbrukssyfte i avvaktan på att regeringen beslutar om att förklara substansen som narkotika eller hälsofarlig vara.

Straffskalan för grovt dopningsbrott skärps till fängelse i högst sex år.

4.7.9 EU och internationellt

Sverige påverkas i hög grad av förhållanden och förändringar utanför landets gränser. Samarbetet inom EU och internationellt är därför en hörnsten i den nationella politiken. När det gäller frågor som rör alkohol, narkotika, dopning och tobak omfattar EU-samarbetet många olika politikområden. Sveriges engagemang i det internationella samarbetet har stärkt folkhälsoperspektivet inom relevanta politikområden i EU och internationellt. Ett aktivt samarbete inom EU och internationellt är nödvändigt för att uppnå såväl de nationella målen för ANDT-politiken som för att kunna genomföra de åtaganden som Sverige har på ANDT-området inom EU och internationellt.

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. År 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. I oktober 2007 antog också Europeiska kommissionen EU:s hälsostrategi för perioden 2008–2013, där både alkohol- och tobaksfrågor är prioriterade.

Alkohol och hälsa var en av de prioriterade frågorna inom hälsoområdet under det svenska ordförandeskapet i EU:s ministerråd andra halvåret 2009. Det övergripande syftet var att stödja genomförandet av EU:s alkoholstrategi och stärka ett långsiktigt och hållbart arbete rörande alkohol och hälsa inom alla relevanta EU-institutioner och politikområden. Ordförandeskapet arrangerade i samarbete med Europeiska kommissionens folkhälsodirektorat en expertkonferens där skydd av barn och unga och förebyggande insatser för att minska alkoholrelaterade skador och problem i den vuxna befolkningen stod i fokus.

Under flera år har ett arbete pågått inom ramen för WHO om att utarbeta en global strategi för att minska den globala alkoholrelaterade sjukdomsburden och säkerställa WHO:s fort-

sätta arbete på alkoholområdet. På Världshälsomöteskonferensen (WHA) 2008 antogs en resolution med begäran om ett förslag till global strategi, vilken antogs vid WHA:s möte i maj 2010.

Under Sveriges ordförandeskap i EU:s ministerråd hösten 2009 drev Sverige narkotikafrågorna bl.a. inom rådsarbetsgruppen för övergripande narkotikafrågor. Under det svenska ordförandeskapet antog rådet slutsatser som rör förebyggande insatser, forskningsprioriteringar och narkotikakontroll.

Riksdagen beslutade 2005 att Sverige skulle ansluta sig till WHO:s ramkonvention om tobak. I dag är 160 länder part till konventionen. Under några år har en förhandlingsprocess om ett protokoll om olaglig handel med tobaksvaror förts. Länderna ska under 2010 besluta om fortsättningen.

4.7.10 Analys och slutsatser

För att motverka missbruk och skador orsakade av missbruk av alkohol och narkotika antog regeringen och riksdagen 2006 nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner för perioden 2006–2010. En viktig del i arbetet i enlighet med handlingsplanerna är att skapa en fungerande struktur för det förebyggande arbetet. Ett fokus i detta arbete är att skapa en bättre samordning på såväl nationell som regional och kommunal nivå samt mellan dessa nivåer.

Även om det inte går att dra någon direkt parallell mellan de satsningar som gjorts och ANDT-utvecklingen har alkohol- och tobaksbruket i befolkningen fortsatt nedåt. Användningen av dopningsmedel är fortfarande låg. Det finns fog för att säga att långsiktiga satsningar på förebyggande arbete lönar sig, något som även var erfarenheten från de stora satsningar som genomfördes under 1980-talet. Regeringens prioritering under senare år av riktade insatser till barn och unga i riskzonen har varit framgångsrik. Sverige har på vissa områden gått emot den allmänna ökningstrenden i Europa, exempelvis vad gäller s.k. intensivkonsumtion av alkohol bland unga. Med några få undantag har andelen som prövat eller använder narkotika och/eller röker 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 kostnads-effektivt 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. Den finansiella krisen ställer också stora krav på konstruktiva lösningar för att säkerställa ett långsiktigt förebyggande arbete. 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.

4.8 Smittskydd och hälsoskydd

4.8.1 Mål

Målet för samhällets smittskydd är enligt smittskyddslagen (2004:168) att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Målet för insatserna i fråga om hiv/aids är att begränsa spridningen av denna sjukdom och av andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar och begränsa konsekvenser av dessa infektioner för samhället och enskilda. Målet för insatserna i fråga om antibiotikaresistens är att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människor och djur.

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

4.8.2 Indikatorer

Indikatorerna som används för att bedöma resultat inom smittskyddsområdet är antalet fall som varje år upptäcks av hivinfektion, klamydiainfektion, infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker, infektion med campylobak-

ter samt den årliga uppföljningen av det nationella barnvaccinationsprogrammet.

4.8.3 Övergripande bedömning och analys

Det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen och genom frivillig rapportering. Den Europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) följer och analyserar utvecklingen inom Europeiska unionen. Anslutningen till det nationella vaccinationsprogrammet för barn övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnavårdscentraler i landet samt för de äldre barnen från skolhälsovården. Socialstyrelsen följer utvecklingen inom hälsoskydd och miljömedicin och sammanställer regelbundet kunskap och erfarenheter om miljörelaterad ohälsa och vad den beror på i en miljöhälsorapport.

Utveckling inom smittskyddsområdet

I mars 2010 lämnade Socialstyrelsen en rapport till regeringen om läget inom smittskyddsområdet i landet. I jämförelse med många andra länder är läget i Sverige gott beträffande flertalet av de allvarliga smittsamma sjukdomarna. De senaste decennierna har det dock skett en rad förändringar som påverkat smittskyddssituationen i Sverige. Positiva förändringar har ägt rum genom olika åtgärder som medfört en markant minskning av ett antal olika smittsamma sjukdomar. Ett flertal av de allmänfarliga sjukdomarna förekommer endast som något enstaka fall eller har inte alls förekommit under den senaste tioårsperioden. Oavsett detta utgör infektionssjukdomarna fortfarande ett väsentligt problem. Under senare år har vi sett en ökad förekomst av sexuellt överförbara sjukdomar. Nya problem har uppmärksammats, bl.a. förekomsten av resistent bakterier. Vidare är Sverige i dag mer utsatt för smittsamma sjukdomar genom det ökade utbytet med omvärlden. Några faktorer som haft betydelse är människors allt mer omfattande utlandsresor, den ökade invandringen och handeln med livsmedel. I ljuset av nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri har dessutom frågor som rör vaccinationer åter blivit högaktuella.

Konflikter, katastrofer och andra händelser samt ökat resande har effekter för sjukdomars rörlighet. Förändringar mot ett varmare klimat kan också på lång sikt kunna innebära en etablering av vektorburna smittämnen (vektorer är exempelvis myggor, knott eller fästingar) i varmare klimat. Beredskap genom omvärldsbevakning utgör en viktig del av smittskyddsarbetet och utvecklingen går nu mer mot en beredskap som även inbegriper områden som ligger utanför det traditionella smittskyddet. Detta har visat sig under senare år genom WHO:s internationella hälsoreglemente (IHR) som omfattar alla typer av händelser som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. Även inom EU har beredskapsarbetet fokuserats mot generell beredskapsplanering genom olika initiativ, bl.a. genom samarbete om hot från kemiska, bakteriologiska, radiologiska och nukleära ämnen (CBRN). Beredskapen för och hanteringen av olika hälsohot kräver internationell samordning.

Utveckling av myndigheterna inom smittskyddsområdet

Sverige måste långsiktigt kunna hantera de omvärldsförändringar som sker inom smittskyddsområdet för att säkerställa en fortsatt god svensk smittskyddsberedskap. Det krävs stor flexibilitet för att kunna hantera nya smittämnen och andra ämnen som kan utgöra ett hot och som får en förändrad utbredning eller som återuppträder.

Smittskyddet är till sin natur ett kunskapsintensivt område där den statliga styrningen i huvudsak utgörs av kunskapsstöd och riktlinjer byggda på det aktuella kunskapsläget.

Regeringen har i propositionen Myndigheterna inom smittskyddsområdet (prop. 2009/10:123, bet. 2009/10:SoU14, rskr. 2009/10:259) konstaterat att det behövs en rad förändringar av den verksamhet som i dag bedrivs vid myndigheterna för att långsiktigt hantera de utmaningar som finns inom smittskyddsområdet. Det är angeläget att skapa goda betingelser för de myndigheter som har att axla de utmaningar som smittskyddsarbete innebär i dag och i framtiden. Det behövs tydliga och sammanhållna uppdrag som lätt kan förstås av de ansvariga inom smittskyddsområdet i landet och som tillgodoser deras behov av myndighetsstöd. Inte minst är detta viktigt i smittutbrottssituationer.

Av denna anledning behövs det en funktionell arbetsfördelning mellan de statliga aktörerna, främst då Socialstyrelsen och Smittskyddsinsti-

tutet. Den mest ändamålsenliga strukturen för myndigheterna inom smittskyddsområdet är, enligt regeringens bedömning, att utgå från ett fortsatt sammanhållet ansvar för smittskyddsverksamhet och närliggande områden vid Socialstyrelsen i kombination med att Smittskyddsinstitutet ges ett breddat och fördjupat ansvar för utvecklings-, utvärderings- och uppföljningsarbete samt kunskapsuppbyggnad inom för smittskyddet relevanta områden.

En ombildning av Smittskyddsinstitutet har genomförts den 1 juli 2010 i syfte att ge myndigheten ett bredare uppdrag för kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning inom smittskyddsområdet. Förändringen innebär att myndigheten får till uppgift att ta fram kunskaps- och beslutsunderlag, svara för epidemiologisk övervakning och annan kunskapsuppbyggnad och ha ett nationellt laboratorieansvar för den diagnostik som behövs inom smittskyddsområdet. Samtidigt inordnas Nationella rådet för samordning av insatser mot hiv/aids och Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens i Smittskyddsinstitutets linjeorganisation. Även fortsättningsvis kommer myndigheten att ha till uppgift att bedriva forskning inom smittskyddsområdet. Forskningen bör dock begränsas till sådan som är nödvändig för myndighetens övriga uppdrag. Det organisatoriska samarbetet med Karolinska institutet har upphört vid halvårsskiftet.

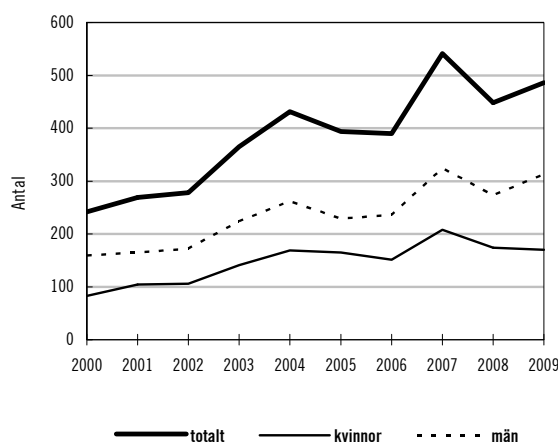
Ett skäl till dessa förändringar är att ge förutsättningar för ett mer folkhälsoinriktat smittskyddsarbete. Det är denna utgångspunkt som nu ligger till grund för omvandlingen av Smittskyddsinstitutet till en myndighet med ett bredare folkhälsouppdrag.

Socialstyrelsen bör även fortsättningsvis ha ett övergripande ansvar för den statliga styrningen av de smittskyddsåtgärder som vidtas inom hälso- och sjukvårdens ram. Socialstyrelsens uppgifter enligt smittskyddslagen (2004:168) och lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa bör inte förändras. I Socialstyrelsens uppdrag ingår även att vara ansvarig för beredskapsplaneringen inom smittskyddsområdet och för vissa frågor som rör försörjning av läkemedel och vaccin ur beredskaps-hänseende.

4.8.4 HIVinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Sverige befinner sig, trots en låg förekomst av hiv/aids i befolkningen, i en brytningstid när det gäller arbetet med att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara infektioner. Fler personer än någonsin lever med hiv/aids i Sverige. Fjollårets ökning av antalet fall som anmälts till Smittskyddsinstitutet bekräftar trenden att antalet hivfall har ökat under 2000-talet (se diagram 4.10).

Diagram 4.10 Antalet fall av hivinfektion som anmälts 2000–2009



Källa: Smittskyddsinstitutet

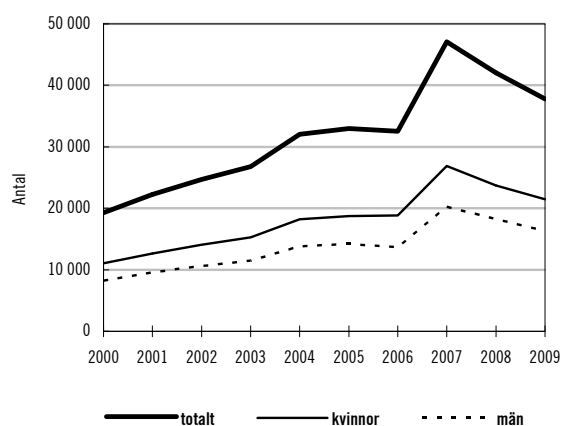
Under 2009 anmäldes 486 fall av hivinfektion till Smittskyddsinstitutet, vilket är 38 fler fall än 2008. 221 av de anmälda fallen var heterosexuellt smittade, 134 var smittade via sex mellan män och 27 smittade via intravenöst missbruk. Av alla anmälda hivfall 2009 har, liksom föregående år, över hälften smittats före ankomst till Sverige i länder med hög förekomst av hiv/aids, framför allt i afrikanska länder söder om Sahara samt i Thailand. Det höga antalet speglar en ökad förekomst av hiv i världen och ökad global migration.

Under 2009 rapporterades att 108 personer smittats i Sverige. Av dessa rapporterades att 59 var smittade via homosexuell kontakt. Det är fortfarande den grupp som dominerar när det gäller inhemsk smitta. Under 2000-talet finns en trend till långsam ökning i denna grupp, vilket indikerar ett ökat risktagande i gruppen män som har sex med män.

Till och med år 2009 har totalt 8 935 hivfall anmälts i Sverige, varav drygt 5 000 beräknas leva

med hiv/aids i Sverige i dag. 30 procent av de anmälda är kvinnor.

Diagram 4.11 Antal fall av klamydiainfektion som anmälts 2000–2009



Källa: Smittskyddsinstitutet

Under 2000-talet har det skett en långsiktig ökning av antalet klamydiafall. Trots minskningen av antalet klamydiafall (se diagram 4.11) under åren 2008 och 2009, har klamydiafallen fördubblats sett över hela den senaste tioårsperioden. Det är i dag för tidigt att säga om de senaste två årens nedgång är ett reellt trendbrott, en temporär minskning eller bara en återgång till normalnivå efter den stora mängden klamydiafall som anmäldes 2007 i samband med att en ny klamydiavariant upptäckts.

Riskfaktorer 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 personer. 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 bl.a. i det förebyggande arbetet riktat till unga, med fokus på kondomanvändning och ökad medvetenhet om sexuella risker. Det är också mycket angeläget att nå de nyanlända invandrargrupper som kommer från högendemiska områden för hiv/aids.

Socialstyrelsen har samordnat den uppföljning Sverige ska göra enligt FN:s överenskommelse om det förebyggande arbetet mot hiv/aids. Uppföljningen visar att den nationella strategi

som de senaste åren legat till grund för det svenska arbetet har bidragit till att Sverige nu har ett mer sammanhållet system för det förebyggande arbetet.

I syfte att förtydliga respektive myndighets uppdrag inom smittskyddsområdet flyttades Nationella hivrådet den 1 juli 2010 från Socialstyrelsen till Smittskyddsinstitutet. Rådet, som har en bred sammansättning med representanter för berörda myndigheter, huvudmän och ideella organisationer, ska även fortsättningsvis bidra till att de strategier som utvecklas inom området är förankrade med såväl berörda myndigheter och huvudmän som i förhållande till den ideella sektorn. I detta ligger bl.a. att vara ett stöd för Smittskyddsinstitutet i myndighetens planering och uppföljning av arbetet med att nå de hivpolitiska målen. Arbetet följer intentionerna i Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). Dessa uppgifter är strategiska och stödjer myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma på området.

Vägledande för arbetet med och fördelningen av statsbidraget, 95 miljoner kronor, till landsting och kommuner är den överenskommelse som träffats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen har också fördelat statsbidrag, cirka 21 miljoner kronor, till ideella organisationer som utför preventivt arbete i enlighet med förordning (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

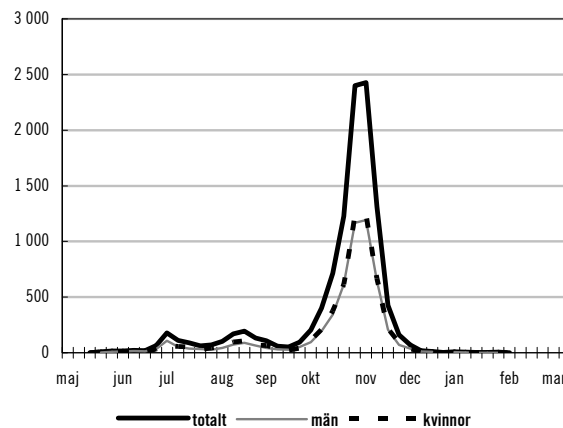
4.8.5 Pandemin och andra hälsot

Den pandemiska influensan har under året satt sin prägel på arbetet hos aktörerna inom smittskyddsområdet. Den pandemiska spridningen av influensa A (H1N1) av den typ som upptäcktes och började spridas bland människor i Mexiko under första halvåret 2009, fortsättningsvis benämnd den nya influensan A (H1N1), har inneburit stora påfrestningar på såväl de statliga myndigheterna inom smittskydds- och krisberedskapsområdet som på landsting och kommuner.

Socialstyrelsen har i egenskap av sin samordnande funktion haft en nyckelroll att tillsammans med andra myndigheter och smittskyddsläkarna i landstingen ge stöd till sjukvården.

Föreskrifter och rekommendationer har snabbt tagits fram och berörda myndigheter har avsatt stora resurser på information kring influensapandemin. Även om pandemin blev mildare än vad som inledningsvis befarades ledde den till ett stort antal sjukhusvårdade fall och många av dem var svårt sjuka. Särskilt drabbades unga och tidigare friska individer vilka krävde lång tids intensivvård för att tillfriskna. Medelåldern i Sverige av de laboratoriebekräftade fallen var 26 år, en tredjedel var yngre än 15 år. Cirka 1 540 personer, varav 780 män och 760 kvinnor krävde sjukhusvård, ett hundratal behövde intensivvårdsinsatser och 25 personer avled. Inför och under pandemin med anledning av den nya influensan A (H1N1) gav Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i samverkan med Socialstyrelsen, inriktning och stöd för att länsstyrelser, centrala myndigheter och företag skulle kunna identifiera kritiska funktioner i samhällsviktig verksamhet.

Diagram 4.12 Antal fall av den nya influensan A (H1N1) under perioden juni 2009 – mars 2010



Källa: Smittskyddsinstitutet

Sveriges beredskapsavtal för vacciner aktiverades i och med att Världshälsoorganisationen den 11 juni 2009 klassificerade den nya influensan A (H1N1) som en pandemi. I slutet av året hade en vaccinationstäckning på 60 procent uppnåtts och cirka 6–7 miljoner vaccindoser förbrukats. Socialstyrelsen har vid tre tillfällen undersökt allmänhetens inställning till vaccination mot den nya influensan A (H1N1) och resultatet i december visade att 70 procent var positiva till vaccination. Med beaktande av att kunskapen om doseringen av vaccinet har ökat och rekommendationen har ändrats från två till en dos per individ har emellertid ett överskott av vacciner uppstått. Socialstyrelsen har därför, tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting samt

Stockholms läns landsting, kommit överens med aktuellt läkemedelsföretag om att minska vaccinleveransen till Sverige med 25 procent. Överenskommelsen mellan parterna innebär att det finns ett lager med 6–7 miljoner doser av vaccinet som kan användas under de närmaste åren. Landstingen har dessutom fått möjlighet att mot en mindre kostnad byta ut den nu aktuella virusstammen mot annan anti-gen om viruset skulle förändras eller någon annan influensa blir till en pandemi.

Med stöd av smittskyddslagen fattade regeringen i maj 2009 beslut om att bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar skulle tillämpas på influensa A (H1N1). Vid tidpunkten för regeringens beslut fanns behov av att snabbt identifiera och minska effekterna av en spridning inom landet. För detta krävdes att sjukdomen rapporterades och övervakades på ett effektivt sätt. Med beaktande av att en stor del av befolkningen har uppnått immunitet mot influensan är det inte längre motiverat att beteckna sjukdomen som allmänfarlig. Regeringen föreslog därför i propositionen Den nya influensan A (H1N1) (prop. 2009/10:126, bet. 2009/10:SoU16, rskr. 2009/10:236) att influensan skulle omklassificeras till att bli en anmälningspliktig sjukdom. Lagändringen trädde i kraft den 1 juni 2010.

För att bedöma vilka antibiotika som behövs för beredskapslagring inför en pandemi har Socialstyrelsen genomfört en utredning som överlämnades i november 2009. Av rapporten framgår bl.a. att Socialstyrelsen bedömer att de stora naturliga sjukdomshoten är en pandemisk influensa och infektioner orsakade av bakterier som utvecklat antibiotikaresistens. Mot bakgrund av Socialstyrelsens rapport fick myndigheten i mars 2010 i uppdrag att upphandla ett omsättningslager antibiotika för beredskapsändamål. Upphandlingen ska vara avslutad senast den 31 december 2010. Socialstyrelsen har även köpt och lagerhållit antivirala läkemedel som beredskap inför en eventuell influensapandemi. Regeringen beslutade den 3 juni 2010 att uppdraga till Socialstyrelsen att fortsätta att lagerhålla de antivirala läkemedlen som finns i beredskapslager och som passerar sista hållbarhetsdatum under 2010.

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en omvärldsanalys av tillgången till influensavaccin för att täcka behov vid en framtida influensapandemi respektive en uppföljning av det avtal om pandemigaranti som

tecknats för pandemin av influensa A (H1N1). En slutrapport kommer att presenteras den 15 oktober 2010.

Spridningen av den nya influensan A (H1N1) och de åtgärder som vidtagits till följd av denna föranleder ett behov av utvärdering inom en rad områden, särskilt när det gäller genomförandet av de befolkningsinriktade vaccinationsinsatser som genomförts i samtliga landsting. Även hanteringen av kommunikationsfrågorna och de insatser som vidtagits för att säkerställa försörjningen av vacciner och läkemedel behöver utvärderas.

Regeringen har därför givit Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap i uppdrag att utvärdera förberedelserna inför och hanteringen av pandemin (S2010/2472/FH). Uppdraget ska slutrapporteras den 1 mars 2011. I uppdraget ingår att påtala vilka frågor regeringen kan behöva hantera för att ta ställning till behovet av att ytterligare förtydliga ansvaret för de statliga myndigheterna inom smittskyddsområdet ur beredskapshänseende. En hög beredskap innebär att man tidigt måste kunna fånga upp tidiga varningssignaler. Detta kräver stabila och robusta övervakningssystem. Erfarenheter från pandemin kring samordning av rapportering och dataflöden kommer att ge viktig kunskap för framtiden.

Den 10 augusti 2010 deklarerade WHO att pandemin med den nya influensan A (H1N1) är över. Influensavirus A (H1N1) sprids fortfarande, men globalt sett är smittspridningen avsevärt mindre än tidigare. Influensapandemin gjorde det tydligt att ett nära samarbete såväl inom EU som på global nivå, genom WHO, är avgörande för både global och nationell hantering av pandemier. Såväl inom WHO som EU pågår nu processer för att utvärdera de insatser som gjordes under influensapandemin.

4.8.6 Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner (MRSA)

Möjligheten att motverka allvarliga bakterieinfektioner med hjälp av antibiotika är grundläggande för att uppnå goda resultat inom hälso- och sjukvården. Som exempel kräver akuta infektioner, cancerbehandling, kirurgiska ingrepp och vård av för tidigt födda barn behandling med antibiotika. Den ökande förekomsten och snabba spridningen av antibiotikaresistenta bak-

terier, dvs. bakterier som har utvecklat motståndskraft mot antibiotika, är ett växande hot mot folkhälsan.

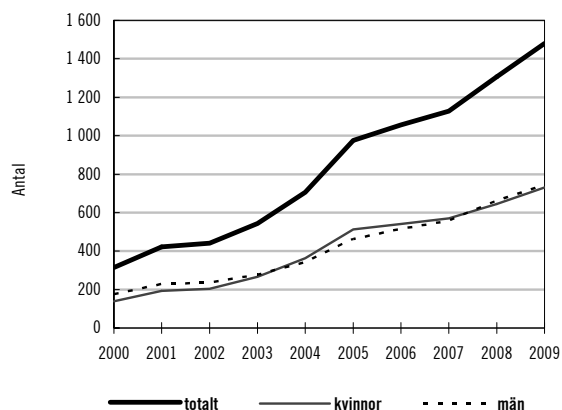
Europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC har identifierat antibiotikaresistens som det allvarligaste hälsohotet inom EU. Variationerna mellan medlemsländerna när det gäller både antibiotikakonsumtion och resistensförekomst är dock stora. Generellt är resistensen mest utbredd i Sydeuropa och Storbritannien medan läget är bättre i de nordiska länderna och Nederländerna. Variationerna kan bl.a. kopplas till skillnader i hälsovårdskultur och sjukvårdssystem.

Antibiotikaresistens är ett allvarligt hälsohot inte bara i höginkomstländer, utan även i länder med snabb ekonomisk utveckling som Kina, Indien och Brasilien. Problemet med resistens är även omfattande i utvecklingsländer i t.ex. Afrika.

Fram till 1970-talet kunde läkemedelsindustrin möta resistensutvecklingen hos bakterierna genom att utveckla nya antibiotika. I dag har dock utvecklingen av antibiotika nästan upphört. Endast två klasser av nya antibiotika har introducerats under den senaste 40-årsperioden. Det finns i dag rapporter om resistens mot alla kända antibiotika. Enligt ECDC och den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA finns det i dag få eller inga nya antibiotika, som kan tänkas nå marknaden under den närmaste tioårsperioden.

Sverige tillhör fortfarande ett av de länder som har lägst antibiotikakonsumtion och lägst förekomst av resistens i världen. Det är dock alarmrande att det sker en successiv försämring av det generella resistensläget. Omfattande insatser för att stoppa smittan genomförs både lokalt och av Smittskyddsinstitutet, Strategigruppen för rationell antibiotikaeftersyn och minskad antibiotikaresistens (Strama) och Socialstyrelsen. Under 2008 ökade förekomsten av meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA) med 16 procent (totalt 1 314 fall) (se diagram 4.13). Under 2009 fortsatte ökningen med 14 procent (totalt 1 493 fall). Ökningen består främst av patienter som smittats utanför sjukvården, i Sverige eller utomlands.

Diagram 4.13 Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker som anmälts 2000–2009



Källa: Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutet uppskattar de direkta kostnaderna för förlängda vårdtider och produktionsbortfall till följd av antibiotikaresistens i Sverige till minst 0,4 miljarder kronor 2009. Med dagens utveckling väntas de öka till minst 1,5 miljarder inom fem år.

Det verkar troligt att den uppåtgående trenden i Sverige beror på en ökad rörlighet över gränser. Personer som besökt länder med högre resistensnivåer tar med sig resistenta bakterier hem, bl.a. i tarmfloran. Andra orsaker kan vara platsbrist, överbeläggningar och kringflyttningar av patienter i vården. Det förefaller också som att ökningen av MRSA inom vården stabiliserats medan spridningen i ökad omfattning sker i samhället utanför hälso- och sjukvården.

Antibiotikakonsumtionen i Sverige minskade enligt Strama under 2009 jämfört med de två föregående åren. Minskningen skedde i alla län och gäller framför allt antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner. Minskningen var tydligast i åldersgruppen 0–4 år, där den motsvarade 17 procent. Även användningen av bredspektrumantibiotika mot okomplicerad urinvägsinfektion hos vuxna kvinnor minskade.

Användningen av antibiotika inom veterinärmedicinen innebär även det att stora mängder antibiotika kommer ut i den yttre miljön. Utsläpp från avloppsvatten, stallgödsel och i vissa fall via jordbruksprodukter späder på resistensutveckling. Utsläpp från stora produktionsanläggningar är ett växande globalt problem.

Arbetet för att minska antibiotikaresistensen måste bedrivas inom flera områden för att få effekt. Naturligtvis är det av vikt att antibiotika används återhållsamt och rationellt samt att

hygienen inom vård och omsorg är god. I samband med nya influensan A (H1N1) har medvetenheten om vikten av god handhygien ökat även hos allmänheten, goda rutiner som är viktiga att vidmakthålla. Men även forskning och utveckling av nya antibakteriella läkemedel och diagnoshjälpmiddel är väsentligt för att möta utvecklingen av resistensen. Till detta kommer motsvarande åtgärder inom veterinärmedicin och djurhållning.

Ytterligare en dimension är åtgärder kopplade till utsläpp av antibiotika och resistenta bakterier i den yttre miljön, dvs. utsläpp från läkemedelstillverkning och processindustri, men även avfalls- och avloppshantering, återföring av näringsämnen m.m. Det är viktigt att utveckla kunskapen om vilken betydelse dessa utsläpp har för resistensutvecklingen. Det är också viktigt att få en bättre förståelse för hur resistenta bakterier sprids genom resande och handel med varor.

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 vården m.m. Ytterligare komponenter är bilaterala och regionala samverkansprojekt samt insatser inom ramen för bistånd och aktörssamverkan.

4.8.7 Livsmedelsburen smitta

Campylobakter är den vanligaste livsmedelsburna smittan i EU. Campylobakter är en bakterie som kan orsaka kräkningar, diarréer och i allvarliga fall förlamning och som sprids bl.a. via livsmedel. Antalet fall med campylobacterinfektion har varierat kraftigt under 2000-talet. År 2009 minskade antalet fall med sju procent jämfört med 2008. Totalt rapporterades 7 178 fall under 2009 varav 52 procent bland män och 48 procent bland kvinnor. Uppgifter om utvecklingen av andra smittämnen som kan spridas via livsmedel, t.ex. salmonella, EHEC och listeria, återfinns i Smittskyddsinstitutets epidemiologiska årsrapport eller på myndighetens hemsida.

4.8.8 Det nationella barnvaccinationsprogrammet

Vaccination är en mycket effektiv och kostnads-effektiv medicinsk insats som kostnadsfritt erbjuds barn inom det så kallade allmänna barnvaccinationsprogrammet. Anslutningen till det allmänna barnvaccinationsprogrammet övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnavårdscentraler och skolhälsovården i landet. Den rikstäckande statistiken visar en god vaccinationstäckning. Drygt 98,4 procent av barnen hade 2009 fått minst tre vaccindoser mot difteri, stelkramp, kikhosta, polio och Haemophilus influenzae typ b. Omkring 500 barn var helt ovaccinerade mot en eller flera av dessa sjukdomar. Andelen barn som hade vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) uppgick till 96,7 procent, den högsta täckningsgraden på tio år. I likhet med tidigare år finns det enskilda barnavårdscentraler och områden, där en hög andel av barnen förblivit ovaccinerade mot MPR.

Regeringen tillsatte 2008 en särskild utredare, Vaccinutredningen, med uppdrag att se över bl.a. regelverket i fråga om det nationella vaccinationsprogrammet (dir. 2008:131).

Vaccinutredningen föreslår i betänkandet Ny ordning för nationella vaccinationsprogram (SOU 2010:39) bl.a. att grundläggande kriterier för beslut om de nationella vaccinationsprogrammets utformning ska regleras i lag samt att beslut om att införa en vaccination mot en sjukdom i nationella vaccinationsprogram ska fattas av regeringen. Ett särskilt råd med oberoende expertis föreslås att inrättas vid Socialstyrelsen med uppgift att granska beslutsunderlaget från Socialstyrelsen och lämna rekommendation om beslut till regeringen. Vidare föreslår utredningen att ett hälsodataregister för vaccinationer införs. När det gäller förhållandet till läkemedelsförmånerna föreslår utredningen att vacciner av det slag som avses i den föreslagna lagen om allmänna vaccinationsprogram inte ska kunna komma i fråga för läkemedelsförmånerna. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet.

4.8.9 Hälsoskydd

Socialstyrelsens tillsynsvägledning är inriktad på att främja, förstärka och utveckla kommuners insatser med operativ hälsoskyddstillsyn och ge länsstyrelserna stöd i arbetet med regional tillsynsvägledning. Syftet är att skapa förutsättningar för en likvärdig och effektiv kommunal hälsoskyddstillsyn som bidrar till att uppfylla miljöbalkens intentioner.

Socialstyrelsen har under 2009 bedrivit ett nationellt tillsynsprojekt om egenkontroll av hygienrutiner och smittskydd i förskolan. Målet är att projektet ska leda till ökad kunskap för kommunerna i deras tillsyn samt för förskolorna. Socialstyrelsen vill också få en samlad bild av hur arbetet med hygienrutiner och egenkontroll fungerar på landets förskolor.

En undersökning från Socialstyrelsen och Sveriges Geologiska Undersökning pekar på omfattande kvalitetsbrister i enskild vattenförsörjning.

I mars 2009 presenterades Miljöhälsorapport 2009 som tagits fram genom ett samarbete med svenska experter inom miljömedicin. Rapporten bygger på en nationell enkät som nära 26 000 personer besvarat samt på de senaste vetenskapliga resultaten om miljöhälsa. Rapporten ger en aktuell bild av exponering för olika miljöfaktorer i Sverige och beskriver vilka hälsoeffekter och risker detta för med sig. Rapporten är tänkt att användas som ett underlag i planeringen av den kommunala tillsynen enligt miljöbalken. I arbetet med de nationella miljökvalitetsmålen och folkhälsomålet kan rapporten också tjäna som underlag.

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har varit representerade i Miljömålsrådet och har bl.a. deltagit i beredningsgrupper av miljökvalitetsmålen och om miljöövervakning. Socialstyrelsen höll under 2009 ett antal möten för att öka kunskapen om hälsoskydd och miljömedicin, bl.a. ett möte med hälsoskyddsansvariga på länsstyrelserna för att diskutera tillsynsvägledning.

Regeringen fattade den 18 mars 2010 beslut om propositionen Svenska miljömål – för ett effektivare miljöarbete (prop. 2009/10:155, bet. 2009/10:MJU25, rskr. 2009/10:377). I propositionen görs en samlad redovisning av de insatser som bidrar till att miljökvalitetsmålen nås och prioriterade områden för det fortsatta arbetet lyfts fram. En ny målstruktur för miljöarbetet

föreslås. Generationsmålet utvecklas och får en tydligare funktion i miljömålssystemet. Generationsmålet kompletteras även när det gäller strecksatserna som preciserar vad miljöpolitiken ska inriktas mot. En av dessa preciseringar innebär att människors hälsa utsätts för minimal negativ miljöpåverkan samtidigt som miljöns positiva inverkan på människors hälsa främjas. Dessa strecksatser är övergripande för alla miljökvalitetsmål och är avsedda att säkerställa att tvärssektoriella frågor integreras i miljömålssystemet. I miljömålspropositionen föreslås en rad förändringar av nuvarande organisation för miljömålsarbetet. Förslagen innebär dock inga förändringar för Socialstyrelsens uppgifter inom miljömålsarbetet. Även fortsatt ska myndigheten ha till uppgift att ha det övergripande ansvaret för hälsofrågor inom samtliga miljökvalitetsmål.

I mars 2010 hölls den femte ministerkonferensen om Miljö och Hälsa inom WHO:s Europaregion på temat "Protecting children's health in a changing environment". Vid konferensen antogs en ministerdeklaration som understryker vad som ytterligare behöver göras inom området miljö och hälsa. Deklarationen betonar vikten av att förverkliga redan gjorda åtaganden i fråga om barns miljö och hälsa. Vidare innehåller deklARATIONEN särskilda åtaganden om hälso- och miljöeffekter av klimatförändringar, hälsorisker för barn och andra känsliga grupper orsakade av dåliga förhållanden inom miljöområdet, härunder påverkan från kemikalier, arbetsmiljö- och levnadsvillkor och problem till följd av undermålig stadsutveckling.

4.9 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte lämnat några invändningar i revisionsberättelserna för Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet.

Riksrevisionen (RiR) har i december 2009 lämnat en rapport, RiR 2009:30, där man granskat effekterna av de omlokaliseringar av myndigheter som genomfördes för att kompensera regioner som förlorade arbetstillfällen till följd av försvarsbeslutet 2004. RiR har bl.a. granskat flytten av Statens folkhälsoinstitut från Stockholm till Östersund.

För Statens folkhälsoinstitut innebar omlokaliseringen ett omfattande produktionsbortfall under framför allt en tvåårsperiod. Större delen

av personalen på myndigheten byttes ut. Ett problem var kompetensöverföringen till de nya medarbetarna som placerades direkt i Östersund samtidigt som många av medarbetarna i Stockholm snabbt fick nya arbeten. I dag, fem år senare, har myndigheten återhämtat sig och produktionsvolymen är tillbaka på motsvarande nivå som före omlokaliseringen.

Statens folkhälsoinstitut har redovisat kostnader för omlokaliseringen till cirka 57 miljoner kronor. Om kostnader för produktionsbortfall räknas med blir den totala kostnaden, enligt RiR, cirka 133 miljoner kronor. Statens folkhälsoinstitut erhöll 11 miljoner kronor i bidrag under flyttperioden, i övrigt har myndigheten stått för dessa kostnader.

Omlokaliseringen av myndigheten till Östersund har gett upphov till ett antal konkreta samarbeten med övriga myndigheter som omlokaliserats till regionen och även med Mittuniversitetet (se även utgiftsområde 19 Regional tillväxt, avsnitt 2.6 Revisionens iakttagelser).

4.10 Politikens inriktning

Under föregående mandatperiod har regeringen lagt fast att folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande arbetet bör betonas. Detta bör vara vägledande också för den nya mandatperioden. Kommuner och landsting är även fortsättningsvis viktiga aktörer i folkhälsoarbetet. Ett gemensamt ansvarstagande mellan det offentliga, ideella krafter och den enskilda människan är en bra grund för ett framgångsrikt folkhälsoarbete.

En utgångspunkt för regeringens folkhälsopolitik är att folkhälsoarbetet ska vara strukturerat, långsiktigt och samordnat med insatser på alla nivåer i samhället. I enlighet med propositionen En förnyad folkhälsopolitik fortsätter regeringen att fokusera på effektiva hälsofrämjande insatser inriktade på den enskildes intressen, ansvar och möjligheter att främja en god hälsa. Regeringen vill uppmuntra individens goda hälsoutveckling genom att ge stöd för kloka egna hälsoval, utveckla hälsofrämjande metoder utifrån en vetenskaplig grund och stödja ett

gemensamt ansvarstagande för folkhälsoarbetet mellan flera olika typer av samhällsaktörer.

I enlighet med de prioriteringar som presenterades i propositionen har regeringen vidtagit en rad åtgärder. Vissa åtgärder har syftat till att främja barns och ungas fysiska och psykiska hälsa. Åtgärder har även vidtagits i syfte att stärka det självmordspreventiva arbetet. Åtgärder har vidare vidtagits för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet samt minska tobaksbruket. Insatser inom folkhälsoområdet bör fortsätta i linje med den inriktning som aviseras i propositionen. Med utgångspunkt i befintlig forskning, gjorda erfarenheter och i den utvärdering av handlingsplansarbetet som Statens folkhälsoinstitut presenterade i januari 2010 kommer regeringen att presentera en ANDT-strategi för arbetet med alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksprevention och det arbetet kommer även fortsättningsvis ges hög prioritet. Det utvecklingsarbete som pågår inom smittskydds- och spelberoendeområdena ska fullföljas.

Barn, ungdomar och äldre

Barn, ungdomar och äldre är prioriterade inom folkhälsopolitiken. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Det är därför angeläget att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser sätts in tidigt. Andelen äldre i befolkningen ökar och allt fler uppnår hög ålder. Genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan man motverka funktionsnedsättning och beroende och därigenom öka äldre personers välbefinnande och livskvalitet samtidigt som kostnaderna för vård och omsorg minskar.

Hälsofrämjande insatser

Det hälsofrämjande folkhälsoarbetet fokuserar på betydelsen av att stärka det som gör oss friska som ett komplement till arbetet med att begränsa hälsorisker. Med en god hälsa avses något mer än bara frånvaro av sjukdom. En god hälsa fysiskt och psykiskt innebär också att ha möjlighet att uppnå en god livskvalitet. Genom att stärka friskfaktorerna så kan också sjukdomar förebyggas. En viktig friskfaktor är nära relatio-

ner till familj och vänner samt att känna delaktighet i en samhällsgemenskap. Regeringens arbete mot utanförskap är därför angeläget också för att främja en god folkhälsa. Hälsoinformation är en betydelsefull aktivitet i det hälsofrämjande arbetet. En annan viktig faktor för en god hälsa är att människor har kontroll över sin livssituation och därför spelar den enskilda människans möjligheter att påverka vardagslivet, såväl på arbetet som hemma och i närmiljön en stor roll, liksom möjligheten att ta ansvar för sin egen hälsa. Kulturverksamheter är viktiga sociala kontaktytor och deltagande i kulturella aktiviteter har en positiv effekt för såväl unga som äldre människors välbefinnande. Ett uppdrag om att utarbeta en vägledning för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande samt försöksverksamhet med hälsocoacher till äldre har getts till Statens folkhälsoinstitut. Regeringens arbete mot utanförskap och med att stärka individens ställning kommer att fortsätta.

Likasa är det viktigt att främja utvecklingen av stödjande hälsofrämjande miljöer och mötesplatser och att vidareutveckla samverkan med folkhälsoaktörer inom den ideella sektorn. Det ideella arbetet bidrar till att stärka samhällets sociala kitt. De ideella organisationerna är också ofta de första att identifiera brister och att anta nya utmaningar. De är därför viktiga aktörer inom folkhälsoarbetet. Regeringen slöt under hösten 2008 en överenskommelse med de ideburna organisationerna inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting. De åtaganden som gjorts i överenskommelsen ska fullföljas.

Stimulera utveckling på regional och lokal nivå

Kommunerna och landstingen har genom sina olika ansvarsområden ett direkt ansvar för folkhälsan. Regeringens bedömning är att det hälsofrämjande folkhälsoarbetet och samverkan på lokal och regional nivå kan utvecklas ytterligare. Det är bl.a. viktigt att stimulera utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet inom vården.

Det finns stora potentiella vinster, både för den enskilde och för samhället i stort, med att förebygga hälsorelaterade sociala problem. Det är särskilt angeläget att kommuner och landsting säkerställer att barn och unga får bästa möjliga förutsättningar för en god psykisk och fysisk

hälsa. Folkhälsoarbetet bör utgå från såväl tvärvetenskaplig forskning och tvärspektoriellt arbete som praktisk erfarenhet. För att vidareutveckla och fördjupa de hälsofrämjande metoder som i dag används avsatte regeringen 2008 ett stimulansbidrag till ett urval kommuner för att utveckla det lokala sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet. Syftet är dels att genomföra insatser som främjar barns och ungas psykiska och fysiska hälsa, dels att generera kunskap om såväl effektiva hälsofrämjande metoder som kostnadseffektiva samverkansformer på lokal nivå. Regeringen följer noga hur utvecklingsarbetet framskrider och vilka konsekvenser det får för folkhälsoarbetet lokalt och regionalt.

Föräldrastöd

En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren skapar goda förutsättningar för en god 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 föräldrarollen. Regeringen anser att folkhälsoarbetet bör fokusera på barnens behov och trygghet och satsar därför på att skapa möjligheter för föräldrar att få det stöd de behöver och efterfrågar i sitt föräldraskap. Regeringen presenterade i mars 2009 en nationell strategi för föräldrastöd – En vinst för alla. Föräldrastödstrategin bygger på ett universellt förebyggande föräldrastöd, dvs. att alla föräldrar erbjuds samma möjligheter till stöd och hjälp till dess att barnet fyller 18 år. I samband med lanseringen av strategin gav regeringen Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att fördela 70 miljoner kronor i stimulansbidrag till ett urval av kommuner som i samarbete med ett universitet eller en högskola ska utveckla föräldrastödet i enlighet med strategins mål och delmål. Regeringen har under innevarande år gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att fördela ytterligare 60 miljoner kronor till ett urval av kommuner med syfte att säkerställa ett brett genomförande av den nationella strategin för föräldrastöd samt ett uppdrag att fördela 10 miljoner kronor för att utveckla ett riktat föräldrastöd till familjer med barn med särskilda behov. Regeringen kommer fortsätta och följa arbetet med utvecklingen av det lokala förebyggande föräldrastödet och därigenom bidra till förutsättningar för bättre uppväxtvillkor för barn och unga.

Självordsförebyggande arbete

Samhällets förmåga att förebygga självmord måste förbättras. Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Det självordsförebyggande arbetet har länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Ett effektivt självordspreventivt arbete grundar sig på insikten att självmord och självordsförsök går att förebygga. Den särskilda utredare som regeringen tillsatt lämnade sitt slutbetänkande den 30 juni 2010. Utredaren har klaggjort och analyserat förutsättningarna att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord och föreslår att nuvarande lex Maria vid självmord fasas ut och ersätts med en särskild lag om händelseanalyser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I början av maj 2010 lämnade utredningen ett delbetänkande innehållande förslag om att genomföra pilotförsök av självordsförebyggande utbildningsprogram. Regeringen vill pröva om det är möjligt att genomföra ett brett självordsförebyggande program på rikstäckande nivå och beslutade därför i september 2010 om att ge Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP vid Karolinska institutet i uppdrag att genomföra två pilotstudier i syfte att pröva ett australiskt/finskt och ett kanadensiskt självordsförebyggande utbildningsprogram under svenska förhållanden. Syftet med utbildningsprogrammen är att öka medvetenheten och kunskapen om självordsprocessen samt att undanröja tabun och stigma som självmord och psykisk sjukdom omgärdas av. I det australiska/finska programmet ingår även utbildning om psykiska sjukdomar som ofta samvarierar med självmord. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ansvara för genomförande av utvärdering av pilotstudierna.

Öppna jämförelser

Regeringen anser att en förbättrad uppföljning av genomförda insatser på folkhälsoområdet är angelägen av flera skäl. För det första behövs förbättrad kunskap om vilka folkhälsorelaterade verksamheter som pågår i landsting, kommuner och det civila samhället. För det andra behövs förbättrad kunskap om effekterna av de stimu-

lansmedel regeringen betalar ut. För det tredje behövs förbättrad kunskap om hur kommunernas verksamhet förhåller sig till lagstadgade krav, framför allt inom tillsynsområdet.

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik framhålls att ett sätt att effektivisera folkhälsoarbetet är att samla kunskaperna om effekterna av olika insatser och göra dem tillgängliga för andra som ska påbörja en interventionsinsats. I juni 2009 fattade regeringen beslut om en samlad Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Motsvarande behov finns även inom folkhälsoområdet. Ett arbete för att utveckla öppna jämförelser inom folkhälsoområdet har påbörjats och bör fullföljas.

I december 2009 gav regeringen därför Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att vidareutveckla den prototyp till metodbank för hälsofrämjande insatser som institutet har utvecklat i samverkan med Västra Götalands läns landsting. Syftet med samarbetsprojektet var att ta fram en prototyp av en metodbank som dels bidrar till spridning av kunskap om effektiva metoder på lokal och regional nivå, dels bidrar till ökad kunskap om tillämpningen av evidensbaserade metoder.

I april 2010 fick Statens folkhälsoinstitut dessutom i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen genomföra en förstudie av hur öppna jämförelser inom folkhälsoområdet kan utvecklas på kort och lång sikt.

Ojämlighet i hälsa

Våren 2005 tillsatte dåvarande generalsekretären för Världshälsoorganisationen en kommission om de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa. Den så kallade Marmotkommissionen presenterade sin slutrapport i augusti 2008. I april 2009 gav regeringen i uppdrag till Statens folkhälsoinstitut att i samverkan med Socialstyrelsen analysera vilka lärdomar som kan dras för svensk del av Marmotkommissionens arbete. Myndigheterna avrapporterade uppdraget i början av april i år. Myndigheterna rekommenderar framför allt att den sektorsövergripande samordningen av folkhälsopolitiken förstärks, att arbetet med att bryta utanförskapet i tidig ålder intensifieras, samt att det säkerställs att hälso- och sjukvården görs tillgänglig på lika villkor för alla grupper i befolkningen. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Matvanor och fysisk aktivitet

Övervikts- och fetmaproblematiken är ett allvarligt folkhälsoproblem. Utvecklingen är särskilt alarmerande bland barn. Det är angeläget att föräldrar kan få stöd och hjälp från bl.a. barnhälsovården för att förebygga övervikt och fetma och tidigt lägga grund för sunda kost och motionsvanor hos barnen. Skolhälsovården har också ett ansvar för att verka för sunda levnadsvanor hos elever. Även idrottsrörelsen och andra ideella organisationer spelar här en viktig roll. Regeringen avser att vidareutveckla samverkan med frivilligorganisationer, livsmedelsbranschen, experter, myndigheter och andra nyckelaktörer i återkommande formaliserade dialoger, s.k. dialogforum. Vidare prioriterar regeringen arbetet med den bebyggda miljös betydelse för fysisk aktivitet samt äldres hälsa. Statens folkhälsoinstitut kommer att fortsätta arbetet med att främja goda matvanor och fysisk aktivitet hos allmänheten genom att för andra året samordna en vecka ”Ett friskare Sverige”. Avsikten med denna är att åstadkomma en kraftsamling genom att många aktiviteter genomförs samtidigt av flera på området verksamma aktörer.

Alkohol, narkotika, dopning och tobak

De nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna upphör i och med årets utgång. Med utgångspunkt i befintlig forskning, erfarenheter och i den utvärdering av handlingsplansarbetet som Statens folkhälsoinstitut presenterade i januari 2010 kommer arbetet med alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksprevention även fortsättningsvis att ges hög prioritet. Regeringen har därför för avsikt att fortsätta sina satsningar inom ANDT-området på samma nivå som föregående mandatperiod. Den närmare inriktningen kommer att presenteras i en samlad ANDT-strategi för perioden 2011–2015. Årliga åtgärdsprogram kommer tas fram inom ramen för ANDT-strategin. Inriktningen för den kommande strategin kommer vara att via en tydlig målstruktur bidra till kontinuitet och ökad långsiktighet i ANDT-arbetet samt en struktur för ökad samordning och samverkan och uppföljning som även omfattar det civila samhället och dess organisationer.

Skadlig alkoholkonsumtion är en av de viktigaste riskfaktorerna för förtida dödlighet och

skador i Sverige och en bidragande och underliggande riskfaktor för över 60 olika sjukdomar och skador. En minskning av alkoholkonsumtionens samlade skadeverkningar är därför angeläget för att förbättra folkhälsan, minska sociala problem samt motverka olycksfall, skador, våldsbrott och övergrepp. Utvecklingen inom alkoholområdet är i allt större utsträckning beroende av vad som pågår i vår omvärld. Sverige kommer därför att fortsätta att arbeta för en mer folkhälsobaserad och restriktiv alkoholpolitik inom EU och för en global uppslutning bakom WHO:s nyligen antagna globala alkoholstrategi.

Narkotika- och dopningsmissbruket är inte lika omfattande som bruket av alkohol och tobak men det orsakar otaliga mänskliga tragedier, inte minst för anhöriga, varför ett fortsatt intensivt arbete mot narkotika och dopning är nödvändigt. Det finns en bred folklig och politisk uppslutning kring arbetet för ett narkotikafritt samhälle. De narkotikapolitiska insatserna ska fokusera på att begränsa både tillgången till och efterfrågan på narkotika och dopningspreparat. I det internationella samarbetet är värnandet av FN:s narkotikakonventioner prioriterat. Regeringen tillsatte i augusti en särskild utredare för att se över det internationella narkotikaarbetet.

Tobaksrökning är fortsatt den största enskilda riskfaktorn för sjukdom och förtida död i Sverige. Att minska tobaksbruket är därför en prioriterad fråga. Regeringen har för avsikt att fortsätta insatserna för att förebygga nyrekrytering bland barn och unga och stödja dem som vill sluta använda tobak genom att stödja det lokala arbetet, bl.a. i skolan och stimulera användandet av rökavvänjningsmetoder. Både inom EU och inom ramen för WHO:s ramkonvention kommer det internationella samarbetet att utvecklas.

För det samlade ANDT-arbetet kommer inriktningen även fortsättningsvis vara att bidra till en långsiktigt hållbar struktur för arbetet med alkohol, narkotika, dopning och tobak i Sverige. Ett flertal studier både nationellt och internationellt har visat att detta är en förutsättning för ett samordnat, effektivt och kunskapsbaserat ANDT-arbete och brottsförebyggande arbete inom området. Regeringen prioriterar fortsatt samverkan kring kunskapsbaserade insatser riktade till barn, ungdomar och deras föräldrar, särskild prioritet bör ges till riktade insatser för stöd till barn och unga som löper stor risk att hamna i missbruk eller växer upp i utsatta mil-

jöer. Att ge utsatta barn det stöd som behövs för att undvika att de hamnar i ett socialt utanförskap och motverka fysisk och psykisk ohälsa är kanske den viktigaste uppgiften inom folkhälsopolitiken inför framtiden. Arbetet med metodutveckling, informationsspridning och kompetensuppbyggnad behöver prioriteras under kommande år.

Likasa bör arbetet inom primärvård, företagshälsovård och studenthälsa för att tidigt upptäcka och ge stöd till personer med riskbruk av ANDT fortsätta. Ett fortsatt arbete för generell tillgångs- och efterfrågebegränsning är viktigt för att minska såväl skador på grund av ANDT och samhällets kostnader. Arbetet med att förstärka tillsynen inom alkohol- och tobaksområdena kommer att fortsätta. En väl fungerande samordning på nationell och regional nivå krävs för att möjliggöra en effektivare resursanvändning genom att kommuner, landsting, berörda myndigheter och frivilligsektor samverkar. Stödet till de s.k. länssamordnarna kommer därför att fortsätta.

Spelberoende

Insatserna mot spelberoende har under den senaste tioårsperioden dominerats av grundläggande åtgärder, såsom kunskapsinhämtande, stöd till de mest drabbade och informations-spridning till nyckelgrupper. Målsättningen med arbetet mot spelberoende bör vara att integrera det i det allmänna folkhälsoarbetet, socialtjänstens och hälsovårdens insatser.

Smittskydd och hälsoskydd

Regeringen avser att fortsätta arbetet för en hög beredskap mot spridning av smittsamma sjukdomar. Grundläggande för en hög beredskap är förmågan att kunna förutse händelser och vidta förebyggande åtgärder. En god beredskap måste präglas av uthållighet, långsiktighet samt samverkan och samarbete mellan alla berörda. Beredskapsarbetet måste präglas av stor flexibilitet och anpassningsförmåga till förändrade omvärldskrav och förändrade sjukdomspanorama. Hanteringen av och beredskapen inför större kriser ställer allt större krav på nationell samordning. En samordning, såväl nationellt, regionalt som lokalt, är en förutsättning för en god krishan-

tering. Det har med all tydlighet visats under den nya influensan A (H1N1).

Långsiktighet är ett nyckelord för att säkerställa en fortsatt och utvecklad god svensk smittskyddsberedskap. Flexibilitet är ett annat nyckelord för att kunna hantera nya smittämnen och andra ämnen som kan utgöra ett hot och som får en förändrad utbredning eller som återuppträder.

Det är angeläget att skapa goda betingelser för de myndigheter som har att axla de utmaningar som smittskyddsarbete innebär i dag och i framtiden. Det behövs tydliga och sammanhållna uppdrag som lätt kan förstås av de ansvariga inom smittskyddsområdet i landet och som tillgodoser deras behov av myndighetsstöd. Inte minst är detta viktigt i smittutbrottsituationer.

Regeringen har i propositionen Myndigheterna inom smittskyddsområdet konstaterat att det behövs en rad förändringar av den verksamhet som i dag bedrivs vid myndigheterna för att långsiktigt hantera de utmaningar som finns inom smittskyddsområdet. Smittskyddsinstitutet ombildades den 1 juli 2010 och tillsammans med övriga förändringar av ansvarsfördelningen som då genomfördes är det ett steg mot en mer ändamålsenlig myndighetsstruktur inom smittskyddsområdet.

Arbetet med att utveckla myndighetsstrukturen inom smittskyddsområdet kommer även fortsättningsvis vara högt prioriterat.

Pandemi och andra hälsohot

Allt större krav kommer att ställas på medlemsländer i EU och WHO att samarbeta inom området hälsohot. Pandemin har visat att det internationella samarbetet och EU-samarbetet tar stora resurser i anspråk och en planering framöver för ett ökat engagemang är nödvändig. Lissabonfördraget innebär helt troligt att samarbetet inom området kommer att öka med initiativ inom området övervakning, tidig varning för och bekämpning av allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Initiativ inom EU för att främja samordningen som riktlinjer och bästa praxis kommer säkerligen att öka. Sverige bedömer det viktigt och nödvändigt att prioritera det internationella samarbetet och EU-samarbetet för att stärka den nationella beredskapen inom området. Enskilda nationella

satsningar räcker inte för skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar och andra hälsohot.

Den pandemiska spridningen av influensa A (H1N1) har inneburit påfrestningar på såväl de statliga myndigheterna inom smittskydds- eller krisberedskapsområdet som på landsting och kommuner. Det är viktigt att detta utvärderas. Därför har regeringen givit uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap att utvärdera förberedelserna inför och hanteringen av pandemin samt att genomföra en omvärldsanalys av tillgången till influensavaccin för att täcka behov vid en framtida influensapandemi respektive en uppföljning av det avtal om pandemigaranti som tecknats för pandemin av influensa A (H1N1).

Hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Ökningen av antalet inhemska fall av hivinfektion i Sverige avspeglar dels den globala hivepidemins 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. 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 hälsosamtal för nyanlända invandrare från högendemiska områden för hiv/aids och insatser för de tyngsta missbrukarna.

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 och oönskade graviditeter bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar. Det hivförebyggande arbetet bör även fortsättningsvis införlivas i de lokala huvudmännens ordinarie arbete. Ett sätt att stimulera till intensifierat arbete mot hiv/aids på lokal nivå är de medel som regeringen avsätter

för att fördela enligt en årlig överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen

De senaste tio åren har flera nya vacciner introducerats. De nya vaccinerna kännetecknas av att de inte är avsedda att bekämpa utbredda, svåra barn- eller folksjukdomar. Utmärkande för de nya vaccinerna är istället att de motverkar antingen svåra sjukdomar med få fall eller sjukdomar som sällan är svåra, men som drabbar många. Med beaktande av utvecklingen på vaccinområdet beslutade regeringen den 30 oktober 2008 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera vilka åtgärder som kan behöva vidtas när det gäller regleringar, beslutsprocesser, beslutskriterier, finansieringsformer och uppföljningssystem för vaccinationer som samhället erbjuder och subventionerar.

Utredningen överlämnade den 1 juni 2010 betänkandet Ny ordning för nationella vaccinationsprogram (SOU 2010:39). Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Antibiotikaresistens

Utvecklingen och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier är ett allvarligt hälsohot både inom Sverige och globalt. Regeringen presenterade i propositionen Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar (prop. 2005/06:50, bet. 2005/06:SoU13, rskr. 2005/06:178) en handlingsplan för det fortsatta arbetet med att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människor och djur. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utvärdera handlingsplanen och kommer att lämna en redovisning i oktober 2010 och en slutredovisning i mars 2011. Regeringen kommer därefter att utarbeta en ny strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar, både avseende nationella och internationella frågor.

Behovet av nya antibiotika är stort. Aktuella uppgifter visar emellertid att forskning och utveckling av nya antibiotika har varit lågprioriterat under de senaste decennierna. Antibiotikaresi-

stens var ett av de områden som den svenska regeringen prioriterade under ordförandeskapet i EU 2009. Behovet att fokusera på antibiotika-resistensutvecklingen kvarstår dock även efter det svenska ordförandeskapet i EU (se även avsnitt 3.8.1 i delområde hälso- och sjukvård).

Vissa typer av åtgärder kräver internationellt samarbete eftersom enskilda länder sällan har varken resurser eller kunskap/expertis för att hantera dem själva. Internationellt samarbete motiveras också av behovet av policyutveckling, möjligheten till kunskaps- och erfarenhetsutbyte liksom av behovet av biståndsinsatser och internationell solidaritet. Ett långsiktigt målmedvetet engagemang behövs på internationell nivå och Sverige har förutsättningar att aktivt bidra till ett framgångsrikt resultat.

4.11 Budgetförslag

4.11.1 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 4.3 Anslagsutveckling för 2:1 Statens folkhälsoinstitut

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 132 496 | Anslags-sparande | 12 593 |
| 2010 | Anslag | 132 170 ¹ | Utgifts-prognos | 129 766 |
| 2011 | Förslag | 133 973 | | |
| 2012 | Beräknat | 137 161 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 140 230 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 143 213 ⁴ | | |

¹ Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 135 817 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 136 928 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 136 736 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Statens folkhälsoinstituts förvaltningskostnader.

Statens folkhälsoinstitut är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. Institutet 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.

Större delen av anslagssparandet från 2009 utgörs av medel för återbetalning av avgifter som

tagits ut med stöd av alkohollagen (1994:1738) men som av domstol bedömts vara i strid med EG-fördraget. 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*. År 2011 avsätter regeringen, med hänsyn till pris- och löneomräkning, 3 047 000 kronor för detta ändamål.

Regeringens överväganden

Tabell 4.4 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut

| Tusental kronor | | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010 ¹ | 132 170 | 132 170 | 132 170 | 132 170 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 903 | 2 219 | 4 112 | 7 205 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | -100 | -101 | -102 | -105 |
| Övrigt ³ | 1 000 | 2 873 | 4 050 | 3 942 |
| Förslag/ beräknat anslag | 133 973 | 137 161 | 140 230 | 143 213 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) även till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för Statens folkhälsoinstituts verksamhet i stort bör kvarstå.

Anslaget minskas med 100 000 kronor till följd av ändrad finansiering av verksamhetsstödet för den statliga budgetprocessen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 133 973 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Statens folkhälsoinstitut* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 137 161 000 kronor, för 2013 till 140 230 000 kronor och för 2014 till 143 213 000 kronor.

4.11.2 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tabell 4.5 Anslagsutveckling för 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

| År | Utfall | 196 138 | Anslags- sparande | -2 690 |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 196 138 | | |
| 2010 | Anslag | 195 669 ¹ | Utgifts- prognos | 191 603 |
| 2011 | Förslag | 196 923 | | |
| 2012 | Beräknat | 198 840 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 207 168 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 211 378 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 196 879 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 202 278 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 201 800 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Smittskyddsinstitutets förvaltningskostnader.

Smittskyddsinstitutet (SMI) är central förvaltningsmyndighet och ska genom kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning främja befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och bidra till att landets smittskydd fungerar effektivt.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.6 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt-kostnad) |
|-----------------------|----------|-----------|------------------------------|
| Utfall 2009 | 33 927 | 69 039 | -35 112 |
| (varav tjänsteexport) | 5 % | | |
| Prognos 2010 | 35 000 | 69 500 | -34 500 |
| (varav tjänsteexport) | 6 % | | |
| Budget 2011 | 36 000 | 69 500 | -33 500 |
| (varav tjänsteexport) | 5 % | | |

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och experimentell biomedicin. Inkomsterna disponeras av SMI. Den speciella diagnostiken finansieras med avgifter. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191), vilket innebär att full avgiftsfinansiering inte krävs. Underskottet för den experimentella biomedicinen uppgick 2009 till cirka 35 miljoner kronor, vilket till stor del beror på lokal- och kapitalkostnaderna för SMI:s djurhus.

Regeringens överväganden

Tabell 4.7 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010 ¹ | 195 669 | 195 669 | 195 669 | 195 669 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | -70 | 1 878 | 4 658 | 9 213 |
| Beslut | 9 000 | 9 000 | 8 999 | 8 999 |
| Överföring till/från andra anslag | -7 764 | -7 841 | -2 327 | -2 380 |
| Övrigt ³ | 88 | 135 | 169 | -123 |
| Förslag/beräknat anslag | 196 923 | 198 840 | 207 168 | 211 378 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmissig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) även till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Regeringen har i propositionen Myndigheterna inom smittskyddsområdet konstaterat att det behövs en rad förändringar av den verksamhet som i dag bedrivs vid Smittskyddsinstitutet (SMI) och Socialstyrelsen för att långsiktigt hantera de utmaningar som finns inom smittskyddsområdet.

Förändringarna innebär bl.a. att uppgifter som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara blodburna sjukdomar överförs från Socialstyrelsen till SMI. Till följd av detta minskas anslag 9:1 *Socialstyrelsen* med 8 100 000 kronor och anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* ökas med motsvarande belopp. Vidare överförs 236 000 kronor 2011 och 2012 från anslag 9:1 *Socialstyrelsen* till anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* avseende finansiering av systemet för att följa utbredningen och konsekvenserna av en pandemi i samhället.

Vidare ska viss forskningsverksamhet överföras till Karolinska institutet. Till följd av detta minskas anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* med 16 000 000 kronor åren 2011–2012 och med 10 265 000 kronor fr.o.m. 2013. Anslag 2:16 *Karolinska institutet: Forskning och forskarutbildning* inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning ökas med motsvarande belopp. Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama) ska inordnas i SMI:s linjeorganisation. Anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* ökas därmed

med 9 000 000 kronor och anslag 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* minskas med motsvarande belopp. Anslaget minskas med 100 000 kronor till följd av ändrad finansiering av verksamhetsstödet för den statliga budgetprocessen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 196 923 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Smittskyddsinstitutet* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 198 840 000 kronor, för 2013 till 207 168 000 kronor och för 2014 till 211 378 000 kr.

4.11.3 2:3 Alkoholsortimentsnämnden

Tabell 4.8 Anslagsutveckling för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

| År | Utfall | Anslags-sparande | Utgifts-prognos | 2010 |
|-------------|----------------|------------------|-----------------|------|
| 2009 | Utfall | 33 | | 190 |
| 2010 | Anslag | 221 ¹ | | 216 |
| 2011 | Förslag | 222 | | |
| 2012 | Beräknat | 224 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 227 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 232 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 222 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 222 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 222 tkr i 2011 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 4.9 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:3 Alkoholsortimentsnämnden

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Anvisat 2010¹ | 221 | 221 | 221 | 221 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löne- omräkning ² | 1 | 3 | 6 | 11 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 222 | 224 | 227 | 232 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 222 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 224 000 kronor, för 2013 till 227 000 kronor och för 2014 till 232 000 kronor.

4.11.4 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tabell 4.10 Anslagsutveckling för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

| År | Utfall | Anslags-sparande | Utgifts-prognos | 2010 |
|-------------|----------------|---------------------|-----------------|--------|
| 2009 | Utfall | 17 323 | | 2 466 |
| 2010 | Anslag | 19 404 ¹ | | 14 895 |
| 2011 | Förslag | 19 579 | | |
| 2012 | Beräknat | 19 824 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 20 045 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 20 249 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 19 579 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 19 579 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 19 552 tkr i 2011 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 2011, inklusive NHV, fastställs i november 2010 och vad respektive land ska betala beslutas kort därefter.

Regeringens överväganden

Tabell 4.11 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:4 Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 19 404 | 19 404 | 19 404 | 19 404 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 175 | 420 | 641 | 873 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -28 |
| Förslag/beräknat anslag | 19 579 | 19 824 | 20 045 | 20 249 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 579 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 19 824 000 kronor, för 2013 till 20 045 000 kronor och för 2014 till 20 249 000 kronor.

4.11.5 2:5 Bidrag till WHO

Tabell 4.12 Anslagsutveckling för 2:5 Bidrag till WHO

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2009 | Utfall | 40 904 | Anslags-sparande | 2 761 |
| 2010 | Anslag | 34 665 ¹ | Utgifts-prognos | 36 667 |
| 2011 | Förslag | 34 665 | | |
| 2012 | Beräknat | 34 665 | | |
| 2013 | Beräknat | 34 665 | | |
| 2014 | Beräknat | 34 665 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för finansiering av 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 medlemsavgifterna, dvs. den reguljära budget 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 2011 uppgå till cirka 5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll uppgår 2011 till cirka 61 000 amerikanska dollar.

Tabell 4.13 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:5 Bidrag till WHO

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 34 665 | 34 665 | 34 665 | 34 665 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 34 665 | 34 665 | 34 665 | 34 665 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:5 *Bidrag till WHO* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor per år.

4.11.6 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 4.14 Anslagsutveckling för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 226 275 | Anslags-sparande | 48 770 |
| 2010 | Anslag | 208 454 ¹ | Utgifts-prognos | 210 170 |
| 2011 | Förslag | 89 754 | | |
| 2012 | Beräknat | 89 754 | | |
| 2013 | Beräknat | 89 754 | | |
| 2014 | Beräknat | 89 754 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att finansiera insatser som förstärker folkhälsoarbetet inom angelägna områden.

Regeringens överväganden

Medel från anslaget fördelas till insatser som är viktiga för folkhälsan, exempelvis nykterhetsorganisationer och andra organisationer som arbetar med alkoholskadeförebyggande verksamhet och med stöd och hjälp till personer med missbruksproblem, till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, till insatser för att förebygga spelberoende och till den fortsatta utvecklingen av skaderegistreringssystemet Injury Data Base.

Med anledning av den tillfälliga satsningen 2008–2010 minskar anslaget med 115 500 000 kronor.

Med anledning av utbrottet av influensa A (H1N1) och den efterföljande utvecklingen fanns anledning att komplettera befintliga beredskapslager av antivirala läkemedel och antibiotika. Anslaget föreslås därför öka med 5 800 000 kronor för att finansiera räntor och amorteringar avseende inköp av antivirala läkemedel och antibiotika.

Strategigruppen för rationell antibiotikavårdning och minskad antibiotikaresistens (Strama) ska inordnas i SMI:s linjeorganisation. Anslag 2:2 *Smittskyddsinstitutet* ökas därmed

med 9 000 000 kronor och anslag 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* minskas med motsvarande belopp.

Tabell 4.15 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 208 454 | 208 454 | 208 454 | 208 454 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | -118 700 | -118 700 | -118 700 | -118 700 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 89 754 | 89 754 | 89 754 | 89 754 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 89 754 000 kronor anvisas under anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 89 754 000 kronor per år.

4.11.7 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder

Tabell 4.16 Anslagsutveckling för 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder²

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 250 529 | Anslags-sparande | 6 228 |
| 2010 | Anslag | 256 757 ¹ | Utgifts-prognos | 251 514 |
| 2011 | Förslag | 256 757 | | |
| 2012 | Beräknat | 256 757 | | |
| 2013 | Beräknat | 256 757 | | |
| 2014 | Beräknat | 256 757 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Anslaget benämndes tidigare Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

Ändamålet för anslaget är att finansiera särskilda alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder.

Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkohol- och tobakskonsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bör fortsätta. De särskilda satsningarna inom det alkohol-, narko-

tika-, dopnings- och tobakspolitiska området bör därför fortsätta och regeringen har för avsikt att återkomma med en strategi för insatserna under perioden 2011–2015.

Tabell 4.17 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 256 757 | 256 757 | 256 757 | 256 757 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 256 757 | 256 757 | 256 757 | 256 757 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 757 000 kronor anvisas under anslaget 2:7 *Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 256 757 000 kronor per år.

4.11.8 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 4.18 Anslagsutveckling för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

| År | Utfall | 144 547 | Anslags-sparande | -683 |
|------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 144 547 | Anslags-sparande | -683 |
| 2010 | Anslag | 145 502 ¹ | Utgifts-prognos | 141 585 |
| 2011 | Förslag | 145 502 | | |
| 2012 | Beräknat | 145 502 | | |
| 2013 | Beräknat | 145 502 | | |
| 2014 | Beräknat | 145 502 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål 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

Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Därutöver kan medel användas till finansiering av insatser på nationell nivå och till övergripande samordning och uppföljning m.m.

För 2011 avsätts medel för att bidra till kostnader för personal vid det Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll (ECDC) för rätt till primärvård inom Stockholms läns landsting till samma kostnad som övriga bosatta inom landstinget erbjuds.

Regeringens överväganden

Tabell 4.19 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 145 502 | 145 502 | 145 502 | 145 502 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 145 502 | 145 502 | 145 502 | 145 502 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget 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 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor per år.

4.11.9 2:9 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 4.20 Anslagsutveckling för 2:9 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

| År | Utfall | 78 400 | Anslags-sparande | 6 600 |
|------|----------------|---------------------|------------------|-------|
| 2009 | Utfall | 78 400 | Anslags-sparande | 6 600 |
| 2010 | Anslag | 85 000 ¹ | Utgifts-prognos | 3 089 |
| 2011 | Förslag | 85 000 | | |
| 2012 | Beräknat | 85 000 | | |
| 2013 | Beräknat | 85 000 | | |
| 2014 | Beräknat | 85 000 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Regeringens överväganden

Tabell 4.21 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 2:9 Insatser för vaccinberedskap

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 85 000 | 85 000 | 85 000 | 85 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 85 000 | 85 000 | 85 000 | 85 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap i uppdrag att utvärdera förberedelserna inför influensapandemin och hanteringen av den nya influensan A (H1N1). I uppdraget ingår att utvärdera genomförandet av den nationella vaccinationsinsatsen och att analysera effekterna av insatsen. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2011. Socialstyrelsen har vidare fått i uppdrag att genomföra en omvärldsanalys av tillgången på influensavaccin och en uppföljning av det avtal om pandemigaranti som tecknades 2007. Uppdraget ska avrapporteras senast den 15 oktober 2010. Regeringen avser att efter myndigheternas utvärderingar av erfarenheterna av nuvarande vaccinavtal ta ställning till hur vaccinförsörjningen bör säkras i framtiden.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 85 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:9 *Insatser för vaccinberedskap* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor per år.

4.12 Övrig statlig verksamhet

Systembolaget AB 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 för-

bättra folkhälsan. Koncernens verksamhet bedrivs i Systembolaget AB och de helägda dotterbolagen Lagena Distribution AB, IQ-initiativet AB samt AB K14 Näckströmsgatan. Systembolagets styrelse fattade den 29 april 2010 beslut om att avyttra Lagena Distribution AB.

Systembolaget sålde 449 (417) miljoner liter alkoholdrycker under 2009. Uppgifterna inom parentes avser motsvarande data för 2008. Det är en ökning med 7,6 procent jämfört med 2008. Volymökningen hänför sig främst till varugrupperna vin och starköl som ökade med 9,0 respektive 6,9 procent. Intäkterna uppgick under 2009 till 23 360 (21 296) miljoner kronor, en ökning med 9,7 procent. Antalet kunder hos Systembolaget ökade under 2009 med 5,4 procent till 114 miljoner.

Försvagningen av den svenska kronan har ökat Systembolagets försäljning. Svenskar åker i mindre utsträckning utomlands för att handla alkohol samtidigt som gränshandeln från våra nordiska grannländer ökar. Trots att Systembolagets försäljning har ökat är den samlade bedömningen av SoRAD att alkoholkonsumtionen i Sverige ligger på en oförändrad nivå. 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. Moderbolagets omsättning ökade under 2009 med 9,7 procent till 23 360 (21 296) miljoner kronor.

Koncernens resultat före skatt uppgick till 467 (833) miljoner kronor. Finansnettot uppgick till 73 (698) miljoner kronor. I jämförelsesiffrorna ingår reavinsten från försäljningen av Systembolaget Fastigheter AB med 573 miljoner kronor.

Systembolaget hade vid årsskiftet 412 (411) butiker i 288 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 2009 begärdes legitimation i 93 (90) procent av kontrollköpen, vilket är i nivå med bolagets målsättning. Opinionsindex för 2009, som mäter hur stor andel av Sveriges befolkning som vill behålla Systembolaget och detaljhandelsmonopolet för alkohol, har ökat till 66 (64) 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 4.22 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren

Miljoner kronor

| | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nettoomsättning | 23 360 | 21 296 | 20 211 | 19 039 | 18 083 |
| Resultat efter finansiella poster | 467 | 833 | 366 | 602 | 513 |
| Eget kapital | 2 213 | 2 069 | 2 163 | 2 071 | 1 989 |
| Räntabilitet på eget kapital ¹ | 16,1 | 36,6 | 13,9 | 20,6 | 17,7 |
| Medeltalet årsanställda | 3 219 | 3 232 | 3 049 | 3 026 | 2 960 |
| Arbetsproduktivitet ² | 838 | 798 | 775 | 766 | 743 |
| Lageromsättnings hastighet ³ | 25,4 | 23,2 | 22,3 | 21,3 | 20,5 |

¹ Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

² Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

³ Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

Tabell 4.23 Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måloppfyllelse

| Perspektiv | Strategiska nyckeltal | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | Mål 2010 | Mål 2013 |
|-------------|--|------|------|------|------|------|----------|----------|
| Samhälle | Opinionsindex | 66 | 64 | 61 | 57 | 55 | 66 | 66 |
| | Ålderskontroll, procent ¹ | 93 | 90 | 85 | 88 | 89 | 93 | 94 |
| Kund | Nöjd-Kund-Index (NKI) | 78 | 77 | 75 | 74 | 73 | 78 | 80 |
| Medarbetare | Nöjd-Medarbetare-Index (NMI) | 75 | 74 | 72 | 70 | 70 | 75 | 75 |
| Finansiellt | Handelsmarginal exkl. alkoholskatt (moderbolaget), procent | 22,2 | 22,6 | 23,1 | 24,3 | 25,5 | 22,5 | 22,5 |

¹ Årlig ålderskontroll genomförd av oberoende bolag av ungdom.

5 Funktionshinderspolitik

5.1 Inledning

Utgångspunkten i funktionshinderspolitiken är att samhället ska utformas så att alla människor, inklusive de som har en funktionsnedsättning, ges möjlighet till full delaktighet i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor. Den del av funktionshinderspolitiken som presenteras inom detta område omfattar de sektorsövergripande insatser som syftar till att åstadkomma ett samhälle utan hinder för delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor. Det innebär att generella lösningar som fungerar för så många som möjligt alltid är det främsta alternativet. Om generella lösningar inte räcker till för att skapa förutsättningar för full delaktighet ska insatser och individuella stöd kunna komplettera.

Funktionshinderspolitik är sektorsövergripande och ett gemensamt ansvar för samtliga områden. Regeringens politik samordnas inom Socialdepartementet men genomförs och redovisas mer ingående inom respektive område. I genomförandet och uppföljning av handikappolitiken samordnar Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) arbetet medan det genomförs av myndigheter inom de flesta samhällssektorer.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling Funktionshinderspolitik

Miljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Område Funktionshinderspolitik</i> | | | | | | | |
| 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning | 19 679 | 20 252 | 19 957 | 20 358 | 20 560 | 20 848 | 21 294 |
| 3:2 Bidrag till handikapporganisationer | 183 660 | 182 742 | 182 742 | 182 742 | 182 742 | 182 742 | 182 742 |
| Summa Funktionshinderspolitik | 203 339 | 202 994 | 202 699 | 203 100 | 203 302 | 203 590 | 204 036 |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

5.3 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 funktionshinder.

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 funktionshinder,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Terminologirådet hos Socialstyrelsen har den 4 oktober 2007 beslutat om ett antal termer på det handikappolitiska området. De nya termerna har publicerats i Socialstyrelsens termbank. Termerna funktionsnedsättning och funktionshinder har där getts följande definitioner: Funktionsnedsättning beskriver nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionshinder beskriver i sin tur den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Handikapp tas bort och termen avråds som synonym till såväl funktionsnedsättning som funktionshinder. Som en konsekvens av detta ändras politikområdet Handikappolitik till Funktionshinderspolitik och benämningen människor med funktionshinder i målen ändras till människor med funktionsnedsättning (enligt prop. 2008/09:28 Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning, sid. 8).

5.4 Uppföljning av den nationella handlingsplanen och grunden för en strategi framåt

Under 2009 har arbetet med den tredje och sista uppföljningen av den nationella handlingsplanen Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79) genomförts. Uppföljningen presenterades som en skrivelse (skr. 2009/10:166) till riksdagen. Där redovisades arbetet med att genomföra handlingsplanen sedan den antogs av riksdagen 2000 och fram till 2010 samt grunden och inriktningsmål för en strategi framåt.

Uppföljningen av handlingsplanen visar på arbetet etablerat en grund för funktionshinderspolitiken, att förutsättningarna för delaktighet såsom skyddet mot diskriminering och tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning har förbättrats inom flertalet sektorer i samhället och att frågorna som en del av arbetet med mänskliga rättigheter har stärkts. Samtidigt återstår en del arbete innan personer med funktionsnedsättning kan delta i samhällets alla delar på jämlika villkor.

Funktionshinderspolitiken genomförs inom flertalet samhällsområden och många departement har deltagit i arbetet med uppföljningen och utformandet av grunden för en strategi framåt. De övergripande målen om full delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor ligger fast och har inom berörda departement brutits ner till sektorsspecifika inriktningsmål. Dessa ska i ett nästa steg konkretiseras i uppföljningsbara delmål som sammanställs i en funktionshinderspolitisk strategi.

Inför uppföljningen har de 14 så kallade sektorsmyndigheterna, de som har inskrivet i sin instruktion att stimulera och samordna det handikappolitiska arbetet inom sina respektive sektorer, haft uppdraget att redovisa sitt arbete mot de handikappolitiska målen under tiden för handlingsplanen. Handisam har därefter samordnat och sammanställt sektorsmyndigheternas redovisningar och lämnat en samlad analys av de redovisade resultaten i förhållande till de handikappolitiska målen.

Handisam menade i sin analys att sektorsmyndigheternas rapportering visar att de tagit initiativ och genomfört en mängd betydelsefulla åtgärder som förbättrat tillgängligheten i samhället för personer med funktionsnedsättning. Rapporteringen visar också på ökat samarbete

inom och mellan sektorerna men att ett problem varit att myndigheterna haft en otydlig målbild och att det behövs en tydligare styrning med en utveckling mot uppföljningsbara mål.

Inför uppföljningen fick även Statskontoret i uppdrag att utvärdera och följa upp arbetet med handlingsplanen. I sin rapport menar Statskontoret att det varit svårt för myndigheterna att tolka de handikappolitiska målen utifrån sin verksamhetssektor. Kunskap och erfarenhet har i stor utsträckning saknats inom sektorsmyndigheterna och det stöd i arbetet som erbjudits bland annat av Handisam har varit alltför generellt.

5.5 Enkelt avhjälp

Regeringen tillsatte 2006 en interdepartemental statssekreterargrupp med uppdraget att ta fram en strategi för hur takten i tillgänglighetsarbetet kunde ökas. Regeringen tog i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting fram strategin, Enkelt avhjälp. Strategin innehåller insatser inom tre prioriterade områden; tillgänglig kollektivtrafik, tillgänglig statsförvaltning och enkelt avhjälpna hinder. Mycket arbete har bedrivits inom ramen för strategin. Insatserna om tillgänglig kollektivtrafik och enkelt avhjälpna hinder redovisas inom utgiftsområde 22 Kommunikationer och utgiftsområde 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande samt konsumentpolitik.

5.6 Jämförelser av tillgänglighetsarbete

Med ambitionen att intensifiera statliga myndigheters tillgänglighetsarbete och förbättra insynen i arbetet, inte minst för medborgarna har Handisam redovisat resultatet av statliga myndigheters tillgänglighetsarbete i form av öppna jämförelser. Redovisningen visar att flera myndigheter kan erbjuda god tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning men att många fortfarande har en lång bit kvar. Bland dem som visar störst brister finns även besöksintensiva myndigheter vilket är särskilt anmärkningsvärt. Jämförelsen visar att den fysiska tillgängligheten är relativt god men att tillgänglig-

het till information, såväl skriftlig som digital, brister. Även i den fysiska tillgängligheten är åtgärder som underlättar för personer med rörelsehinder de som i första hand åtgärdats. Jämförelsen avser myndigheternas arbete för att efterleva förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken vilken anger att statliga myndigheter ska bedriva en verksamhet som är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning.

Handisam har även under året lämnat förslag på indikatorer för jämförelser av tillgängligheten i kommuner och landsting. Inom ramen för ett regeringsuppdrag utvecklades en modell för öppna jämförelser avseende fysisk miljö. Arbetet genomfördes i samverkan med Boverket, Sveriges Kommuner och Landsting, Västra Götalands läns landsting samt åtta pilotkommuner.

Modellen har ett särskilt fokus på enkelt avhjälpna hinder och datainsamling inom tio områden; socialtjänstkontor, idrotts- och sportanläggning, huvudbibliotek, stadshus, fullmäktigesal, simhall eller annan idrottsanläggning, grundskola, reseterminal, vårdcentral och gångvägar.

5.7 Stärkta mänskliga rättigheter

Genom Sveriges ratificering av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har funktionshinderspolicen fått en tydligare grund. Konventionen har också bidragit till att aktualisera MR-perspektivet för personer med funktionsnedsättning.

Ett konkret resultat av konventionen är också att frågan om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i högre utsträckning blivit uppmärksammas i samband med granskningar och främjande av andra konventioner om mänskliga rättigheter.

Sverige deltog i september 2009 i det andra statspartsmötet för den nya konventionen. Detta var en möjlighet att bidra till erfarenhetsutbytet kring några frågor som särskilt aktualiserats. Dessa var tillgänglighet och skälig anpassning samt tillgång till rättssystemet och likhet inför lagen.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning kommer att framöver ligga till grund för den fortsatta funktions-

hinderspolitiken. Detta har också fastlagts i strategin för regeringens kommande politik som överlämnades i en skrivelse till riksdagen i mars 2010.

Ett grundläggande perspektiv i arbetet med att främja mänskliga rättigheter är att bekämpa diskriminering i samhället. Den nya diskrimineringslagen och inrättandet av Diskrimineringsombudsmannen från 1 januari 2009 är ett resultat av strävan att effektivisera bekämpningen av diskriminering och rör samtliga diskrimineringsgrunder och de flesta samhällsområden.

Regeringen har under 2009 följt upp resultaten av den tioåriga handlingsplanen för mänskliga rättigheter. Detta har varit ett betydelsefullt instrument bland annat för att främja mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Utförligare redovisning om mänskliga rättigheter finns inom utgiftsområde 1 Rikets styrelse och om diskriminering finns inom utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet.

5.8 Övrigt sektorsövergripande arbete

5.8.1 Information om tillgänglighet

Under 2009 har Handisam i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting redovisat en kartläggning av hur kommuner och landsting arbetar med tillgänglighetsdatabaser, det vill säga informationsportaler som ger medborgarna information om tillgängligheten på olika platser och till verksamheter i kommuner och landsting. Kartläggningen visade att det fanns behov av samordning då tillgänglighetsguiderna är mycket olika till sin karaktär och många projekt pågår runt om i landet med målet att förbättra tillgängligheten i den fysiska miljön. Handisam fick även under 2009 ett uppdrag kring så kallade tillgänglighetsguider. Uppdraget innebär att sammanställa råd om hur systematisk information om tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning kan presenteras lokalt. I uppdraget ingår också att presentera råd om hur ett inventeringsarbete kring tillgänglighet kan genomföras. Uppdraget genomförs i samråd med Konsumentverket och Sveriges Kommuner och Landsting.

Onödig ohälsa

Rapporten ”Onödig ohälsa” som Statens folkhälsoinstitut, FHI, presenterade 2008 visade att mer än en sjuandedel av befolkningen, cirka 1,5 miljon, har en funktionsnedsättning. Uppgiften är ett resultatet från en nationell folkhälsoenkät som bygger på självskattad hälsa. 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 har under 2009 haft ett särskilt uppdrag och arbetat med att sprida resultaten från rapporten bl.a. genom att stödja uppbyggnaden av lokala nätverk som arbetar för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland personer med funktionsnedsättning. Uppdraget redovisades i september 2010.

Handisam har också under 2010 påbörjat ett treårigt statistikprojektet i samarbete med Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SCB. Detta projekt syftar till att förbättra statistikförsörjningen inom funktionshinderspolitiken och därmed förbättra möjligheten att mäta måluppfyllelsen av de handikappolitiska målen om delaktighet och jämlikhet i levnadsförhållanden för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning. Utgångspunkten är att befintliga mätningar och statistik som tas fram på olika områden även kan åskådliggöra situationen för personer med funktionsnedsättning.

Särskilt bidrag till handikapporganisationer

Som en uppföljning av den översyn av det särskilda bidraget till handikapporganisationerna utifrån Statskontorets rapport (2008:8) Verksamheter för funktionshindrade – förslag till ny bidragsprocess för anslaget 16:4, har arbetet med att förtydliga ändamålet för anslaget och tydliggöra styrningen fortsatt. Varje enskilt bidrag har utvärderats med syfte att hitta en ändamålsenlig hantering. Under året har, som en konsekvens, verksamheten på hjälpmedelscenter Väst uppgått som en ny gren inom Hjälpmedelsinstitutet och medlen har tillförts som ett bidrag till Hjälpmedelsinstitutet.

5.9 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen som granskat årsredovisningen för Myndigheten för handikappolitisk samordning har bedömt att årsredovisningen för 2009 i allt väsentligt är rättvisande.

5.10 Politikens inriktning

5.10.1 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 funktionshindersfrågorna som en del av det arbetet och avser att ytterligare förstärka detta perspektiv i framtiden.

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.

5.10.2 En ny strategi för funktionshinderspolitiken

För att konkretisera de övergripande målen för funktionshinderspolitiken samt de inriktningsmål som angetts i en skrivelse till riksdagen (skr. 2009/2010:106), kommer regeringen under 2011 att fastställa en ny strategi för funktionshinderspolitiken som sträcker sig från 2011 fram till 2016. Strategin ska beskriva de delmål som utformats för genomförandet inom berörda utgiftsområden samt en plan för hur dessa ska följas upp.

I detta ingår bland annat att löpande följa levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning genom ett uppdrag till Statistiska Centralbyrån (S2010/2564/ST). För att förstärka genomförandet av politiken avser regeringen också att föra en dialog med Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för strategin.

Fortsatta jämförelser

En viktig del i arbetet med att övergripande stimulera och följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen är det arbete som Handisam gör i sin uppföljning av tillgängligheten hos de statliga myndigheterna. Detta kommer att fortsätta under 2011 och även arbetet med öppna jämförelser mellan de statliga myndigheterna kommer att vidareutvecklas. Regeringen kommer också att inom ramen för dialogen med Sveriges Kommuner och Landsting vidare diskutera hur arbetet med öppna jämförelser mellan kommunernas och landstingens tillgänglighetsarbete kan breddas.

Uppdrag till länsstyrelserna

Regeringen kommer även inom ramen för ett pågående uppdrag till åtta länsstyrelsen att stimulera arbetet för ökad tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning bland annat i kommunernas översiktsplanering.

Länsstyrelsen i Östergötland, Skåne, Västerbotten, Gävleborg, Uppsala, Jönköping, Stockholm och Dalarna fick i regleringsbrevet för 2010 ett fyraårigt uppdrag att aktivt stödja kommunerna i länet att brett inkludera tillgänglighet för äldre och personer med funktionsnedsättning som ett genomgående perspektiv i planarbetet. Särskild tonvikt ska läggas på kommunala översiktsplaner, detaljplaner, samt frågor kring transportinfrastruktur. Vad gäller byggprocesser ska särskilt uppmärksammas kommunernas rutiner för att efterleva tekniska egenskapskrav gällande tillgänglighet i ombyggnation och reovering av befintligt bostadsbestånd samt arbetet med att undanröja enkelt avhjälpna hinder. De utvalda länsstyrelserna ska också uppmärksamma frågor kring tillgänglighet och användbarhet för äldre och personer med funktionsnedsättning inom ramen för sitt tillsynsansvar. Länsstyrelserna ska också i samråd med kommuner på lämpligt sätt utveckla möjligheten att göra geografiska tillgänglighetsanalyser med utgångspunkt från den modell som beskrivits av länsstyrelsen i Uppsala (uppdrag 35, Länsstyrelsens regleringsbrev 2009).

I uppdraget ingår även att utprova praktiska verktyg för att effektivt kunna hantera frågor om tillgänglighet för personer med funktionsned-

sättning i relevanta delar av länsstyrelsernas och kommunernas planeringsarbete.

Stärkt mångfaldsperspektiv

I skrivelse (skr. 2009/10:166) pekar regeringen på att det framtida arbetet i funktionshinderspolitiken i ökad utsträckning bör utgå från att personer med funktionsnedsättning är flickor, pojkar, kvinnor och män i olika åldrar samt att variationen av etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och könsöverskridande identitet eller uttryck inte nödvändigtvis skiljer sig från den variation som återfinns i hela befolkningen. Därför har Barnombudsmannen, som en av 17 myndigheter, fått i uppdrag att identifiera och formulera delmål samt hur dessa ska följas upp. Vidare har Diskrimineringsombudsmannen fått i uppdrag att stödja Handisam i uppdraget att ta fram ett övergripande uppföljningssystem för funktionshinderspolitiken.

Ansvar för arbetet med att nå målen för funktionshinderspolitiken är ett gemensamt åtagande för regeringen. Lagförslag, uppdrag till myndigheter, olika överenskommelser samt stimulansmedel beslutas inom respektive utgiftsområden.

5.10.3 Övriga prioriterade områden inom samordningen av funktionshinderspolitiken

Sveriges rapportering kring FN konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Sverige ska i januari 2011 avlämna den första rapporten till FN:s kommitté för konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Rapporten ska vara en fullständig redogörelse för de åtgärder som staten har vidtagit för att verkställa sina skyldigheter enligt konventionen. Rapporten ska innehålla specifik information om genomförandet av konventionen och om de framsteg som uppnåtts. Kvinnors och barns situation ska ges särskild uppmärksamhet.

EU:s funktionshindersstrategi

Under det svenska ordförandeskapet avslutades förhandlingen om EU:s tillträde till FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (COHOM:134). Detta är första gången EU har möjlighet att tillträda en FN konvention om mänskliga rättigheter, eftersom Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är det första MR-instrument som ger regionala organisationer rätt att ratificera. Som en förberedelse inför EU:s ratificering pågår förhandlingar om en uppförandekod, code of conduct, som reglerar rollfördelningen mellan EU och medlemsstaterna.

EU avser att 2011 inleda genomförandet av en ny funktionshindersstrategi. Arbetet kommer att baseras på den kommande ratificeringen av FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, arbetet inom EU2020 samt direktivet om likabehandling inom arbetslivet (2000/78/EG). EPSCO-rådet Sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor förväntas fastställa strategin innan årsskiftet 2010/2011.

Avsiktsförklaring – insatser för att stärka inträdet på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

Regeringens strävan att stärka möjligheten för så många som möjligt att, trots skiftande förutsättningar, delta på arbetsmarknaden ligger fast. Personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga tillhör de grupper som alltjämt står längst ifrån arbetsmarknaden. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning föreskriver att staten ska verka för att målgruppen kan delta i arbetslivet på jämlika villkor som andra. De åtgärder som vidtas ska enligt konventionen bland annat främja möjligheter till anställning och befordran samt bidra till att personer med funktionsnedsättning kan bibehålla och återgå till en anställning. Därför är stärkta möjligheter till inträde på arbetsmarknaden för denna grupp en fortsatt viktig prioritering under 2011.

Som ett komplement till de insatser som genomförts och planerats inom utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och Arbetsliv, har regeringen tagit ett samlat initiativ som syftar till att för-

bättra förutsättningarna för personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknaden.

Regeringen avser gå vidare med ytterligare insatser under 2011. Dessa presenteras i regeringens avsiktsförklaring från juni 2010 om insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Där uttalar regeringen bland annat att statliga myndigheter, kommuner och landsting samt företag måste bli bättre på att anställa personer med funktionsnedsättning.

Regeringen har under 2010 påbörjat samtal med arbetsmarknadens parter om hur regeringen och parterna tillsammans kan förbättra möjligheterna för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga att komma in på arbetsmarknaden samt kunna behålla och återgå till arbete. Regeringen avser fortsätta dessa samtal under hösten 2010.

Nya uppdrag och initiativ

Attityder gentemot personer med funktionsnedsättning måste påverkas och goda exempel lyftas fram för att inspirera och visa på möjligheter.

Handisam har regeringens uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), genomföra ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Uppdraget ska pågå till och med 2011.

Inom ramen för detta så kallade attityduppdrag, planeras bland annat särskilda aktiviteter riktade till arbetslivet. I kampanjen "Räkna med oss på arbetsmarknaden" ska företag, myndigheter, kommuner, landsting och fackförbund engageras. Regeringen ska fortsatt verka för att kunskap om psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning förmedlas för att på så sätt bland annat kunna påverka attityderna till att anställa personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Inför 2011 avser regeringen ge Handisam ytterligare ett uppdrag att göra en sammanställning av den kunskap som finns om att arbeta med attitydförändringar och om effektiva metoder. Målet är att bygga en kunskapsbas och en guide som kan vara ett användbart stöd i arbetet med förändrade attityder på och runt arbetsmarknaden.

Regeringen avser också att inom ramen för uppföljningen av de statliga myndigheternas arbete med tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning, ta ett särskilt initiativ till en kartläggning och analys över vilka åtgärder myndigheterna har vidtagit för att anställa personer med funktionsnedsättning. Detta i syfte att tillvarata de erfarenheter som finns och för att sprida goda exempel.

Utredning om teckenspråkstolkning

I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slås fullständigt och faktiskt deltagande och inkludering i samhället fast som en allmänna princip (art. 3). En väl fungerande tolkservice är en grundläggande förutsättning för att säkerställa kommunikation mellan barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva, hörselskadade och hörande. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att kartlägga hur bestämmelserna om vardagstolkning enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) tillämpas samt tydliggöra vad som ingår i den vardagstolkning som landstinget ska erbjuda barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. Rapporten "Begreppet vardagstolkning" visar att det råder oklarheter om ansvarsförhållanden och om vilka kostnader det statliga bidraget för tolktjänsten är avsett att täcka. Gränserna är oklara mellan vad som ingår i begreppet vardagstolkning och som landstingen därmed ansvarar för och den tolkning som annan huvudman ansvarar för.

Regeringen har därför tillsatt en utredning med syfte att göra en sektorsövergripande kartläggning av nuvarande modell för tolkservice. Utredaren ska kartlägga och analysera hur nuvarande organisering, reglering och finansiering av tolk till barndomsdöva, hörselskadade, dövblinda och hörselskadade inom olika samhällsområden fungerar och vid behov lämna förslag med ansvars- och finansieringsprincipen som utgångspunkt. Analysen ska omfatta frågor som rör klagörande av begreppet vardagstolkning, ansvarsfördelning, finansiering, upphandling, tillsyn, IT-utvecklingen och utvecklingsmöjligheter för distanstolkning samt säkerställande av framtida statistiska uttag bl.a. om brukarnas behov.

5.10.4 Utvecklat samråd med handikapporganisationerna

I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slås 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 (art. 4).

Regeringens handikappdelegation är ett viktigt led i genomförandet av funktionshinderspolitiken. I detta forum möter regeringen representanter för handikapporganisationerna och får möjlighet att diskutera genomförandet av politiken utifrån delegationens expertkunskap. Delegationen erbjuder också en möjlighet till återkoppling på olika politiska initiativ samt ett forum att diskutera områden i behov av åtgärder. Genom att Sverige ratificerat FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning så har regeringens ansvar, för att löpande ha en dialog kring funktionshinderspolitiken med representanter för dem som genomförandet främst berör, förtydligats. Handikappdelegationens betydelse har på så sätt stärkts inför framtiden. Det är viktigt att som ett led i delegationens arbete och uppdrag kontinuerligt se över arbetsformer och representation för att arbetet ska bli så effektivt som möjligt. Regeringen har därför inlett ett arbete tillsammans med handikapporganisationerna avseende handikappdelegationens framtida utformning för att säkerställa en effektiv kompetensöverföring mellan organisationerna och Regeringskansliet. Detta arbete ska fortsätta under 2011.

5.11 Budgetförslag

5.11.1 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tabell 5.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | 19 679 | Anslags-sparande | 161 |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2010 | Anslag | 20 252 ¹ | Utgifts-prognos | 19 957 |
| 2011 | Förslag | 20 358 | | |
| 2012 | Beräknat | 20 560 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 20 848 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 21 294 ⁴ | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 20 358 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 20 358 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 20 358 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Myndigheten för handikappolitisk samordnings (Handisam) förvaltningskostnader.

Handisam är en stabsmyndighet till regeringen som ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för Handisams verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 5.3 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 20 252 | 20 252 | 20 252 | 20 252 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löne- omräkning ² | 106 | 308 | 596 | 1 072 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -30 |
| Förslag/be- räknat anslag | 20 358 | 20 560 | 20 848 | 21 294 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) även till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 358 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 20 560 000 kronor, 20 848 000 kronor respektive 21 294 000 kronor.

5.11.2 3:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning

Anslaget upphör (slås ihop med 4:2 under individuella stöd till personer med funktionsnedsättning).

5.11.3 3:2 Bidrag till handikapporganisationer¹

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

| År | Utfall | 183 660 | Anslags- sparande | 0 |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 183 660 | | |
| 2010 | Anslag | 182 742 ¹ | Utgifts- prognos | 182 742 |
| 2011 | Förslag | 182 742 | | |
| 2012 | Beräknat | 182 742 | | |
| 2013 | Beräknat | 182 742 | | |
| 2014 | Beräknat | 182 742 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget 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.

¹ I statsbudgeten för 2010 betecknat som anslag 3:3 Bidrag till handikapporganisationer.

Tabell 5.5 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 182 742 | 182 742 | 182 742 | 182 742 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/be- räknat anslag | 182 742 | 182 742 | 182 742 | 182 742 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).
Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 182 742 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 182 742 000 kronor respektive år.

6 Stöd till personer med funktionsnedsättning

6.1 Omfattning

Den del av funktionshinderspolitiken som redovisas inom detta område omfattar i huvudsak individuella behovsprövade stöd- och serviceinsatser. Generella sektorsövergripande insatser redovisas inom området Funktionshinderspolitik.

Ansvaret för individuellt behovsprövade stöd och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning ligger i stor utsträckning på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och delvis även assistansersättningen. Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommuners verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Statliga bidrag och ersättningar

Inom området redovisas vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet (anslag 4:2). Därutöver redovisas följande individuella stöd: Personligt ombud (anslag 4:1), utrustning för elektronisk kommunikation (anslag 4:3), bilstöd (anslag 4:4) och assistansersättning (anslag 4:5).

Individuella stöd till personer med funktionsnedsättning förekommer även inom andra utgiftsområden. Det kan t.ex. avse vårdbidrag, handikappersättning, statliga stöd inom utbildningsväsendet, olika statliga stöd inom arbetsmarknaden, färdtjänst m.m. Dessa stöd redovisas inom respektive utgiftsområde.

Tillsyn

Socialstyrelsen ansvarar sedan den 1 januari 2010 för all tillsyn och tillståndsgivning enligt socialtjänstlagen och LSS. Socialstyrelsen ansvarar även för normering och kunskap om stöd och service till människor med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen finansieras genom anslag 9:1 *Socialstyrelsen*.

Utgifter

För de anslag som ryms inom området föreslås statens utgifter för 2011 uppgå till cirka 20,8 miljarder kronor.

6.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2010 till 2014 beräknas utgifterna för området Stöd till personer med funktionsnedsättning öka med cirka 5,5 miljarder kronor till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom området beräknas 2010 till cirka 19,5 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 347 miljoner kronor. Utgifterna för 2009 blev 233 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling Stöd till personer med funktionsnedsättning

Miljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Stöd till personer med funktionsnedsättning</i> | | | | | | | |
| 4:1 Personligt ombud | 99 | 99 | 107 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet | 178 | 173 | 173 | 323 | 321 | 319 | 319 |
| 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation | 31 | 31 | 31 | 32 | 32 | 33 | 33 |
| 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder | 222 | 256 | 264 | 256 | 256 | 267 | 267 |
| 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning | 17 567 | 19 297 | 18 934 | 20 160 | 21 475 | 22 843 | 24 299 |
| Summa Stöd till personer med funktionsnedsättning | 18 097 | 19 856 | 19 509 | 20 825 | 22 188 | 23 566 | 25 022 |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget 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 ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande, men också på
- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning.

Ett antal termer inom funktionshinderspolitiken har ändrats. Konsekvensen av detta är att politikområdet handikappolitik ändras till funktionshinderspolitik och benämningen människor med funktionshinder ändras till människor med funktionsnedsättning. Bakgrunden till terminologiförändringarna återfinns i avsnitt 5.3.

6.4

Resultatredovisning

I avsnittet redovisas viktiga individuella stödsutveckling och resultat samt hur stöden svarar mot arbetets inriktning och de handikappolitiska målen. Redovisningen delas in i fem delar – stödinsatser enligt LSS och socialtjänstlagen, assistansersättning till personlig assistans, statens särskilda satsningar för personer med psykisk funktionsnedsättning, bilstöd och hjälpmedel.

6.4.1 Stödinsatser enligt LSS och socialtjänstlagen

Verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (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.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska kommunen verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Kommunen ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Utveckling av stödinsatser enligt LSS

Antalet människor med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar som får insatser enligt LSS från kommunerna ökar stadigt. Under 2009 fick ytterligare cirka 1 500 människor insatser. Även antalet insatser ökar – 2009 med cirka 1 800 insatser. Totalt hade drygt 60 000 människor insatser enligt LSS 2009. Personer som har personlig assistans via assistansersättning inkluderas i detta antal endast i de fall personerna även har andra LSS-insatser (jmf avsnitt 6.4.2). Av de personer som får insatser var 43 procent kvinnor och 57 procent män vilket är oförändrat jämfört med tidigare år (tabell 6.2).

Det är stora variationer mellan såväl län som kommuner, när det gäller andel personer med beslut om insats enligt LSS i förhållande till befolkningen. Hallands och Stockholms län hade de lägsta andelarna där drygt 0,5 procent av befolkningen hade LSS-insatser. Västerbottens län hade den högsta andelen – 0,9 procent. För riket var motsvarande andel 0,65 procent. Daglig verksamhet var den insats som flest personer hade, nästan 29 000 personer (26 procent av samtliga insatser). Cirka 22 900 personer hade insatsen bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (21 procent av samtliga insatser).

Tabell 6.2 Kostnader för kommunala insatser enligt LSS, antal med LSS-insatser och andel kvinnor och män som har insatser samt antal kommunala LSS-insatser totalt och fördelade på kvinnor och män, 2001–2009

| År | Kostnad för LSS ¹ i 2008 års priser (mdkr) | Antal med insatser LSS | Andel kvinnor med insatser % | Andel män med insatser % | Antal insatser LSS | Andel insatser till kvinnor, % | Andel insatser till män, % |
|------|---|------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 2001 | 26,2 | 47 100 | 44 | 56 | 82 400 | 44 | 56 |
| 2002 | 27,8 | 48 600 | 44 | 56 | 85 000 | 44 | 56 |
| 2003 | 28,9 | 51 500 | 44 | 56 | 90 300 | 44 | 56 |
| 2004 | 29,8 | 52 900 | 43 | 57 | 93 100 | 44 | 56 |
| 2005 | 30,1 | 54 300 | 43 | 57 | 95 200 | 44 | 56 |
| 2006 | 31,4 | 55 800 | 43 | 57 | 97 700 | 44 | 56 |
| 2007 | 32,5 | 56 800 | 43 | 57 | 99 500 | 44 | 56 |
| 2008 | 33,7 | 58 700 | 43 | 57 | 102 100 | 43 | 57 |
| 2009 | – | 60 200 | 43 | 57 | 103 900 | 43 | 57 |

¹ Avser även kommunernas kostnader för LASS.

Källa: Kostnader kommer från Socialstyrelsens lägesrapport som avser 2009. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

Kostnaderna för LSS-insatser uppgick till 33,7 miljarder kronor 2008. I fasta priser ökade kostnaderna med 1,2 miljarder jämfört med året innan. Ökningen i fasta priser var 29 procent mellan 2001–2008. Ökade kostnader beror bland annat på att antalet personer som får insatser har ökat markant. Kostnaderna för boende enligt LSS uppgick till 41 procent av kostnaderna för alla insatser till personer med funktionsnedsättning (cirka 42 miljarder för både insatser enligt LSS och socialtjänstlagen) och den övervägande delen avsåg boende till vuxna. Daglig verksamhet enligt LSS svarade för cirka 13 procent.

En betydande majoritet av de som har insatser enligt LSS är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd, 83 procent. Trenden är också att det är denna personkretsgrupp som svarar för den huvudsakliga ökningen av personantalet de senaste åren. Inom personkretsgrupp 3 minskar antalet något. Här inkluderas dock inte personer som enbart beviljats personlig assistans genom assistansersättning enligt lagen om assistansersättning. Bland dem som beviljats assistansersättning är personer i personkretsgrupp 3 i majoritet (55 procent).

Tabell 6.3 Antal personer med insats enligt LSS fördelade efter ålder och personkrets, 2003–2009

| År | Antal 0–12 år | 0–19 år | 20–44 år | 45–64 år | 65– år | Personkrets 1 | Personkrets 2 | Personkrets 3 |
|-----------|------------------|---------|----------|----------|--------|------------------|------------------|------------------|
| 2003 | 5 900 | 14 000 | 19 900 | 14 000 | 3 600 | 40 900 | 1 400 | 9 200 |
| varav män | 64 % | 62 % | 56 % | 54 % | 49 % | 57 % | 66 % | 51 % |
| kvinnor | 36 % | 38 % | 44 % | 46 % | 51 % | 43 % | 34 % | 49 % |
| 2005 | 5 500 | 14 800 | 21 200 | 14 400 | 3 900 | – | – | – |
| varav män | 64 % | 62 % | 56 % | 54 % | 49 % | | | |
| kvinnor | 36 % | 38 % | 44 % | 46 % | 51 % | | | |
| 2007 | 4 800 | 15 000 | 23 000 | 14 700 | 4 100 | 46 900 | 1 700 | 8 300 |
| varav män | 64 % | 63 % | 56 % | 56 % | 50 % | 58 % | 65 % | 51 % |
| kvinnor | 36 % | 37 % | 44 % | 44 % | 50 % | 42 % | 35 % | 49 % |
| 2008 | 4 900 | 15 200 | 24 100 | 15 100 | 4 400 | 48 500 | 1 800 | 8 400 |
| varav män | 65 % | 63 % | 56 % | 55 % | 51 % | 58 % | 65 % | 51 % |
| kvinnor | 35 % | 37 % | 44 % | 45 % | 49 % | 42 % | 35 % | 49 % |
| 2009 | 4 900 | 15 400 | 25 100 | 15 200 | 4 600 | 50 200 | 1 900 | 8 200 |
| varav män | 66 % | 64 % | 56 % | 55 % | 50 % | 58 % | 64 % | 51 % |
| kvinnor | 34 % | 36 % | 44 % | 45 % | 50 % | 42 % | 36 % | 49 % |

Personkrets 1: Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd.

Personkrets 2: Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

Personkrets 3: Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och försakar

betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Statistiken är hämtad från Socialstyrelsens officiella statistik Socialtjänst Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS, avrundat till 100-tal. Mättag är den 1 oktober varje år. Statistik uppdelad på personkrets saknas 2004–2006. Statistiken rymmer inte personer som endast har insatsen råd och stöd.

Enligt Socialstyrelsens Lägesrapport 2010 är det framförallt två åldersgrupper som har en förhållandevis kraftig ökning. Det är åldersgrupperna 15–19 år och 20–24 år. Ökningen är något större för åldersgruppen 20–24 år samt för män i de båda åldersgrupperna. Men även inom gruppen 65 år och äldre ökar antalet. Sedan 2003 har antalet ökat med nästan 30 procent. Personer över 65 år kan dock bara få personlig assistans om de haft assistans innan 65-årsdagen.

Pojkar och unga män får insatser i betydligt högre utsträckning än flickor och unga kvinnor. Med högre ålder fördelar sig insatserna mer lika mellan könen och från 65 års ålder och uppåt får män och kvinnor i stort sett lika mycket insatser. Det finns inga aktuella studier som förklarar orsakerna till detta.

Individuella planer

En individuell plan enligt LSS är en rättighet som den enskilde kan begära i samband med att en insats enligt LSS beviljas. Syftet med planen är att ge personer inflytande och överblick över åtgärder och insatser som han eller hon har behov av. Planen ska tydliggöra behovet av insatser samt underlätta samordning mellan de olika instanser som personen får stöd av – såväl internt inom kommunen som externt.

Länsstyrelserna har under åren 2003–2008 haft regeringens uppdrag att aktivt påverka kommunerna att samordna insatser, att upprätta och använda individuella planer och att samverka kring dessa, särskilt när det gäller barnfamiljer. I rapporten Individuell plan enligt LSS – En rättighet för många som utnyttjas av få (augusti 2009), redovisar länsstyrelserna att cirka sex procent av det totala antalet barn med LSS-insatser har en individuell plan. Nära två tredjedelar av dem är pojkar. Detta motsvarar andelen pojkar som har beslut om en LSS-insats. Av de vuxna har sju procent en individuell plan. Något flera män än kvinnor har en plan. Detta motsvarar andelen män som har LSS-insatser. Det är dock stora skillnader mellan kommunerna. Andelen personer med en individuell plan varierar i kommunerna från 0 till 60 procent. Enligt rapporten är tänkbara faktorer till den låga andelen individuella planer bl.a. brister i information till den enskilde, brist på samverkan eller otillräckligt tidsmässigt utrymme för handläggarna.

Daglig verksamhet med inriktning på arbete

Arbete och sysselsättning har stor betydelse för människors livskvalitet och delaktighet i samhällslivet men många personer med funktionsnedsättning har svårt att få ett arbete. Daglig verksamhet har utvecklats från att främst vara en gruppverksamhet i särskilda lokaler till att bli mer integrerad med näringslivet på orten, så kallade utflyttade verksamheter (utan att vara lönearbete). Socialstyrelsen har tidigare redovisat att en övergång från daglig verksamhet till lönearbete trots utvecklingen i stort sett är obefintlig och att daglig verksamhet därför kan ge inlåsningseffekter. Det är oroväckande med tanke på att fler ungdomar får daglig verksamhet. Antalet ungdomar (0–22 år) som har daglig verksamhet har ökat markant under tiden 2002–2009 – från cirka 1 200 (cirka 700 unga män och cirka 500 unga kvinnor) till cirka 2 600 (cirka 1 500 unga män och cirka 1 100 unga kvinnor).

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utarbetat en vägledning för hur den dagliga verksamheten och dess samverkan med andra aktörer ska utformas, så att den grupp som står nära arbetsmarknaden får ökade möjligheter till lönearbete. Uppdraget har genomförts i samråd med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. I rapporten ”På tröskeln, Daglig verksamhet med inriktning på arbete” (april 2010) redovisas ett antal exempel på dagliga verksamheter och andra verksamheter runt om i landet som arbetar för att öka enskildas möjlighet till deltagande på arbetsmarknaden. Socialstyrelsen konstaterar att kommunernas förutsättningar varierar stort och att det därför finns behov av olika modeller. Vägledningen ska stimulera och stödja kommunernas arbete så att den dagliga verksamheten kan fortsätta att utvecklas i samarbete med de arbetsmarknadspolitiska aktörerna i landet.

I proposition 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet har regeringen aviserat att Socialstyrelsen bör få ett nytt uppdrag att utforma en försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning under tre år (se Politikens inriktning).

Utveckling av stödinsatser enligt socialtjänstlagen

Utöver insatser enligt LSS kan personer med omfattande och varaktiga behov behöva kompletterande insatser enligt socialtjänstlagen. Personer med funktionsnedsättning som har behov av stöd och serviceinsatser för att klara sin livsföring, men som inte omfattas av personkretsen i LSS, behöver också insatser enligt socialtjänstlagen. Under 2009 ökade antalet som fick hemtjänst eller insatsen bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen. Kommunens

kostnader för socialtjänstinsatser uppgick till cirka 8,4 miljarder 2008. Insatser enligt socialtjänstlagen har lägre kostnader än insatser enligt LSS. Genomsnittskostnaden för en bostad med särskild service enligt LSS var enligt Socialstyrelsen t.ex. cirka 122 000 kronor dyrare per år i en mediankommun än motsvarande bostad enligt socialtjänstlagen 2008 (682 000 mot 560 000 per år).

Tabell 6.4 Kostnader för kommunala insatser enligt SoL, antal med SoL-insatser och andel kvinnor och män som har insatser, 2006–2009

| År | Kostnader för SoL 2008 års priser (mdkr) | Antal med insatser SoL | Antal med hem- tjänstinsatser | Antal med särskilt boende | Antal med boendestöd | Antal med dagverksamhet |
|-------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 2006 | 7,7 | – | 19 200 Män 48 % Kvinnor 52 % | 5 900 Män 60 % Kvinnor 40 % | – | 3 500 – – |
| 2007 | 8,4 ¹ | 42 200 Män 50 % Kvinnor 50 % | 19 300 Män 49 % Kvinnor 51 % | 4 400 Män 60 % Kvinnor 40 % | 10 700 Män 50 % Kvinnor 50 % | 4 700 Män 51 % Kvinnor 49 % |
| 2008 | 8,4 | 43 800 Män 50 % Kvinnor 50 % | 19 900 Män 49 % Kvinnor 51 % | 4 500 Män 59 % Kvinnor 41 % | 12 200 Män 51 % Kvinnor 49 % | 5 000 Män 51 % Kvinnor 49 % |
| 2009 ² | – | – | 21 000 | 4 900 | – | – |

¹ Ny definition. Från och med 2007 ingår även insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

² Statistik som motsvarar statistiken för 2008 saknas för 2009. Uppgifter som anges är hämtade från publikationen Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2009. Den baseras på mängduppgifter som samlats in från Sveriges kommuner och är inte uppdelad på män och kvinnor.

Källa: Kostnader kommer från kommunernas räkenskapsammandrag redovisat i Socialstyrelsens lägesrapport som avser 2008. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena ett särskilt datum varje år. År 2007 avser en mätning den 1 oktober 2007 och 2008 en mätning den 1 juli 2008. Statistiken anger enbart beslut som fattas av kommunerna. Statistiken bygger på personnummerbaserad statistik från och med 2007. Det medför att jämförelser inte bör göras tillbaka i tiden. Antalet har avrundats till närmaste 100-tal.

Anhörigstödet

Från och med den 1 juli 2009 är kommuner skyldiga att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller de personer som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning.

Landets kommuner är enligt Socialstyrelsens bedömning väl rustade för att kunna uppfylla den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen när det gäller att stödja anhöriga till äldre. Det behövs dock ett fortsatt utvecklingsarbete för att fortsätta stödja anhöriga till långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning och arbetet med att stödja anhöriga bör integreras, när så är lämpligt, med socialtjänstens olika verksamheter. Därför har Socialstyrelsen fortsatt arbetet med att underlätta för dem som arbetar för att stödja anhöriga och att följa upp och utvärdera konsekvenserna av bestämmelsen. Socialstyrelsen har också under 2010 utbetalat 300 miljoner kronor till landets kommuner för att genomföra den nya bestämmelsen. Från och med 2011 avser regeringen att föra över 300 miljoner kronor från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg anslag 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* till utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner anslag 1:1 *Kommunal-ekonomisk utjämning* (prop. 2008/09:82 Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående).

Iakttagelser i tillsynen 2008–2009

I rapporten Social tillsyn – Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009 redovisar Socialstyrelsen vad länsstyrelserna sett i den sociala tillsynen. Rapporten redovisar framför allt brister som uppmärksammats av olika länsstyrelser i vissa kommuner. Det kan vara svårt att säga något om utbredningen eller omfattningen av bristerna. Redovisningen ger därmed ingen reell bild av förhållandena i landet.

Återkommande brister inom den sociala tillsynen är, enligt rapporten, brister i myndighetsutövningen. Det kan handla om ansökningar som anpassats efter tillgängligt utbud, bristfälliga utredningar, brister i dokumentation, bristande delaktighet från den enskilde. Väntetider för att få ett beslut verkställt kan också vara långa. Den sista december 2008 rapporterade kommunerna att drygt 2 100 LSS-beslut inte var verkställda. Över hälften av de personer som berördes av

dessa beslut hade väntat mer än sex månader. De långa väntetiderna märks främst för vuxna och gäller i första hand insatserna bostad med särskild service och kontaktperson. Man lyfter även fram att det kan förekomma brister i stödet till personalen även om det också redovisas exempel på motsatsen t.ex. när man organiserar verksamheter så att personal har tillgång till dagligt stöd eller genomför medvetna satsningar på kompetensutveckling. Det är i mindre kommuner som förhållandena är särskilt besvärliga när det gäller brister som noterats i myndighetsutövningen.

Inom funktionshindersområdet har tillsynen, enligt rapporten, observerat tecken på vissa håll som kan tyda på bl.a. utökad samlokalisering av olika verksamheter, neddragning av resurser, begränsat utrymme för individuella aktiviteter, strikta regler och rutiner samt frihetsinskränkande inslag i verksamheterna. Exempel som förekommer på det senare är att gemensamhetsutrymmen hålls låsta när personal inte kan vara där och att kylskåpen är försedda med hänglås för att inte riskera att brukare tar för sig av maten. Vidare förekommer att ytterdörrar hålls låsta utan möjlighet för enskilda att ta sig ut och att grindar sätts upp inomhus för att begränsa enskilda personers rörelsefrihet.

Positivt är att kunskaperna om tillämpningen av bestämmelsen lex Sarah, dvs. hur en anmälan om missförhållanden går till, har börjat få genomslag i verksamheterna även om det på vissa håll alltjämt brister i kunskap.

Enligt Socialstyrelsen kan iakttagelserna i tillsynen utgöra en grund för planeringen av vilka områden som tillsynen bör ägna särskild uppmärksamhet i fortsättningen.

Åtgärder för utveckling, ökad kvalitet i verksamheter och ökat resursutnyttjande

Regeringen har under den gångna mandatperioden inlett ett aktivt arbete för att ge förutsättningar för ökad kvalitet, valfrihet, mångfald och bättre underlag för att följa utvecklingen inom socialtjänstens olika områden, inklusive verksamheter enligt LSS. En reform för ökad valfrihet och mångfald genom ett Fritt-valsystem (lagen [2008:962] om valfrihetssystem) har beslutats och kommit igång. Olika aktörers och brukarnas möjligheter att jämföra insatser har inletts genom utveckling av öppna jäm-

förelser. Regeringen har även verkat för att stimulera samverkan och samarbete mellan olika aktörer och stärkt tillsynen.

Under 2009 har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting kommit överens om att säkra kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten för en evidensbaserad praktik. En plattform för avtal mellan staten och huvudmännen har tagits fram. Socialtjänstens verksamheter ska drivas mer målinriktat. De beslut som fattas ska bygga på bästa tillgängliga kunskap och det ska finnas bra dokumentation och bra underlag för utredning och beslutsfattande.

LSS-kommittén har genomfört en bred översyn av LSS inklusive personlig assistans och assistansersättning och analyserat om lagstiftningen fungerar som ett bra redskap för att uppnå de handikappolitiska målen. Kommittén har kommit fram till att insatser enligt LSS är ett bra medel för att människor med funktionsnedsättning ska kunna leva som andra. LSS-insatser får däremot inte bli ett mål i sig självt. Det behövs även andra åtgärder. Kommittén pekar även på vikten av en stabil kostnadsutveckling hos verksamheter enligt LSS för att dessa ska vara långsiktigt hållbara.

Det behövs också bättre underlag så att regeringen vet hur de bestämmelser som beslutas tas emot i kommuner och landsting och fungerar i praktiken. Därför har en utveckling av statistik och kvalitetsindikatorer inletts.

Det arbete som inletts med öppna jämförelser, en valfrihetsreform, förstärkt tillsyn, bättre och tillförlitligare statistik samt framtagande av en plattform för evidensbaserad praktik bedömer regeringen är nödvändiga åtgärder för att skapa förutsättningar för att kunna nå både bättre resultat och måluppfyllelse av de individuella stödsatser som erbjuds och ett bättre resursutnyttjande. Arbetet som påbörjats är fortfarande i ett inledningsskede och det kommer att ta tid innan det går att mäta resultat och effekter. Politiken inom detta område måste därför vara långsiktig och präglas av en helhetssyn.

Nya viktiga lagändringar inom LSS och socialtjänstlagen som väntas få betydelse

För att stärka samverkan mellan kommuner och landsting har riksdagen beslutat att införa nya regler i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att kommuner och landsting vid behov ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Det räcker med att en av huvudmännen anser att det är nödvändigt för att en plan ska upprättas. Samtidigt beslutades att landsting och kommuner är skyldiga att ingå formella överenskommelser om sitt samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2010 (prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrirfrågor m.m.).

Anmälningsskyldigheten inom socialtjänsten och LSS-verksamheter (lex Sarah) kommer att utvidgas till att avse hela socialtjänsten inklusive den personal som fullgör uppgifter vid Statens institutionsstyrelse. Anmälningsskyldigheten för personalen kommer att ersättas med en rapporteringsskyldighet. Alla missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska rapporteras. Ett allvarligt missförhållande, eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska också snarast anmälas till Socialstyrelsen. Syftet är att höja kvalitén i verksamheterna och lex Sarah bedöms därför på ett tydligare sätt bli en del av socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelserna träder i kraft 1 juli 2011 (prop. 2009/10:131 lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar).

Ett antal av LSS-kommitténs förslag blir lag. 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. Hänsyn ska tas till barnets åsikter i förhållande till barnets ålder och mognad. Det införs också registerkontroll av personal som utför vissa stöd- och serviceinsatser åt barn med funktionsnedsättning. Dessutom ändras bestämmelsen om individuella planer så att när en insats

enligt LSS beviljas, ska den enskilde erbjudas en individuell plan med beslutade och planerade insatser. Planen upprättas i samråd med den enskilde. Den som har beviljats en LSS-insats ska också kunna begära att en individuell plan upprättas om det inte redan har skett. Den enskilde får genom bestämmelsen information om sin rättighet och ges förutsättningar att ta ställning till denna. Därutöver förtydligas bestämmelsen om tillsyn i LSS så att det klart framgår att Socialstyrelsens tillsyn ska omfatta all verksamhet enligt lagen, även personlig assistans som utförs av enskilda. Det beror på att det i dag råder delade meningar under vilka förutsättning personlig assistans kan bli föremål för tillsyn. Samtliga här angivna bestämmelser träder i kraft den 1 januari 2011 (prop. 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet).

6.4.2 Assistansersättning till personlig assistans

Personlig assistans ska vara ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer för att uppnå valfrihet,

flexibilitet och kontinuitet i stödet till den enskilde. Assistansersättning beviljas av Försäkringskassan och utgår till personer som har rätt till personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan.

Antalet personer med personlig assistans fortsätter att öka kontinuerligt – med cirka 400 personer det senaste året. Även det genomsnittliga timantalet per vecka och person ökar. De senaste åren ligger ökningen på i genomsnitt cirka 2-3 timmar per vecka och person räknat per år. Sedan 2001 har antalet personer som får assistansersättning ökat med cirka 5 000 personer och antalet timmar med i genomsnitt drygt 20 timmar per vecka och person.

Den åldersgrupp som ökar mest är personer som är 65 år eller äldre. Jämfört med 2004 har drygt 1 000 fler personer i denna åldersgrupp assistansersättning 2009. Den grupp som också ökat mycket är barn och vuxna i åldern 0–19 år. De har ökat med cirka 800 personer under samma tidsperiod.

Tabell 6.5 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och andel kvinnor och män som har assistans samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2001–2009

| År | Kostnad totalt (mdkr) | varav stat (mdkr) | varav kommun (mdkr) | Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr) | Kostnadsökning jämfört med året innan % | Antal personer med beviljad assistans för dec. månad | 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 |
|------|-----------------------|-------------------|---------------------|--|---|--|--|--|--|
| 2001 | 8,2 | 6,3 | 1,9 | 1,2 | 17 | 10 800 | 89 | 87 | 90 |
| 2002 | 9,8 | 7,5 | 2,2 | 1,6 | 20 | 11 600 | 92 | 90 | 94 |
| 2003 | 11,2 | 8,7 | 2,5 | 1,4 | 14 | 11 900 | 96 | 94 | 98 |
| 2004 | 12,8 | 10,0 | 2,7 | 1,6 | 14 | 12 800 | 99 | 96 | 101 |
| 2005 | 14,3 | 11,3 | 3,0 | 1,5 | 12 | 13 600 | 101 | 99 | 103 |
| 2006 | 16,0 | 12,8 | 3,2 | 1,7 | 12 | 14 300 | 104 | 101 | 106 |
| 2007 | 18,1 | 14,6 | 3,5 | 2,1 | 13 | 15 200 | 106 | 104 | 108 |
| 2008 | 19,9 | 16,0 | 3,9 | 1,8 | 10 | 15 500 | 108 | 107 | 110 |
| 2009 | 21,7 | 17,6 | 4,1 | 1,9 | 10 | 15 900 | 111 | 109 | 112 |

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning för december månad.
Källa: Försäkringskassan.

Som en följd av förändringar i antal personer, timantal och timbelopp ökar kostnaderna för assistansersättningen markant. År 2009 var kostnaderna 13,5 miljarder kronor högre än 2001. År 2009 ökade kostnaderna med 1,9 miljarder jämfört med året innan. Den årliga uppräkningsavvikelsen svarade för nästan hälften av ökningen. Timbeloppet räknades upp 2009 från 237 kronor till 247 kronor (2010 är timbeloppet 252 kronor). Märkbart är även att kommunernas andel av kostnaderna successivt minskar – från 23 procent av kostnaderna 2001 till 19 procent 2009.

Av dem som får assistansersättning är 53 procent kvinnor och 47 procent män. Så har fördelningen sett ut under hela 2000-talet. För dem som är 65 år eller äldre är det fler kvinnor än män som får assistans. Kvinnor beviljas igenomsnitt färre timmar per vecka än män, 109 timmar mot 112 timmar. Skillnaden i antalet beviljade timmar per vecka har varit relativt konstant genom åren. Under de senaste åren har skillnaden minskat och ligger i genomsnitt cirka 3 timmar mer för män. Det finns inga aktuella studier som förklarar orsakerna till detta. Det instrument som Socialstyrelsen ska utarbeta för behovsbedömning (se nästa stycke) kan komma att få betydelse i det fall flickor och kvinnor missgynnas.

Det finns lokala variationer i bedömningen av assistans. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samarbete med Försäkringskassan utarbeta ett vetenskapligt instrument som kan användas när behovet av personlig assistans ska bedömas. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2011. Försäkringskassan har även i maj 2010 fått i uppdrag att följa upp hur enhetligheten i bedömningarna ser ut när det gäller grundläggande och andra personliga behov i beslut om assistansersättning. Försäkringskassan ska vid behov föreslå åtgärder för att öka rättssäkerheten och enhetligheten i besluten. Riksdagen har 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).

Det råder stor samstämmighet mellan LSS-kommittén, Socialstyrelsen och organisationer som företräder anhöriga och brukarna som har assistans, att personlig assistans är en viktig insats för att människor med funktionsnedsättning ska kunna bestämma över sitt eget liv. Bland annat LSS-kommittén hänvisar till studier

som tydligt pekar i denna riktning. Socialstyrelsen har också pekat på att assistansen har ett tydligt brukarperspektiv som bidrar till att personer med omfattande funktionsnedsättning kan leva ett aktivt liv utifrån egna önskemål.

Det finns dock skäl att uppmärksamma kostnadsutvecklingen för den personliga assistansen så att inte dess långsiktiga hållbarhet hotas. Frågan är om assistansen kan balanseras bättre mot andra insatser. Socialstyrelsen menar att det ur ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle kunna gå att få ut mer av resurserna. Insatsen och kostnadsutvecklingen behöver följas även fortsättningsvis.

Lagändringar för personlig assistans och assistansersättningen

Riksdagen har efter förslag från regeringen beslutat om lagändringar när det gäller personlig assistans (prop. 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet). Från och med den 1 januari 2011 gäller att behov av mer än en personlig assistent samtidigt, bara ska tillgodoses under förutsättning att möjligheterna att erhålla bostadsanpassningsbidrag eller andra hjälpmedel har utretts.

6.4.3 Särskilda satsningar för personer med psykisk funktionsnedsättning

Åtgärder för ökad kvalitet i stödinsatser till personer med psykisk funktionsnedsättning

Regeringen genomför en av de största satsningarna som gjorts inom psykiatriområdet. Under 2007 och 2008 har riksdagen, efter förslag från regeringen, satsat 1 miljard kronor i särskilda satsningar inom psykiatriområdet och för 2009 ytterligare cirka 900 miljoner kronor. Därtill har riksdagen beslutat om cirka 900 miljoner kronor för 2010 och avser även att avsätta cirka 900 miljoner kronor för 2011 under förutsättning att riksdagen beslutar om det. Satsningarna görs för att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. De satsningar som genomförs bygger på psykiatrisamordningens förslag i betänkandet *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100). Regeringens politik och syften redovisas närmare i regeringens skrivelse 2008/09:185 En

politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Psykiatrisatsningen spänner över många samhällssektorer och berör därför många politikområden. Satsningar inom det sociala området avser att ge förutsättningar för utveckling och ökad kvalitet i verksamheterna. Det sker på olika sätt. Lagstiftning, riktlinjer, utbildningssatsningar, stimulansmedel för att utveckla stödinsatser, utökad tillsyn etc.

Kommunerna har bl.a. under 2007–2009 fått 370 miljoner kronor för att utveckla sociala insatser i samband med en ny reform om öppen psykiatrisk tvångsvård och under 2010 fått ytterligare 150 miljoner kronor i samma syfte (prop. 2007/08:70). Satsningen slutredovisas den 1 juli 2011.

Socialstyrelsen har i rapporten Social tillsyn – Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009 lämnat en redovisning av den tillsyn som utförts under de två första åren som tillsynen förstärkts med extra medel. Redovisningen bygger på tillsyn i 47 kommuner/stadsdelar. Det framgår bl.a. att det finns strukturer för samverkan på olika nivåer både internt och externt. Mellan kommuner och landsting finns formaliserade samverkansöverenskommelser. Det är också vanligt i samtliga kommuner att brukarnas uppfattning och synpunkter på verksamheterna efterfrågas på olika sätt. I hälften av kommunerna har en inventering av målgruppen och deras behov av stöd genomförts under de senaste tre åren. Dessa inventeringar har i huvudsak genomförts tillsammans med den psykiatriska hälso- och sjukvården. Strukturerad uppsökande verksamhet saknas däremot i många kommuner. Boendestödet har utvecklats och är till innehållet mestadels väl utvecklat och anpassat efter brukarnas behov. I majoriteten av kommunerna saknas dock ett varierat utbud av bostäder med utgångspunkt från brukarnas behov.

Sysselsättning i någon form finns, enligt redovisningen, i alla granskade kommuner och insatsen ges mestadels som bistånd. Det är oftast en blandning av träffpunkt och mer organiserad sysselsättning som t.ex. hantverksgrupper. I några kommuner kan man inte erbjuda sysselsättning som är anpassad efter den enskildes behov och förutsättningar. Det kan också saknas variationer av sysselsättning i ett rehabiliteringsperspektiv. I några kommuner är sysselsättningen inte biståndsbedömd utan tillhandahålls i stället som en kommunal service. Där så är fallet

finns en risk att sysselsättningen inte anpassas efter den enskildes behov. En annan risk är att enskilda inte får upplysning om att de har rätt att få en ansökan om sysselsättning prövad.

Tillsynen visar även att kompetensen hos personalen är god och att många har erfarenhet att arbeta med målgruppen. Däremot finns det brister i bemanningen som kan påverka kvalitén i verksamheterna negativt. Det finns även brister i ledningssystemen för kvalitet. I många ledningssystem saknas t.ex. rutiner för hur fel och brister ska samlas in och åtgärdas. Likaså saknas rutiner för att kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att utföra uppdraget.

Av de brukarintervjuer som genomförts (232 st) i tillsynen framkommer att de allra flesta är nöjda med de insatser de har. Handläggarna anses överlag bra på att efterfråga den enskildes behov inom de allra flesta livsområden. De har kunskap om att motivationsarbete ibland krävs för att den enskilde ska ta emot insatser. Däremot brister det – liksom hos socialtjänsten i stort – i dokumentation och myndighetsutövning.

Ett långsiktigt arbete som förutsätter att alla tar sitt ansvar

De åtgärder som genomförs inom psykiatriområdet är angelägna eftersom vården och stödet till personer med psykisk sjukdom och/eller psykisk funktionsnedsättning enligt bland annat psykiatrisamordningen (SOU 2006:100 Ambition och ansvar) har varit eftersatt inom vissa områden under många år. Landsting och kommuner har dock det huvudsakliga ansvaret för utförandet och en avsikt med satsningen är bland annat att stödja huvudmännen i detta åtagande. Regeringens satsning avser att stimulera till nytänkande och utveckling samt att satsa på områden där staten har ett ansvar bl.a. inom forskningen, att ta fram riktlinjer och att tillhandahålla kunskap av god kvalitet. En förutsättning för att det ska lyckas är att alla tar sitt ansvar och att alla inblandade aktörer samverkar och utvecklar psykiatriområdet brett och tillsammans. Arbetet är långsiktigt.

Utförligare redovisning av psykiatrisatsningen finns i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Verksamhet med personligt ombud

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. Ombudet utgår från personens egna önskemål om hjälp. En viktig uppgift är att stötta personerna så att de själva kan ta tag i sin situation, s.k. egenmakt-förstärkning. En annan viktig funktion är att ställa krav på myndigheter som har ansvar för människor med omfattande psykisk funktionsnedsättning så att de får de insatser de har rätt till. Ombuden ska också se till att insatser samordnas och genomförs. I uppgiften ingår även att uppmärksamma de brister i systemen som gör att behov inte tillgodoses.

Verksamheten styrs genom regeringsbeslut. I det senaste beslutet, från den 17 december 2009, anges att en viktig arbetsuppgift för ombuden är att verka för att den enskilde ska få tillgång till arbete, rehabilitering eller meningsfull sysselsättning.

Kommunerna är huvudmän för personliga ombud men är inte skyldiga att tillhandahålla sådana. Däremot får kommuner som väljer att inrätta en ombudsverksamhet bidrag från staten. Bidraget ska täcka en del av kostnaden. Anslaget för personliga ombud har höjts från och med 2009 till cirka 100 miljoner kronor.

Det har inte skett några större förändringar i verksamhet med personliga ombud under 2009. Antalet kommuner och antal ombud är oförändrat. Däremot har koncentrationen av ombuden ökat när antal verksamheter minskat något. I sex län finns en sammanhållen ombudsverksamhet där samtliga kommuner i länet ingår. Fördelarna med sådana verksamheter är att kompetensen breddas. Det verkar enligt Socialstyrelsens senaste redovisning från april 2010 även vara lättare att få till stånd en sammansatt ledningsgrupp för ombuden (bestående av chefer från myndigheter, kommuner och landsting) på länsnivå än på kommunnivå.

Ett fåtal kommuner har ansökt om ytterligare tjänster för 2010.

Tabell 6.6 Utveckling av personliga ombud (PO), 2002–2009

| År | Antal kommuner med PO | Andel kommuner som har PO av samtliga, % | Antal verksamheter med PO | Antal PO | Antal aktuella personer med PO | Andel kvinnor med PO, % | Andel män med PO, % | Utbetalt till PO under hela året milj. kr |
|------|-----------------------|--|---------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|---|
| 2002 | 213 | 73 | 80 | 203 | 1 200 | – | – | 59,6 |
| 2003 | 235 | 81 | 98 | 272 | 2 600 | – | – | 81,3 |
| 2004 | 231 | 80 | 101 | 286 | 3 200 | 53 | 47 | 85,2 |
| 2005 | 233 | 80 | 101 | 295 | 3 600 | 56 | 44 | 89,0 |
| 2006 | 238 | 82 | 101 | 295 | 5 500 | 53 | 47 | 89,2 |
| 2007 | 243 | 84 | 107 | 310 | 5 900 | 55 | 45 | 91,2 |
| 2008 | 250 | 86 | 109 | 323 | 6 000 ¹ | – ¹ | – | 97,9 |
| 2009 | 250 | 86 | 104 | 323 | 6 000 ¹ | – ¹ | – | 98,3 |

¹ Socialstyrelsens uppskattning av antalet. Antalet är inte könsuppdelat.
Källa: Socialstyrelsens uppföljningsrapporter

I den senaste uppföljningen (lägesrapport 2009 den 7 april 2010, dnr 72-1704/2002) redovisar Socialstyrelsen några utvecklingstendenser. Det noteras en ökning av unga människor, i åldersgruppen 18–25 år, och en ökning av personer som är inskrivna på arbetsförmedlingen. Många personer har problem kring sysselsättning och/eller arbetet och ekonomi. Socialstyrelsen menar att ombudens arbetssätt skulle kunna bidra till att minska riskerna för denna nya ungdomsgrupp att hamna i utanförskap. Särskilt viktigt enligt Socialstyrelsen är att fånga upp människor som kommit i kläm mellan olika huvudmäns ansvarsområden.

Vidare redovisas att ombuden identifierat systembrister som hindrar tillgång till stödinsatser. Bland annat bemötande och värderingsfrågor, tillgänglighet till psykiatrisk vård och samordnade insatser är områden som förekommer ofta. Brister i bemötandet kan bl.a. avse brister i kunskap om psykiska funktionsnedsättningar. Denna form av brister förs fram till ledningsgrupperna. Enligt Socialstyrelsen har personliga ombud på många håll fått en fast förankring och kommuner ser det som en naturlig del av vad som förväntas finnas i en kommun.

Socialstyrelsen och länsstyrelsernas utvärderingar och uppföljningar av personliga ombud visar att ombuden ökar människornas möjligheter att få den vård och de insatser som de har rätt till. Utvärderingar har också visat att ombudens arbete är samhällsekonomiskt lönsamt. Socialstyrelsen anser inte att det finns anledning att revidera tidigare övergripande slutsatser.

Personliga ombud stärker enligt Socialstyrelsen (årsredovisning för 2008) den enskildes självbestämmande, främjar möjligheterna till jämlika levnadsvillkor och ökar delaktigheten i samhället. Verksamheten kan därmed utgöra ett viktigt verktyg för att nå de handikappolitiska målen för personer med en mer omfattande psykisk funktionsnedsättning. Verksamheten behöver även fortsättningsvis följas.

6.4.4 Bilstöd

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.

Ett antal förändringar i bilstödet genomfördes den 1 januari 2007. Föräldrar till barn med funktionsnedsättning har t.ex. fått höjt grundbidrag för införskaffande av motorfordon (60 000 kronor i stället för 30 000 kronor) och tiden för nytt grund- och anskaffningsbidrag har förlängts från sju till nio år.

Förälder till barn med funktionsnedsättning har sedan lagändringen påtagligt ökat sin andel av beviljade bilstöd. Personer med funktionsnedsättning under 65 år som är beroende av motorfordon för förvärvsarbete eller arbetslivsriktad utbildning/rehabilitering har under samma tidsperiod minskat sin andel markant. Under 2009 vände denna utveckling. Då ökade även antalet stöd liksom kostnaderna för dessa.

Tabell 6.7 Antal personer som beviljats bilstöd 2001–2009, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper

| År | Kostnad (milj. kr) | Antal beviljade bilstöd | Andel stöd till kvinnor | Andel stöd till män | Grupp 1 % | Grupp 2 % | Grupp 3 % | Grupp 4 % | Grupp 5 % |
|------|--------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 2001 | 226 | 2 150 | 45 | 55 | 36 | 9 | 26 | 1 | 29 |
| 2002 | 212 | 2 200 | 45 | 55 | 34 | 9 | 26 | 1 | 30 |
| 2003 | 220 | 2 350 | 44 | 56 | 37 | 12 | 22 | 1 | 28 |
| 2004 | 225 | 2 230 | 46 | 54 | 37 | 13 | 22 | 1 | 27 |
| 2005 | 268 | 2 550 | 47 | 53 | 37 | 13 | 22 | 1 | 27 |
| 2006 | 254 | 2 670 | 48 | 52 | 40 | 14 | 22 | 1 | 22 |
| 2007 | 245 | 1 790 | 43 | 57 | 27 | 10 | 17 | 1 | 44 |
| 2008 | 200 | 1 550 | 43 | 57 | 22 | 10 | 17 | 3 | 48 |
| 2009 | 222 | 1 730 | 46 | 54 | 24 | 13 | 18 | 2 | 43 |

Grupp 1: 1. Person med funktionsnedsättning under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsriktad utbildning eller rehabilitering.

Grupp 2: 2. Person med funktionsnedsättning under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1 och nu beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning.

Grupp 3: Person med funktionsnedsättning som inte tillhör grupperna 1 och 2 som fyllt 18 men inte 50 år.

Grupp 4: 4. Förälder med funktionsnedsättning med barn under 18 år, om föräldern bor tillsammans med barnet.

Grupp 5: 5. Förälder till barn med funktionsnedsättning, om föräldern bor tillsammans med barnet.

Källa: Försäkringskassans årsredovisning och officiella statistik

Kostnaderna för bilstödet har under 2000-talet varierat mellan cirka 270 och 200 miljoner kronor och hade sin lägsta kostnadsnivå 2008. En stor del av stödet går till anpassning av motorfordon (67 procent 2009). Den genomsnittliga kostnaden per person för anpassning av motorfordon låg strax över 97 700 kronor 2009 (källa: STORE datalager, Försäkringskassans internportal).

Förändringar i reglerna för bilstödet som infördes 2007 har lett till att antalet stöd och kostnaderna för dessa har minskat under ett par år. En koncentration av handläggningen av ärenden till ett kontor – Försäkringskassans kontor i Västerвик – samma år bedöms dessutom ha lett till en ökad specialisering, högre effektivitet och bättre kvalitet i handläggningen. Försäkringskassan redovisar i årsredovisningen för 2009 att handläggningstiden bl.a. för bilstöd aldrig har varit så kort som under 2009. Styckkostnaderna per avslutat ärende sjönk med 27 procent samma år.

Nu ökar kostnaderna och tendensen är att de kommer att fortsätta öka under 2010. Det ligger helt i linje med vad som kan förväntas som effekt av genomförda lagändringar enligt vilka ett nytt grund- och anskaffningsbidrag som regel kan beviljas först efter nio år mot tidigare sju år.

Bilstöd har betydelse för att bidra till ökad delaktighet för dem som inte kan nyttja allmänna kommunikationer. Stödet är därför ett bland flera andra viktiga individuellt behovsprövade stöd. Effektiviseringar och regeländringar bedöms även ha lett till mer enhetliga och kvalitativt bättre bedömningar samt minskade kostnader för samhället. Liksom för andra stödinsatser är det viktigt att kontinuerligt följa utvecklingen av bilstödet och vid behov se över lagstiftningen så att ändamålet med stödet bibehålls till skäliga kostnader.

6.4.5 Hjälpmedel

Fritt val av hjälpmedel

Hjälpmedelsinstitutet har sedan augusti 2007 haft i uppdrag att samordna en försöksverksamhet med Fritt val av hjälpmedel. De landsting som ingått i försöksverksamheten har själva bestämt vilket sortiment som ska ingå i det fria valet. Det kan t.ex. gälla hörseltekniska hjälpmedel, rullstol, enklare larm, bärbara hand- och

fickdatorer. I början var det enklare hjälpmedel. Därefter har sortimentet successivt utökats.

Brukare som kan ingå i Fritt val av hjälpmedel är de som har långvariga behov av hjälpmedel inom rehabilitering och habilitering, de som av förskrivare har bedömts ha behov av en insats i form av hjälpmedel och de som kan och vill välja själva. Den som väljer Fritt val får en rekvisition av sin förskrivare med anvisat belopp för att själv kunna inhandla sitt hjälpmedel hos valfri hjälpmedelsleverantör.

Försöksverksamheten har varit igång i tre län – Stockholm, Södermanland och Kronoberg. Vid årsskiftet 2009/10 var antalet uttagna rekvisitioner till hjälpmedel inom ramen för Fritt val 1 332. Den 15 april 2010, efter det att försöksverksamheten avslutats, var det 1 719. Det kan jämföras mot 514 i juni 2009. Utöver den ökade kunskapen om försöket är en förklaring till det ökade antalet rekvisitioner att sortimentet successivt utvidgats.

Kronobergs läns landsting och Stockholms läns landsting har beslutat fortsätta arbeta med Fritt val under 2010. Södermanlands läns landsting beslutade den 16 juni 2010 att permanenta Fritt val. Den 21 maj 2010 beslutade hjälpmedelsnämnden i Halland att utreda friare val i Halland.

Hjälpmedelsinstitutet har slutredovisat uppdraget i februari 2010. Försöksverksamheten har visat att det är möjligt för huvudmännen att öppna för ökad valfrihet inom hjälpmedelsområdet. Institutet har i mars 2010 fått i uppdrag att utvärdera effekterna av försöksverksamheten, sprida gjorda erfarenheter och stödja landsting och kommuner med intresse av att öka valfriheten för hjälpmedelsanvändare.

Av Hjälpmedelsinstitutets 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 nöjda 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.

Regeringen bedömer att satsningen på Fritt val av hjälpmedel har varit framgångsrik och försöket kan fungera som ett gott föredöme för andra landsting. Det fria valet har bidragit till ökad självständighet och självbestämmande. Resultatet av försöksverksamheten utvärderas nu

och erfarenheterna analyseras vidare inom Regeringskansliet (se politikens inriktning).

Hjälpmedel i fokus – för personer med psykisk funktionsnedsättning

För att underlätta vardagen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar finns olika typer av hjälpmedel för påminnelse, tidsuppfattning, struktur och initiativ. Timstocken, till exempel, är ett kognitivt hjälpmedel för människor som har svårt att uppleva och bedöma tidens längd och gång; hur lång tid något tar, hur länge man ska ägna sig åt en aktivitet eller hur lång tid det är kvar tills något ska hända. Denna form av hjälpmedel kan bidra till ökad trygghet, självständighet och delaktighet i vardags- och samhällslivet.

För att förbättra möjligheterna för personer med psykisk funktionsnedsättning att bli delaktiga i samhället behöver kunskapen om kognitiva hjälpmedel och dess betydelse öka. De som har behov av hjälpmedel behöver också på ett enkelt sätt kunna ta del av utbudet. Hjälpmedelinstitutet har därför sedan februari 2009 regeringens uppdrag att utveckla information om hjälpmedel till brukare, anhöriga och olika huvudmän. Satsningens effekter ska utvärderas. Upplägget och inriktningen på denna utvärdering bestäms av institutet.

Hjälpmedelsinstitutet har lämnat en första redogörelse av uppdraget. Visionen är att tillgången till hjälpmedel ska vara lika god för personer med psykisk funktionsnedsättning som för andra personer som har en funktionsnedsättning. Institutets uppsatta mål för projektet är att personer med psykisk funktionsnedsättning ska bli mer delaktiga i samhället.

För att få kännedom om vilken kunskap som finns och hur tillgängligheten till hjälpmedel ser ut har institutet genomfört fyra undersökningar. Slutsatser av dessa är att de utbildningar som Hjälpmedelsinstitutet erbjuder synes motsvara önskemålen, att behovet av informationen är mycket stort, att kunskapen hos beslutsfattare om kognitiva hjälpmedel måste öka och att det är nödvändigt att höja yrkesgruppernas kunskap om vilka hjälpmedel som är vanligast förekommande.

Därför har Hjälpmedelsinstitutet som ett led i arbetet att sprida information åkt runt i landet och besökt kommuner och landsting. Inom ramen för uppdraget anordnas utbildningar, visningar och demonstrationer av hjälpmedel,

informationsträffar m.m. Särskilt framtagna hjälpmedelsväskor, som innehåller ett urval av hjälpmedel, står till utbildarnas förfogande. Man vänder sig till berörda yrkesgrupper, brukare, anhöriga samt beslutsfattare inom kommun och landsting. De yrkesgrupper man når är framförallt arbetsterapeuter, boendestödare och personliga ombud men också enhetschefer, sjuksköterskor och biståndsbedömare.

Det är ännu för tidigt att redovisa effekter av satsningen för personer med psykisk funktionsnedsättning. Men behovet av att utveckla och göra detta hjälpmedelsområde känt är stort och en förutsättning för att hjälpmedel ska nå ut till personer med psykisk funktionsnedsättning i hela landet. Regeringen bedömer att satsningen hittills har varit ett viktigt steg för att åstadkomma detta och att den kommer att bidra till att nå ökad delaktighet genom väl anpassade hjälpmedel.

6.5 Politikens inriktning

För att insatser, som är till för att ge människor stöd i vardagen, ska leda till full delaktighet är det viktigt att arbetet framåt präglas av att förbättra tillgängligheten och användbarheten i människors vardag (se Funktionshinderspolitik). Ett samhälle utformat utifrån en mångfald av behov ger möjlighet till full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning. Individuella stödinsatser och lösningar ska utgöra ett komplement för den som behöver det. När tillgängligheten brister finns dock risken att individuella stödinsatser används i situationer som skulle kunna lösas på annat sätt.

Inriktningsmål inom socialpolitiken

Det individuella stödet bör i ökad utsträckning utformas så att det möjliggör och skapar incitament till full delaktighet i samhället. Denna inriktning bör bli mer tydlig i det fortsatta arbetet. Regeringen har i skrivelsen Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt (skr. 2009/10:166) fastställt ett antal inriktningsmål för de närmaste fem åren (2011–2016). Inom socialpolitiken är inriktningsmålet att kunskapen om i vilken utsträckning de individuella stödets utformning bidrar till de övergripande handikappolitiska målen ska öka. Enligt

skrivelsen utgår de individuella stöden i allt högre utsträckning från individens önskemål och behov och möjliggör allt större valfrihet. Regeringen anser att respekt för individen och det självständiga valet ska prägla såväl utformning som utförande av insatser på området.

Socialstyrelsen har i maj 2010 fått i uppdrag att dels formulera delmål utifrån bl.a. inriktningsmålet, dels lämna förslag på hur delmålen ska följas upp. Arbetet med delmålen och resultatet av detta ska redovisas årligen under en fem-årsperiod.

Särskilda satsningar på god kvalitet

Kommunerna ansvarar genom socialtjänstlagen och LSS för en stor del av det individuella stödet. Inom bl.a. tillsynen och olika uppföljningar uppmärksammas i verksamheterna återkommande brister och ibland även missförhållanden som inte kan accepteras (se resultatredovisningen Iakttagelser i tillsynen 2008–2009). För att på ett konstruktivt sätt arbeta med att komma till rätta med sådana brister har regeringen inlett ett helt nytt, långsiktigt och strategiskt arbete för att genom andra åtgärder påverka kvalitén i olika stöd-, omsorgs- och vårdinsatser i positiv riktning. Dessa åtgärder redovisas nedan.

Genom olika verktyg kan regeringen stödja kommunernas arbete. Regeringen har under den gångna mandatperioden tagit initiativ till att ta fram kvalitetsindikatorer för att belysa flera aspekter av de sociala tjänsternas kvalitet, initierat en utveckling av statistiken inom socialtjänstens områden, infört en valfrihetsreform och beslutat om utveckling av öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i syfte att skapa transparens, underlätta fria val liksom att driva på kvalitets- och effektivitetsutvecklingen inom socialtjänsten. Regeringen har vidare tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting utarbetat en plattform som anger inriktningen för överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om samordnade och långsiktiga insatser till stöd för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. För att nå en utveckling i denna riktning krävs bl.a. ett målmedvetet engagemang hos huvudmännen liksom att statens fortsatta stöd till huvudmännens arbete – med t.ex. systematiskt förbättringsarbete och dokumentation för uppföljning – utformas strategiskt för att bidra till att öka effektiviteten i kunskapsutveckling och

kunskapsimplementering (se vidare Socialtjänstpolitik).

Regeringen har även under mandatperioden tagit initiativ till förtydliganden och skarpare bestämmelser i socialtjänstlagen och LSS. Det har bl.a. gjorts för att styra mot ökad samverkan där det behövs för att samhällets insatser ska användas mer effektivt, för att skärpa anmälnings- och rapporteringsskyldigheten vid missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden och för att utöka barnperspektivet och barns skydd genom obligatorisk registerkontroll. Det har även införts en bestämmelse för att markera socialtjänstens ansvar att stödja personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som har en funktionsnedsättning eller att verka för den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. Initiativ har också tagits för att skärpa tillsynen och för att beslut enligt LSS ska verkställas inom skäliga tidsgränser. Det senare genom att det i LSS införts en möjlighet att döma ut en särskild avgift för beslut som inte verkställs inom skälig tid (prop. 2007/08:43). (Se nedan och under resultatavsnittet).

Regeringen anser vidare att det är viktigt att kommuner och landsting ständigt ifrågasätter och utvecklar sina arbetssätt för att uppnå de handikappolitiska målen, att man tar tillvara de goda exemplen och lär av varandra. Ansvariga måste alltid vara öppna för att pröva nya vägar. Tekniken och ny kunskap ger nya möjligheter.

Regeringen satsar på att stödja huvudmännen i detta förbättrings- och utvecklingsarbete. Det sker bl.a. genom olika överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (se vidare Socialtjänstpolitik).

Stärkt tillsyn

Den statliga tillsynen är en viktig förutsättning för att offentliga regleringar omsätts i praktiken och bidrar till att eventuella brister blir kända. På det sociala området är tillsynen också ett av de absolut viktigaste verktygen för att följa upp kvalitén i olika verksamheter. Även enskilda personer, huvudmän och utförare har intresse av en tillsyn som är aktiv, tydlig och bedrivs systematiskt. I skrivelsen En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn (skr. 2009/10:79) redovisar regeringen generella bedömningar för hur en tillsynsreglering bör vara utformad.

På det sociala området har regeringen tagit initiativ till en tillsynsreform. Den trädde i kraft den 1 januari 2010. Tillsynen har styrts upp och skärpts. Tillsynen har blivit tydligare och getts fler verktyg att arbeta med. Tillsynsmyndigheten har bland annat fått utökade möjligheter att utfärda förelägganden för att avhjälpa missförhållanden. Barnperspektivet har dessutom stärkts. Tillsynens möjligheter att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv har ökat genom att tillsynen av socialtjänsten och LSS numera samordnas med tillsynen av hälso- och sjukvården. Socialstyren fick i samband med riksdagens beslut om förslagen i prop. 2008/09:160 också ökade resurser.

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.

Regeringen kommer att följa utvecklingsarbetet med den nya tillsynen noga. Det är viktigt att arbetet fungerar och att tillsynen svarar upp mot de förväntningar som finns. Statskontoret har därför fått i uppdrag att följa upp och utvärdera tillsynsreformen.

LSS och personlig assistans

Regeringen anser att det finns samma grundläggande skäl att reglera rättigheter till personer med omfattande funktionsnedsättningar i LSS som när lagen tillkom. Främsta skälet till detta är att personer som omfattas av personkretsen i LSS, dvs. personer med omfattande och varaktiga stödbehov, ska tillförsäkras de LSS-insatser som de behöver för sitt dagliga liv. Detta kräver ett stabilt och långsiktigt ansvarstagande från samhällets sida. Om denna reglering inte är tillräckligt effektiv, finns det risk för att behoven kan komma att prioriteras ned.

Det finns däremot skäl att uppmärksamma kostnadsutvecklingen för bl.a. den personliga assistansen så att inte dess långsiktiga hållbarhet hotas. Det finns också skäl att överväga åtgärder för att skapa ökad tydlighet beträffande vilka behov som ska tillgodoses med personlig assistans och beakta skillnader i bedömning och beräkning av behoven.

En väl fungerande tillsyn krävs för att säkerställa att LSS tillämpas så att lagens syfte och mål uppnås. En väl reglerad och organiserad social tillsyn är en nödvändig förutsättning för att säkerställa god kvalitet inom LSS-området (se

ovan). Andra viktiga verktyg som kan komma att få betydelse är de satsningar som regeringen genomför för ökad kvalitet och valfrihet, dvs. öppna jämförelser, förändringar i anmälnings- och rapporteringsskyldigheten, rapporterings- och skyldighet av ej verkställda beslut och domar, satsningar på evidensbaserad praktik etc. (se ovan).

Från ambition till handling – en politik för psykisk hälsa

Regeringen fortsätter att genomföra omfattande satsningar inom psykiatriområdet. Dessa tar sin utgångspunkt i regeringens skrivelse En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (skr. 2008/09:185). Personer med psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom ska tillförsäkras vård-, rehabiliterings- och sociala stödinsatser utifrån sina behov och med en ambitionsnivå som stämmer överens med bästa tillgängliga kunskap om vad som ger resultat. Politiken syftar till att stärka delaktigheten och valfriheten. Arbetet är långsiktigt.

I skrivelsen anges övergripande syften med politiken inom bl.a. socialtjänstens områden. För det första ska utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel vara varierat och anpassat för att möta de behov som personer med psykisk funktionsnedsättning har. Personer med psykisk funktionsnedsättning ska för det andra i ökad utsträckning ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra rehabiliterings- och stödinsatser liksom utformningen av dessa insatser.

Satsningarna inom psykiatriområdet uppgår till cirka 900 miljoner kronor per år, de är sektorsövergripande och omfattar särskilda insatser för barn och unga, insatser för arbete och sysselsättning (se nedan), insatser för kompetens och evidens samt insatser för kvalitet och utveckling. Insatserna rör vården, vardagen och valfriheten (se även Politikens inriktning inom området Hälso- och sjukvårdspolitik).

Meningsfull sysselsättning

Arbete, rehabilitering och sysselsättning har stor betydelse för att personer med funktionsnedsättning ska känna delaktighet och uppnå jämlikhet i levnadsvillkor. Arbetslinjen och satsningar på dem som står långt från arbetsmarknaden har fortsatt hög prioritet för regeringen (se även politikens inriktning för utgifts-

område 9 Funktionshinderpolitik och utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv).

Även med ett gott näringsklimat kommer det att finnas personer med omfattande funktionsnedsättningar som kommer att ha särskilt svårt att komma ut på den ordinarie arbetsmarknaden. De som inte kan delta där bör erbjudas meningsfull individuellt utformad sysselsättning enligt socialtjänstlagen eller LSS. Förutom olika arbetsmarknadsåtgärder kan det vara att delta i olika sysselsättningar som anordnas, upphandlas eller på annat sätt tillhandahålls via kommuner. Det kan också vara verksamheter som tillhandahålls av olika former av sociala företag, föreningar och organisationer. Även här bör valfriheten vara så stor som möjligt. Genom att släppa in olika aktörer för att ordna daglig sysselsättning kan valfriheten ökas för de sysselsatta.

Som ett led i att stimulera denna utveckling genomför regeringen en rad åtgärder.

Arbetsförmedlingen får under tre år medel för att i samverkan med Försäkringskassan upphandla rehabilitering och andra typer av stöd-tjänster för personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av psykisk funktionsnedsättning. Syftet med uppdraget är att ge fler rehabilitering, sysselsättning och arbete. Regeringen anser att det är angeläget att sociala företags möjligheter att stödja personer med psykisk funktionsnedsättning tas tillvara.

Kommunerna får ett stimulansbidrag under tre år för att antingen upphandla externa sysselsättningsplatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, särskilt från sociala företag, eller erbjuda sysselsättning via ett valfrihetssystem. Syftet med bidraget är dels att få fram fler externa aktörer som tillhandahåller sysselsättning som är anpassad för målgruppen, dels att uppnå ökad valfrihet. Regeringen är även angelägen om att det bör finnas en koppling mellan den externa platsen och Arbetsförmedlingen i de fall övergång i arbete på arbetsmarknaden kan bli aktuellt.

Juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning kan efter ansökan hos Socialstyrelsen få ett verksamhetsbidrag. Syftet med statsbidraget, som regleras i en särskild förordning, är att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser för att ge personer med en sådan psykisk funktionsnedsättning en meningsfull sysselsättning.

Regeringen har vidare i propositionen Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet (prop. 2009/10:176) bedömt att det ska genomföras en försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag dessutom tagit fram en vägledning (På tröskeln – Daglig verksamhet med inriktning på arbete) för hur daglig verksamhet enligt LSS kan utformas, så att den grupp som står nära arbetsmarknaden får ökade möjligheter till arbete. Vägledningen har tagits fram i samråd med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Personliga ombud

Verksamhet med personliga ombud är ett frivilligt åtagande med kommunerna som huvudmän. Socialstyrelsens utvärdering visar också att ombudens uppgifter huvudsakligen ligger inom kommunernas ansvarsområde.

Regeringen anser att personliga ombud är en bra verksamhet som ökar möjligheterna för människor med omfattande psykisk funktionsnedsättning att bli delaktiga i samhället (se resultatavsnittet). Regeringen har under mandatperioden tillsatt ytterligare statsbidrag för att verksamheten ska kunna växa. Som en följd av detta har antalet ombud ökat. Från och med 2010 ökade anslaget med 10 miljoner kronor. Regeringen föreslår nu att anslaget från och med 2011 ökar med ytterligare 5 miljoner kronor till 104,46 miljoner kronor per år.

Under 2010 fick Socialstyrelsen och länsstyrelserna i uppdrag att fortsatt utveckla och stödja verksamheten. I uppdraget ingår att Socialstyrelsen, när myndigheten definierar ombudens arbetsuppgifter, särskilt ska framhålla att ombuden aktivt verkar för att den enskilde ska få tillgång till arbete, rehabilitering eller meningsfull sysselsättning.

Fritt val av hjälpmedel

Regeringen anser att människor med funktionsnedsättning och äldre behöver ges ökade möjligheter att själva välja hjälpmedel. Regeringens utgångspunkt är att fritt val av hjälpmedel bör ha förutsättningar att finnas i hela landet. Det handlar om möjligheten att välja produkt, att välja vem som ska leverera den och vem som ska anpassa den.

Hjälpmedelsinstitutets utvärdering av brukarnas erfarenheter visar att en försöksverksamhet

med fritt val av hjälpmedel, som regeringen initierat, stärker brukarnas inflytande och delaktighet jämfört med traditionella förskrivningsprocesser (jmf resultatavsnittet). Det finns dock vissa problem som kan hindra eller begränsa användningen av valfrihetssystem.

Regeringen vill därför bygga vidare på den genomförda försöksverksamheten om fritt val av hjälpmedel i tre landsting och ge personer med funktionsnedsättning och äldre större möjligheter att själva välja hjälpmedel. Medel avsätts för detta (se anslag 5:1) Regeringen avser även att ge en utredare i uppdrag att föreslå lösningar på problem som uppmärksammats i försöksverksamheten samt lämna förslag på hur kommuner och landsting kan utforma valfrihetssystem.

Ett effektivt och samordnat stöd till personer med flera och omfattande funktionsnedsättningar samt omfattande hälsoproblem

Barn, unga och vuxna som har en kombination av omfattande utvecklingsstörning, stora rörelsehinder och kommunikationssvårigheter, nedsättningar som rör syn och hörsel, samt omfattande medicinska insatser, är en liten målgrupp men med mycket specifika behov. Enligt en rapport från Riksförbundet för utvecklingsstörda barn- och ungdomar och vuxna, FUB, rör det sig om maximalt cirka 7 000 personer i hela Sverige. Insatser samt råd och stöd till målgruppen ingår i landstingens barn- och vuxenhabilitering, kommunernas socialtjänst samt i viss mån i förskolans/särskolans, specialskolans och gymnasiesärskolans ansvarsområde.

Den komplicerade kombinationen av förutsättningar kan antas ställa specifika krav på kompetens hos berörda aktörer samt på utformning och samordning av olika insatser som målgruppen är i behov av. Enligt en studie från FUB upplever också merparten av anhöriga att de i dag får bristande stöd och handledning i kombination med att de måste ta på sig den samordnande uppgiften. Det stora flertalet av de berörda familjerna upplever enligt FUB därför att de lever i en mycket pressad och utsatt situation och uttrycker ett stort behov av ett strukturerat stöd samt erfarenhetsutbyte. Även de personalgrupper som möter de berörda personerna upplever enligt FUB ett stort behov av kunskapsunderlag, kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte.

Mot denna bakgrund avser regeringen att ge Socialstyrelsen ett uppdrag inom området. Uppdraget ska omfatta att utifrån befintlig statistik, rapporter och andra underlag definiera den berörda målgruppen till antal och sammansättning. Att belysa organisationen av huvudmännens resurser för målgruppen samt beskriva hur samordning av och information om insatser till målgruppen utformas. Även kompetensförsörjning och möjligheter till och former för erfarenhetsutbytet, för professionella och för anhöriga ska beskrivas. Med utgångspunkt från detta och i samverkan med huvudmännen och i samråd med föräldraorganisationer, ska en bedömning av målgruppens situation göras. Socialstyrelsen ska vidare med utgångspunkt från denna analys i samverkan med huvudmännen och i samråd med berörda föräldraorganisationer föreslå hur nuvarande stöd på nationell basis kan vidareutvecklas. Vidare ska Socialstyrelsen i samverkan med huvudmännen och i samråd med föräldraorganisationer utveckla insatser i enlighet med detta. Stödet ska utformas med bibehållen ansvarsfördelning och på ett sätt som möjliggör att kostnaden för verksamheten långsiktigt ska kunna bäras av de landsting och kommuner som behöver det.

Andra pågående utredningar och uppdrag m.m.

I departementsskrivelsen Ansvarsfördelning mellan kommuner i vissa fall föreslås bl.a. att bosättningskommuner och kommuner som verkställer beslut enligt socialtjänstlagen och LSS i andra kommuner än den egna ska få ett ökat ansvar (Ds 2010:21). Det innebär bl.a. att hemkommunen behåller ansvaret under tillfälliga vistelser i andra kommuner, t.ex. vid semestrar. Förslagen innebär även ett sammanhållet ansvar i de fall då det finns samtida behov av insatser enligt både socialtjänstlagen och LSS när personen vistas eller är bosatt i en annan kommun än den som verkställt beslutet. Departementsskrivelsen har remissbehandlats och bereds vidare i Regeringskansliet.

Regeringen anser att det är angeläget att personer som är döva eller har en grav hörselnedsättning, har en talskada eller språkstörning samt personer som är dövblinda har tillgång till hjälpmedel för att kommunicera elektroniskt. Ansvaret för hjälpmedel regleras bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen. Hjälpmedelsinstitutet genomför på regeringens uppdrag nu en informationssatsning inom området elektronisk kom-

munikation som riktar sig till både brukare och förskrivare av hjälpmedel i landstingen. Institutet ska bl.a. ge expertstöd till landstingen vid upphandling av utrustning. Satsningen sker under 2009 och 2010 i samverkan med Post- och telestyrelsen och i samråd med bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting. Uppdraget redovisas vid årsskiftet 2010/11.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en kunskapsöversikt kring situationen för familjer med barn med funktionsnedsättning och familjer där vårdnadshavare har en funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har redovisat sitt uppdrag den 1 september 2010.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att kartlägga kommunernas tillämpning av insatsen led-sagning när det gäller utformningen av insatsen och avgifter. Syftet med uppdraget är bl.a. att ge underlag för vidare analys av hur regeringen kan stödja huvudmännens arbete med insatsen led-sagning. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2011.

Frågan om ansvar för pollenprognosverksamheten behöver bli tydligare. Regeringen avser att under kommande mandatperiod titta närmare på detta.

6.6 Budgetförslag

6.6.1 4:1 Personligt ombud

Tabell 6.8 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 99 348 | Anslags-sparande | 10 112 |
| 2010 | Anslag | 99 460 ¹ | Utgifts-prognos | 107 126 |
| 2011 | Förslag | 104 460 | | |
| 2012 | Beräknat | 104 460 | | |
| 2013 | Beräknat | 104 460 | | |
| 2014 | Beräknat | 104 460 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Regeringens överväganden

Under 2010 utökades anslaget med 10 miljoner kronor för att finansiera den utökning av verksamheten som ägt rum under 2007 t.o.m. 2009. Under 2010 har Socialstyrelsen, utöver den ordinarie anslagsnivån, disponerat ytterligare 10 miljoner kronor för att tillsammans med länsstyrelserna erbjuda och stimulera kommuner att inrätta fler verksamheter med personligt ombud eller att utöka antalet ombud.

Regeringen anser att verksamhet med personliga ombud bör expandera ytterligare. Regeringen föreslår därför att anslaget ska ökas med 5 000 000 kronor per år för att säkerställa stödet till kommunernas verksamhet. För att finansiera ökningen minskas det under utgifts-område 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med motsvarande belopp.

Tabell 6.9 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:1 Personligt ombud

| Tusental kronor | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 99 460 | 99 460 | 99 460 | 99 460 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 |
| <i>Överföring till/från andra anslag</i> | | | | |
| <i>Övrigt</i> | | | | |
| Förslag/be räknat anslag | 104 460 | 104 460 | 104 460 | 104 460 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 104 460 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Personligt ombud* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till vardera 104 460 000 kronor.

6.6.2 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 6.10 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 177 841 | Anslags- sparande | 9 |
| 2010 | Anslag | 172 850 ¹ | Utgifts- prognos | 172 859 |
| 2011 | Förslag | 323 012 | | |
| 2012 | Beräknat | 321 012 | | |
| 2013 | Beräknat | 319 012 | | |
| 2014 | Beräknat | 319 012 | | |

¹ Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget 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 (LSS),
- statsbidrag till tolktjänst,
- verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- försöksverksamhet med service- och signalhundar,
- försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning,
- insatser för familjer med barn med omfattande funktionsnedsättning,
- insatser för attitydförändring på arbetsmarknaden,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- statistikutveckling inom funktionshinderområdet, 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 landstingen 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 tillhand-

hålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl.

Fördelningen mellan olika verksamheter inom statsbidraget 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 försöksverksamhet med meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.

En ny fördelningsmodell för landstingens tolkverksamhet gäller från och med den 1 januari 2008. Modellen tar i högre grad hänsyn till landstingens faktiska kostnader för tolkverksamheten än tidigare. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utvärdera den nya fördelningsmodellen. Resultaten ska redovisas senast den 1 oktober 2011.

Under tre år, 2009–2011, genomför regeringen en försöksverksamhet med service- och signalhundar. För detta ändamål avsätts 2 000 000 kronor per år.

Socialstyrelsen får i uppdrag att sammanställa aktuell kunskap och statistik kring barn med en kombination av omfattande funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov samt utifrån detta i samverkan med huvudmännen, på nationell basis utveckla stödet till målgruppen. Avsikten är att landsting och kommuner på sikt helt ska ta över ansvaret och finansieringen för detta stöd. För ändamålet avsätts 1 000 000 kronor 2011. Regeringen avser sedan att avsätta 2 000 000 kronor 2012 och 3 000 000 kronor 2013 och 2014.

Under 2011 avser regeringen att stödja insatser för attitydförändringar på arbetsmarknaden för att förbättra möjligheten för personer med funktionsnedsättning att arbeta. Uppdraget är planerat att löpa under två år med start 2011. För detta ändamål avsätts 1 000 000 kronor.

För 2010 fastställde regeringen att följande verksamheter av betydelse för personer med funktionsnedsättning skulle få del av statsbidrag inom anslag 3:2 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning*:

- Synskadades Riksförbund (SRF) för Iris Hantverk AB:s sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade, m.m.
- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionsnedsättning, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Förbundet Sveriges Dövblinda (FSDB) och föreningen Fruktträdet för produktion av informationskällor för dövblinda personer, elektronisk nyhetsservice och utveckling av databaser.
- Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning.
- Stiftelsen Rikstolktjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.
- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för verksamhet med kunskaps-spridning om förflyttningslösningar för personer med funktionsnedsättning vid Hjälpmedelscenter Väst i Göteborg.
- Ågrenska för riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper.
- Vissa centrala handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionsnedsättning.

Riksdagen beslutade i maj 2005 att anta lagen (2005:340) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till den ideella föreningen Synskadades Riksförbund. Lagen reglerar hur tilldelning och återtagande av ledarhundar för personer med synskada ska gå till. Riksdagen beslutade samtidigt att tillkännage regeringen att

verksamheten ska utvärderas. Tjänstehundsutredningen har haft i uppdrag att bl.a. utvärdera det nya systemet för upphandling och placering av ledarhundar. I betänkandet Bättre marknad för tjänstehundar (SOU 2010:21) gör utredaren bedömningen att det nya systemet för upphandling och placering av ledarhundar fungerar väl och att några vidare åtgärder inte behöver vidtas. Regeringen delar denna bedömning och därmed har riksdagens tillkännagivande behandlats. Utredningens förslag har varit på remiss och bereds nu i Regeringskansliet.

Statskontoret har i rapporten Verksamheter för funktionshindrade – förslag till ny bidragsprocess för anslaget 16:4 (2008:8) granskat bidraget till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Regeringen bedömer att stöd för att främja möjligheterna för personer med funktionsnedsättning att ta del av samhällslivet bör hanteras inom respektive utgiftsområde. Under 2010 flyttades därför verksamhet och medel motsvarande 3 567 000 kronor från anslaget 3:2 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning* till olika anslag under utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid.

Regeringen föreslår därutöver följande förändringar:

- 1 401 000 kronor, som utgått till SDR för verksamhet för att stärka teckenspråkets ställning, förs över till utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 3:3 *Talboks- och punktskriftsbiblioteket* för att stärka teckenspråklig litteratur och samarbetet med Resursbibliotek för döva i Örebro.
- 7 575 000 kronor som tidigare utgått till SRF för sysselsättningsfrämjande verksamhet m.m. förs över till utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, anslag 3:3 *Talboks- och punktskriftsbiblioteket* för att stimulera intresset för, användning samt utveckling av punktskrift som skriftspråk för synskadade barn, unga och vuxna, att erbjuda synskadade barn, unga och vuxna kompletterande information i lämpligt format och via tillgängliga medier för att ge dem jämlika förutsättningar att följa trender och skeenden i samhället samt att stärka teckenspråkig litteratur.

- 117 662 000 kronor som finansierar kvarvarande verksamheter genom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 3:2 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning* föreslås flyttas till anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet*. Skälen till detta är att de två anslagen, som föreslås bli ett, har många utgiftsposter och att en sammanslagning förväntas ge en bättre överblick av bidragsfördelningen till verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning.
- Riksdagen har beslutat om ett förtydligande i LSS som innebär att Socialstyrelsens tillsyn ska omfatta all verksamhet som omfattas av lagen, även t.ex. enskilda assistansanordnare (prop. 2009/10:176, bet. 2009/10:SoU21, rskr. 2009/10:300). Till följd av den utökade tillsynsuppgiften minskas anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med 15 000 000 kronor. Anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ökas med motsvarande belopp.
- Regeringen anser att antalet personliga ombud bör öka. För att bidra till finansieringen av ökningen av anslag 4:1 *Personligt ombud* minskas anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med 5 000 000 kronor. Anslaget 4:1 *Personligt ombud* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ökas med motsvarande belopp.
- En finansiell konsekvens av att regeringens treåriga satsning på Suicid prevention upphör 2010, är att anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* ökas med 500 000 kronor och att det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* minskas med motsvarande belopp.
- Regeringen beslutade den 20 maj 2010 att ge en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av en ny oberoende granskningsmyndighet med ansvar för kvalificerad och systematisk uppföljning, utvärdering och effektivitetsgranskning av hälso- och sjukvården. Regeringen har beslutat att utvidga uppdraget med uppgifter inom socialtjänstens områden (dir. 2010:90). Till följd av denna

utvidgning minskas anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med 3 000 000 kronor 2011, 5 000 000 kronor 2012 och 7 000 000 kronor 2013 och tills vidare. Anslaget 1:12 (*Myndigheten för vårdanalys*) under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ökas med motsvarande belopp.

Med dessa förändringar upphör anslaget 3:2 *Bidrag till viss verksamhet inom handikappområdet*. Samtidigt ökar anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* med 98 162 000 kronor under 2011.

Tabell 6.11 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 227 850 | 227 850 | 227 850 | 227 850 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | -22 500 | -24 500 | -26 500 | -26 500 |
| Överföring till/från andra anslag | 117 662 | 117 662 | 117 662 | 117 662 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/bekränt anslag | 323 012 | 321 012 | 319 012 | 319 012 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 323 012 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 321 012 000 kronor samt för 2013 och 2014 till 319 012 000 kronor respektive år.

6.6.3 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 6.12 Anslagsutveckling 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

| År | Utfall | Belopp | Anslags-sparande | Utgifts-prognos |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|-----------------|
| 2009 | Utfall | 31 017 | | 515 |
| 2010 | Anslag | 31 296 ¹ | | 30 597 |
| 2011 | Förslag | 31 578 | | |
| 2012 | Beräknat | 32 190 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 32 705 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 33 301 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 31 578 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 31 578 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 31 578 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för att finansiera dels bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation, dels till Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor.

Bidraget till utrustning för elektronisk kommunikation 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. Utrustningen ska ge personer som är döva, har en grav hörselskada, talskada eller språkstörning möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Socialstyrelsen meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget. Antalet personer som har behov av utrustning för elektronisk kommunikation, behovet av utbyte av föråldrad utrustning och prisutveckling på ny teknik är de avgörande faktorerna som styr utgifterna inom anslaget.

Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor (Resurscenter Mo Gård AB) bildades 2003. Centret har ett avtal med staten och får bidrag för att ge stöd till landsting och kommuner i deras arbete med personer som är dövblinda. Statsbidraget uppgår till 6 529 000 kronor.

Regeringens överväganden

Tabell 6.13 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 31 296 | 31 296 | 31 296 | 31 296 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löne- omräkning ² | 282 | 894 | 1 409 | 2 052 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -47 |
| Förslag/be- räknat anslag | 31 578 | 32 190 | 32 705 | 33 301 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsförflyttning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskar (2014) även till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 31 578 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 32 190 000 och för 2013 och 2014 till 32 705 000 kronor respektive 33 301 000 kronor.

6.6.4 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tabell 6.14 Anslagsutveckling 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

| År | Utfall | Belopp | Anslags-sparande | Utgifts-prognos |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|-----------------|
| 2009 | Utfall | 221 921 | | 25 079 |
| 2010 | Anslag | 256 000 ¹ | | 263 680 |
| 2011 | Förslag | 256 000 | | |
| 2012 | Beräknat | 256 000 | | |
| 2013 | Beräknat | 267 000 | | |
| 2014 | Beräknat | 267 000 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används till 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 framförallt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Tabell 6.15 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 256 000 | 256 000 | 256 000 | 256 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Övriga makro-ekonomiska förutsättningar | | | | |
| Volym | | | 11 000 | 11 000 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 256 000 | 256 000 | 267 000 | 267 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 256 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Bilstöd till personer med funktionshinder* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 256 000 000 kronor och till 2013 och 2014 beräknas anslaget till 267 000 000 kronor respektive år.

6.6.5 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.16 Anslagsutveckling 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

| År | Utfall | 17 567 275 | Anslags-sparande | 199 529 |
|-------------|----------------|-------------------------|------------------|------------|
| 2010 | Anslag | 19 297 000 ¹ | Utgifts-prognos | 18 934 000 |
| 2011 | Förslag | 20 160 000 | | |
| 2012 | Beräknat | 21 475 000 | | |
| 2013 | Beräknat | 22 843 000 | | |
| 2014 | Beräknat | 24 299 000 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget 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.

Regeringens överväganden

Personlig assistans och assistansersättningen ger många personer med omfattande funktionsnedsättning möjlighet till inflytande över sin vardag. Däremot har omfattningen av personlig assistans och kostnaderna för assistansersättningen 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 2009 hade cirka 15 900 personer assistans med i genomsnitt 111 timmar.

Socialstyrelsen har i samarbete med Försäkringskassan regeringens uppdrag att utarbeta ett vetenskapligt instrument som kan användas när behovet av personlig assistans ska bedömas

(se resultatavsnittet, Assistansersättning till personlig assistans).

Riksdagen har under våren 2010 beslutat om lagändringar när det gäller personlig assistans. Behov av mer än en personlig assistent samtidigt ska bara tillgodoses under förutsättning att möjligheterna att erhålla bostadsanpassningsbidrag eller andra hjälpmedel har utretts (se resultatavsnittet, Assistansersättning till personlig assistans).

Regeringen har i proposition som föregick lagändringen (prop. 2009/10:176) även föreslagit ytterligare ett antal åtgärder för effektivare resursutnyttjande. För det första bör Socialstyrelsen och Hjälpmedelsinstitutet få i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag som kan vägleda Försäkringskassan vid ställningstaganden om dubbel assistans i förhållande till bostadsanpassningar och hjälpmedel. Försäkringskassan bör vidare ges i uppdrag att senast den 30 juni 2011 till regeringen rapportera om utvecklingen av enhetligheten i sina beslut och vilka eventuella åtgärder som är lämpliga att vidta (regeringsbeslut den 12 maj 2010). Statskontoret bör dessutom få ett uppdrag att ta fram förslag som syftar till att öka säkerheten i utbetalningar av assistansersättning.

Tabell 6.17 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 4:5 Kostnader för statlig assistansersättning

| Tusental kronor | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010¹ | 19 297 000 | 19 297 000 | 19 297 000 | 19 297 000 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | | | | |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 139 000 | 785 000 | 1 551 000 | 2 427 000 |
| Volym | 724 000 | 1 393 000 | 1 995 000 | 2 575 000 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 20 160 000 | 21 475 000 | 22 843 000 | 24 299 000 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 20 160 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 21 475 000 000 och till 2013 och 2014 beräknas anslaget till 22 843 000 000 kronor respektive 24 299 000 000 kronor.

7 Äldrepolitik

7.1 Omfattning

De insatser som här redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldreomsorg enligt socialtjänstlagen (2001:453) och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna lämnar staten ekonomiskt bidrag till kommunernas verksamhet. Under äldrepolitik redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa anhörig- och pensionärsorganisationer. År 2011 föreslås statens utgifter inom området uppgå till cirka 1,9 miljarder kronor.

7.2 Utgiftsutveckling

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling Äldrepolitik

Miljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Äldrepolitik</i> | | | | | | | |
| 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken | 1 712 | 2 040 | 1 867 | 1 907 | 1 957 | 1 957 | 1 957 |
| Summa Äldrepolitik | 1 712 | 2 040 | 1 867 | 1 907 | 1 957 | 1 957 | 1 957 |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

7.3 Mål

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.

Regeringen avser att se över målen för äldrepolitiken och vid behov återkomma till riksdagen med förslag till nya mål.

7.4 Resultatredovisning

7.4.1 Inledning

Omfattningen av äldreomsorgen

Den 1 oktober 2009 var enligt den officiella statistiken 205 797 personer 65 år eller äldre beviljade hemtjänst.

Tabell 7.2 Antal personer i åldern 65 år och äldre i ordinärt boende som hade beviljad hemtjänst 1 oktober 2009 samt antal beviljade/beräknade hemtjänsttimmar under oktober år 2009. Fördelat på kommun och regiform.

| | Antal personer 65-w år som var beviljade hemtjänst | Varav utförd i huvudsak i | | Antal hemtjänsttimmar i huvudsak | |
|-------|--|---------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|
| | | Kommunal regi | Enskild regi | Kommunal regi | Enskild regi |
| Riket | 205 797 | 177 332 | 28 465 | 3 864 562 | 765 274 |

Den 1 oktober 2009 var 95 377 personer beviljade särskilt boende.

Tabell 7.3 Antal personer i åldern 65 år och äldre som bodde permanent i särskilt boende 1 oktober 2009. Fördelat på kommun och regiform

| | Antal boende 65-w år | Varav i bostäder som drevs av | | |
|-------|----------------------|-------------------------------|--------------------|--------------|
| | | Egna kommunen | Enskild vårdgivare | Annan kommun |
| Riket | 95 377 | 79 450 | 15 752 | 175 |

Antalet personer i korttidsboende var den 1 oktober 2009 8 546 personer. Av dessa personer fick 89 procent insatsen utförd i den egna kommunens regi.

Under andra halvåret 2009 var det totalt 185 958 personer som någon gång mottog insatser från kommunal hemsjukvård. I summan ingår både hemsjukvård i särskilt boende i samtliga kommuner och hemsjukvård i ordinärt boende i de drygt hälften av landets kommuner som också övertagit ansvaret för det.

Genom den pågående omläggningen till personnummerbaserad statistik kommer möjligheterna att framöver följa förändringarna inom äldreomsorgen att förbättras.

Personlig assistans för personer 65 år och äldre

Sedan 2001 kan den som fyllt 65 år få behålla sin assistansersättning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, eller lagen (1993:389) om assistansersättning, LASS, om hon eller han tidigare beviljats sådan. Som en följd av denna förändring minskade kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, medan de ökade för stöd till personer med funktionsnedsättning. Antalet personer med omfattande hemtjänst minskade när assistansreformen genomfördes (Socialstyrelsen 2008, Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv). Utbetalningar för personlig assistans enligt LASS till personer 65 år och äldre ökade från 2 337 miljoner kronor år 2008 till 2 758 miljoner kronor år 2009 (specialkörning Försäkringskassan).

Cirka 4 600 personer över 65 år hade under 2009 insatser enligt LSS. Av dessa bodde drygt 2 600 personer i särskilt boende.

Tabell 7.4 Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, 2005–2009

| Verksamhet/år Äldre | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Vård- och omsorg enligt SoL och HSL | 78,9 | 82,1 | 85,4 | 90,3 | 91,7 |
| <i>därav i ordinärt boende</i> | <i>27,1</i> | <i>29,5</i> | <i>32,2</i> | <i>34,6</i> | <i>34,6</i> |
| <i>varav hemtjänst</i> | <i>18,7</i> | <i>20,7</i> | <i>22,7</i> | <i>22,2</i> | <i>23,2</i> |
| <i>i särskilt boende</i> | <i>51,8</i> | <i>52,6</i> | <i>53,2</i> | <i>55,7</i> | <i>57,1</i> |
| Öppen verksamhet | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,5 |
| Summa | 80,3 | 83,5 | 86,8 | 91,7 | 93,2 |

Källa: SCB, Kommunernas bokslut 2009

7.4.2 Ett aktivt liv och inflytande över sin vardag

Värdigt liv i äldreomsorgen

Riksdagen antog den 26 maj 2010 regeringens proposition Värdigt liv i äldreomsorgen (prop. 2009/10:116). En ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453) om en nationell värdegrund för äldreomsorgen har införts. Värdegrunden innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Samtidigt infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen om att den äldre personen, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Vidare gavs kommunerna möjlighet att lämna kompensation till en enskild person genom en ändring i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Socialnämnden får lämna kompensation bl.a. när bistånd inte lämnats inom skälig tid eller när en garanti som lämnats inte fullgjorts. Författningsändringarna träder i kraft den 1 januari 2011.

Regeringen har för 2010 avsatt sammanlagt 90 miljoner kronor för t.ex. stöd till huvudmännen för utbildning i värdegrundsarbete och för ett system med värdegrundsmärkning. Därför har Socialstyrelsen fått i uppdrag att stödja utvecklingen av en utbildning i värdegrundsarbete för bland annat biståndsbedömare och arbetsledare inom kommunal och enskild äldreomsorg och att ta fram ett handlednings- och informationsmaterial om den nationella värdegrunden. Vidare har myndigheten getts i uppdrag att tillsammans med bland annat Sveriges Kommuner och Landsting, Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte, FAMNA samt Vårdföretagarna, ta fram kriterier för

värdegrundsmärkning samt att ta fram ett system för värdegrundsmärkning. I uppdraget ingår att stödja kommuner som önskar skapa lokala värdighetsgarantier. För att bidra till att öka rätts säkerheten, effektivisera och kvalitets-säkra handläggningen av biståndsbesluten har Socialstyrelsen getts i uppdrag att utveckla ett nationellt instrument som underlag för bedömning av biståndsbehov. Instrumentet ska vara frivilligt att använda för kommunerna.

Valfrihet inom äldreomsorgen

I januari 2009 trädde lagen om valfrihetssystem (LOV) i kraft. Lagen är när det gäller verksamhet inom socialtjänsten frivillig för kommunerna och vid halvårsskiftet 2010 hade 81 kommuner, främst kommuner i storstadsregionerna infört valfrihetssystem enligt LOV för socialtjänstverksamhet. Befolkningen i dessa kommuner motsvarar över 50 procent av rikets befolkning. Ytterligare drygt 60 kommuner har beslutat att införa valfrihetssystem men ännu inte kommit igång. Det vanligaste området med fritt val är hemtjänst i äldreomsorgen. Minst intresse har hittills visats från små kommuner i glesbygd. Av de 208 kommuner som fått stimulansbidrag för att förbereda och utveckla valfrihetssystem hade 170 inga tidigare erfarenheter av valfrihetssystem. I utredningsarbetet har ofta en genomlysning av den nuvarande verksamheten gjorts. Detta ger ett bra underlag för kvalitets- och effektiviseringsarbete oavsett om man beslutar sig för att införa valfrihetssystem eller ej.

Ett viktigt syfte med lagen är att verka för ökad mångfald av utförare. Den 1 juni 2010 presenterade Socialstyrelsen en rapport där det framgår att i varannan kommun där valfrihets-

system har införts finns utförare med särskild inriktning verksam. Vanligast är att utförare profilerar sig genom att erbjuda personal som talar finska eller andra inom- eller utomeuropeiska språk. Enligt en rapport från Tillväxtverket som intervjuat ett urval av de kommuner som infört valfrihetssystem har antalet utförare ökat med 30 procent och i genomsnitt erbjuder kommunerna den enskilde 10 olika utförare att välja mellan.

7.4.3 Att åldras i trygghet och med bibehållet oberoende

Teknik för äldre

Under åren 2007–2009 har sammanlagt 100 olika projekt erhållit stöd från regeringens program Teknik för äldre. Programmet har samordnats av Hjälpmedelsinstitutet. Utvecklingsarbetena har resulterat i färdiga produkter och tjänster som nu finns på marknaden t.ex. mobiltelefon för äldre, trygghetstelefon, digitalt låssystem, hemtekniksupport och tv baserad bildtelefoni. Webbplatsen www.teknikforaldre.se innehåller information om de olika projekt som genomförts med stöd från Teknik för äldre. Programmet kostade totalt 66 miljoner kronor. Satsningen Teknik för äldre II som inletts 2010 syftar till att ytterligare stärka utvecklingen av, informationen om och tillgängligheten till bra teknik för äldre, t.ex. i boende eller i tjänsteutbud. Regeringen har avsatt 22 miljoner kronor för 2010.

Bostäder för äldre

Sedan investeringsstödet infördes 2007 och fram till 30 april 2010 har totalt 6 167 lägenheter i särskilt boende och trygghetsboende beviljats investeringsstöd. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2010–2011 uppger drygt hälften av landets kommuner att behovet av särskilda boendeformer för äldre är täckt. Jämfört med de närmast föregående åren uppger fler kommuner att man inte har brist på särskilt boende för äldre. Cirka 30 procent räknar med att kunna täcka behovet genom planerad utbyggnad de närmaste åren. Andelen av kommunerna som har behovet täckt eller som räknar med att täcka behovet genom planerad utbyggnad de närmaste åren har ökat något gentemot föregående år. Cirka 10 procent av kommunerna bedömer att

bristen på bostäder i särskilt boende för äldre kommer att kvarstå även efter planerad utbyggnad under de närmaste åren.

Investeringsstödet bidrar enligt regeringens bedömning till att de brister som rör särskilt boende, både i fråga om antal platser och låg boendestandard på sikt kan byggas bort. Det finns ett stort intresse för att söka investeringsstöd för byggande av trygghetsboende. Mot bakgrund av det kan man förvänta sig att det redan inom ett eller två år på många håll kommer att finnas trygghetsbostäder för äldre med god tillgänglighet, personal på plats under vissa tider och möjlighet till gemensamma måltider eller andra aktiviteter. Genom en särskild satsning omfattande 50 miljoner kronor under 2010–2011 har regeringen givit Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag att stödja kommunernas planering, nytänkande och utveckling av boende för äldre. Syftet är att stödja idéutveckling för planering av det framtida boendet för äldre både när det gäller särskilt boende, trygghetsboende och anpassning av befintliga bostadsområden t.ex. genom sådana åtgärder som undanröjer enkelt avhjälpna hinder.

Investeringsstöd för äldreboende som sedan 2007 kunnat lämnas för byggande av särskilt boende kan under 2010–2012 lämnas också till byggande av trygghetsboende för äldre personer över 70 år. I trygghetsboende ska det finnas personal dagligen som på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Bostäderna kan vara upplåtta med hyresrätt, kooperativ hyresrätt eller bostadsrätt och innehåsa av en person som har fyllt 70 år. Den 20 april 2010 hade ansökningar om investeringsstöd för totalt 977 lägenheter i trygghetsboende lämnats in till länsstyrelserna. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät, BME uppger kommunerna att sammanlagt 3 900 lägenheter i trygghetsboende kommer att byggas under 2010 och 2011.

7.4.4 Tillgång till god vård och omsorg

Stimulansbidrag till omsorg och vård om äldre personer har gett positiva effekter

Regeringen har åren 2007–2009 avsatt sammanlagt drygt 4 miljarder kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting med avsikt att stödja huvudmännens arbete med att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer. Socialstyrelsen har fördelat bidraget efter an-

sökan med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen. Stimulansbidraget har omfattat sju prioriterade områden: rehabilitering, kost och nutrition, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förstärkt läkartillgång, socialt innehåll och förebyggande insatser. Socialstyrelsen har följt upp satsningen och rapporterar att huvudmännen med hjälp av stimulansbidraget har kunnat anställa drygt 3 000 personer i vården och omsorgen om äldre personer och att personal har kunna delta i kompetenshöjande utbildningar. Den 31 december 2009 drev huvudmännen drygt 2 260 projekt eller satsningar vilka är relativt jämnt fördelade över alla områden. Av 652 avslutade projekt år 2009 har 467 blivit ordinarie verksamhet.

Området *rehabilitering* har prioriterats mycket högt av både kommuner och landsting. Av det beviljade stimulansbidraget för 2007–2009 har 228 kommuner inkl. stadsdelar i Stockholms kommun och 19 landsting tillsammans använt 27 procent av stimulansbidraget inom området. Bidraget har framförallt använts till att utveckla samverkan mellan huvudmännen kring rehabilitering, utveckla samarbetet mellan olika professioner, utbilda och handleda personal samt att införa ett rehabiliterande förhållningssätt. 178 kommuner och 14 landsting har under 2009 genomfört eller påbörjat utbildningar för över 44 000 personer och drygt 17 700 personer har fått en uppföljande utbildning. Dessutom har huvudmännen genomfört utbildningar i strokevård för drygt 6 000 personer och 13 100 personer har fått utbildning i fallprevention. 83 kommuner och sju landsting har inrättat s.k. rehabiliteringsombud och många kommuner och landsting har startat rehabiliteringsteam. Många kommuner har också utvecklat utemiljön och andra har satsat på att skapa bra miljöer inomhus. Några effekter av stimulansbidraget är att man uppnått bättre samverkan mellan huvudmännen. Den enskilde har kommit i fokus och intresset för vård- och omsorgspersonalens rehabiliterande förhållningssätt har ökat. Av 157 projekt som avslutades under 2009 har 83 procent blivit en del av den ordinarie verksamheten, varav 102 i kommunerna och 28 i landstingen.

Mellan 200 000 och 250 000 äldre personer får dagligen någon form av stöd och hjälp med maten inom ramen för den offentliga vården och omsorgen. Åtta procent av stimulansbidragen för 2007–2009 har använts till området kost och nutrition fördelat på 187 kommuner och stads-

delar i Stockholms kommun och 14 landsting. Stimulansbidraget har framförallt använts till att utveckla kommunernas kompetens när det gäller *kost och nutrition* genom rekrytering av dietister införa individuella kostprogram för att förhindra undernäring och att förkorta nattfastan, utbilda vård- och omsorgspersonal om kost och nutrition samt till att utveckla restaurangmiljön vid särskilda boenden. Den 31 december 2009 pågick 273 projekt i 188 kommuner och 34 projekt i 14 landsting. Därutöver finns mat med som delar i projekt som gäller socialt innehåll, rehabilitering och läkemedelsgenomgångar. År 2009 fanns 101 dietister anställda och kostombud fanns i 163 kommuner. Av de 121 projekt som avslutades 2009 har 85 blivit ordinarie verksamhet.

För området *demensvård* har 18 procent av stimulansbidraget för 2007–2009 använts. Av kommunerna har 235 kommuner och av landstingen har 16 satsat på utveckling av demensvården. 93 kommuner och åtta landsting har 2009 inrättat demensteam och omkring 1 850 personer arbetar i dessa team. Vanligtvis arbetar undersköterskor eller vårdbiträden, sjuksköterskor och ibland arbetsterapeuter eller sjukgymnaster i demensteam. Demensteamens funktion kan vara att arbeta som konsult, utreda, utbilda samt ge stöd till anhöriga. 235 kommuner och stadsdelar i Stockholm har under 2009 genomfört utbildning i demenskunskap för 33 250 personer och 11 landsting har genomfört utbildningar för knappt 3 200 personer. Dessutom erbjuder 62 procent av huvudmännen personal handledning minst en gång i månaden. Majoriteten av huvudmännen och framförallt landstingen, anser att samarbetet har förbättrats med stöd av stimulansbidraget. Av 378 kommunala projekt som drevs 2009 avslutades 83 stycken och 56 av dessa har blivit ordinarie verksamhet. På motsvarande sätt drev landstingen 40 projekt varav sju avslutades under 2009 och tre blev ordinarie verksamhet.

Under 2009 har nästan 45 000 *läkemedelsgenomgångar* genomförts för personer som bor i särskilt boende och knappt 24 000 för personer som bor i ordinärt boende. Av stimulansbidraget som utgått åren 2007–2009 har nio procent gått till läkemedelsgenomgångar fördelat på 126 kommuner inklusive stadsdelar i Stockholms kommun och 20 landsting. Huvudsyftet med läkemedelsgenomgångar är att optimera den äldres läkemedelsanvändning, att få en ökad

patientsäkerhet och att säkra vård- och omsorgspersonalens engagemang, ansvar för och kunskap om läkemedel och läkemedelshantering. Flera av huvudmännen redovisar att läkemedelsgenomgångar kan ge samhällsvinster genom att minska antalet läkemedel, antalet besök på akutsjukhus och antalet inläggningar på sjukhus på grund av läkemedelsrelaterade problem. Under 2009 har 108 kommuner och 18 landsting genomfört professionella läkemedelsgenomgångar vid särskilt boende för 14 800 respektive 29 750 äldre med stöd av stimulansbidraget. Inom ordinärt boende har 44 kommuner och samtliga landsting genomfört genomgångar för 2 000 respektive 14 500 äldre. Det stora flertalet av dessa läkemedelsgenomgångar har varit tvärprofessionella. Under 2009 har cirka 20 200 personer som arbetar i särskilt boende och drygt 6 300 personer som arbetar inom ordinärt boende fått utbildning i läkemedel för äldre.

Stimulansbidrag till *socialt innehåll* har framförallt använts till att utveckla innehållet i vardagen vid särskilt boende, att starta träfflokaler ofta i samverkan med frivilligorganisationer samt till utbildningar. Under åren 2007-2009 har 19 procent gått till området fördelat på 234 kommuner och stadsdelar i Stockholms kommun och i sex landsting. Under 2009 har 137 kommuner och två landsting genomfört utbildningar i socialt innehåll för 24 200 anställda. Över 100 kommuner drev under 2009 träfflokaler som startats med stöd av stimulansbidraget. Ofta drivs verksamheterna av socialtjänsten men många kommuner samarbetar också med frivilligorganisationer. Många kommuner framhåller att stimulansbidraget har varit viktigt för att utveckla samarbetet med frivilligorganisationerna. Stimulansbidraget har även gjort det möjligt att pröva nya idéer som inte har varit möjliga att genomföra utan samverkan med frivilligorganisationerna i kommunerna.

Av de beviljade stimulansbidragen för 2007-2009 har sex procent gått till området *förstärkt läkartillgång* fördelat på 12 kommuner och 16 landsting. Bidraget har framförallt använts till att stärka läkarbemanningen och den geriatriska kompetensen inom äldreomsorgen samt till att förbättra möjligheten för äldre patienter att få läkarbesök i hemmet. Under 2009 har åtta landsting utbildat läkare som arbetar vid särskilt boende i geriatrik och äldreomsorgen och sju landsting har utbildat läkare

som arbetar i ordinärt boende. Flera landsting vittnar om svårigheter att rekrytera allmänläkare till vårdcentralerna.

Stimulansbidraget inom området *förebyggande insatser* har använts till förebyggande hembesök och utbildning i fallprevention. Även service-tjänster i hemmet s.k. "Fixar-Malte" har införts. Av 2009 års stimulansbidrag har 10 procent gått till förebyggande insatser fördelat på 179 kommuner och 16 landsting. Under året har 104 000 personer över 75 år erbjudits ett hembesök, varav 48 600 tackat ja. Huvudsyftet med besöken har ofta varit att informera om huvudmännens verksamhet för äldre, men även att berätta om t.ex. ideella organisationers verksamhet. Besöken har också använts för att informera om kost och motion och om risker i hemmet. Personal har även utbildats om äldre och risken att falla. Genom hembesöken har kommunerna kommit i kontakt med många äldre med behov av insatser som anhörigstöd, bostadsanpassning, tekniska hjälpmedel, besök på vårdcentral eller hemtjänst. Under 2009 har 82 kommuner och tio landsting genomfört utbildningar i fallprevention för 13 100 personer. Kommuner och landsting har även kartlagt fallolyckor som rört 18 400 äldre personer.

Förebyggande insatser

Ingen åldersgrupp förlorar så många återstående levnadsår till följd av olyckor som just de äldre. Fallolyckor är den i särklass vanligaste olyckstypen som drabbar i synnerhet äldre kvinnor. Psykisk ohälsa är vanligt hos äldre personer. Det är också den grupp som begår flest självmord.

Regeringen har gett ett uppdrag till Socialstyrelsen att i samarbete med Myndigheten för samhällsskydd och krisberedskap, Statens folkhälsoinstitut och Rikspolisstyrelsen ta fram en nationell handlings- och åtgärdsplan för säkerhetsfrämjande arbete för äldre personer. Planen ska bl.a. innehålla förslag på hur man kan sprida kunskap och goda exempel på hur man kan förebygga olyckor och självmord bland äldre. Uppdraget ska delredovisas i april 2011 och slutredovisas i december samma år.

Nya former för att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten

Äldre kvinnor och män har rätt till insatser av god kvalitet. För att mer effektivt stödja äldreomsorgen och övrig socialtjänst i att utveckla en kunskapsbaserad praktik har regeringen infört nya former för det nationella stödet. Grunden har lagts genom beslut om en plattform för nationell samverkan där staten och huvudmännen gör överenskommelser om gemensamma målsättningar och prioriteringar. Syftet är att stimulera kunskapsutveckling och brukarmedverkan inom äldreomsorg och socialtjänst. Arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik beskrivs närmare i politikområdet Socialtjänstpolitik.

Program för en god äldreomsorg

Inom ramen för arbetet för en evidensbaserad praktik har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slutit en överenskommelse om ett utvecklingsarbete, Program för god äldreomsorg. Målet för 2010 års överenskommelse är att genom strategiska satsningar på socialtjänstens "infrastruktur" stärka förutsättningar för kunskapsutveckling och därmed god kvalitet inom äldreomsorgen. Huvudmännen har utarbetat länsvisa avsiktsförklaringar om hur de avser att arbeta för att satsningen ska leda till bättre kvalitet inom äldreområdet. För detta ändamål har regeringen avsatt 50 miljoner kronor 2010. Medlen har använts till satsningar på utvecklat IT-stöd, Sveriges Kommuner och Landstings arbete med öppna jämförelser, stärkt ledarskap samt regionala stödstrukturer till stöd för kunskapsutveckling. Inom ramen för Program för god äldreomsorg har även satsningar gjorts för att stimulera entreprenörskap och ökad mångfald av utförare inom äldreomsorgen.

Stärkt stöd till anhöriga

Den 1 juli 2009 ändrades bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453) så att kommunerna ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Kommunerna kompenseras enligt finansie-

ringsprincipen för den ändrade lagstiftningen med närmare 150 miljoner kronor 2009. Från och med 2010 kompenseras kommunerna med närmare 300 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsen har getts i uppdrag (S2009/5077/ST) att utarbeta vägledning m.m. för tillämpning av den nya bestämmelsen samt följa upp och utvärdera konsekvenserna av den ändrade bestämmelsen. En årlig rapport ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 december med början 2010 och slutrapport 2014.

Bättre samordning av insatser

Nya bestämmelser har införts från den 1 januari 2010 i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att kommuner och landsting vid behov ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Syftet med den individuella planen är att tydliggöra huvudmännens ansvar för den enskilde, bl.a. för äldre personer som har behov av både vård- och omsorgsinsatser, vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret är fördelat mellan dem.

Den enskilde ska ge sitt samtycke till att en plan upprättas och planen ska när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Personal- och kompetensförsörjning

I Lägesrapport 2010 från Socialstyrelsen rapporteras att andelen av omvårdnadspersonalen med grundläggande yrkesförberedande utbildning har ökat under senare år. Flera uppgifter inom vården och omsorgen om äldre kräver emellertid ett fördjupat yrkeskunnande genom eftergymnasiala utbildningar och specialisering i arbetslivet, men den formella utbildningsnivån inom verksamheten har länge varit låg. God

tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet.

I Öppna jämförelser 2009 från Sveriges Kommuner och Landsting rapporteras att andelen av personalen som arbetar vid särskilt boende och har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå varierar mellan 12 procent och 100 procent.

Om ingenting görs finns det en påtaglig risk att det kommer att vara brist på äldreomsorgspersonal under kommande decennier enligt bland andra Statistiska Centralbyråns bedömning. För rikets del beräknas bristen 2030 till cirka 65 000 årsarbetare. Att verka för att fler väljer arbete och utveckling inom äldreomsorgen och därigenom säkerställa kontinuitet och kompetens är en central framtidsfråga. Regeringen avser därför stödja huvudmännens arbete för att säkerställa personalförsörjningen.

Personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska

Från den 1 januari 2010 är kommunerna genom en ny bestämmelse i socialtjänstlagen 5 kap. 6 § skyldiga att verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

I den nya strategin för de nationella minoriteterna – Från erkännande till egenmakt (prop. 2008/09:158) – har regeringen lyft fram behovet av att kunna få äldreomsorg på nationellt minoritetsspråk.

Den 1 januari 2010 trädde även lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk i kraft. I 18 § framgår att en kommun i ett förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller delar av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska. Detsamma gäller kommuner utanför ett förvaltningsområde, om kommunen har tillgång till personal som är kunnig i språket.

Hälsa- och sjukvård för äldre

Akutsjukvården vårdar till stor del äldre personer. De äldre över 65 år uppgick till 17,6 procent av befolkningen men konsumerade nästan

hälften av alla vårdtillfällen och mer än hälften av alla vård dagar inom den slutna sjukhusvården under 2008.

Mellan 2000 och 2008 minskade äldre personers andel av den totala vårdtiden i akutsjukvården utom för de allra äldsta i befolkningen. De yngre äldre (65–79 år) tar en hög andel vårdtillfällen i anspråk samtidigt som deras medianvårdtid minskar. Personer 85 år och äldre upptar en ökande andel av akutsjukvårdens resurser.

Nära 186 000 äldre personer fick någon gång under andra halvåret 2009 olika kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.

Minskad användning av läkemedel

Användningen av många olika läkemedel är en viktig riskfaktor för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner. Mellan 2005 och 2007 ökade andelen personer 80 år och äldre som använde tio eller fler läkemedel, tre eller fler typer av psykofarmaka eller hade riskfyllda läkemedelskombinationer. År 2008 vände utvecklingen. Förskrivningen av psykofarmaka minskade mellan 2007 och 2008 både bland befolkningen 80 år och äldre och bland personer med insatser i ordinärt och särskilt boende. Jämfört med andra äldre använder personer i särskilt boende mer psykofarmaka och kvinnorna mer än männen. Stimulansbidraget till kommuner och landsting för läkemedelsgenomgångar har resulterat i flera positiva effekter. Socialstyrelsen ger i sin redovisning av stimulansbidraget flera exempel från landet, t.ex. att patienter och brukare mår bättre eller har fått högre livskvalitet, att läkemedelskostnaderna har sänkts, att antalet läkemedelsrelaterade problem har minskat, att patientsäkerheten har utvecklats samt att personalens kunskapsnivå har höjts.

Psykisk ohälsa bland äldre

Psykisk ohälsa bland äldre personer är i dag vanligt förekommande och är ett eftersatt område. Personer över 65 år har fyra gånger högre risk att drabbas av depression. Gruppen äldre är den grupp som har flest antal självmord i Sverige. Äldre personer utgör 17,6 procent av befolkningen men begår 25 procent av självmorden (Äldres psykiska ohälsa, Socialstyrelsen 2008). Från och med den 1 januari 2010 infördes

nya bestämmelser i 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen (2001:453) och i 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta en vägledning om vad överenskommelsen bör innehålla samt att ta fram och ansvara för en webbaserad kunskapsportal på psykiatriområdet (S2006/9394/HS). Socialstyrelsen har även regeringens uppdrag att ta fram och ansvara för en webbaserad kunskapsportal för personal på alla nivåer som arbetar med vård och omsorg om äldre personer samt utreda portalens utvecklingsmöjligheter (S2009/9450/ST). Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning för ökat stöd till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning (S2010/2666/ST).

Regeringen tillsatte 2009 en särskild utredare som ska klargöra och analysera förutsättningarna för att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord (dir. 2009:79). Utredaren lämnade i juni 2010 betänkandet Händelseanalys vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2010:45). Regeringen beslutade med anledning av betänkandets förslag den 2 september 2010 att ge Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet i uppdrag att genomföra en pilotstudie för att förebygga självmord. Projektet syftar till att öka kunskapen om, och förståelsen för, självmordsprocessen, bedöma hjälpbehov och förmedla redskap att kunna bemöta en självmordsnära person och bidra till att han eller hon söker professionell hjälp. Regeringen anslår 5 miljoner kronor till detta. Projektet ska redovisas senast den 15 december 2012. Betänkandets övriga delar bereds vidare inom Regeringskansliet.

Nationella riktlinjer

Våren 2010 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Riktlinjerna har under 2009 och 2010 förankrats och diskuterats med företrädare för kommunerna, landsting och regioner vid regionala seminarier. Omkring 3 000 personer över hela landet som politiker, tjänstemän, verksamhetschefer, socialchefer, medicinskt an-

svariga sjuksköterskor samt företrädare för professionen har deltagit i förankringsarbetet.

Även uppdaterade riktlinjer för stroke publicerades under våren 2010. Det pågående arbetet med riktlinjer om levnadsvanor, alkohol, tobak, matvanor och fysisk aktivitet, kan också väntas få betydelse även för äldreområdet.

7.4.5 Tillsyn och uppföljning

Länsstyrelsernas tillsyn

Länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009 har redovisats i rapporten Social tillsyn (Socialstyrelsen 2010). Under perioden var äldreomsorgen i 266 kommuner föremål för verksamhetstillsyn. Individtillsyn efter enskildas klagomål genomfördes i 169 kommuner och uppföljning av gynnande beslut och domar gjordes i 186 kommuner. I 54 procent i tillsyn av verksamheter och i 30 procent av tillsyn av individuella ärenden har länsstyrelserna meddelat kritik eller påtalat brister.

Efter 2007 har antalet ärenden som avser uppföljning av ej verkställda domar och beslut stadigt sjunkit. Rapporteringsskyldigheten har medfört förbättringar i kommunernas handläggning, utredning, dokumentation och bevakning av verkställigheten samt förbättrad planering och, i vissa kommuner, en utbyggnad av nya särskilda boenden.

Det är vanligt att lokala riktlinjer och kommunens eget utbud av insatser är mer styrande för vilket biståndsbeslut som fattas än enskilda äldres individuella behov. Vissa kommuner bryter mot lagstiftningen genom att återkalla gynnande beslut om insatser, trots att behovet kvarstår.

Inom hemtjänstområdet noterar flera länsstyrelser en utveckling från detaljerade biståndsbeslut till s.k. rambeslut. Tanken bakom rambesluten är att ge större möjlighet för den enskilde att påverka innehållet i beviljad hjälp. I praktiken är det dock ofta anställda som bestämmer vilka insatser som ska ges och rättssäkerheten påverkas eftersom rambesluten inte medger samma möjlighet till överklagande som ett detaljerat biståndsbeslut.

Brister har uppmärksammats vid upprättandet av genomförandepåplaner. Den äldre är inte alltid med i det arbetet och ges inte heller möjlighet att vara med i planeringen på andra sätt. Kopplingen

mellan biståndsbeslut och genomförandeplan saknas också ofta.

Nästan alla länsstyrelser har uppmärksammat att det finns brister i personalens förutsättningar att klara sitt uppdrag. Kompetensen har höjts, men samtidigt har personalen fått ansvar för allt fler uppgifter. Det brister även i tillgången till kompetent arbetsledning liksom att arbetsledande personal inte alltid är tillgänglig.

Flera länsstyrelser har uppmärksammat att enskilda utsätts för otillåtna begränsningsåtgärder framförallt i demensboenden. Det är inte ovanligt att chefer, omsorgspersonal och anhöriga antingen ifrågasätter bestämmelserna om förbud mot inläsning eller saknar kunskap om vad som gäller.

I många verksamheter saknas fortfarande rutiner för hantering av fel och brister. Rutiner saknas bland annat för att kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att kunna utföra uppdraget.

Socialstyrelsens tillsyn

De flesta vårdgivare saknar antingen ett övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet eller har ett system som inte är förankrat i verksamheten. Det har framkommit av den nationella tillsynen av hur vårdgivarna följer föreskrifterna i SOSFS 2005:12 om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. (Socialstyrelsens årsredovisning 2009). Ledningarnas direktiv till de verksamhetsansvariga är otillräckliga, och styrningen och uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet är bristfällig. System för hantering av avvikelser finns men erfarenheterna av inträffade avvikelser används inte i tillräcklig utsträckning för att förbättra vårdens kvalitet och säkerhet. Kunskaperna om patientsäkerhetsfrågor är överlag svaga.

Den 1 januari 2011 träder en ny lag med bestämmelser om att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i kraft. Lagen föreslogs i regeringens proposition Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210). Vårdgivare åläggs bl.a. att utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, att ge patienter och närstående information om och möjligheter att bidra till patientsäkerhetsarbetet samt att till Socialstyrelsen rapportera legitimerad hälso- och

sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten.

Granskningar av läkemedelshanteringen inom äldreården visar att förväxling av patienters läkemedel, feldosering av insulin och bristfällig identifiering av patienter är vanliga riskhändelser inom äldreomsorg och hemsjukvård. Orsaken är ofta att vård- och omsorgspersonal med delegering för att överlämna läkemedel inte har fått adekvata instruktioner eller saknat tillräcklig kompetens. Ansvarsfrågan när det gäller de äldres läkemedel är ofta oklar, och det är långt ifrån alltid som någon läkare har helhetsansvar för medicineringen. Där vårdgivarna infört en rutin med regelbundna uppföljningar av varje vårdtagares läkemedelsbehandling har kvaliteten och säkerheten förbättrats.

Socialstyrelsen konstaterar att enskilda vårdtagare inom äldreården kan möta hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal från ett stort antal vårdgivare och verksamheter under ett dygn. Det leder till oklara ansvarsförhållanden, bristande informationsöverföring, en ofta fragmentarisk dokumentation fördelad i olika journalsystem vilket medför risker för den enskilde.

På många särskilda boenden för äldre är rutinerna för när läkare ska tillkallas otillräckliga och sjuksköterskor arbetar enligt en konsultativ modell. Det leder i praktiken till att viktiga bedömningar av vårdtagarnas sjukvårdsbehov lämnas till omsorgspersonalen, som inte har kompetens för sådana bedömningar. Det systematiska omvårdnadsarbetet, exempelvis för att förebygga fall och trycksår och följa vätske- och näringsintag blir också många gånger bristfälligt, vilket fått allvarliga konsekvenser för enskilda patienter. Kunskapen om hälso- och sjukvård är ofta begränsad även i verksamheternas ledningar. På äldreområdet har Socialstyrelsen krävt åtgärder av kommunerna på följande områden under året:

- Egenkontrollen och uppföljningen av rutinerna för läkemedelshantering måste förbättras, och helhetsansvaret för läkemedelbehandlingen av äldre måste tydliggöras.
- Rutinerna för informationsöverföring och dokumentation måste bli säkrare.
- Kommunerna måste säkerställa att det finns tillräcklig hälso- och sjukvårdskompetens i äldreården.

Lex Sarah

Den s.k. lex Sarah-bestämmelsen i socialtjänstlagen gäller i dag inom omsorger för äldre och personer med funktionsnedsättning samt enligt LSS (stöd och service till vissa funktionshindrade). Personal m.fl. har en skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden till socialnämnden eller till den som ansvarar för en enskild verksamhet. Allvarliga missförhållanden som inte kan åtgärdas utan dröjsmål ska anmälas till Socialstyrelsen som är tillsynsmyndighet. I mars 2010 publicerade Socialstyrelsen en handbok som stöd för tillämpningen av lex Sarah.

Antalet lex Sarah-anmälningar varierar stort mellan kommuner och län. Det saknas exakt uppgift om antalet på nationell nivå. För 2008 noterades totalt 739 anmälningar i 15 län. En betydande brist på kunskap och nationell överblick över de faktorer som skapar allvarliga missförhållanden uppstår därmed.

Anmälningsskyldigheten inom socialtjänsten och LSS-verksamheter (lex Sarah) kommer att utvidgas till att avse hela socialtjänsten inklusive den personal som fullgör uppgifter vid Statens institutionsstyrelse. Anmälningsskyldigheten för personalen kommer att ersättas med en rapporteringsskyldighet. Alla missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska rapporteras. Ett allvarligt missförhållande, eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, ska också snarast anmälas till Socialstyrelsen. Syftet är att höja kvalitén i verksamheterna och lex Sarah bedöms därför på ett tydligare sätt bli en del av socialtjänstens systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelserna träder i kraft 1 juli 2011 (prop. 2009/10:131 lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar).

7.4.6 Kunskap och kompetens

Stöd till utveckling av kunskap, ledarskap och kompetens

Regeringen har genom ett flertal initiativ inlett ett arbete med att stödja utvecklingen av strukturer som ska stärka kompetensen inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har fått flera uppdrag. Man ska utveckla dels en nationell chefsutbildning för chefer inom äldreomsorgen, dels särskilda utbildningar i värdegrundarbete t.ex. för arbetsledare och biståndshandläggare. Man

ska lämna förslag på hur ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens inom hälso- och sjukvård och äldreomsorgen kan uppnås. Socialstyrelsen ska ta fram ett vägledande underlag i vilket det preciseras vilka kunskaper som enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) kan behövas dels för grundläggande arbete, dels för specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen. I överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om Program för god äldreomsorg ingår dessutom satsningar på utveckling av ledarskap.

Nationella kompetenscentra

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utsett två nationella kompetenscentra. De ska samla in, strukturera och sprida kunskap samt stimulera utvecklingsarbete i kommunerna.

Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, NkA är en samarbetsresurs för att utveckla framtidens anhörigstöd. Centrumet som ligger i Kalmar ägs gemensamt av Anhörigas Riksförbund, FoU Sjuhärad, Hjälpmedelsinstitutet, Linnéuniversitetet, Landstinget Kalmar, Länsamordnarna i Norrland samt Fokus Kalmar län. Arbetet har bedrivits med fyra inriktningar: lättillgängliga kunskapskällor, kunskapsspridning och information, lärande nätverk samt internationella kontakter.

Svenskt Demenscentrum, SDC, som ligger i Stockholm ägs gemensamt av Stiftelsen Äldrecentrum och Stiftelsen Silviahemmet som gemensam huvudman. Nationella nätverk har etablerats, webbportal har skapats och som haft 17 500 besökare. SDC har genomfört nationella enkätstudier för att inventera behov av kunskapsstöd. Kunskaps- och utvecklingsstöd organiseras med fyra olika inriktningar: FoU, vård och omsorg, utbildning samt anhöriga och volontärer.

Regeringen satsar 2010 sammanlagt tio miljoner kronor till dessa två nationella kompetenscentra.

Stöd till forskning och utveckling

Regeringens anslag på 35 miljoner kronor till äldreforskning fördelas av Forskningsrådet för arbetsliv och social vetenskap (FAS). Enligt FAS förstärker satsningen i betydande grad infra-

strukturen för svensk forskning om äldre och åldrande. FAS lämnade därutöver 10,7 miljoner kronor av sitt forskningsanslag i stöd till forskning om äldre och åldrande. Andra finansörer som FAS följer inom ramen för sitt samordningsansvar satsade ytterligare 50,5 miljoner kronor så att det sammanlagda stödet till forskning om äldre och åldrande under 2009 uppgick till 96,2 miljoner kronor.

Den nationella studien SNAC, the Swedish National study on Ageing and Care delfinansieras med statliga medel om 14 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsen administrerar, stödjer och följer upp inrättandet av FoU-centrum på äldreområdet. För verksamhetsåret 2009 fördelades 9,4 miljoner kronor som stimulansbidrag till 23 regionala FoU-centrum.

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen utvecklar i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting ett nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet i vården av och omsorgen om äldre. Öppna jämförelser underlättar uppföljning av vård och omsorg både lokalt och på nationell nivå. Syftet är att stimulera utvecklingen av en effektiv äldreomsorg med god kvalitet. Öppna jämförelser är ett bra instrument för att skapa tryck i verksamheternas eget förbättringsarbete. Kvalitetsjämförelser underlättar för äldre och närstående att göra initierade val av utförare. För att brukare, närstående och invånare i allmänhet på ett enkelt sätt ska kunna få information om äldreomsorgens kvalitet presenteras öppna jämförelser av äldreomsorgen i Äldreguiden på Socialstyrelsens webbplats. Kvaliteten beskrivs för samtliga kommuner och uppgifter finns även på enhetsnivå för äldreboende, korttidsboende, hemtjänst och dagverksamhet. En utvärdering som genomförts i några kommuner visar att äldre som beviljats särskilt boende sällan använder Äldreguiden. Personal och ledning i kommunerna känner dock i hög grad till Äldreguiden, använder den och ger den ofta positiva omdömen.

Inom ramen för arbetet med öppna jämförelser har Socialstyrelsen utvecklat en modell för att beskriva äldres behov och insatser med ett nationellt fastställt fackspråk. Modellen möjliggör verksamhetsuppföljning som är jämförbar på

lokal och nationell nivå. Socialstyrelsen fortsätter arbetet med att pröva och implementera de kvalitetsindikatorer som har tagits fram för vården och omsorgen om äldre. Myndigheten kan dock ännu inte hämta in information om indikatorerna. Vidare arbetar myndigheten med att utveckla nyckeltal som kan användas för att följa upp kostnader, effektivitet och kostnadseffektivitet. För att beskriva effektivitet och produktivitet behövs kostnadsdata på enhetsnivå samt mer specificerade kostnader som korreponderar med uppgifter om insatser. Det krävs också mer uppgifter om äldres behov och vårdens och omsorgens effekter, enligt Socialstyrelsen. (Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre 2007–2009, Slutrapport från ett treårigt regeringsuppdrag). Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat en femårig handlingsplan för det fortsatta arbetet med att utveckla öppna jämförelser av äldreomsorg och hemsjukvård.

7.4.7 Internationellt

EU Ordförandeskapet andra halvåret 2009

Under 2009 ägnades särskild kraft åt att få genomslag för de svenska målsättningarna under EU-ordförandeskapet. De viktigaste av dessa var att fastare förankra äldrefrågorna på EU:s dagordning och att få till ett bättre och närmare samarbete mellan den sociala och hälsosektorn. En konferens på temat hälsosamt och värdigt åldrande arrangerades i september och särskilda rådsslutsatser med de svenska prioriteringarna antogs av Rådet för sysselsättning och socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor, EPSCO-rådet i december.

7.5 Revisionens iakttagelser

I budgetpropositionen för 2010 (prop. 2009/10:1) redogör regeringen för de åtgärder som vidtagits för att hantera de synpunkter som Riksrevisionen framfört i sin granskning av om staten har skapat förutsättningar för god kvalitet och insyn i privat bedriven äldreomsorg (RiR 2008:21). Bland annat nämns att regeringen tagit fram en departementspromemoria (Ds 2009:33) för frågan om ändrade regler för skyldigheten att

anmäla allvarliga missförhållanden. Departementspromemorian utgjorde sedan underlag till Proposition 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar som riksdagen beslutade om den 26 maj 2010. Syftet är att lagen ska bli ett mer ändamålsenligt och heltäckande verktyg för att komma till rätta med brister i verksamheten, att utveckla denna och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Därmed är Riksrevisionens granskningsrapport slutbehandlad.

7.6 Politikens inriktning

Målinriktade satsningar för att möta den demografiska utmaningen

Delaktighet, välbefinnande och valfrihet är ledord i äldrepolitikens utveckling framöver. Den statliga äldrepolitiken har genom regeringens satsningar tillförts större resurser än någonsin tidigare. Stimulansmedlen för att förbättra vården och omsorgen om äldre i kommunerna och landstingen ska framöver framförallt kopplas till prestationsbaserade mål.

Livsvillkoren för Sveriges befolkning har genom ekonomisk och hälsomässig utveckling förbättrats kraftigt under de senaste hundra åren. Den genomsnittliga livslängden har ökat och förväntas öka även under åren som kommer. Genom att vi lever allt längre så ökar också andelen äldre i befolkningen. Fram till 2050 förväntas andelen över 65 år i befolkningen öka från dagens cirka 17 procent till cirka 25 procent. En betydande del av den ökningen väntas inträffa under 2020-talet. Antalet personer över 85 år förväntas öka med 50 procent de kommande 20 åren och förväntas ha fördubblats till 2050.

Denna mycket positiva utveckling innebär samtidigt en utmaning för välfärdssystemet. Personer som är 85 år och äldre står i dag för en stor del av behovet av vård och omsorg. När antalet personer i denna åldersgrupp ökar medför det sannolikt ett större behov av vård och omsorg. Regeringen menar att det är möjligt att rusta välfärdssystemen så att vård och omsorg fortsatt kan tillförsäkras medborgarna utan stora inskränkningar i det offentliga åtagandet, stora skattehöjningar eller kraftigt höjda avgifter. De kommande åren behöver förbättrings- och effek-

tiviseringsåtgärder genomföras. Målinriktade satsningar måste göras för att undvika ohälsa och skador bland äldre personer, underlätta för fler att leva ett självständigt liv i det ordinära boendet och utveckla boendeformer bättre anpassade till den åldrande befolkningens behov. För äldre som är i behov av vård och omsorg måste inflytande, självbestämmande och valmöjligheter fortsatt stärkas. Samverkan mellan olika huvudmän är ett angeläget förbättringsområde för att stödja en effektiv resursanvändning. För att kunna effektivisera och kvalitetssäkra vården och omsorgen behövs noggrannare mätningar och uppföljningar av verksamhetens resultat genom öppna jämförelser, brukarundersökningar, tillsyn och oberoende granskning. Fortsatta strategiska satsningar på forskning och utveckling är en förutsättning för att kunna motverka ohälsa och därigenom också begränsa behov av vård och omsorg t.ex. att allt fler personer kommer att drabbas av olika demenssjukdomar. För att kunna erbjuda en värdig och effektiv vård och omsorg med hög kvalitet krävs kompetent och engagerad personal. Det gäller för såväl chefer och biståndsbedömare som undersköterskor och biträden. Om kommuner och landsting i samarbete med staten kraftsamlar på alla relevanta områden är den demografiska utmaningen möjlig att möta.

Ett värdigt liv i äldreomsorgen

Regeringen anser att det behövs ett perspektivskifte i synen på äldre personer och på åldrandet. Åldrandet är ett naturligt skede i livet och äldreomsorgens uppgift är att stödja äldre personer till att kunna leva sitt liv utifrån den person hon eller han är. Det är viktigt för alla människor att uppleva en känsla av sammanhang och mening genom hela livet. När krafterna avtar och leder till ökande behov av service och omsorg måste samhällets stöd utformas så att ångest och oro minimeras och så att ett socialt liv kan upprätthållas. Individerna måste få fortsätta bestämma över sitt eget liv i största möjliga utsträckning, även efter en flytt till ett särskilt boende. Det sociala innehållet i det särskilda boendet behöver utvecklas för att bidra till fortsatt sammanhang och mening också de sista åren i livet. Därför föreslog regeringen ett antal reformer i prop. 2009/10:116 Värdigt liv i äldreomsorgen. Regeringen föreslår att 80 miljoner

kronor avsätts för 2011. För 2012 avser regeringen avsätta 80 miljoner kronor under förutsättning att riksdagen anvisar nödvändiga medel för att genomföra den nationella värdegrunden för äldreomsorgen.

Nationell värdegrund

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen träder i kraft den 1 januari 2011 genom en bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453). Den handlar om att äldre personer ska så långt det är möjligt, kunna leva utifrån sin identitet och personlighet, dvs. få "leva tills man dör", och att vardagen så länge som möjligt ska vara begriplig, hanterbar och meningsfull. Den nationella värdegrunden handlar om att tydliggöra etiska värden och att äldreomsorgen ska säkerställa att äldre personer ska kunna ha ett meningsfullt liv och känna sammanhang. Regeringen menar att en mer individuellt inriktad äldreomsorg bidrar till att den enskilda äldre personen får ett värdigt liv och har möjlighet att känna välbefinnande. Förutsättningarna för att äldre personer som är i behov av insatser från äldreomsorgen ska kunna leva ett värdigt liv kommer därmed att öka.

Lokala värdighetsgarantier

Sveriges äldre ska kunna lita på att äldreomsorgens insatser är av god kvalitet. Ett sätt för kommunerna att tydliggöra kvalitet och trygghet i omsorgen är att utforma lokala värdighetsgarantier som innehåller en tydlig beskrivning av vad äldre personer, deras anhöriga och övriga kommuninvånare kan förvänta sig av de tjänster som kommunen erbjuder inom äldreomsorgen. Ett antal kommuner i landet har redan infört olika former av värdighets- eller tjänstegarantier inom äldreomsorgen. Regeringen avser att genomföra en satsning som uppmuntrar fler kommuner att införa lokala värdighetsgarantier. Satsningen är ett viktigt steg i arbetet med att stärka äldres rättigheter i äldreomsorgen. Regeringen föreslår en satsning på 100 miljoner kronor 2011. Under förutsättning att Riksdagen anvisar medel i respektive års budget avser regeringen att satsa 100 miljoner kronor per år åren 2012 till 2014, dvs. sammanlagt 400 miljoner kronor under den kommande mandatperioden.

Värdegrundsmärkning

Ett frivilligt system för värdegrundsmärkning av äldreomsorg kan stimulera utförarnas förändrings- och förbättringsarbete. En värdegrundsmärkning ska både ge information till äldre personer, närstående och övriga invånare och driva på kvalitetsförbättringar hos utförarna. Det kan även förbättra den enskildes valmöjligheter i vardagens omsorg. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 2010 till 2012 i samråd med andra aktörer initiera och utveckla kriterier för värdegrundsmärkning av äldreomsorg, ta fram ett förslag på system för värdegrundsmärkning. Ett förslag på system för värdegrundsmärkning och hur ett sådant system kan förvaltas ska tas fram. Förslag på hur det ska göras tillgängligt för äldre personer, anhöriga och personal inom äldreomsorgen ska också lämnas.

Sammanhållen vård och omsorg för äldre

Regeringen avser att genomföra en satsning på att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentral och sjukhusvård att samverka bättre. Nya sätt för att samla sina insatser kring den äldre för ett bättre omhändertagande behöver utvecklas. De mest sjuka äldre måste få hälso- och sjukvård efter behov, som alla andra patienter. För en äldre person med många olika symtom och diagnoser kan kontakterna med olika huvudmän, verksamheter och personalkategorier vara svåra att överskåda. Anhöriga och närstående får rycka in – en hjälp som inte alla äldre har. Se även avsnittet Jämlik vård och självbestämmande för patientens bästa under 3.10 Politikens inriktning under Hälso- och sjukvårdspolitik.

Därför avser regeringen genomföra en särskild satsning på att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från patienternas behov samt organiseras effektivare. Satsningen ska premiera resultat så att lokala lösningar anpassade till förutsättningar i respektive landsting och kommun kan växa fram (se även avsnitt 3.10.3).

Regeringen föreslår en satsning på 150 miljoner kronor 2011. Under förutsättning att Riksdagen anvisar medel respektive år avser regeringen avsätta 1 miljard kronor 2012 och 1,3 miljarder kronor per år 2013 och 2014. Totalt

uppgår satsningen till 3,75 miljarder kronor under den kommande mandatperioden.

Övriga åtgärder för förbättrad samverkan mellan kommuner och landsting

De brister som finns i samverkan medför att äldre personer inte får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda och att vården inte ges på lika villkor över landet. Det delade huvudmannskapet för vården och omsorgen medför att personer med sammansatta eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg som en följd av otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper får insatser utan en helhetssyn på individens totala behov. Eftersom allt fler personer önskar bo kvar i sin ordinära bostad även när behovet av vård och omsorg ökar, behöver vården och omsorgen organiseras så att den möter sådana behov.

Hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen bör organiseras så att äldre personer känner trygghet med att bo kvar i sin ordinära bostad. Vården och omsorgen ska vara av god kvalitet. Ingen borde behöva uppsöka akutsjukvården på grund av organisatoriska brister eller för att samverkan fungerar dåligt. Närmare två tredjedelar av landets kommuner ansvarar i dag för hemsjukvården. Regeringen vill stödja utvecklingen så att även resten av landets kommuner på frivillig väg kan ta över ansvaret för hemsjukvården från landstingen. Regeringen har därför tillsatt en nationell samordnare för hemsjukvården som dels ska stödja landstingen och kommunerna i processen med att föra över huvudmannskapet från landstinget till kommunerna, dels utreda frågan om kommunerna ska ges befogenhet att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare.

Psykisk ohälsa bland äldre personer är vanligt förekommande. Det finns kunskap om äldres psykiska ohälsa och vilka metoder som är effektiva för att möta ohälsan, men kunskapen är inte tillräckligt spridd. Det saknas en samlad strategi för att åtgärda problemet med att äldre personer som har psykisk ohälsa inte har tillgång till en god och säker vård. Det delade huvudmannskapet kan innebära att inte någon av huvudmännen tar ett samlat ansvar. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att till 31 maj 2012 ta fram vägledning som stärker

huvudmännens insatser för ett gemensamt ansvarstagande. Det kan t.ex. handla om att utveckla former för samarbete, utveckla personalens kompetens om psykisk ohälsa hos äldre i specialistpsykiatri, primärvård och äldreomsorg.

I den nationella IT-strategin är en kärnuppgift för statens åtagande att i samverkan med huvudmännen säkerställa en hög informationskvalitet och tydliga regelverk för dokumentation inom vård- och omsorgssektorn. Regeringen bedömer att den pågående särskilda satsningen på insatser inom områdena teknisk infrastruktur, informationsstruktur samt lagar och regelverk behöver fortsätta och att medel behöver avsättas för 2011. Beslut om medel för 2011 fattas inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om Program för god äldreomsorg.

Ökad valfrihet i äldreomsorgen

Att bli äldre ska inte innebära att möjligheten att bestämma över vardagen beskärs. En ökad valfrihet inom äldreomsorgen är därför viktig för att äldre människor ska få sina behov och önskemål tillgodosedda. Lagen om valfrihetssystem trädde i kraft den 1 januari 2009. För närvarande har över 200 kommuner ansökt om statliga medel för att undersöka möjligheterna att upprätta valfrihetssystem.

Regeringen vill nu förstärka det arbetet med en satsning så att fler kommuner inför fritt val för äldre inom äldreomsorgen. Senast 2014 bör alla kommuner i landet ha beslutat om valfrihet för den enskilde enligt LOV, annars bör tvingande lagstiftning övervägas. Därtill avser regeringen bygga vidare på den genomförda försöksverksamheten om fritt val av hjälpmedel i tre landsting och ge äldre och andra med funktionsnedsättning större möjligheter att själva välja hjälpmedel.

Regeringen föreslår en satsning på ökad valfrihet i äldreomsorgen med 35 miljoner kronor 2011. Under förutsättning att Riksdagen anvisar medel respektive år avser regeringen avsätta 45 miljoner kronor per år 2012 till 2014 eller sammanlagt 170 miljoner kronor under den kommande mandatperioden.

Förebyggande insatser

Regeringen genomför en treårig satsning på att stärka det hälsofrämjande arbetet. Det sker genom det uppdrag som lämnats till Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen om att utarbeta en vägledning som kan vara till stöd för kommuner och landsting i arbetet med att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande. Vägledningen ska syfta till att ge huvudmännen kunskap och inspiration om hur de tillsammans med ideella sektorn kan bidra till att äldre personer ska kunna känna välbefinnande, gemenskap och ha ett aktivt och hälsosamt åldrande. Vägledningen ska baseras på befintlig kunskap och nationella såväl som internationella erfarenheter. Mot bakgrund av uppdraget och inom ramen för arbetet med prestationsbaserade statsbidrag ska Statens folkhälsoinstitut även starta och administrera försöksverksamheter med hälsocoacher riktade främst till gruppen yngre pensionärer. Försöksverksamheterna bör utgå från Socialstyrelsens kommande riktlinjer om hälsosamtal och ska utvärderas efter försöksperiodens utgång. Regeringen föreslår att satsningen också under 2011 genomförs med 15 miljoner kronor. Under förutsättning att Riksdagen anvisar medel 2012 så avser regeringen avsätta 15 miljoner kronor 2012.

Ökat självbestämmande i boendet för äldre

Att själv ha möjlighet att bestämma hur man ska bo är en central del av äldres självbestämmande. Hur den äldres önskemål ser ut kan förändras över tid. Det behövs därför en mångfald av boenden anpassade för äldre, både på den vanliga bostadsmarknaden och i särskilt boende som kräver biståndsbeslut i kommunen. Äldre ska också ha möjlighet att bo kvar i sin ordinarie bostad så länge som möjligt.

Regeringen vill nu bredda satsningen på anpassade bostäder för äldre. Detta dels genom ett riktat stöd för att tillskapa fler platser i särskilt boende och trygghetsboende. Dels genom att utveckla det statliga stödet för boendelösningar för äldre så att fler får möjlighet att välja ett fungerande boende. Ambitionen är att ge äldre möjlighet att själva välja när det är dags att flytta till ett anpassat boende. Inom ramen för den fortsatta boendesatsningen avser regeringen att ge stimulansmedel till kommuner

som erbjuder lösningar som gör att äldre par ska kunna fortsätta att bo tillsammans.

Satsningen föreslås uppgå till 100 miljoner kronor 2011. Under förutsättning att Riksdagen anvisar medel respektive år 2012–2014 så avser regeringen att avsätta 200 miljoner kronor 2012 och 400 miljoner kronor per år 2013 och 2014 eller sammanlagt 1,1 miljarder kronor under kommande mandatperiod. Tillsammans med det tidigare beslutade investeringsstödet uppgår satsningen till 1,7 miljarder kronor under mandatperioden.

Teknik för äldre

Regeringen kommer under 2011 att fortsätta satsningen på att förbättra användarvänliga teknikstöd i boendet samt tillgången till bra hjälpmedel, produkter och tjänster för äldre och anhöriga (Teknik för äldre II). Regeringen föreslår att det för 2011 avsätts 22 miljoner kronor för satsningen. Under förutsättning att Riksdagen anvisar medel 2012 avser regeringen att avsätta 22 miljoner kronor 2012.

Regeringen fortsätter även en satsning som syftar till att stödja kommunerna så att de kan erbjuda användarna digital larmhantering med en tillfredsställande funktionalitet och säkerhet. Bakgrunden är att de gamla fasta telenäten gradvis ersätts med ny teknik och att kommunerna behöver stöd i övergången till ny teknik för trygghetslarm. Hjälpmedelsinstitutet och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram en vägledning till kommunerna och att ge stöd till utvecklingsprojekt inom området. Regeringen satsade 2010 15,2 miljoner kronor. Uppdraget ska slutredovisas 2013.

Ett omvårdnadslyft för äldreomsorgens medarbetare

Äldreomsorg är en mycket personalintensiv verksamhet och lönekostnaderna uppgår till 80 procent av den totala kostnaden för äldreomsorgen. För att påverka kvalitet och effektivitet är personalen den i särklass viktigaste målgruppen. Behovet av kompetens hos personalen ökar kontinuerligt. Att bemötas med respekt av kompetent personal inom både vård och omsorg är viktigt för att äldre personer ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg.

Särskilt fokus ska ägnas frågor om hur äldreomsorgen och hälso- och sjukvården samverkar med varandra.

Oberoende granskningsmyndighet

En organisationskommitté har fått i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av en ny oberoende granskningsmyndighet. Myndigheten ska bl.a. ansvara för kvalificerad och systematisk uppföljning, utvärdering och effektivitetsgranskning av hälso- och sjukvården. Genom tilläggsdirektiv (dir. 2010:90) ska myndigheten även utföra uppgifter inom socialtjänstens områden som ligger i gränssnittet mellan vård och omsorg, t.ex. missbruksfrågor eller kommunens vård och omsorg om äldre. Se vidare politikens inriktning under socialtjänstpolitik. Regeringen föreslår att anslaget för myndigheten under 2011 ska uppgå till 18 miljoner kronor. Se vidare anslag 1:12 *Myndigheten för vårdanalys* under Hälso- och sjukvårdspolitik.

Program för god äldreomsorg

Genom programmet för god äldreomsorg stödjer regeringen huvudmännen i arbetet med att säkerställa en god vård och omsorg för äldre. Med det avses bl.a. god tillgänglighet, självbestämmande, trygghet och inflytande. En god äldreomsorg ska byggas med kunskapsbaserade insatser av hög kvalitet som följs upp och utvärderas. Systematiserad kunskap behövs för att peka på vilka typer av förbättringar som är önskvärda och vilken potential förbättringarna kan ha. Därutöver krävs ett systematiskt förbättringsarbete i kommunerna för att omsätta kunskaper till praktisk handling.

Regeringen föreslår att 50 miljoner kronor avsätts för detta ändamål för 2011. Överenskommelsen för 2011 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ska baseras på vad som framkommer i uppföljningen av de projekt som omfattas av 2010 års överenskommelse.

7.7 Budgetförslag

7.7.1 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

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 äldreområdet. Från anslaget utbetalas även statsbidrag till pensionärs och anhörigorganisationer, samt till kommunsektorn i enlighet med överenskommelsen med Sveriges Kommuner och Landsting om ett program för en god äldreomsorg.

Tabell 7.5 Anslagsutveckling 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|------------------------|------------------|-----------|
| 2009 | Utfall | 1 711 575 | Anslags-sparande | 621 562 |
| 2010 | Anslag | 2 040 380 ¹ | Utgifts-prognos | 1 866 628 |
| 2011 | Förslag | 1 906 730 | | |
| 2012 | Beräknat | 1 956 730 | | |
| 2013 | Beräknat | 1 956 730 | | |
| 2014 | Beräknat | 1 956 730 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Bemyndiganden och ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag: Regeringen bemyndigas att under 2011 för ramanslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 470 000 000 kronor under perioden 2012–2014.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen avser att besluta om bidrag för forskning om äldre och investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende samt trygghetsboende för äldre.

Tabell 7.6 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

| | Utfall 2009 | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013–2014 |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Ingående åtaganden | 235 391 | 394 684 | 568 000 | 449 550 | 283 550 |
| Nya åtaganden | 260 353 | 472 316 | 250 000 | | |
| Infriade åtaganden | -146 442 | -299 000 | -368 450 | -166 000 | -283 550 |
| Utestående åtaganden | 384 074 | 568 000 | 449 550 | 283 550 | |
| Erhållet/föreslaget bemyndigande | 470 000 | 648 000 | 470 000 | | |

Anmärkning: Beloppen är avrundade och överensstämmer därför inte alltid med summan.

Regeringens överväganden

Regeringen aviserar i denna proposition en rad nya satsningar inom äldrepolitiken. Huvuddelen av kostnaderna för dessa nya satsningar finansieras genom att äldre satsningar som finansieras av anslaget gradvis fasas ut. Utöver finansiering genom omdisponeringar så tillförs anslaget för 2011 ytterligare 200 000 000 kronor.

Riksdagen har beslutat om en resursförstärkning av stödet till personer som vårdar eller stödjer närstående (prop. 2008/09:82, bet. 2008/09:SoU19, rskr. 2008/09:249). Från och med 2011 kommer resursförstärkningen föras över till anslaget för kommunalekonomisk utjämning. Med anledning av det ökas det under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner uppförda anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* med 299 850 000 kronor och detta anslag minskas med motsvarande belopp.

I budgetpropositionen för 2009 (prop. 2009/2010:1) beslutade riksdagen om en särskild satsning på äldreomsorg som dels innebar en anslagsförstärkning för att stödja införandet av förslag om en nationell värdegrund i äldreomsorgen under 2009 med 30 000 000 kronor, under 2010 med 90 000 000 kronor och för 2011 och 2012 med 80 000 000 kronor och dels en tillfällig förstärkning av anhörigstödet med 15 000 000 kronor under 2009 samt 10 000 000 kronor under 2010. Mot bakgrund av det minskas detta anslag med 20 000 000 kronor under 2011 jämfört med 2010.

Anslaget hade också en tillfällig förstärkning på 9 000 000 kronor under 2008–2010 till följd av ett tidigare anslagssparande. Anslaget minskas därför med 9 000 000 kronor från och med 2011.

Under 2010 har arbetet med öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamheter och arbetet med årliga brukarundersökningar inom

vård och omsorg om äldre förts inom ramen för samma regeringsuppdrag. Finansieringen har under 2010 kommit från två anslag. 12 700 000 kronor har använts för öppna jämförelser från anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* och 5 000 000 kronor har använts för brukarundersökningar från detta anslag. För att få till stånd en samlad, förenklad och ändamålsenlig finansiering av regeringsuppdraget om öppna jämförelser och brukarundersökningar bör resurserna till ändamålet samlas på anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* Regeringen föreslår därför en omdisponering av resurserna som innebär att anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med 5 000 000 kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Sverige har i nära 30 års tid stött det FN-anknutna forskningscentret The European Centre for Social Welfare Policy and Research i Wien. Det är en mellanstatlig organisation som sysslar med alla aspekter på social välfärdspolicy och forskning. Det svenska medlemskapet har tidigare finansierats via Socialstyrelsen. Regeringen avser att finansiera det fortsatta medlemskapet från detta anslag. Med anledning av det ökas anslaget med 200 000 kronor och anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* minskas med motsvarande belopp.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2011 att anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med 133 650 000 kronor jämfört med 2010.

Tabell 7.7 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 5:1 Stimulansbidrag för åtgärder inom äldreomsorgen

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Anvisat 2010¹ | 2 040 380 | 2 040 380 | 2 040 380 | 2 040 380 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | -128 850 | -78 850 | -78 850 | -78 850 |
| Överföring till/från andra anslag | -4 800 | -4 800 | -4 800 | -4 800 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/be- räknat anslag | 1 906 730 | 1 956 730 | 1 956 730 | 1 956 730 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).
Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 906 730 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 1 956 730 000 kronor respektive år.

8 Socialtjänstpolitik

8.1 Omfattning

Socialtjänstpolitiken omfattar insatser inom områdena individ- och familjeomsorg samt statligt bedrivna ungdoms- och missbruksvård. Det innebär insatser för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, t.ex. flickor och pojkar och familjer i socialt och ekonomiskt utsatta situationer, hemlösa, personer med missbruksproblem samt våldsutsatta kvinnor och deras barn. Ansvaret för att kvinnor och män, flickor och pojkar i socialt utsatta situationer får det stöd och den hjälp de behöver vilar enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) på kommunerna. Statens insatser inom socialtjänstpolitiken består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, vissa stimulans-

bidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbruksvården som sker enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vård av unga enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt lagen (1998:603) om slutna ungdomsvård (LSU). Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område. Från och med den 1 januari 2010 övertog Socialstyrelsen länsstyrelsernas tidigare tillsynsuppgifter inom området. Under socialtjänstpolitiken redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. År 2011 föreslås statens utgifter inom politikområdet uppgå till cirka 1 027 235 000 kronor.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling Socialtjänstpolitik

Miljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Socialtjänstpolitik</i> | | | | | | | |
| 6:1 Statens institutionsstyrelse | 794 | 807 | 827 | 836 | 846 | 860 | 881 |
| 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. | 141 | 279 | 277 | 192 | 191 | 191 | 191 |
| Summa Socialtjänstpolitik | 935 | 1 086 | 1 104 | 1 028 | 1 037 | 1 051 | 1 072 |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

8.3 Mål

Målet för politikområdet är:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

- bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet,
- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet,
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda,
- är tillgängliga och jämlikt fördelade,
- är trygga och präglas av rättsäkerhet i myndighetsutövningen.

8.4 Resultat, analys och slutsatser

Följande redovisning innehåller resultaten av regeringens politik utifrån målen för politikområdet samt sammanfattande analyser och slutsatser utifrån resultaten. Avsnittet inleds med en gemensam redovisning av insatserna för ökad kunskaps- och kvalitetsutveckling inom socialtjänstens samtliga verksamhetsområden. Den följs av en redovisning av insatser och resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården, ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevården, hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden samt stöd och hjälp till brottsoffer.

8.4.1 God kvalitet i socialtjänsten

Att insatser i socialtjänsten ska vara av god kvalitet framgår av 3 kap. 3 § SoL och 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten och för såväl myndighetsutövningen som övriga insatser, dvs. såväl strukturinriktade som allmänt och individinriktade insatser. Kvalitet i socialtjänsten är ett svårfångat begrepp och vad som är god kvalitet går inte att fastställa på ett objektivt sätt, bl.a. eftersom olika behov och förväntningar påverkar föreställningar av vad som är god kvalitet.

Under senare år har emellertid ett arbete pågått med att ta fram så kallade kvalitetsindikatorer för att belysa flera aspekter av de sociala tjänsternas kvalitet. Enligt Socialstyrelsens handbok "God kvalitet i socialtjänsten" (2008) uppnås god kvalitet när tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar, föreskrifter) som beslutats samt att de

8.4.2 Brukarens ställning

Brukarinflytande betecknar många olika slags relationer mellan brukare och till exempel anställda inom kommunal verksamhet, alltifrån samrådsgrupper till styrelser med formell beslutsmakt. Brukarinflytande avser emellertid ofta brukarnas möjlighet att som grupp påverka de offentliga tjänsternas innehåll. Men brukarinflytande handlar också om att anta ett brukarperspektiv, dvs. om förmåga till inlevelse och empati, något som påverkar det sätt man bemöter andra människor på. För brukaren handlar bemötande om att bli sedd och tillfrågad. Brukarinflytande är att bli betraktad som en hel människa och bemött med tillit och respekt för människans värdighet.

Valfrihet

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder för att stimulera utvecklingen mot ökad valfrihet inom omsorg och vård. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009 och gäller i den kommunala sektorn för tjänster inom hälsovård och socialtjänst. Syftet med lagstiftningen är att underlätta för kommuner och landsting att ge den enskilde möjlighet att välja utförare inom äldreomsorgen, inom stödverksamhet för personer med funktionsnedsättning samt inom hälso- och sjukvården. Fritt val enligt LOV innebär ökade möjligheter för brukare att bestämma vem som ska utföra tjänsten. Detta leder till ökad konkurrens och underlättar för små och medelstora företag att erbjuda tjänster inom dessa områden. Med valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra en tjänst och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med. Den upphandlande myndigheten behöver inte

tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda områden. Lagen om valfrihetssystem bygger på principen att den upphandlande myndigheten som huvudman för verksamheten har ansvaret för att tjänsterna tillhandahålls brukaren eller invånaren i enlighet med gällande lag. Den upphandlande myndigheten tecknar ett offentligt kontrakt med ett antal leverantörer. Kontraktet innehåller ekonomiska villkor och avser tillhandahållande av en tjänst. Den enskilde brukaren eller invånaren bestämmer därefter vilken av dessa leverantörer som ska tillhandahålla tjänsten. Det finns således ett offentligt kontrakt mellan den upphandlande myndigheten och leverantören (se vidare avsnitt 7.4.2).

8.4.3 Kunskaps- och kvalitetsutveckling

Öppna jämförelser

Regeringen anser att uppföljningen av socialtjänsten spelar stor roll för att säkerställa att brukaren ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande. En systematisk uppföljning och jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet är även ett kraftfullt verktyg för kvalitetsförbättring. Jämförelserna ger beslutsfattare, profession och brukare insikter i hur socialtjänsten fungerar och kan förbättras. De synliggör bra och dåliga prestationer, vilket skapar ett förändringstryck. Socialstyrelsen har sedan 2007 haft regeringens uppdrag att utveckla öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre och har presenterat öppna jämförelser av kvalitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre i Äldreguiden och i två rapporter. Sveriges Kommuner och Landsting har också publicerat tre öppna jämförelser över äldres vård och omsorg. Från 2009 presenterar Socialstyrelsen även öppna jämförelser inom den kommunalt bedrivna missbruks- och beroendevården.

I juni 2009 fattade regeringen beslut om en samlad *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård*. Syftet med strategin är att öka öppenheten om socialtjänstens och vårdens resultat, för att underlätta fria val, styrning och för att driva på kvalitets- och effektivitetsutveckling. Strategin anger fyra utvecklingsområden. Infrastruktur för datafångst, öppna jämförelser och snabbt tillgängliggörande av insamlad data, analyser av redovisat läge liksom stöd till en aktiv

verksamhetsutveckling. Inom ramen för strategin har en rad projekt genomförts på nationell, regional och kommunal nivå för att förbättra förutsättningarna för öppna jämförelser.

Under 2010 har regeringen dessutom stärkt insatserna genom att samla arbetet med öppna jämförelser i socialtjänsten i ett strategiskt uppdrag till Socialstyrelsen. Uppdraget omfattar utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänstens alla verksamhetsområden och ska genomföras i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting. Socialstyrelsen ska vidareutveckla indikatorer på kvalitet, resultat och effektivitet samt öka tillgången på data, vidareutveckla terminologin samt publicera jämförelser och analyser av resultaten på ett lättillgängligt sätt.

I enlighet med uppdraget har Socialstyrelsen utarbetat en femårig handlingsplan för arbetet med att nå målet att det år 2014 ska finnas tillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag i form av öppna jämförelser av data som stödjer fria val, nationella såsom verksamhetsnära beslut, förbättringsarbete och granskning av socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens hemsjukvård.

För att öppna jämförelser ska kunna fungera som ett kraftfullt verktyg i kvalitets- och effektivitetsutvecklingen behövs enligt Socialtjänstdatautredningens betänkande (SOU 2009:32) författningsförändringar. För att möjliggöra öppna jämförelser behövs också ytterligare satsningar på teknik och infrastrukturer i syfte att förbättra tillgången och aktualiteten av data. Därför har regeringen bl.a. utvecklat den nya e-hälsostrategin *Nationell eHälsa*. Regeringen har även stöttat huvudmännen i arbetet att bygga upp såväl kompetens som stödstrukturer för att möjliggöra verksamhetsutveckling i praktiken och har bl.a. intensifierat arbetet på området genom flera större satsningar i överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (se vidare avsnitt 7.4.6).

Plattform för att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten

Socialtjänstens brukare har rätt till insatser av god kvalitet som bygger på bästa tillgängliga kunskap. För att mer effektivt stödja socialtjänsten i att utveckla en kunskapsbaserad praktik har regeringen infört nya former för det nationella stödet. Målet är att fortlöpande kunna

garantera lagstiftningens krav på en god kvalitet i socialtjänsten sett ur ett brukar- och medborgarperspektiv. Under 2010 har en plattform utarbetats som anger inriktningen för det fortsatta arbetet med överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om samordnade och långsiktiga insatser till stöd för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Syftet med arbetet är att öka effektiviteten i statens bidrag till huvudmännens arbete med kunskapsutveckling och kunskapsimplementering. I en plattformsoverenskommelse konkretiseras hur framtida överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ska beredas och följas upp. För detta ändamål har en nationell samrådsgrupp bildats där, förutom representanter för regeringskansliet, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, även representanter för brukar- och pensionärsorganisationer, Famna, Vårdföretagarna, universitet och högskolor samt FoU Välfärd ingår.

För att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten ska framtida överenskommelser formulera långsiktiga mål, identifiera strategiska utvecklingsområden samt fastställa gemensamma åtaganden och prioriteringar mot bakgrund av den ansvarsfördelning som i dag finns mellan stat och socialtjänstens huvudmän. Insatserna som parterna kommer överens om i framtida avtal på socialtjänstområdet ska samordnas och ske utifrån gemensamma prioriteringar på nationell, regional respektive lokal grund. Den nationella samrådsgruppen ska bereda och kontinuerligt följa upp överenskommelserna.

Överenskommelser om utvecklingsarbete inom äldreomsorg och missbruksvård

Inom ramen för arbetet för en evidensbaserad praktik har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slutit en treårig överenskommelse om utvecklingsarbete genom Program för en god äldreomsorg. En del i det arbetet är att initialt stödja huvudmännens arbete med att bygga upp regionala strukturer för kunskapsutveckling inom äldreomsorgen. På missbruksområdet har pilotprojektet Kunskap till praktik redan byggt upp regionala strukturer/nätverk för stöd till implementering av nationella riktlinjer inom missbruksvården. Enligt överenskommelsen om arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik bör huvudmännen samordna och

utveckla de framtida regionala strukturerna med tanke på att stödja hela socialtjänsten (se vidare avsnitt 7.6).

Tillgänglig och säker information inom vården och omsorgen

Regeringen beslutade under våren 2010 om *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*. Förutom regeringen och Socialstyrelsen står också Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och FAMNA bakom strategin. Syftet med strategin är att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att skapa förutsättningar för samverkande och användarvänliga IT-system. Strategin inriktas i huvudsak på att skapa synliga och konkreta förbättringar för såväl individen, vård- och omsorgspersonal som beslutsfattare.

För 2010 har regeringen avsatt 20 miljoner kronor inom ramen för program för en god äldreomsorg för att utveckla informationshanteringen inom socialtjänsten. Målet är att skapa en organisation för erfarenhetsutbyte och samverkan kring IT-stöd av gemensamt intresse, som möjliggör för kommunerna oavsett storlek, att utveckla verksamheterna inom vård och omsorg genom IT-stöd. Medlen för 2010 utges inom de prioriterade områdena regional samverkan, informationsstruktur och teknisk infrastruktur.

Utveckling av data och indikatorer

Socialtjänststatistiken är ett viktigt underlag för öppna jämförelser. Sedan 2007 pågår ett utvecklingsarbete inom Socialstyrelsen för att säkerställa att socialtjänststatistiken bättre speglar förändringar i socialtjänstens verksamheter, samt kan utgöra underlag för jämförelser av socialtjänstens kvalitet och effektivitet. Statistiken bör även kunna svara på frågor om individers funktionstillstånd och/eller orsaker till insatser, vilka insatser som ges men även insatsers omfattning, kostnader, resultat, effektivitet och kvalitet.

För att kunna kvalitetsutveckla verksamheter genom öppna jämförelser behöver personnummerbaserad statistik införas inom ett flertal områden. Det krävs också insamling av data som

redovisar öppna, ej biståndsbeslutade insatser samt insamling och utveckling av data om kvalitet. Detta förutsätter en väsentlig utbyggnad av officiell statistik samt en utveckling av kommuners dokumentations- och IT-system. Därför har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att inom ramen för öppna jämförelser utveckla tillgången på data. Detta förväntas också möjliggöra utvecklingen av indikatorer som beskriver såväl struktur- och processkvalitet som resultat.

I dagsläget redovisar Socialstyrelsen i Äldreguiden ett 30-tal indikatorer på kommunnivå och några av dessa på enhetsnivå. Därutöver finns tio andra indikatorer redovisade i rapporten Nationella kvalitetsindikatorer, vården och omsorgen om äldre personer, 2009 och 14 andra indikatorer redovisade i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Inom barn- och ungdomsvården har Socialstyrelsen definierat 21 indikatorer för att belysa kvaliteten. När det gäller personer med funktionsnedsättning har Socialstyrelsen definierat tolv indikatorer för det psykosociala stödet till personer med schizofreni. Inom missbruks- och beroendevården redovisades ett antal indikatorer i och med den första öppna jämförelsen inom missbruks- och beroendevården.

8.4.4 Ej verkställda beslut

Barn, unga, äldre och personer med funktionsnedsättning får inte alltid den hjälp och det stöd som de har rätt till enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Även om kommunen har beviljat en insats verkställs den ibland inte omedelbart så som lagen kräver. Kommunens socialnämnd är emellertid skyldig att anmäla till Socialstyrelsen om en beviljad insats inte verkställts inom tre månader. Om Socialstyrelsen bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid har den en skyldighet att ansöka hos länsrätten om utdömmande av en särskild avgift. Tillsynen av socialtjänsten visar att kommunerna tack vare uppföljningar av beslut som inte verkställts har fått en tydligare bild av problem med långa väntetider. Uppföljningen av de beslut som inte har verkställts har bidragit till att synliggöra bristerna med långa väntetider, inte minst för kommunernas politiker. Socialstyrelsen kan

också se att vissa kommuner vidtagit konkreta åtgärder för att förbättra situationen. Tydligast märks förbättringsarbetet i äldreomsorgen där synliggörandet enligt Socialstyrelsen har bidragit till en ökad medvetenhet om behovet av att planera för att bygga ut särskilda boendeformer. Socialstyrelsen har också märkt att kommunerna försöker förbättra förutsättningarna för att kunna rekrytera kontaktpersoner och kontaktfamiljer till barn, ungdomar och personer med funktionsnedsättning (se även avsnitt 7.4.6).

8.4.5 Tillsyn

Enligt SoL och LSS utövas den statliga tillsynen över socialtjänsten och LSS av Socialstyrelsen från 1 januari 2010 då ansvaret för den operativa tillsynen övergick från länsstyrelserna. Tillsynen fungerar som ett av regeringens viktigaste redskap för att se till att lagar och regler efterlevs och är ett viktigt verktyg för att följa upp att socialtjänstens insatser är av god kvalitet.

Länsstyrelserna har under de senaste åren fått i uppdrag att förstärka tillsynen inom ett antal områden. Bland annat har länsstyrelserna fått ett uppdrag om förstärkt tillsyn av verksamheter för barn och unga, äldre, personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med missbruksproblematik men också uppdrag att granska hur kommuner använder individuella planer inom LSS-området. Under 2008 och 2009 fick länsstyrelserna 27,5 miljoner kronor respektive 50 miljoner kronor extra för denna förstärkta tillsyn. Resultatet av dessa satsningar är att tillsynen blivit mer strukturerad och likartad i landet. Det har tagits fram gemensamma bedömningskriterier eller nyckeltal som legat till grund för tillsynen. Tillsynen har länsstyrelserna redovisat i gemensamma rapporter och i flera uppdrag har man samarbetat med Socialstyrelsen. Tillsynen leder enligt länsstyrelserna i regel till att påtalade brister och missförhållanden åtgärdas – även om det kan ta olika lång tid. Sammantaget innebär detta att den förstärkta tillsynen bedöms ha bidragit till att kvaliteten i verksamheterna förbättrats.

Under 2009 har dock tillsynsarbetet enligt länsstyrelsernas årsredovisningar präglats av övergången av den sociala tillsynen till Socialstyrelsen. I en uppföljningsskrivelse av omorganisationen framgår att många länsstyrelser klarar uppdragen helt, men att cirka en tredjedel endast

klaras uppdragen delvis eller inte alls. Sju länsstyrelser klarar s.k. barnuppdraget endast delvis eller inte alls det, åtta länsstyrelser klarar det s.k. psykiatriuppdraget delvis eller inte alls och fem länsstyrelser klarar det s.k. missbruksuppdraget delvis eller inte alls.

De nya bestämmelserna om tillsyn, som gäller från och med 2010, innebär att tillsynen bättre ska samordnas med tillsynen för hälso- och sjukvården, att tillsynen får utökade sanktionsmöjligheter och ett förstärkt barnperspektiv. Socialstyrelsens bemyndigande att utfärda föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa utvidgas vidare till fler områden än tidigare.

8.4.6 Den sociala barn- och ungdomsvården

Resultat och analys

Den sociala barn och ungdomsvården regleras av bestämmelserna i Socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Utöver att bedriva förebyggande verksamhet tillsammans med andra som arbetar med barn och unga ska socialtjänsten utreda barnets förhållanden och bedöma behovet av insatser. Vid behov ska socialtjänsten erbjuda adekvata insatser och i vissa fall ingripa oavsett samtycke.

Tabell 8.2 Antal barn och unga (0–20 år) med insatser någon gång under respektive år

| | 2005 | 2009 | Förändring % 2005–2009 |
|---------------------------|---------------|---------------|------------------------------|
| Öppenvårdsinsatser | 51 600 | 56 100 | 9 |
| <i>varav flickor</i> | 23 400 | 24 900 | 6 |
| <i>varav pojkar</i> | 28 200 | 31 200 | 11 |
| Heldygnsinsatser | 20 300 | 23 400 | 15 |
| <i>varav flickor</i> | 9 700 | 10 600 | 9 |
| <i>varav pojkar</i> | 10 600 | 12 800 | 21 |

Källa: Socialstyrelsen

Antalet barn och unga som någon gång under året fått en behovsprövad öppenvårdsinsats, framför allt i form av strukturerade öppenvårdsprogram och behovsprövat personligt stöd, har ökat under de senaste åren. Öppenvårdsinsatser erbjuds numera ofta i form av service, dvs. utan utredning och beslut om bistånd. Ett syfte med utbyggnaden av öppenvården har varit

att minska behovet av placeringar på institutioner. Dock visar utvecklingen att även antal barn och unga som får heldygnsinsatser har ökat. Detta tyder på att kommunerna haft svårt att ersätta heldygnsvård med öppenvård. En förklaring till detta, särskilt när det gäller placeringar av barn och ungdomar i hem för vård och boende (HVB), kan vara att antalet ensamkommande barn och ungdomar som kommer till Sverige har ökat.

Barn och ungdomar som har varit placerade i familjehems- eller institutionsvård är som unga vuxna en mycket utsatt grupp. Ett flertal studier har kunnat konstatera att barn och unga som varit i heldygnsvård, även efter insatser, på lång sikt löper stor risk att utvecklas ogynnsamt i flera avseenden. Detta gäller även de barn som placerats under tidig ålder och varit i vård under många år. Den sociala dygnsvården av tonåringar visar också på liknande resultat. Många placeringar avbryts i förtid och en stor andel av de ungdomar som återvänder hem efter avslutad placering vårdas åter inom en snar framtid. Det saknas utvärderingsstudier men uppföljningar av utfallen av familjehems- och institutionsvården av tonåringar ifrågasätter huruvida interventionerna har en positiv inverkan på barnens utveckling (Socialstyrelsen 2010). Därför tillsatte bl.a. regeringen Barnskyddsutredningen som överlämnade betänkandet Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) (SOU 2009:68) i juli 2009. Betänkandet har remissbehandlats och bereds vidare i Regeringskansliet.

Vid årsskiftet trädde tillsynsreformen ikraft och av vikt för den sociala barn- och ungdomsvården är bl.a. att Socialstyrelsen ska integrera ett barnrättsperspektiv i tillsynen och utveckla metoder för hur tillsyn som rör barn och unga bör genomföras. Socialstyrelsen ska bl.a. genomföra en försöksverksamhet med tillsynsombud för barn och unga placerade i familjehem. Regeringen har också som en del av arbetet med att stärka barnets rättigheter och möjligheter att komma till tals inom den sociala barn- och ungdomsvården givit Barnombudsmannen i uppdrag att genomföra en systematisk undersökning av barns och ungas erfarenheter av vård i familjehem och HVB. I uppdraget ingår att identifiera och pröva en lämplig metod för ändamålet. En viktig del av uppdraget är att den metod som prövas ut görs tillgänglig och sprids.

Statligt bedriven ungdomsvård

År 2009 präglades av relativt stora svängningar i beläggningen inom den vård som Statens institutionsstyrelse (SiS) tillhandahåller vid de särskilda ungdomshemmen. Den genomsnittliga beläggningen för året uppgick dock till 88 procent vilket är på jämförbar nivå med tidigare år. Under året var i genomsnitt 527 barn och unga intagna på de särskilda ungdomshemmen vilket är något färre än föregående år. Av det totala antalet barn och ungdomar som skrevs in under året var en tredjedel flickor. För många av barn och unga utgör vården på SiS endast en del av vårdbehovet varför samarbetet med socialtjänsten är av stor vikt. Socialtjänsten är ofta aktivt delaktig vid placeringar och deltar också regelbundet i möten när behandling planeras. Enligt SiS bedömning fungerar samarbetet med socialtjänsten generellt sett bra.

SiS har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram skriften *Vårdkedja med framgång* i syfte att öka medvetenheten om vikten av att tänka långsiktigt och utgå ifrån ett helhetsperspektiv vid beslut om resurser och planering av vård. Från utskrivningsintervjuer med barn och unga framkommer att de är relativt nöjda med behandlingen och en majoritet uppger att de skulle rekommendera en kamrat i liknande situation en placering på samma institution.

Under året har SiS haft i uppdrag att göra en översyn av tillämpningen av avskiljning vid de särskilda ungdomshemmen. Mot bakgrund av det som framkom vid översynen vidtog SiS ett antal åtgärder i syfte att förbättra kontrollen, rutinerna och dokumentationen. Myndigheten inkom också till regeringen med förslag till ändringar i lagstiftningen om de särskilda befogenheterna rörande avskiljning. Förslagen bereds inom Regeringskansliet. Regeringen har också givit SiS i uppdrag att utveckla redovisningen av användningen av myndighetens särskilda befogenheter.

I syfte att säkerställa alla elevers rätt till en likvärdig skola av god kvalitet har SiS infört ett antal förbättringsåtgärder. Bland annat har en ny ledningsorganisation för skolverksamheten införts. Åtgärder har också vidtagits för att genom en webbaserad lärplattform bättre kunna utnyttja den lärarkompetens som finns vid institutionerna. Myndigheten har också infört ett dokumentationssystem i syfte att ge förbättrade

möjligheter till uppföljning av skolverksamheten.

Sluten ungdomsvård

SiS har platser avsatta för sluten ungdomsvård vid sju särskilda ungdomshem. Under 2009 var i genomsnitt 61 ungdomar intagna för sluten ungdomsvård och antalet intagna ungdomar är relativt stabilt över de senaste åren. Totalt sett var 84 pojkar och en flicka inskrivna under året. För ungdomarna är övergången från vård vid de särskilda ungdomshemmet till livet efter frigivning en kritisk tidpunkt. SiS konstaterar att endast 63 procent av ungdomarna hade en planering för utslussningen och att en ännu lägre andel hade planerade behandlingsinsatser efter frigivning. Dock visar uppföljningar att socialtjänstens deltagande i vårdplaneringen har förbättrats jämfört med tidigare år, bl.a. har det skett förbättringar såväl när det gäller socialtjänstens delaktighet i upprättandet av behandlingsplaner som när det gäller planering inför utslussning och för tiden efter frigivning. Att det saknas planerade behandlingsinsatser för ungefär en tredjedel av barn och unga beror bland annat på att den unge avböjt kontakt med socialtjänsten eller att socialtjänsten bedömt att det inte fanns behov av åtgärder.

Uppföljningar har visat att relativt många ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård återfaller i brott. I en rapport från Statens institutionsstyrelse framkommer att de som återföll i brott efter sluten ungdomsvård hade avvikit i större utsträckning jämfört med de som inte återfallit i brott samt att återfallen var relativt sett fler bland de ungdomar som inte hade tillgång till vistelse utanför de särskilda ungdomshemmen (SiS, 2009). I syfte att förbättra utslussningen av ungdomar har SiS under året inrättat en arbetsgrupp för att utarbeta förslag på utformning och organisation för behandlingsinsatser i slutfasen av verkställigheten. I syfte att också skapa bättre förutsättningar för utvärderings- och uppföljningsstudier av olika behandlingsinsatserns effektivitet utvecklar myndigheten kvalitetsregister för ungdoms- och missbruksvården. Förslag för att förbättra utslussningen har tagits fram i promemorian *Förbättrad utslussning från sluten ungdomsvård* (Ds. 2009:9). Promemorian har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Barnskyddsutredningen

Barnskyddsutredningen har haft i uppdrag att se över bestämmelserna som gäller barn och unga i SoL och LVU och överväga om dessa bestämmelser ska sammanföras till en lag. Utredningen överlämnade i juli 2009 sitt betänkande Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) (SOU 2009:68). Utredningen lämnade ett förslag till en sammanslagen lag om stöd och skydd för barn och unga som innehåller såväl nya som förändrade bestämmelser. Utredningen har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Vanvårdsutredningen konstaterar brister inom den sociala barnavården

I januari lämnades delbetänkandet Vanvård i social barnavård under 1900-talet (SOU 2009:99). Utredningen har till uppgift att granska allvarliga övergrepp och vanvård vid institutioner och familjehem inom den sociala barnavården. Utredningen ska intervjua personer som ansett sig ha blivit vanvårdade under sin tid i den sociala barnavården och dokumentera dessa erfarenheter i syfte att liknande förhållanden kan undvikas i framtiden. Resultaten från de 400 första intervjuerna presenteras i delbetänkandet. En stor majoritet av de intervjuade personerna vittnar bland annat om övergrepp och försumelse under tiden de vårdats i såväl fosterhem som på institution. Sammanlagt har drygt 1 000 personer anmält sig till intervju. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 september 2011.

Upprättelseprocessen för vanvårdade i den sociala barnavården utreds

Mot bakgrund av delbetänkandet Vanvård i social barnavård under 1900-talet (SOU 2009:99) har en särskild utredare fått i uppdrag att lämna förslag till hur en upprättelseprocess för enskilda som utsatts för övergrepp och vanvård i den sociala barnavården kan utformas. Syftet med uppdraget är att ta fram förslag till olika åtgärder för att ge upprättelse åt de människor som under perioden 1920–1980 utsattes för vanvård och övergrepp när de var i samhällets vård. Utredaren ska också ta ställning till om ytterligare åtgärder behövs utöver de insatser som redan har vidtagits under senare år i syfte att stärka barnperspektivet i lagar, i t.ex. SoL och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Utredaren ska även ta ställning till hur kunskapen som in-

hämtats av Vanvårdsutredningen kan tas till vara av profession och forskning.

Ensamkommande barn

I juli 2006 övertog kommunerna ansvaret för boendet för ensamkommande barn (lagen [1994:137] om mottagande av asylsökande m.fl., LMA). De senaste åren har antalet asylsökande ensamkommande barn till Sverige ökat dramatiskt och det råder stor brist på mottagningsplatser. Antalet barn har ökat från 388 barn år 2004 till 2 250 år 2009.

För att engagera fler kommuner i mottagandet av de ensamkommande barnen tillsatte regeringen i november 2009 en särskild koordinator för ensamkommande barn. I mars 2010 överlämnade koordinatören en rapport (Hem, ljuva hem) som tyder på att fler kommuner kommer att sluta avtal med Migrationsverket om att ta emot ensamkommande barn. Migrationsverket har även öppnat fem nya ansökningsfunktioner för att avlasta de fyra stora ankomstkommunerna.

Sveriges Kommuner och Landsting har kartlagt mottagandet av ensamkommande barn. Kartläggningen visar bl.a. att utredningarna behöver förbättras för de barn och ungdomar som placeras i eget boende hos släktingar eller anhöriga. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram ett stöd- och vägledningsdokument som riktar sig till personal inom socialtjänsten och syftar till att kvalitetsutveckla socialtjänstens arbete med ensamkommande barn. Myndighetssamverkan kring ensamkommande barn är betydelsefull och det finns i dag ett uppärbetat samarbete mellan Migrationsverket, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Förbättrad vägledning för verksamheter som arbetar med barn i familjer med missbruk

Statens folkhälsoinstituts kartläggning visar att i 80 procent av 149 kommuner, som besvarat enkäten, fanns verksamhet särskilt riktad till barn/ungdomar till föräldrar med missbruk alternativt verksamhet för att stödja deras föräldrar/vårdnadshavare, familj eller familjens nätverk. Verksamheten bedrivs oftast av socialtjänsten i form av en särskild verksamhet eller behandlingsenhet för barn och ungdomar. När det gäller gruppverksamhet är även skolan (inklusive elevhälsa och skolhälsovård) samt familjecentraler betydande aktörer. Idéburna organisationer är representerade framför allt

inom gruppverksamhet. Den dominerande åldersgruppen är 6–12 år och könsfördelningen är relativt jämn. I december 2009 publicerade Socialstyrelsen en vägledning för socialtjänsten och andra aktörer i arbetet med stöd till barn i familjer med missbruk. Även Sveriges Kommuner och Landsting driver flera utvecklingsprojekt inom området. Målet är att bidra till att kommuner, landsting och andra aktörer kan ge ett samordnat, mer kunskapsbaserat och strukturerat stöd som utgår från barnets behov och förutsättningar.

8.4.7 Ekonomiskt bistånd

Resultat och analys

En effekt av den ekonomiska krisen och en högre arbetslöshet är ett ökat behov av ekonomiskt bistånd. Den nedåtgående trenden mot färre bidragstagare bröts därmed 2008. Under 2009 fick 422 300 personer ekonomiskt bistånd eller introduktionsersättning någon gång under året, vilket motsvarade 4,5 procent av befolkningen. Jämfört med året innan ökade antalet biståndsmottagare med 10 procent. Vid en jämförelse med år 1996, då antalet biståndsmottagare var som högst, har däremot antalet biståndsmottagare minskat med 40 procent. Antalet biståndsmottagare var under 2009 även lägre än vid 1990-talets början.

Kostnaderna för ekonomiskt bistånd uppgick 2009 till ca 11 miljarder kronor (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och andra invandrare), vilket är en ökning med 17 procent i fasta priser i jämförelse med året innan. De ökade kostnaderna för ekonomiskt bistånd beror till största delen på den ökade arbetslösheten. De grupper som framförallt får försörjningsproblem när arbetslösheten ökar är de som saknar fotfäste på arbetsmarknaden, dvs. främst ungdomar och nyanlända invandrare.

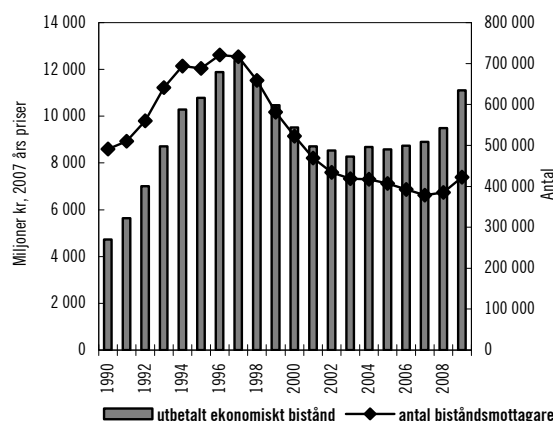
Mellan 2005 och 2009 ökade utbetalningarna med drygt 20 procent (i fasta priser) trots att antalet biståndsmottagare, under samma period, endast ökade med 4 procent. Detta beror på att utbetalt bistånd per hushåll har ökat successivt (även mätt i fasta priser). I genomsnitt betalades cirka 46 000 kronor ut per hushåll under 2009 vilket är en ökning med 14 procent sedan 2005. Antalet genomsnittliga biståndsmånader har också kontinuerligt ökat över tid. Under 1990

var antalet biståndsmånader 4,3 i genomsnitt medan den genomsnittliga tiden var 6,2 månader under 2009. Detta betyder således att den genomsnittlige biståndstagaren inte bara mottar ekonomiskt bistånd under längre tid utan också är i behov av allt högre bistånd. Detta beror bl.a. på att antalet personer i hushållen ökat och att färre biståndshushåll hade egna inkomster.

Även antalet långvariga biståndsmottagare har ökat under de senaste åren. År 2009 mottog cirka 158 000 personer ekonomiskt bistånd under minst tio månader, vilket är det högsta antalet långvariga biståndsmottagare sedan 2000.

Trots denna utveckling av ekonomiskt bistånd kan det konstateras att antalet barn bland biståndsmottagarna är lågt sett ur ett längre tidsperspektiv. År 2009 uppgick antalet barn bland biståndsmottagarna till knappt 138 000, vilket kan jämföras med 250 000 barn under 90-talskrisens värsta år. Det är även färre barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 2009 än vad det var i början av 90-talet.

Diagram 8.1 Ekonomiskt bistånd inkl. introduktionsersättning till flyktingar m.fl.



Källa: Socialstyrelsen

Även om det är något fler män än kvinnor som får ekonomiskt bistånd är ensamstående mödrar överrepresenterade bland biståndshushållen. År 2009 hade 22 procent av ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd någon gång under året. För ensamstående män med barn var motsvarande andel 7 procent.

Tabell 8.3 Antal biståndshushåll (inkl. introduktionsersättning) av befolkningen i vissa grupper år 2005 och 2009. Procent

| | 2005 | 2009 |
|----------------------------------|----------|----------|
| Ensamstående män utan barn | 9 | 9 |
| Ensamstående män med barn | 7 | 7 |
| Ensamstående kvinnor utan barn | 8 | 8 |
| Ensamstående kvinnor med barn | 21 | 22 |
| Gifta par/sammanboende utan barn | 2 | 2 |
| Gifta par/sammanboende med barn | 3 | 3 |
| Samtliga hushåll | 6 | 6 |

Källa: Socialstyrelsen

Utrikes födda är också en grupp i befolkningen som är överrepresenterade när det gäller ekonomiskt bistånd. 12,4 procent av de utrikes födda mottog ekonomiskt bistånd under 2009 medan motsvarande för inrikes födda var 2,3 procent. Förutom att arbetslösheten bland utrikes födda generellt sett är högre förklaras deras överrepresentation av att ekonomiskt bistånd av att det används som ett ekonomiskt stödsystem för nyanlända invandrare under tiden de genomgår svenskundervisning och samhällsintroduktion.

Länsstyrelserna framhåller i sin tillsyn under 2008 och 2009 att tillgängligheten när det gäller ansökan om ekonomiskt bistånd är problematiskt bl.a. när det gäller möjligheterna att få kontakt med handläggare och att kraven på underlag vid ansökan har blivit hårdare och t.o.m. upplevs som oöverstigliga. Dessutom är det sparsamt med individuella bedömningar. Länsstyrelserna framhåller att det finns en risk för att begreppet skälig levnadsnivå förlorar i betydelse i bedömningen av ekonomiskt bistånd. Iakttagelserna bör dock tolkas med försiktighet då tillsynen endast utförts i ett mindre antal kommuner (Socialstyrelsen 2010).

Socialstyrelsen har som ett led i sitt statistik-utvecklingsarbete gjort en testinsamling för att bland annat ta reda på orsakerna till behovet av ekonomiskt bistånd. Resultatet av denna undersökning visade att det mest förekommande försörjningshindret var relaterat till arbetslöshet. Totalt var drygt 46 procent av samtliga biståndsmottagare arbetslösa. Av dessa saknade drygt hälften arbetslöshetsersättning. Sociala skäl var det näst vanligaste försörjningshindret (12 procent). Det tredje mest förekommande försörjningshindret var ”sjukskriven med läkarintyg” (8 procent). Av dessa saknade 80 procent

sjukpenning. Från och med 2010 kommer orsaker till biståndsmottagandet att kunna redovisas kontinuerligt (Socialstyrelsen 2010).

Det finns ett behov av att kontinuerligt följa utvecklingen av ekonomiskt bistånd för att kunna bedöma vad olika politiska beslut och strukturella förändringar får för effekter. Genom Socialstyrelsens pågående arbete med utveckling av det statistiska underlaget kommer tillgången till information om orsakerna bakom behovet av ekonomiskt bistånd och vilka insatser som ges till personer som söker bistånd att öka och därmed ge en bättre kunskapsbas på området.

Kunskapen om effekter av insatser och hur biståndsmottagares självförsörjningsförmåga kan förstärkas är bristfällig. Det är viktigt att påskynda förmågan till självförsörjning, inte minst mot bakgrund av att ett flertal studier påvisat att personer som har långvarigt eller återkommande ekonomiskt bistånd skiljer sig från befolkningen i övrigt, bland annat genom hög förekomst av psykisk ohälsa. Även barn i familjer som får långvarigt ekonomiskt bistånd löper höga överrisker att utvecklas ogynnsamt i flera avseenden (Socialstyrelsen 2006). Regeringen har därför vidtagit en rad åtgärder inom olika politikområden för att få fler i arbete och minska utanförskapet och därmed också minska antalet personer som är beroende av ekonomiskt bistånd.

8.4.8 Missbruks- och beroendevården

Resultat och analys

Kommunernas ansvar för att en person med missbruk får den hjälp och det stöd han eller hon behöver regleras i socialtjänstlagen och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Drygt 2 600 personer (varav 25 procent kvinnor) hade insatser inom heldygnsvård den 1 november 2009, vilket var en minskning med 11 procent jämfört med den 1 november 2008. Av dessa var 10 procent tvångsvårdade. Minskningen har skett inom den frivilliga heldygnsvården medan antalet tvångsvårdade är detsamma som 2008. Den 1 november 2009 hade cirka 21 200 personer någon form av insats inom den kommunala missbruks- och beroendevården.

Tabell 8.4 Antal kvinnor och män med insatser den 1 november 2005 och 2009

| | 2005 | 2009 | Förändring % |
|---|---------------|---------------|-----------------|
| Bistånd som avser boende | 5 852 | 6 294 | 7 |
| varav kvinnor | 1 338 | 1 440 | 7 |
| män | 4 514 | 4 854 | 7 |
| Individuellt behovsprövad | | | |
| öppenvård | 12 277 | 12 271 | 0 |
| varav kvinnor | 3 676 | 3 799 | 3 |
| män | 8 601 | 8 472 | -1 |
| Heldygnsvård | 3 174 | 2 654 | -16 |
| varav kvinnor | 814 | 667 | -18 |
| män | 2 360 | 1 987 | -15 |
| - varav vård enligt LVM | 236 | 241 | 2 |
| av kvinnor | 91 | 81 | -10 |
| män | 145 | 160 | 10 |
| Totalt antal personer med insats | 21 303 | 21 219 | 0 |
| varav kvinnor | 5 828 | 5 906 | 1 |
| män | 15 475 | 15 313 | -1 |

Källa: Socialstyrelsen

En jämförelse mellan 2005 och 2009 visar att det totala antalet insatser för personer med missbruk är i stort oförändrat. Däremot har fördelningen mellan olika typer av insatser förändrats. Under perioden har bistånd som avser boende ökat samtidigt som heldygnsvården minskat.

Läkemedelsassisterad behandling för personer med opiatberoende fortsätter att öka. Över 3 800 personer fick antingen metadon eller buprenorfin någon gång under 2008. Av dessa var 33 procent kvinnor och 67 procent män. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att det finns stora regionala skillnader i vad mån personer med opiatberoende får denna typ av behandling.

Förskrivning av läkemedel för att behandla personer med alkoholberoende fortsätter att öka, men Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport för 2010 att de fortfarande förskrivs i alltför låg utsträckning i förhållande till antalet personer som kan antas ha behov av läkemedlen. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att andelen varierar mellan landstingen från 7 procent till 20 procent.

Evidensbaserad missbruks- och beroendevård

Under perioden 2005–2007 satsade regeringen 400 miljoner kronor för att stödja utvecklingen av vården av personer med ett tungt missbruk, bl.a. i syfte att öka specialiseringen och integreringen, öka tillgängligheten samt stärka arbetet med individuella vårdplaner. Socialstyrel-

sens utvärdering 2009 (Vårdöverenskommelsen – stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk) visar att knappt två tredjedelar av kommunerna organiserat sin verksamhet i form av specialiserade missbruksenheter och i närmare tre fjärdedelar av kommunerna fanns öppenvårdsmottagningar. Utvecklingen av såväl specialiserade enheter som öppenvårdsmottagningar har pågått under en längre tid, men har accelererat under senaste decenniet. I vad mån stimulansmedlen har bidragit till denna utveckling är svårt att bedöma. Samtidigt konstaterar utvärderingen att projektet stärkt kompetensen och resurserna inom många kommuners missbruksvård.

Sedan Socialstyrelsen publicerade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2007 har flera aktiviteter genomförts för att stödja kommuner och landsting att implementera dessa i sin verksamhet. I april 2008 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en första överenskommelse om stöd till implementering av riktlinjerna samt stöd till utveckling av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till Praktik. Överenskommelser om fortsatt utvecklingsarbete ingicks för 2009 och 2010. För detta ändamål har regeringen avsatt ca 30 miljoner kronor årligen. I september 2009 deltog alla landsting tillsammans med kommunalförbund i utvecklingsarbetet och närmare 150 kommuner hade tillsammans med hälso- och sjukvården startat, eller var på väg att starta, ett utvecklingsarbete med hjälp av det kvalificerade stöd på länsnivå som Kunskap till Praktik bygger upp. En utvärdering är kopplad till utvecklingsarbetet och en slutrapport kommer att lämnas i mars 2012.

Öppna jämförelser

I juni 2009 presenterade Socialstyrelsen öppna jämförelser av kvaliteten inom missbruks- och beroendevården. Bland annat finns uppgifter om i vilken utsträckning kommunerna eller landstingen erbjuder olika öppenvårdsinsatser, möjligheten för klienter att få vård inom rimlig tid, i vilken utsträckning de samarbetar med andra aktörer samt möjligheten att hitta information om kommunernas missbruksvård. Socialstyrelsen konstaterar att det finns stora lokala och regionala skillnader när det gäller missbruksvården. Detta gäller såväl individuellt behovsprövade insatser som inskrivningar som avser

boende. Befolkningsmässigt mindre kommuner uppfyller kvalitetskriterier i lägre grad än befolkningsmässigt större kommuner.

Förstärkt tillsyn

För att stärka kvalitet och likvärdighet i de vård- och behandlingsinsatser som kommuner och landsting tillhandahåller, beslutade regeringen i april 2008 om en ökad och utvecklad tillsyn av missbruks- och beroendevården under perioden 2008–2010. Regeringen avsatte för ändamålet totalt 40 miljoner kronor. I samband med tillsynsreformen har uppdraget överfört till Socialstyrelsen från 1 jan 2010. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2011.

I departementspromemorian *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet* (Ds 2009:19) lämnas förslag på hur kunskapsutveckling, lagstiftning samt utveckling av vård och stöd bör förstärkas för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet. Departementspromemorian har remissbehandlats och förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utveckling inom missbruks- och beroendevården

Missbruks- och beroendevården är inne i ett intensivt utvecklingsskede i takt med att kunskapen ökar om verksamma behandlingsmetoder. Att samtliga landsting tillsammans med kommunalförbund och närmare 150 kommuner nu ingår i utvecklingsarbetet *Kunskap till Praktik*, tyder på att överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting bidrar till denna positiva utveckling. Trots en positiv utveckling finns fortfarande lokala och regionala skillnader i tillgång till vissa insatser, vilket innebär att möjligheten att få sitt vårdbehov tillgodosett beror på vilken del i landet man bor. Publiceringen av öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten. Likaså bidrar den förstärkta tillsynen av både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser till att skapa ökad likvärdighet och att komma tillrätta med eventuella brister. Utvecklingen av ny kunskap om verksamma behandlingsmetoder, ställer delvis nya krav på kommuner och landsting. Öppna jämförelser visar på regionala skillnader i kvalitet och tillgång till vårdinsatser mellan kommuner. Socialstyrelsen pekar i sin lägesrapport på att det finns brister bl.a. vad gäller resurser för avgiftning, samsjuklighet och hemlöshet. Regeringen har därför

beslutat om en översyn av missbruks- och beroendevården för att bland annat tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen. Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010 (dir. 2008:48, S 2008:04).

Insatserna ingår i en strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården som sträcker sig under perioden 2008–2010. Regeringen bedömer att insatserna sammantaget kommer att bidra till att uppnå strategins målsättningar om förbättrad kvalitet, ökad likvärdighet samt ökad tillgång till insatser för grupper som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda.

Statligt bedrivna missbruksvård

Statens institutionsstyrelses (SiS) uppdrag är dels att bedriva vård och behandling för ungdomar med sociala problem, drogmissbruk och kriminalitet, dels vård för vuxna missbrukare. När det gäller den statligt bedrivna missbruksvården var beläggningen relativt låg under en stor del av 2009. SiS beslutade därför under 2009 att lägga ner ett LVM-hem. Efterfrågan på LVM-vård ökade emellertid under slutet av året, en ökning som även avser första halvåret 2010. I genomsnitt var 280 personer intagna för LVM-vård 2009, vilket är något lägre än föregående två år men på samma nivå som år 2005. Andelen vårdade kvinnor har varit stabil under den senaste femårsperioden och utgör ungefär en tredjedel av antalet intagningar.

SiS har under 2009 fokuserat arbetet inom missbruksvården på implementering, kvalitetsgranskning och kvalitetshöjning av de metoder som används vid behandling av ungdomar och vuxna inom missbruksvården. Myndigheten har också arbetat utifrån målsättningen att erbjuda samtliga klienter en utredning som kan ligga till grund för en genomtänkt planering för fortsatta insatser. Av de 710 klienter som skrevs ut under 2009 erbjöds 620 klienter en sådan utredning av vilka 416 personer tackade ja.

En stor del av de klienter som vårdas vid LVM-hemmen har allvarliga psykiska problem i kombination med missbruk. För att behandla klienter på dubbeldiagnos har samtliga LVM-hem tillgång till psykolog och psykiatriker. I SiS uppföljning av klienter med bedömd ADHD-störning framkom att det gick bäst för de klienter som påbörjade läkemedelsassisterad behandling för sin ADHD-problematik. I studien

understryks vikten av att myndigheten har förmåga och kompetens att hantera också psykiatriska problem i arbetet med klientens missbruksproblematik.

Av genomförda intervjuer med klienter framgår att ungefär 60 procent anser att de fått hjälp med sina missbruksproblem, 90 procent anser att de fått ett bra bemötande på institutionen och 84 procent anser att de fått stöd av personalen att fundera över sin situation. Resultatet uppvisar endast små förändringar jämfört med 2008.

8.4.9 Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Gruppen hemlösa är heterogen och det krävs såväl insatser inom som samverkan mellan flera politikområden för att motverka hemlöshet. Den senaste kartläggningen av hemlösheten i Sverige genomfördes under 2005. Då konstaterades att 17 800 personer var hemlösa. Under 2011 kommer en ny kartläggning av hemlösheten att genomföras. Dels kommer EU att genomföra en folk- och bostadsräkning och dels planerar Socialstyrelsen en nationell hemlöshetskartläggning.

Regeringens hemlöshetsstrategi

Regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden har pågått under åren 2007–2009. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att hålla samman arbetet med strategin och lett en nationell styrgrupp bestående av Boverket, Kriminalvården och Kronofogdemyndigheten samt Sveriges Kommuner och Landsting. En del i strategin har varit en satsning på lokalt utvecklingsarbete genom stimulansmedel. Socialstyrelsen har fördelat medel om drygt 55 miljoner kronor under 2007, 2008 och 2009 till 23 olika lokala utvecklingsprojekt. I januari 2011 kommer en utvärdering av de lokala utvecklingsprojekten att presenteras.

Socialstyrelsen presenterade i juli 2010 en rapport om regeringens hemlöshetsstrategi som visar att utvecklingen går i rätt riktning i förhållande till uppsatta inriktningsmål. I rapporten konstateras att utvecklingsmedlen har stimulerat kommunerna att utveckla sitt arbete och bidragit till ett ökat intresse av att använda sig av nya metoder. Vidare framgår att statistiken har

förbättrats. Kriminalvården har t.ex. förbättrat både sin statistik och sitt förebyggande arbete och planerar boendet för den intagne på ett bättre sätt inför utskrivning. Statistiken när det gäller vräkningar har också förbättrats och Socialstyrelsen konstaterar att vräkningarna har minskat.

Den evidensbaserade kunskapen har ökat. Socialstyrelsen slår fast att vräkningsförebyggande åtgärder har effekt och har också publicerat en vägledning som stöd till socialtjänsten och andra aktörer för det vräkningsförebyggande arbetet. En vägledning om boendelösningar samt en studie om den sekundära bostadsmarknaden publicerades under 2010. Resultaten från studien visar bl.a. på att en stabil och permanent bostad, kompletterad med individuellt behovsanpassat stöd, s.k. bostad först, är en lovande metod för att motverka hemlöshet. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2010 framgår att sju av tio kommuner har en sekundär bostadsmarknad, dvs. andrahandskontrakt via kommunen förenade med tillsyn eller särskilda villkor.

Vräkning av barn

Ett av målen i regeringens hemlöshetsstrategi har varit att inga barn ska vräkas. Under 2008 berördes 718 barn av vräkningar och under 2009 berördes 618 barn. Även om antalet vräkningar har minskat berörs fortfarande alltför många barn av vräkning. Det finns anmärkningsvärt stora variationer mellan kommuner när det gäller antalet barn som är berörda av vräkning. I maj 2010 inrättades en arbetsgrupp knuten till Socialdepartementet med uppgift att analysera orsakerna till att barn fortfarande berörs av vräkning samt varför det i vissa kommuner är fler barn som berörs än i andra. Arbetet ska redovisas i februari 2011.

8.4.10 Stöd och hjälp till brottsoffer och deras anhöriga

Resultat och analys

Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld

Regeringen har under mandatperioden genomfört en omfattande satsning på socialtjänstens område för att stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld samt för att stödja utvecklingen av insatser riktade till vålds-

utövare. I satsningen ingår stärkt lagstiftning, statliga utvecklingsmedel, förstärkt tillsyn samt en rad uppdrag till berörda myndigheter för att stödja samverkan och stärka kunskaps- och kvalitetsutvecklingen inom området. Satsningen ingår som en del i regeringens handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (skr. 2007/08:39).

Länsstyrelserna har på uppdrag av regeringen för första gången och på ett likartat sätt över hela landet och med gemensamma bedömningskriterier genomfört en förstärkt tillsyn på området under september 2008 till och med mars 2009 (Länsstyrelserna och Socialstyrelsen, 2009). Tillsynen genomfördes i 80 av landets kommuner. Sammanfattningsvis visar tillsynsrapporten att akuta insatser till våldsutsatta kvinnor ofta fungerar bra men att det brister i kommunernas långsiktiga arbete, t.ex. när det gäller kartläggning av problemområdet, dokumentation och uppföljning. Vissa särskilt utsatta gruppers behov tillgodoses inte heller alltid på ett bra sätt och socialtjänstens kunskap och medvetenhet om dessa grupper behöver förbättras.

För att ge vägledning åt kommunerna i tillämpningen av socialtjänstlagen har Socialstyrelsen tagit fram allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (SOFS 2009:22). En handbok som ska ge ytterligare stöd i det praktiska arbetet kommer att publiceras under 2010. Vidare kommer Socialstyrelsen att presentera en webbplats där kunskap och goda exempel på området finns samlade. För att effektivisera arbetet och göra bedömningarna mer enhetliga har Socialstyrelsen utarbetat kvalitetssäkrade bedömningsinstrument. Regeringen har också givit Socialstyrelsen ett antal uppdrag som riktar sig till vissa särskilt utsatta grupper av kvinnor, t.ex. kvinnor med funktionsnedsättning, kvinnor med missbruksproblem, äldre kvinnor samt kvinnor som drabbats av hedersrelaterat våld och förtryck.

Kommunerna tillförs årligen medel för att förstärka och kvalitetsutveckla sitt arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld i enlighet med socialtjänstlagen. Socialstyrelsens redovisning av utvecklingsmedlen 2007–2009 visar att de har bidragit till en utveckling av kvinnojoursverksamheten i många kommuner. De flesta av landets kommuner har ansökt och fått del av utvecklingsmedlen. En tredjedel av

projekten har utförts av kommuner och ideella organisationer tillsammans. En nationell slutredovisning överlämnas till regeringen i juni 2011.

Prostitution och människohandel för sexuella ändamål

Socialtjänsten är en viktig aktör i arbetet för att motverka prostitution och människohandel. Socialstyrelsen har sedan 1998 regeringens uppdrag att bland annat följa prostitutionens utveckling i Sverige. I den senaste rapporten (Socialstyrelsen, 2007) konstateras att omfattningen av prostitution är störst i storstadsregionerna och att förmedling av sexuella tjänster i Sverige sker, liksom i andra länder, allt oftare via internet och mobiltelefoni. Detta bedöms dock inte ha lett till att gatuprostitutionen försvunnit.

Inom ramen för regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (skr. 2007/08:167) har Socialstyrelsen fått i uppdrag att verka för att höja kompetensen avseende problematiken kring personer som befinner sig i prostitution eller är utsatta för människohandel för sexuella ändamål. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2011. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att utvärdera dels arbetet inom kommunerna som rör insatser riktade till sexköpare, dels arbetet vid socialtjänstens prostitutionsgrupper som riktar sig till dem som befinner sig i prostitution samt att därefter sprida resultatet av utvärderingarna. Uppdraget ska redovisas den 1 mars 2012.

Statens institutionsstyrelse (SiS) har fått i uppdrag att inom sin verksamhet förstärka arbetet med vuxna missbrukare och ungdomar som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 mars 2011.

Regeringen finansierar årligen den expertgrupp för barnfrågor som är knuten till Östersjöstaternas råd EGCC (Expert Group for Cooperation on Children at Risk). Samverkan har fått stor uppmärksamhet i EU och andra internationella organ som ett bra exempel på regional kunskapsutveckling- och förmedling. Sveriges nationella koordinator vid Socialstyrelsen deltar aktivt i arbetet.

Det är viktigt att det fortsatta arbetet för att bekämpa prostitution och människohandel för sexuella ändamål utgår ifrån de utsattas behov och situation. Särskild hänsyn ska tas till barns

behov och att barns och ungas förutsättningar på vissa sätt skiljer sig från vuxnas. För att arbetet ska lyckas krävs samverkan mellan berörda myndigheter och frivilligorganisationer.

8.4.11 Internationellt

Det svenska ordförandeskapet i EU

Det svenska ordförandeskapet i EU genomförde tillsammans med Europeiska Kommissionen den 8:e Europeiska rundabordskonferensen om fattigdom och socialt utanförskap. Rundabordskonferensen anordnas varje höst av ordförandeskapslandet och är ett forum för medlemsstaterna, EU-institutionerna och organisationer att diskutera hur fattigdom och socialt utanförskap kan bekämpas. Huvudsyftet var att genom erfarenhetsutbyte och goda exempel stödja medlemsstaterna att utveckla strategier för aktiv inkludering av människor som står utanför arbetsmarknaden. Konferensen utmynnade i en konferensrapport som presenterar huvudbudskapen från diskussionerna.

Det Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social utestängning 2010

År 2010 är utsett till det Europeiska året för bekämpning av fattigdom och social utestängning. Regeringen har gett Svenska ESF-rådet i uppdrag att ansvara för det svenska genomförandet av temaåret. Svenska ESF-rådet har tagit fram ett nationellt program med aktiviteter som syftar till att främja en bred dialog mellan alla berörda för att öka kunskapen och engagemanget och hitta nya vägar i arbetet mot fattigdom och social utestängning. Temaåret samfinansieras av Europeiska Kommissionen och Socialdepartementet. Slutrapport ska lämnas senast den 31 mars 2011.

8.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen som granskat årsredovisningen för Statens institutionsstyrelse, har inte haft invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2009.

8.6 Politikens inriktning

Kontinuerligt förbättrad kvalitet och effektivitet i socialtjänsten

Under senare år har det skett en positiv utveckling inom socialtjänsten med ökat fokus på brukare och medborgare. Fokus har även ökat på uppföljning och systematiskt förbättringsarbete med syfte att skapa bättre kvalitet och effektivitet i socialtjänsten. Det är högt prioriterade frågor för regeringen, i första hand för att förbättra välfärden för människor i behov av socialtjänstens insatser, men också för att skapa förutsättningar för ett system som är långsiktigt hållbart. Regeringen kommer därför att fortsätta att intensifiera satsningar på systematiskt och strategiskt förbättringsarbete inom socialtjänsten. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för en socialtjänst baserad på kunskap, med utgångspunkt i brukarens behov för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Uppföljning och öppna jämförelser av resultat, kvalitet och effektivitet är en förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete. Därför fortsätter regeringen satsningen på öppna jämförelser inom äldre- och handikappomsorg såväl som inom övrig socialtjänst. För att utveckla socialtjänsten genom informationshantering har regeringen också beslutat om en nationell e-hälsostategi. Den syftar bl.a. till att öka brukarnas delaktighet i utformandet och genomförandet av de insatser som ges genom effektiva och koordinerade insatser inom hela vård- och omsorgssektorn. Det handlar om att möjliggöra samordnade insatser från flera olika huvudmän och utförare vilket ställer ökade krav på förståelse, utifrån gällande lagar och med full respekt för den personliga integriteten, snabbt, säkert och enkelt utbyta nödvändig information. För att kunskap från uppföljning, öppna jämförelser och forskning ska omvandlas till praktisk handling och en bättre socialtjänst för brukarna måste kunskapen spridas, tolkas och implementeras i ett lokalt sammanhang. Mot denna bakgrund har regeringen beslutat om att stödja en Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Arbetet baseras på en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som bl.a. innebär att regeringen initialt stödjer kommunerna i att skapa egna nätverk som ska främja utveckling av kvalitet och effektivitet i socialtjänst.

Öppna jämförelser

I öppna jämförelser redovisas data om kvalitet, brukarupplevelser, kostnader och effektivitet. I dagsläget genomförs kontinuerliga jämförelser avseende äldreomsorg och missbruks- och beroendevård. Under 2010 har Socialstyrelsen presenterat en femårig strategisk plan för den fortsatta uppbyggnaden av öppna jämförelser inom socialtjänst och hemsjukvård. För 2011 avsätter regeringen totalt 17,7 miljoner kronor för det fortsatta arbetet med öppna jämförelser. En förutsättning för att driva ett effektivt utvecklingsarbete är att det finns en god tillgång på jämförbara data för analyser av kvaliteten och effektiviteten. Under året har Socialstyrelsen också i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting fortsatt att utveckla termer och begrepp i syfte att skapa jämförbara data. För att de öppna jämförelserna ska bli ett verktyg för brukarna vid fria val och för strategiska utvecklingsinsatser är det dessutom önskvärt att redovisningar, i så stor utsträckning som möjligt, görs på enhetsnivå.

Nya former för att utveckla en evidensbaserad praktik

Ett väl fungerande välfärdssamhälle kräver att ny kunskap kan omsättas till praktik och att de arbetsmetoder som inte fungerar gallras ut. Enligt utredningen Evidensbaserad praktik i socialtjänsten – till nytta för brukaren (SOU 2008:18) är kunskapsbasen inom socialtjänsten i dag outvecklad. Verksamheten drivs inte alltid utifrån kunskap om vilken effekt olika insatser, arbetssätt och metoder ger. Utredningen menar även att dagens former för statligt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten ofta är projektbaserade, kortsiktiga och sker utan tydlig samordning mellan forskning, praktik, utbildning och implementering. Enligt regeringens bedömning krävs bl.a. ett målmedvetet engagemang hos huvudmännen och att statens fortsatta stöd utformas strategiskt för att utveckla den evidensbaserade praktiken inom socialtjänsten. Under 2010 har därför regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting enats om ett nytt sätt att arbeta med dessa frågor. Det nya sättet innebär att staten och huvudmännen kommit överens om en plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik. Plattformen ska ange inriktningen om samordnade och långsiktiga insatser till stöd för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten och de framtida överens-

komna insatserna ska ske utifrån gemensamma prioriteringar på nationell respektive lokal nivå. Ambitionen är att göra årliga överenskommelser om hur arbetet ska bedrivas, samt att samordna initiativ på lokal och nationell nivå.

Det övergripande målet är att fortlöpande stödja huvudmännens arbete för att uppnå en god kvalitet i socialtjänsten. Genom att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att både skapa och använda relevant kunskap kan socialtjänstens resurser riktas till områden där de gör bäst nytta. För att utveckla en evidensbaserad praktik behöver bl.a. regionalt stöd till kunskapsutveckling fortsatt utvecklas, liksom stödet till det lokala utvecklings- och förbättringsarbetet. Detta tas upp i överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik. Det krävs också bättre förutsättningar när det gäller såväl förmågan att sprida och ta till vara lokal kunskap som att sprida och använda övrig tillgänglig kunskap. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att utveckla en webbaserad nationell kunskapsportal inom äldreområdet och psykiatrin. Den tekniska plattform som tas fram ska vara gemensam för de båda områdena men också ha utvecklingspotential att kunna omfatta fler områden.

Inom ramen för överenskommelserna om Program för god äldreomsorg och Kunskap till praktik inom missbruks- och beroendevården har ett statligt stöd utgått till regionala stödstrukturer under 2010 respektive 2008–2010. I överenskommelsen säger regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting att huvudmännen bör samordna och utveckla de framtida regionala strukturerna med tanke på att stödja hela socialtjänsten. Vidare sägs att det är av stor vikt att de överenskommelser som ingås tar ett samlat grepp över stödet till huvudmännens arbete med infrastrukturer/nätverk med tanke på att stödja hela socialtjänsten.

Tillgänglig och säker information inom vården och omsorgen

Det finns förutsättningar att stärka kvaliteten inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården genom att utveckla informationshanteringen och bättre ta tillvara den information som samlas in och lagras. Regeringen beslutade i juni 2010 om strategin för Nationell eHälsa för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.

Arbetet inom Nationell eHälsa inriktas på att skapa synliga och konkreta förbättringar för individen, välfungerande elektroniska beslutsstöd och underlag för vård- och omsorgspersonal samt verktyg för styrning och uppföljning för beslutsfattare på olika nivåer. Strategin syftar till att stödja socialtjänsten och hälso- och sjukvården i de utmaningar som de står inför. Medborgarna ställer samma krav på vård- och omsorgssektorn som på andra serviceinrättningar i samhället vilket medför ökade krav på insyn, delaktighet och självbestämmande. Socialtjänsten bör därför i större utsträckning kunna erbjuda tjänster som utformas efter individens önskemål och i ökande utsträckning utnyttjar Internet och sociala medier som kommunikationsverktyg för ökad tillgänglighet och användarvänlighet. Många personer har i dag vård- och omsorgsbehov som kräver samordnade insatser från flera olika huvudmän och utförare. Det ställer ökade krav på förmågan att snabbt, säkert och enkelt utbyta nödvändig information. Även styrning och uppföljning, bland annat med öppna jämförelser som underlag, ställer höga krav på en väl fungerande informationshantering. Strategin är en del i arbetet med att skapa de grundläggande förutsättningarna för att möta dessa utmaningar. För att åstadkomma en sammanhållen utveckling med största möjliga effekt för medborgarna måste arbetet inom Nationell eHälsa samordnas med det arbete som bedrivs inom andra politikområden.

Strategin för nationell eHälsa anger inom vilka insatsområden som det fortsatta arbetet med att genomföra strategin ska bedrivas. Det handlar bland bl.a. om insatser inom områdena teknisk infrastruktur, informationsstruktur samt lagar och regelverk. De organisationer som står bakom strategin ska utarbeta en handlingsplan för hur strategin ska tillämpas och införas i den egna verksamheten. För 2010 avsattes 20 miljoner kronor för att utveckla socialtjänstens informationsförsörjningen inom ramen för Program för god äldreomsorg. Regeringen gör bedömningen att medel även bör avsättas för ändamålet för 2011. Beslut om inom vilka områden insatserna ska göras fattas inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om Program för god äldreomsorg, förutsatt att riksdagen godkänner regeringens budgetförslag.

Stärkt tillsyn

Den statliga tillsynen är en viktig förutsättning för att offentliga regleringar omsätts i praktiken och bidrar till att eventuella brister blir kända. På det sociala området är tillsynen också ett av de absolut viktigaste verktygen för att följa upp kvaliteten i olika verksamheter. Även medborgare, huvudmän och utförare har intresse av en tillsyn som är aktiv, tydlig och bedrivs systematisk. I skrivelsen En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn (skr. 2009/10:79) redovisar regeringen generella bedömningar för hur en tillsynsreglering bör vara utformad.

På det sociala området har regeringen tagit initiativ till en tillsynsreform. Den trädde i kraft den 1 januari 2010. Tillsynen har styrts upp och skärpts. Tillsynen har blivit tydligare och getts fler verktyg att arbeta med. Tillsynsmyndigheten har bland annat fått utökade möjligheter att utfärda förelägganden för att avhjälpa missförhållanden. Barnrättsperspektivet har stärkts. Tillsynens möjligheter att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv har ökat genom att tillsynen av socialtjänsten och LSS numera samordnas med tillsynen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen fick i samband med riksdagens beslut om förslagen i prop. 2008/09:160 också ökade resurser.

I de verksamheter, som tillsynen inom det sociala området ska granska, befinner sig ofta människor i ett mycket utsatt läge. Det är därför viktigt att tillsynen fungerar på ett legitimt, trovärdigt och rättssäkert sätt.

Regeringen kommer noga att följa utvecklingsarbetet med den nya tillsynen. Det är viktigt att arbetet fungerar och att tillsynen svarar upp mot de förväntningar som finns. Statskontoret har därför fått i uppdrag att följa upp och utvärdera tillsynsreformen.

Tydligare ansvarsfördelning mellan kommunerna

Det är viktigt att regelverket är tydligt kring vilken kommun som ansvarar för socialtjänstens insatser så att inte den enskilde faller mellan stolarna. I april 2009 överlämnade Vistelseutredningen sitt betänkande om tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. Som komplement till utredarens förslag när det gäller vissa enskilda som för en begränsad tid vistas i en annan kommun än den där han eller hon är bosatt har ett alternativt förslag utarbetats och

analyserats i en departementspromemoria. I promemorian föreslås bland annat att bostättningskommunen ska vara ansvarig för sådana stöd- och hjälpinsatser som den enskilde har behov av för att kunna genomföra vistelsen samt kostnaderna för dessa. När beslutet avser en äldre person, en person med funktionsnedsättning eller allvarlig sjukdom föreslås vistelsekommunen vara skyldig att på begäran bistå bostättningskommunen med utredning och med att verkställa det beslut som bostättningskommunen fattar. Promemorian har remissbehandlats och bereds inom Regeringskansliet.

Ekonomiskt bistånd

Ett av regeringens övergripande mål är att få fler personer i arbete och minska utanförskapet och därmed öka förmågan till självförsörjning. För personer som hänvisas till ekonomiskt bistånd för sin försörjning krävs åtgärder inom olika områden. Senare tids ökning av antalet biståndsmottagare kan till stor del hänföras till den ekonomiska krisen och ökad arbetslöshet. För andra biståndsmottagare är dock orsakerna till ekonomiskt bistånd annat än arbetslöshet. Inte sällan är orsakerna komplexa och kräver samordnade och effektiva lösningar.

Sedan några år tillbaka är majoriteten av biståndsmottagarna utrikes födda. Det beror till stor del på att det tar lång tid för nyanlända, särskilt för dem som flytt till Sverige, att etablera sig på arbetsmarknaden och att flyktingmottagandet ökade 2006–2008, bl.a. till följd av den tillfälliga ändringen av utlänningslagen. Därför är regeringens reform för nyanlända invandras arbetsmarknadsetablering (prop. 2009/10:60) som träder i kraft 1 december 2010 viktigt för utvecklingen av det ekonomiska biståndet. Nyanlända invandrare som deltar i etableringsinsatser kommer istället att uppbära statlig etableringsersättning de första åren i landet. Därutöver innebär reformen att staten, genom Arbetsförmedlingen, tar över huvudansvaret för nyanlända invandras etablering. Genom att Arbetsförmedlingen tar över ansvaret förtydligas ytterligare regeringens arbetslinje. Nyanlända får en lagstadgad rätt till arbetsförberedande insatser. En snabbare etablering ska åstadkommas genom att förstärka incitamenten att arbeta och delta i etableringsinsatser. En effektiv etableringskedja skapas genom klarare och tydligare

ansvarsförhållanden mellan olika aktörer för att bättre ta tillvara den nyanländes kompetens. Det övergripande syftet med reformen är att de nyanlända snabbare ska bli självförsörjande. Genomförandet av denna reform innebär således att färre personer kommer att vara i behov av ekonomiskt bistånd.

Behov av förbättrat kunskapsunderlag om ekonomiskt bistånd

Det finns behov av en samlad nationell kunskap om hur socialtjänsten arbetar med ekonomiskt bistånd, dvs. vad som är orsaken till behovet av ekonomiskt bistånd, vilka insatser som ges och vad de ger för resultat. Det finns också ett stort behov av att snabbt kunna följa utvecklingen av ekonomiskt bistånd för att såväl bedöma effekter av politiska beslut och reformer som effekter av strukturella förändringar på ekonomiskt bistånd. Det pågår för närvarande ett utvecklingsarbete på Socialstyrelsen att förbättra kunskapsunderlaget genom att utveckla statistiken. Under år 2010 görs den första nationella insamlingen av orsaker till behovet av ekonomiskt bistånd och kommer att ingå i den officiella statistiken om ekonomiskt bistånd från och med 2011. Det är mycket angeläget att Socialstyrelsen intensifierar arbetet med att redovisa utvecklingen av ekonomiskt bistånd mer frekvent.

Utvecklingen av öppna jämförelser kommer också bidra till att kunskapsbasen om ekonomiskt bistånd ökar. Socialstyrelsens handlingsplan pekar ut nödvändiga utvecklingsområden för att förverkliga öppna jämförelser på området, bl.a. bör tillgången på data öka och indikatorer som kan ligga till grund för analyser om kvalitet och effektivitet bör utvecklas.

Stöd och skydd för barn och unga

För att stärka stödet och skyddet för utsatta barn och unga krävs insatser inom flera områden som komplement till socialtjänstens verksamheter. Ett utökat stöd till föräldrar under barnets hela uppväxttid, satsningen på barn- och ungdomspsykiatri och införandet av en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område om att barns och ungas behov av information, råd och stöd i vissa situationer särskilt ska beaktas inom hälso- och sjukvården är några exempel på hur satsningar

inom andra områden kan bidra till att stärka stödet till barn och unga.

Förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen möter kontinuerligt alla barn och unga under större delen av deras uppväxttid. För att ta ett samlat grepp om hur skolan arbetar med utsatta barn och unga har regeringen gett en särskild utredare i uppdrag att ta fram en samlad bild över förskoleverksamhetens, skolans och skolbarnsomsorgens arbete med och samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa och föreslå relevanta åtgärder (dir. 2009:80 och 2010:18). Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om översyn av skolans arbete med utsatta barn (U 2009:05) ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 november 2010.

Ett stort ansvar vilar på socialtjänstens barn- och ungdomsvård för att utsatta barns och ungas behov av stöd och skydd ska bli tillgodosedda. De barn och unga som kommer i kontakt med den sociala barn- och ungdomsvården tillhör de mest utsatta och sårbara i vårt samhälle. Därför måste det ställas höga krav på säkerhet och kvalitet i insatserna och på hanteringen av beslut. Sedan Sverige ratificerade barnkonventionen 1990 pågår ett kontinuerligt arbete med att genomföra konventionen. Inte minst inom socialtjänstens olika områden är det angeläget att fortsatt utveckla och driva på arbetet med att införliva barnrättsperspektivet. Socialtjänstens arbete med att stärka stödet och skyddet för barn och unga måste fortsätta och ta sin utgångspunkt i den lagstiftning som återspeglar barnkonventionen.

Ett tydligt barnrättsperspektiv i tillsynen

För att tydliggöra vikten av barns rätt att komma till tals och kunna påverka sin situation har ett tydligt barnrättsperspektiv införts i tillsynen av den sociala barn- och ungdomsvården i och med den tillsynsreform som trädde i kraft den 1 januari 2010. Samtliga HVB och de särskilda ungdomshemmen ska granskas två gånger om året då barn och unga, förutsatt att de själva vill det, alltid ska ha rätt att komma till tals och berätta om sin situation utan att föräldrarna lämnar sitt tillstånd till sådana samtal. Ett av de två tillsynsbesöken ska vara oanmäلت.

Barn och unga har ofta själva synpunkter på den vård de får inom den sociala barn- och ungdomsvården. För att underlätta för dem att komma i kontakt med tillsynsmyndigheten finns

ett 020-nummer som de kan använda för att kontakta Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har tagit fram ett informationsmaterial som ska lämnas till alla barn och unga som placeras och deras föräldrar. Materialet informerar om vilka rättigheter barn och unga har när de är placerade utanför det egna hemmet.

Barn och unga som är placerade i familjehemsvård kan ha samma behov som barn och unga i HVB eller särskilda ungdomshem att berätta om hur de har det. Därför påbörjar Socialstyrelsen under hösten 2010 en försöksverksamhet med tillsynsombud, som pågår till och med 2012. Tillsynsombuden är särskilt utvalda och utbildade för sitt uppdrag som innebär att de två gånger om året ska träffa barn och unga i familjehem och samtala med dem om deras situation med samma syfte som vid besök i HVB och särskilda ungdomshem.

Socialtjänsten får rätt att tala med barn oberoende av vårdnadshavarens samtycke

En ny bestämmelse som syftar till stärka barnets rätt att komma till tals inom socialtjänstens område har den 1 augusti 2010 införts i socialtjänstlagen. Den innebär att socialtjänsten, i barnavårdsutredningar och i utredningar som socialnämnden själv tar initiativ till om överflyttning av vårdnad i vissa situationer, ska kunna samtala med barnen utan vårdnadshavarnas samtycke och utan att dessa är närvarande.

Beredning av barnskyddsutredningen

Barnskyddsutredningen lämnade i juli 2009 betänkandet Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) (SOU 2009:68). Utredningen lämnade ett antal förslag som syftar till att ytterligare stärka och förtydliga bestämmelserna om stöd och skydd för barn och unga och sammanföra dem i en lag. Dessutom lämnas förslag till en specialistutbildning för denna grupp socialsekreterare. Betänkandet har remissbehandlats och bereds inom Regeringskansliet.

Utveckling av verksamheten vid Statens institutionsstyrelse

Regeringen gav i juni 2009 Statens institutionsstyrelse (SiS) i uppdrag att göra en översyn av avskiljning (S2009/5081/ST). I redovisningen av uppdraget har SiS föreslagit vissa ändringar i lagstiftningen om avskiljning. Förslagen bereds inom Regeringskansliet tillsammans med vissa andra lagförslag (S2009/5113/ST) som myndig-

heten inkommit med i syfte att stärka den enskildes rättsäkerhet samt komplettera och förtydliga den lagstiftning som gäller för SiS verksamhet.

SiS ansvarar för verkställigheten av sluten ungdomsvård. Vid frihetsberövande påföljder ska verkställigheten vara inriktad på att motivera ungdomarna att förändra sin kriminella livsstil. Fokus ska också ligga på att planera och förbereda tiden efter frigivning. En väl anpassad utslussning från sluten ungdomsvård bedöms minska risken för återfall i brott. Regeringen avser att återkomma till riksdagen med förslag om en strukturerad utslussning från sluten ungdomsvård med utvecklade kontrollmöjligheter.

Familjerätt

Föräldrarnas gemensamma ansvar för ett barn upphör inte vid en separation eller skilsmässa – föräldraskapet är livslångt. Den nya situation som uppstår efter en separation ger ibland upphov till osäkerhet om hur man på bästa sätt ordnar det för barnet. Det kan vara svårt att se situationen utifrån barnets perspektiv, i synnerhet för föräldrar som sinsemellan har en konfliktfylld situation. För barnets skull är det viktigt att eventuella konflikter hanteras på ett bra sätt, helst utanför domstol, eftersom barnet ofta hamnar i kläm i vårdnadstvister. 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 samarbetsamtal så att fler kan få hjälp att hitta konstruktiva lösningar och att enas om det fortsatta gemensamma ansvaret för barnet. Det är viktigt att samtalen har ett tydligt barnperspektiv och att barnet har möjlighet att komma till tals i samband med samtalen, och dessa bör erbjudas inom rimlig tid efter separationen. Regeringen avser vidta åtgärder som berör samarbetsamtalen inom ramen för utgiftsområde 9 avsnittet om regeringens Barnrättspolitik.

Missbruks- och beroendevården

Kunskaps- och kvalitetsutveckling

För att personer med missbruks- och beroendeproblematik ska få sitt vårdbehov tillgodosett anser regeringen att tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser behöver förbättras och individens ställning stärkas. Missbruks- och beroendevården blir alltmer kunskapsbaserad, men ännu har inte de nationella riktlinjerna fått fullt genomslag i verksamheterna. För att riktlinjerna ska omsättas i den praktiska verksamheten krävs ett uthålligt implementeringsarbete som bl.a. inkluderar kompetensutveckling av personalen. Sedan 2008 har regeringen ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting där den bärande idén är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för utvecklingen av missbruks- och beroendevården. Samordnade och långsiktiga insatser är även den bärande idén i den överenskommelse om en gemensam plattform för regeringens och Sveriges Kommuner och Landstings fortsatta arbete med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Inom ramen för plattformen avser regeringen att sluta en överenskommelse om fortsättning av det pågående utvecklingsarbetet inom missbruks- och beroendevården under 2011.

I regeringens strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården som löpt under 2008–2010, är ett av de övergripande målen ökad likvärdighet. Regeringen anser att utvecklingen av öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården utgör en viktig drivkraft för huvudmännens arbete genom att belysa en rad kvalitetsaspekter i den missbruksvård som kommunerna tillhandahåller, liksom skillnader mellan kommuner. 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. Regeringen vill verka för att de öppna jämförelserna ska vara användbara och ändamålsenliga för beslutsfattare, verksamhetsansvariga och brukare och deras närstående. Socialstyrelsen har presenterat en handlingsplan för utveckling av öppna jämförelser inom socialtjänsten m.m., där missbruks- och beroendevården är en del. Handlingsplanen sträcker sig fram t.o.m. 2014.

Uppmärksamma de närstående

Att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och familj och andra närstående är en fortsatt prioriterad fråga för regeringen. Inom Socialstyrelsen pågår ett utvecklingsarbete som syftar till att stärka stödet till barn och unga som lever i familjer med missbruk. En vägledning publicerades i december 2009 och arbetet med att sprida kunskapen har pågått under 2010 och kommer att fortsätta under 2011 med syfte att stimulera till mer systematisk och strukturerad dokumentation av verksamhetsinnehåll samt uppföljning för att förbättra kunskaperna om resultat.

Ansvar och samverkan

Missbruks- och beroendevården är ett område där flera huvudmän har ansvar enligt olika lagstiftningar. Socialstyrelsen har bl.a. i Social rapport 2008 pekat på att dagens organisation av socialtjänst, beroendevård och vuxenpsykiatri ofta innebär svårigheter för personer med samsjuklighet (substansberoende i kombination med psykiatrisk diagnos) eller blandmissbruk av alkohol, narkotika och läkemedel att få sina vårdbehov tillgodosedda. 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. I Missbruksutredningens (S 2008:04) uppdrag ingår därför att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras. Erfarenhet visar att det i hög grad är samma klienter med tungt missbruk som rör sig mellan de olika huvudmännen för missbruksvården och kriminalvården. Därför måste samhällets insatser mot narkotika- och alkoholmissbruk utgå från en helhetsbild som innefattar såväl socialtjänstens, Statens institutionsstyrelses, hälso- och sjukvårdens som kriminalvårdens verksamheter på området. Målsättningen är att främja en långsiktig och effektiv samverkan kring den enskilde individen och dennes anhöriga, särskilt i de fall där barn är berörda. Utredningen ska lämna sitt betänkande senast 15 november 2010. Förslagen kommer därefter att beredas inom Regeringskansliet.

Regeringens strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården löper ut 2010. Strategin har syftat till att främja den utveckling

som anges i de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna, som sträcker sig fram t.o.m. 2010. Regeringen avser att ta fram en framtida gemensam strategi för ANDT-området som även omfattar missbruks- och beroendevården. Ett av syftena med en gemensam strategi är att främja samverkan mellan berörda politikområden som t.ex. socialtjänst och kriminalvård.

Hemlöshet

Hemlöshet är en utmaning för det svenska välfärdssamhället. Det är både ett socialpolitiskt och ett bostadspolitiskt problem som kräver insatser av och samverkan mellan många olika aktörer. Socialstyrelsens rapport om regeringens hemlöshetsstrategi som presenterades i juli visar att utvecklingen går i rätt riktning i förhållande till uppsatta inriktningsmål (Socialstyrelsen, 2010). De senaste tre åren har kunskapen om hemlöshet ökat, statistiken förbättras och fler kommuner arbetar med vräkningsförebyggande insatser. Utvecklingsmedlen har stimulerat kommunerna att utveckla sitt arbete och bidragit till ett ökat intresse att använda sig av nya metoder.

Regeringen anser, liksom Socialstyrelsen och övriga berörda myndigheter, att strategin har varit viktig och genererat betydande kunskap om effektiva metoder och bättre statistik. Denna nya kunskap skapar förutsättningar för ett fortsatt utvecklingsarbete i kommunerna. Arbetet bör framöver inriktas på att få kommunerna och övriga aktörer att använda kunskapen på ett effektivt sätt i det praktiska arbetet. Arbetet bör samordnas med det övergripande arbetet för att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Regeringen avser att noga följa utvecklingen i kommunerna.

Stöd till brottsoffer och deras anhöriga

Att bekämpa våld mot kvinnor är en fortsatt högt prioriterad fråga för regeringen. En delrapport av uppföljningen av handlingsplanen för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (skr. 2007/08:39) visar att handlingsplanen inneburit en betydelsefull start för utvecklingen på området (Brottsförebyggande rådet, 2010). När det gäller insatser på socialtjänstens område visar den förstärkta till-

synen och de utvärderingar som genomförts under mandatperioden att socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld har utvecklats och att kommunerna i dag tar ett större ansvar för dessa grupper (Länsstyrelserna och Socialstyrelsen, 2009). Kunskapsstöd, bedömningsinstrument samt årliga stimulansbidrag till kommunerna har underlättat det praktiska arbetet. Det finns ett ökat fokus på evidensbaserad kunskap och effektiva metoder både när det gäller våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, men även när det gäller de män som utövar våld.

Det är viktigt att det utvecklingsarbete som nu satts igång fortsätter. Kommunerna måste fortsätta ta sitt ansvar, även när insatserna genomförs av någon annan än kommunen, exempelvis av en frivilligorganisation. Kommunerna bör till exempel bli bättre på att ha ett långsiktigt och strategiskt arbete på detta område. Kompetensen inom andra delar av socialtjänsten än individ- och familjeomsorgen bör också förbättras (Länsstyrelserna och Socialstyrelsen, 2009). Det är viktigt att tillsynen fortsätter att ske löpande så att arbetet kan följas upp och eventuella brister kan identifieras.

I mars 2009 överlämnade Socialstyrelsen ett förslag till ny lag med ett system för utredningar avseende kvinnor som har avlidit med anledning av brott i nära relationer. Förslaget har remissbehandlats och regeringen avser att presentera en proposition under 2011. Syftet med systemet är att ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att kvinnor utsätts för brott av närstående. En utredning ska klarlägga samtliga förhållanden som har inneburit att kvinnan har varit i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation. Även vilka åtgärder som vidtagits eller hade kunnat vidtas för att beakta hennes behov ska klarläggas.

Kampen mot människohandel måste fortsätta föras på bred front. Det är viktigt med ökad kunskap och metodutveckling på området. De flesta av de åtgärder som regeringen vidtagit inom ramen för handlingsplanen mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (skr. 2007/08:167) pågår även under 2011 och 2012 och regeringen avser att noga följa utvecklingen och resultatet av dessa. Brottsförebyggande rådet (BRÅ) kommer under 2011 att presentera en uppföljning av handlingsplanen.

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. År 2008 beslutade därför regeringen om en överenskommelse mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting och under 2010 antogs en liknande överenskommelse inom integrationsområdet. Överenskommelserna innehåller ett antal principer som ska utveckla relationerna och tydliggöra rollerna parterna emellan. Regeringen kommer att verka för att dialogerna fortsätter att följas upp 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. Det faktum att dialogprocessen har kunnat genomföras och leda fram till en överenskommelse visar på 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.

Oberoende granskningsmyndighet

Från och med 1 januari 2011 kommer en oberoende granskningsmyndighet med ansvar för uppföljning, utvärdering och effektivitetsgranskning av hälso- och sjukvården att inrättas. Utöver att myndigheten ska ansvara för kvalificerad och systematisk uppföljning, utvärdering och effektivitetsgranskning av hälso- och sjukvården ska den enligt tilläggsdirektiv utföra uppgifter inom socialtjänsten (dir. 2010:90). Det ska avse uppgifter inom områden som ligger i gränssnittet mellan vård och omsorg, t.ex. missbruksområdet eller kommunens vård och omsorg av äldre. Utredaren ska föreslå den inriktning som arbetet ska ha för de områden inom socialtjänsten som myndigheten väljer att koncentrera sig på. Den 1 mars 2011 ska utredaren dessutom redovisa hur brukarnas och klienternas behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information inom utvalda socialtjänstområden bättre kan till-

godoses och utvecklas. (se vidare anslag 1:12 *Myndigheten för vårdanalys*.)

8.7 Budgetförslag

8.7.1 6:1 Statens institutionsstyrelse

Tabell 8.5 Anslagsutveckling 6:1 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

| År | Utfall | | Anslags-sparande | |
|------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 793 717 | | -60 539 |
| 2010 | Anslag | 806 796 ¹ | Utgifts-prognos | 826 937 |
| 2011 | Förslag | 835 543 | | |
| 2012 | Beräknat | 846 170 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 859 623 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 881 172 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 835 543 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 835 543 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 835 543 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för Statens institutionsstyrelses förvaltningskostnader. Statens institutionsstyrelse (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 SiS verksamhetsområde.

Tabell 8.6 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

| Offentlig-rättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader ¹ | Resultat (intäkt - kostnad) |
|-------------------------------|--|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| Utfall 2009 | 0 | 1 210 023 | 1 997 090 | -787 067 |
| Prognos 2010 | 0 | 1 209 241 | 2 078 821 | -869 580 |
| Budget 2011 | 0 | 1 143 204 | 1 943 775 | -800 571 |

¹ Kostnaderna som redovisas är totalkostnader för både avgiftsfinansierad samt anslagsfinansierad verksamhet.

Tabell 8.7 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|---------------------------------------|----------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2009 (varav tjänsteexport) | 9 743 | 9 743 | 0 |
| Prognos 2010 (varav tjänsteexport) | 7 000 | 7 000 | 0 |
| Budget 2011 (varav tjänsteexport) | 7 000 | 7 000 | 0 |

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009. Inriktningen för Statens institutionsstyrelses verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 8.8 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 6:1 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010 ¹ | 806 796 | 806 796 | 806 796 | 806 796 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 3 221 | 8 863 | 19 290 | 39 998 |
| Beslut | 20 000 | 20 139 | 20 397 | 20 908 |
| Överföring till/från andra anslag | -140 | -141 | -143 | -146 |
| Övrigt ³ | 5 666 | 10 512 | 13 284 | 13 617 |
| Förslag/be-räknat anslag | 835 543 | 846 170 | 859 623 | 881 172 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Övergångseffekter till följd av kostnadsmässig avräkning av myndigheternas förvaltningsutgifter redovisas under övrigt. Anslaget minskas (2014) även till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen

SiS gjorde ett negativt ekonomisk resultat 2009 med en anslagsförbrukning som översteg de tillgängliga medlen med 61 miljoner kronor. En av orsakerna till underskottet var den tidvis låga beläggningen inom ungdomsvården och missbruksvården. SiS vidtog under året besparingsåtgärder samt inledde ett långsiktigt arbete i syfte att uppnå balans mellan utbud och efterfrågan och skapa större flexibilitet i verksamheten. Myndigheten har under 2010 fortsatt det omställningsarbete som inleddes under 2009

vilket bland annat resulterat i sammanslagningar av institutioner och vissa nedläggningar. Regeringen gav under hösten 2009 Statskontoret i uppdrag att analysera styrning- och finansieringsmodellen för SiS och uppdraget avrapporterades under våren 2010. Regeringen har givit myndigheten utökad anslagskredit för 2009 och 2010 och har utöver det ställt 90 miljoner kronor till myndighetens förfogande för att möjliggöra omställningen. SiS ska slutredovisa vidtagna åtgärder i anslutning till årsredovisningen för 2010. Myndighetens anslag ökas från och med 2011 med 20 miljoner kronor för att organisera en strukturerad utslussning från slutna ungdomsvård med utvecklade kontrollmöjligheter.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 835 543 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Statens institutionstyrelse* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 846 170 000 kronor, 859 623 000 kronor respektive 881 172 000 kronor.

8.7.2 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 8.9 Anslagsutveckling 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

| År | Slagslag | Belopp | Anslags-sparande | Utgifter |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|----------|
| 2009 | Utfall | 141 071 | | 88 144 |
| 2010 | Anslag | 279 045 ¹ | Utgifts-prognos | 276 515 |
| 2011 | Förslag | 191 692 | | |
| 2012 | Beräknat | 190 999 | | |
| 2013 | Beräknat | 190 999 | | |
| 2014 | Beräknat | 190 999 | | |

¹ Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget ändamål är att finansiera bidrag för utveckling av socialt arbete bl.a. genom fortsatt satsning på evidensbaserad praktik i socialtjänsten, medel för att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser och brukarinflytande, 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

Under 2010 har arbetet med öppna jämförelser inom socialtjänstens verksamheter och arbetet med årliga brukarundersökningar inom vård och omsorg om äldre förts inom ramen för samma regeringsuppdrag. Finansieringen har under 2010 kommit från två anslag. 12 700 000 kronor har använts för öppna jämförelser från detta anslag och 5 000 000 kronor har använts för brukarundersökningar från anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*. För att få till stånd en samlad, förenklad och ändamålsenlig finansiering av regeringsuppdraget om öppna jämförelser och brukarundersökningar bör resurserna till ändamålet samlas på detta anslag. Regeringen föreslår därför en omDispositionering av resurserna som innebär att detta anslag ökas med 5 000 000 kronor och att anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med motsvarande belopp.

Under ett antal år har den sociala välfärdsstatistiken varit utökad med ett antal variabler om jämställdhet. Denna tidsbegränsade ambitionshöjning upphör 2010. Mot bakgrund av det minskas anslaget med 1 660 000 kronor.

Regeringen avser att lämna en proposition om dödsfallsutredningar avseende kvinnor som har avlidit med anledning av brott i nära relationer under 2011. Regeringen avsätter 625 000 kronor för detta under 2011, samt beräknar att avsätta 1 325 000 kronor per år fr.o.m. 2012. Anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* ökas därför med ovanstående belopp. Finansiering sker genom en neddragning av detta anslag med 693 000 kronor under 2011 och 1 386 000 kronor per år fr.o.m. 2012.

Sammantaget innebär detta att anslaget ökas med 2 647 000 kronor för 2011 jämfört med 2010.

Tabell 8.10 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 189 045 | 189 045 | 189 045 | 189 045 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | -2 353 | -3 046 | -3 046 | -3 046 |
| Överföring till/från andra anslag | 5 000 | 5 000 | 5 000 | 5 000 |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 191 692 | 190 999 | 190 999 | 190 999 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 191 692 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 190 999 000 kronor respektive år.

9 Barnrättspolitik

9.1 Omfattning

Regeringens politik för barnets rättigheter syftar till att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen). Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Barnrättspolitikerna 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 därmed insatser inom politiken på alla de områden där barn är berörda. Barnrättspolitikerna omfattar också vissa särskilda 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 för information i frågor om internationella adoptioner.

Bidrag till kostnader för internationella adoptioner lämnas under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

9.2 Utgiftsutveckling

Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Barnrättspolitik

Miljoner kronor

| | Utfall 2009 | Budget 2010 ¹ | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013 | Beräknat 2014 |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Barnrättspolitik</i> | | | | | | | |
| 7:1 Barnombudsmannen | 17 | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 |
| 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor | 12 | 15 | 14 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige | 12 | 16 | 16 | 14 | 34 | 27 | 27 |
| Summa Barnrättspolitik | 41 | 49 | 47 | 47 | 67 | 61 | 61 |

¹ Inklusiva tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anmärkning: Beloppen är avrundade och överensstämmer därför inte alltid med summan.

9.3 Mål

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

9.4 Resultatredovisning

I mars 2008 lämnade regeringen skrivelsen *Barnpolitiken – en politik för barnets rättigheter* (skr. 2007/08:111) till riksdagen. I skrivelsen fastslogs vilka områden som regeringen särskilt skulle prioritera för att stärka barnets rättigheter och intressen:

- det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen,
- stöd i föräldraskapet,
- bekämpande av våld mot barn och
- främjande av barns psykiska hälsa.

Den 28 juni 2010 lämnade regeringen propositionen *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige* (prop. 2009/2010:232) till riksdagen. Tyngdpunkten i propositionen ligger på regeringens förslag till strategi för att stärka barnets rättigheter. I propositionen redogör regeringen vidare för genomförda insatser inom de ovan nämnda prioriterade områdena. En samlad bild av genomförda och pågående insatser för att bekämpa våld mot barn i olika sammanhang, samt en uppföljning av åtgärderna i den nationella handlingsplanen från 2007 mot sexuell exploatering av barn, redovisas som bilagor till propositionen. Regeringen presenterar i propositionen också flera initiativ som är av strategisk betydelse för att stärka barnets rättigheter i Sverige.

En kortare redovisning för vissa insatser som genomförts under 2009 inom de prioriterade områdena lämnas i det följande. För en utförligare resultatredovisning hänvisas till ovan nämnd proposition.

9.4.1 Det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen

Det finns i det svenska samhället en relativt utbredd kunskap om barnkonventionen som dokument bland såväl barn som vuxna, och en

medvetenhet om att barn har särskilda rättigheter utifrån konventionen. De kartläggningar och uppföljningar som har gjorts av Barnombudsmannen har dock visat att det alltjämt finns brister i kunskapen om hur konventionen ska tillämpas i praktiken.

Olika berörda yrkesgrupper behöver fortlöpende få kompetensutveckling om barnets rättigheter och hur dessa rättigheter förhåller sig till den egna verksamheten. Barnombudsmannen har därför på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag till strategi för kunskapsutveckling om barnets rättigheter (S2009/4231/SF). I förslaget lyfts bl.a. fram vikten av att berörda yrkesgrupper får sådan kunskap i grundutbildningen, och att det i yrkeslivet finns möjlighet till utbildning för specifika yrkesgrupper. Barnombudsmannens förslag är ett viktigt underlag för regeringens fortsatta insatser för att öka kunskapen om barnets rättigheter bland olika yrkesgrupper.

Enligt regeringen finns det ett behov av en mer systematisk uppföljning av barns levnadsvillkor utifrån barnkonventionen än vad som är fallet i dag. Det är av stor vikt att de åtgärder som vidtas på olika områden för att tillförsäkra barn deras rättigheter, är de rätta och mest effektiva. Regeringen har därför givit Barnombudsmannen i uppdrag att utveckla ett uppföljningssystem för att följa barns levnadsvillkor utifrån barnkonventionen (S2009/9848/SF). Utgångspunkten är det förslag till uppföljningssystem som har presenterats i departementskrivelsen *Ett uppföljningssystem för barnpolitiken* (Ds 2007:9). Genom det nya uppföljningssystemet ska det gå att mäta och beskriva de aspekter av barns levnadsvillkor som regeringen bedömer som centrala ur ett barnrättsperspektiv.

Med anledning av barnkonventionens 20-årsjubileum 2009 har ett barnrättsnätverk initierat av H.M. Drottningen med ekonomiskt stöd från regeringen genomfört insatser för att sprida kunskap om barnets rättigheter till barn, föräldrar och skolpersonal. Samarbetet i nätverket resulterade i skriftlig och webbaserad information om barnkonventionen samt ett antal regionala konferenser. Informationen anpassades till de olika målgrupperna. Genom satsningen har barn, föräldrar och skolpersonal fått ökad tillgång till kunskap om barnets rättigheter utifrån barnkonventionen. Samarbetet har också inneburit nya arenor för dialog om barnkonventionen.

Frivilliga organisationers insatser är av stor betydelse för att stärka barnets rättigheter. Utifrån de senaste rekommendationerna som har lämnats till Sverige av FN:s kommitté för barnets rättigheter – Barnrättskommittén – har Socialdepartementet i september 2009 bjudit in till ett möte med ett antal frivilligorganisationer som arbetar för barnets rättigheter. Regeringen har därefter, och alltså utifrån rekommendationerna, fortsatt dialogen med organisationerna kring ett antal teman, bl.a. att stärka barnets rättigheter genom lagstiftning.

Också på det internationella planet har regeringen arbetat för att stärka rättigheterna för barn. Under det svenska EU-ordförandeskapet och i samband med barnkonventionens 20-årsjubileum anordnade regeringen en högnivåkonferens vid vilken representanter från Europeiska kommissionen, Europarådet och FN samt ministrar, tjänstemän och experter från fler än 20 medlemsländer deltog. Vid konferensen diskuterades de utmaningar som fortfarande kvarstår för att förverkliga konventionen, bl.a. barns användning av ny kommunikationsteknologi och konsekvenser för barnet när föräldrar kombinerar arbete och familjeliv. Under ordförandeskapet antogs också det s.k. Stockholmsprogrammet i vilket slås fast vikten av att EU så snart som möjligt ansluter sig till Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Barnets rättigheter ska beaktas och lyftas fram i det fortsatta arbetet, det gäller särskilt barn i vissa utsatta situationer.

9.4.2 Stöd i föräldraskapet

Föräldrarna är de viktigaste personerna i varje barns liv. Regeringen ser det som angeläget att föräldrar har möjlighet att få stöd i sitt föräldraskap under barnets hela uppväxt och att detta stöd anpassas till de olika behov som familjer har och att det är tillgängligt för alla. Stöd till föräldrarna är också ett stöd till barnen. Regeringen har därför antagit en nationell strategi för föräldrastöd (S2008/2954/FH) som syftar till att skapa möjligheter för föräldrar att få det stöd de behöver för att ge god omsorg till sina barn. I enlighet med strategin har Statens folkhälsoinstitut fått i uppdrag att fördela stimulansbidrag till projekt för att utveckla föräldrastöd inom ett antal kommuner.

Regeringen har också initierat och bidragit till andra insatser som på olika sätt ska stödja föräldrar i deras föräldraskap. Till exempel har regeringen givit ekonomiskt stöd till organisationen Barnens Rätt I Samhället (BRIS) för en interaktiv webbplats – Barnperspektivet.se – som ska ge råd och stöd till föräldrar och andra vuxna i frågor som rör barn (S2009/8302/SF). Syftet är att kunna ge snabb rådgivning och hjälp, t.ex. vid konflikter med barnet eller om barnet utsätts för mobbning. Webbplatsen lanserades under våren 2009.

Vidare har regeringen genomfört insatser inom den ekonomiska familjepolitiken. Bland annat kan nämnas den nu pågående utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad (S2009:04). Utredaren ska analysera hur reglerna om ekonomiskt stöd till barnfamiljer påverkar särlevande föräldrars beslut om vårdnad, boende, umgänge samt fördelningen av försörjningsansvar för det gemensamma barnet, och vid behov föreslå åtgärder som kan underlätta och uppmuntra samarbete mellan föräldrar som inte lever tillsammans.

9.4.3 Bekämpa våld mot barn

Den svenska lagstiftningen om förbud mot kroppslig bestraffning och kränkande behandling av barn, det s.k. agaförbudet, har funnits i drygt 30 år. Regeringen har under 2009 uppmärksammat detta bl.a. genom att tillsammans med Rädna Barnen publicera en skrift, *Aldrig våld – 30 år av svensk lagstiftning mot aga* (S2009/2899/SF).

Regeringen har beviljat medel för fortsättningen av det pilotprojekt som drivs av Karolinska universitetssjukhuset i syfte att motverka våld mot spädbarn, som yttrar sig i s.k. shaken baby syndrome (S2008/209/SF). Regeringen anser att det är angeläget att erfarenheterna från projektet samt den information som utarbetats till yrkesgrupper och föräldrar också når ut i andra landsting. Regeringen avser att bevilja ytterligare medel till projektet med detta syfte.

Det är viktigt att uppmärksamma alla former av våld, även situationen för barn som bevittnar våld. Barn kan utsättas för våld av föräldrar, andra vuxna eller av andra barn. I enlighet med barnkonventionen ska barnet skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försurmlig behandling,

misshandel eller utnyttjande innefattande sexuella övergrepp. Regeringen har tagit fram en samlad bild av genomförda och pågående insatser under mandatperioden för att bekämpa våld mot barn i olika sammanhang. Den samlade bilden, som redovisas som en bilaga till prop. 2009/10:232, omfattar ett antal områden såsom samverkan, förebyggande åtgärder, stöd och skydd, barns rätt att komma till tals och få information, kompetensutveckling för berörda yrkesgrupper, kartläggning, uppföljning och utvärdering samt internationellt arbete för att bekämpa våld mot barn.

9.4.4 Främja barns psykiska hälsa

Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 visar att medan den psykiska ohälsan minskar i den vuxna befolkningen, ökar den hos barn och unga. Föräldrars möjligheter att stödja sina barn under hela uppväxttiden liksom insatser inom barnhälsovård, förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg och skola är viktiga faktorer för att förebygga och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga. Regeringen har därför vidtagit åtgärder inom dessa områden.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under 2009 ingått en överenskommelse om en långsiktig satsning på förstärkt vårdgaranti 2009–2011. Målet med denna satsning är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

En ny bestämmelse har införts i hälso- och sjukvårdslagen för att stärka barnets rätt.

Vidare har regeringen genomfört eller ekonomiskt stöttat olika hälsofrämjande insatser riktade till barn och unga samt tagit initiativ till insatser för att öka kunskapen om barns psykiska ohälsa.

9.4.5 Barnombudsmannen

Barnombudsmannens verksamhet omfattar ett brett fält varför myndigheten måste göra strategiska prioriteringar. Under 2009 har frågor som rör rättssäkerheten och delaktigheten för barn och unga på särskilda ungdomshem varit ett prioriterat område. Ett särskilt expertråd med barn och unga har inrättats. Barns och ungas erfarenheter av särskilda ungdomshem presenterades i myndighetens årsrapport *"I'm sorry!"*.

Ett annat prioriterat område har varit att öka barns kännedom om sina rättigheter. Barnombudsmannen har arbetat med att sprida barnkonventionens innehåll bl.a. genom ett riktat utskick till alla barn i grundskolorna, inkluderande de särskilda ungdomshemmen.

Inom ramen för ett uppdrag från regeringen (S2008/10663/SK) har ett sextiototal myndigheter granskats utifrån återrapporteringskrav och barnrättsperspektiv. En djupgående dialog har förts med nio av dessa. I några fall har dialogen utmynnat i utbildningar, skrivelser och rekommendationer. Barnombudsmannen har under året haft i uppdrag att utveckla tillämpningen av sina rättsliga befogenheter, som är föreskrivna i 5 § lagen (1993:335) om Barnombudsman. De rättsliga befogenheterna har använts för att säkerställa en fördjupad granskning av hur landsting/regioner ställt sig till att barn skuldsätts för att föräldrar inte betalar sjukvårdsavgiften. De har också använts för dialog med länsstyrelser om hur barns deltagande säkerställs vid tillsyn av hem för vård och boende.

Barnombudsmannen har genomfört en undersökning av hur barn och unga upplever sig bli bemötta av vuxenvärlden och vilken kunskap barn och unga har om sina rättigheter. På regeringens uppdrag har under året också, som ovan nämnts, ett arbete inletts som syftar till att utveckla ett uppföljningssystem för barnrättspolitiken.

Barnombudsmannen har även uppmärksammat frågor som rör barn i asylprocessen, barn i ekonomisk utsatthet samt Sveriges åtaganden mot bakgrund av barnkonventionen och de rekommendationer som lämnats av Barnrättskommittén.

Myndigheten har medverkat vid möten med nätverket för de europeiska barnombudsmännen (Enoc) samt i Barnrättskommitténs möten med anledning av granskningen av Sveriges fjärde rapport till kommittén.

9.4.6 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

För närvarande har fem sammanslutningar auktorisation av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) för att arbeta med internationell adoptionsförmedling i Sverige. MIA har också beviljat dessa sammanslutningar auktorisation att arbeta med internationell adop-

tionsförmedling i totalt knappt 30 länder för åren 2010–2011.

Under 2009 har totalt 750 barn – 345 flickor och 405 pojkar – förmedlats för adoption genom de auktoriserade adoptionsammanslutningarna. Det är fler barn än de närmast föregående åren. Förklaringen till ökningen är sannolikt att adoptionsammanslutningarna förmedlat barn från flera nya länder och att allt fler barn med särskilda behov har adopterats till Sverige.

MIA har utarbetat en tillsynsplan. Planen omfattar dels regelbundet återkommande aktiviteter såsom granskning av adoptionsammanslutningarnas årsredovisningar och olika rapporter, dels utredning och bevakning av olika förhållanden, dels uppföljning av omständigheter som har uppmärksamats i samband med auktorisation och tillsyn. Som ett led i sin tillsyn har MIA under 2009 besökt Polen och Taiwan. 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 information om sin bakgrund, ett arbete som för närvarande är under utveckling. 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 (S2007/9774/SF). Detta arbete har pågått under 2009 och ska redovisas till regeringen senast den 1 november 2010.

MIA ser att allt fler barn som kommer till Sverige i dag för adoption har behov av olika former av särskilt stöd och andra insatser. Eftersom de barn som är tillgängliga för internationell adoption i allt större utsträckning är äldre än tidigare och fler har någon sjukdom eller funktionsnedsättning kan behovet antas öka än mer. Detta ställer också ökade krav på andra aktörer i t.ex. kommuner och landsting och på yrkesverksamma som möter adopterade och deras familjer.

9.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2009 avseende vare sig Barnombudsmannen eller Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

Riksrevisionen granskade år 2004 om den tidigare regeringen och de statliga myndigheterna har följt den strategi för att förverkliga barnkonventionen i Sverige som beslutades av riksdagen 1999 (prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171) och som vidareutvecklades 2004 (RiR 2004:30). Riksdagen har mot bakgrund av granskningen bifallit en framställan (framst. 2004/05:RRS19) från Riksrevisionens styrelse och givit regeringen tillkänna att regeringen ska återkomma med mer precisa mål knutna till strategin samt förbättra sin redovisning av utfallet i förhållande till strategin (bet. 2005/06:SoU5, rskr. 2005/06:137).

Regeringen har i prop. 2009/10:232 lämnat förslag till en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Strategin är tänkt att ersätta den strategi för att förverkliga barnkonventionen i Sverige som riksdagen godkände 1999. I och med detta har regeringen behandlat riksdagens tillkännagivande.

9.6 Politikens inriktning

Barn är fullvärdiga medlemmar i ett demokratiskt samhälle. De är i behov av både skydd och stöd samt är bärare av särskilda mänskliga rättigheter. Att Sverige har anslutit sig till barnkonventionen förpliktigar. Konventionens grundläggande budskap är att varje enskilt barn ska respekteras och värnas. Målet för barnrättspolitik – att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande – sammanfattar konventionens grundläggande principer. Barnets rättigheter så som de uttrycks i barnkonventionen utgör således fundamentet för regeringens åtgärder inom barnrättspolitik. En ny strategi för att uppnå målet för barnrättspolitik har nyligen föreslagits till riksdagen.

Förslaget till 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 föreslår att strategin ska ersätta den av riksdagen godkända strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige som har gällt

sedan 1999 (prop. 1997/98:182). Den föreslagna strategin innehåller nio principer som uttrycker grundläggande förutsättningar 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 utgår från de mänskliga rättigheter som varje barn upp till 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser, särskilt de åtaganden som följer av barnkonventionen. Rättigheterna ska tillförsäkras alla barn oavsett bl.a. kön, ålder och funktionsnedsättning.

Strategin vänder sig till alla offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå som i sina verksamheter ska säkerställa barnets rättigheter, dvs. till riksdagen, regeringen, statliga myndigheter, landsting och kommuner. Rättsväsendet har i detta sammanhang en viktig roll i att säkerställa barnets rättigheter utifrån gällande lagstiftning. Strategin ska fungera som en utgångspunkt för konkreta åtgärder för dessa aktörer, så att de kan ta ytterligare steg för att i sitt arbete säkerställa att barn får sina rättigheter tillgodosedda.

Att förverkliga barnets rättigheter är en pågående process där det är viktigt att alla berörda aktörer på statlig, regional och kommunal nivå utgår från gemensamma principer. Den nya strategi som nu har föreslagits är avsedd att

utgöra en sådan gemensam bas och det är regeringens förhoppning och tro att den ska underlätta arbetet med att ytterligare stärka barnets rättigheter i det svenska samhället. För regeringens del kommer strategin, under förutsättning att den beslutas av riksdagen, att vara en utgångspunkt för regeringens kommande arbete för barnets rättigheter och för prioriteringarna inom barnrättspolitikerna.

Insatser för att stärka barnets rättigheter

Under de senaste åren har regeringen inom ramen för barnrättspolitikerna prioriterat aktiviteter på fyra områden som har bedömts vara av särskilt stor vikt för att stärka barns rättigheter: det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen, stöd i föräldraskapet, bekämpande av våld mot barn, samt slutligen främjande av barns psykiska hälsa. Som framgår av avsnitt 9.4 ovan och av prop. 2009/10:232 har en mängd viktiga insatser genomförts på dessa fyra områden under mandatperioden. Regeringens uppfattning är att dessa områden, som är grundläggande för att barns rättigheter ska stärkas och för att barns levnadsvillkor ska förbättras, kommer vara betydelsefulla också fortsättningsvis. De har också alla en tydlig koppling till den föreslagna strategin.

Utifrån den föreslagna strategin och för att ta ytterligare steg mot ett ökat genomslag för barns rättigheter i vårt samhälle, har regeringen beslutat om flera insatser på barnrättspolitikens område (prop. 2009/10:232).

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), ett "handslag", i syfte att intensifiera och utveckla arbetet med barns rättigheter i verksamheter inom kommuner och landsting (S2010/4938/SF). 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. Utgångspunkten är att arbetet ska vara långsiktigt. Barnombudsmannen har fått i uppdrag att medverka i överenskommelsen.

Regeringen anser att det är avgörande för förverkligandet av barnkonventionen att alla barn själva får kunskap om sina rättigheter. Barn-

ombudsmannen har därför fått i uppdrag att på olika sätt öka tillgängligheten för fler barn vad gäller barnkonventionens innehåll (S2008/10394/SF, S2009/9849/SF). I uppdraget ingår att Barnombudsmannen ska översätta barnkonventionen till de nationella minoritetsspråken samt göra konventionen tillgänglig för personer med funktionsnedsättningar. Vidare ingår i uppdraget att producera en barnanpassad version av barnkonventionen samt att ta fram en plan för spridning av det material som tas fram inom uppdraget.

Samhället förändras och barns levnadsvillkor utvecklas ständigt liksom kunskapen om hur barnets rättigheter och intressen ska förverkligas. Den moderna barnrättspolitikern behöver ta tillvara barns egna upplevelser, erfarenheter och levnadsförhållanden för att åstadkomma förändringar som gynnar barn. Det finns redan i dag en stor mängd uppgifter om barns levnadsvillkor, men uppgifterna är spridda på olika aktörer. Det uppföljningssystem som Barnombudsmannen har fått i uppdrag att ta fram (S2009/9848/SF) syftar till att samla både den information som finns redan i dag och ny information som kommer att tas fram efter hand, för att på så vis skapa en samlad bild av levnadsomständigheterna för barn i Sverige. Uppföljningssystemet kommer att vidareutvecklas och kommer att kunna ge mycket värdefull kunskap om hur barn har det på såväl ett nationellt som ett lokalt plan. Uppföljningssystemet ska inte enbart kunna användas för att i efterhand följa utvecklingen av barns levnadsvillkor, 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. 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.

Regeringen ser vidare ett behov av samlad kunskap inför framtida överväganden och beslut för att genomföra barnrättspolitikern, och har därför i den ovan nämnda propositionen aviserat en kartläggning för att belysa svensk lagstiftning och praxis överensstämmelse med de i barnkonventionen fastslagna rättigheterna.

Regeringen har tagit initiativ till flera insatser för att bekämpa våld mot barn. Stiftelsen Allmänna Barnhuset har beviljats medel bl.a. för att ta fram informationsmaterial om försummelse och barnmisshandel och för att genomföra nationella studier om barns och föräldrars attityder till och erfarenheter av kroppslig bestraffning och andra bestraffningsmetoder (S2010/1783/SF). Sådana studier har genomförts vid flera tillfällen sedan det s.k. agaförbudet trädde i kraft i Sverige, senast 2006. Regeringen har också beviljat medel till Brottsförebyggande rådet (Brå) för att kartlägga omfattningen och utvecklingen av barnmisshandel under perioden 2000–2009 (S2010/4932/SF). Vidare har Barnombudsmannen fått i uppdrag att ta fram ett material till föräldrar och blivande föräldrar om barnets rättigheter i enlighet med barnkonventionen med särskilt fokus på relationen mellan barn och föräldrar och barnets rätt till skydd mot våld (S2010/4933/SF). Samtliga dessa uppdrag ska redovisas under 2011. Regeringen avser att se över behovet av ytterligare åtgärder. Detta ska ske utifrån den samlade bilden av regeringens insatser inom området som har presenterats i ovan nämnda proposition, den temadialog om våld mot barn som ska genomföras med berörda aktörer samt utifrån resultaten av Stiftelsen Allmänna Barnhusets och Brå:s kartläggningar.

Regeringen har i september 2009, tillsammans med Barnombudsmannen, genomfört en konferens om barnets rätt i familjen. Konferensen vände sig till alla som arbetar med barn och unga och tog upp frågor om det lilla barnets rättigheter, det moderna föräldraskapet och hur det påverkar barnets situation samt skyddsfaktorer för barn i riskmiljöer. Dessa frågor kommer även fortsättningsvis att vara aktuella för regeringen.

Sverige lämnade sin fjärde rapport till FN:s kommitté för barnets rättigheter – Barnrättskommittén – i september 2007. I maj 2009 ägde kommitténs utfrågning av den svenska regeringen rum, och i juni samma år lämnade kommittén sina preliminära rekommendationer om hur Sverige ytterligare kan stärka barnets rättigheter. Utifrån dessa rekommendationer har regeringen tagit initiativ till *temadialoger* med Barnombudsmannen, frivilligorganisationer som arbetar för barnets rättigheter och andra relevanta aktörer. Syftet 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.

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 för nedanstående ändamål.

Föräldrarnas gemensamma ansvar för ett barn upphör inte vid en separation eller skilsmässa – föräldraskapet är livslångt. Den nya situation som uppstår efter en separation ger också upphov till osäkerhet om hur man på bästa sätt ordnar sitt liv för att alla ska må så bra som möjligt. Det kan vara svårt att se situationen utifrån barnets perspektiv, i synnerhet för föräldrar som sinsemellan har en konfliktfylld situation. För barnets skull är det viktigt att eventuella konflikter hanteras på ett bra sätt, helst utanför domstol, eftersom barnet ofta hamnar i kläm i vårdnadstvist. 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 samarbetsamtal med syfte att enas om det fortsatta gemensamma ansvaret för barnet. Det är viktigt att samtalen har ett tydligt barnperspektiv och att barnet har möjlighet att komma till tals i samband med samtalen, och dessa bör erbjudas inom rimlig tid efter separationen.

Alla föräldrar har ett försörjningsansvar för sina barn oavsett om de lever tillsammans med barnen eller inte. I dag ingår inte frågor om ekonomi eller hur det ekonomiska ansvaret ska fördelas mellan föräldrarna i samarbetsamtalen. Föräldrar är i stället i alltför stor utsträckning hänvisade till underhållsstödet. Underhållsstödet är avsett för barn vars ena förälder inte har möjlighet att bidra i tillräcklig omfattning till barnets försörjning, men det används ibland också av

dem som skulle ha kunnat komma överens om ett underhållsbidrag, men som inte har kunskap om att man kan lösa underhållet på egen hand. Underhållsstödets belopp har i stor utsträckning blivit normerande. Även då föräldrarna har god ekonomi och hanterar underhållet på egen hand är det i dag vanligt att nivån blir densamma som för underhållsstödet vilket en del barn kan förlora på.

Det finns, enligt regeringen, ett behov av bättre information och stöd till föräldrarna kring det ekonomiska ansvaret för barnen vid en separation. Det är bra om fler kommer överens om underhållsbidrag som bättre speglar föräldrarnas verkliga ekonomiska förutsättningar. Det bör övervägas om inte samarbetsamtalen förutom nuvarande frågor om vårdnad, boende och umgänge, även ska innehålla frågor om fördelning av det ekonomiska ansvaret för barnet.

Det finns även flera andra situationer då föräldrar upplever svårigheter i sitt föräldraskap, eller har behov av stöd för att hantera nya situationer. Föräldrarna har huvudansvaret för sina barn och är också oundgängliga vad gäller deras välmående. Samhället ska inte ta över föräldrarnas roll. Däremot kan samhället erbjuda stöd och hjälp i föräldraskapet. Stöd till föräldrarna är också ett stöd till barnen. Det finns en efterfrågan bland föräldrar om att kunna få prata och rådgöra med någon om föräldrarollen och barnets utveckling. Det gäller såväl när barnen är små som när de blivit tonåringar. Som har beskrivits i avsnitt ovan har regeringen tagit initiativ till flera olika åtgärder för ett utökat och förbättrat föräldrastöd. Regeringen ser dock att det finns behov av ytterligare föräldrastödjade åtgärder och av att göra stödet mer lättillgängligt.

Ovanstående insatser för att stärka stödet till föräldrar har även beröringspunkter med de frågor som ingår i Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad (S2009:04). Mer information om utredningen finns under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn, avsnitt 2.7 Politikens inriktning.

9.7 Budgetförslag

9.7.1 7:1 Barnombudsmannen

Tabell 9.2 Anslagsutveckling 7:1 Barnombudsmannen

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|----------------------|--------|
| 2009 | Utfall | 17 038 | Anslags- sparande | 56 |
| 2010 | Anslag | 18 242 ¹ | Utgifts- prognos | 17 889 |
| 2011 | Förslag | 18 342 | | |
| 2012 | Beräknat | 18 521 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 18 779 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 19 183 ⁴ | | |

¹ Inklusivt tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 18 342 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 18 342 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 18 316 tkr i 2011 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 9.3 Uppdragsverksamhet

| Tusental kronor | | | | |
|-----------------------|----------|-----------|-----------------------------|---|
| Uppdragsverksamhet | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) | |
| Utfall 2009 | | | | |
| (varav tjänsteexport) | 2 507 | 2 507 | | 0 |
| Prognos 2010 | | | | |
| (varav tjänsteexport) | 2 800 | 2 800 | | 0 |
| Budget 2011 | | | | |
| (varav tjänsteexport) | 800 | 800 | | 0 |

Avgiftsintäkterna omfattar ett internationellt projekt om barns rättigheter.

Barnombudsmannen får disponera intäkterna.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009.

Från och med 2009 har Barnombudsmannens uppföljnings- och utvärderingsansvar förtydligats i instruktionen för myndigheten (SFS 2008:961). Barnombudsmannen har till regeringen lämnat en redogörelse av vilka arbetssätt och metoder som myndigheten kommer att använda sig av för att förbättra uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Vidare har Barnombudsmannen på uppdrag av regeringen redovisat hur myndigheten avser att utveckla tillämpningen av de rättsliga befogenheterna, som myndigheten har enligt lagen (1993:335) om Barnombudsman. Regeringen bedömer att detta utgör en god grund för att skapa förutsättningar för ett bättre genomslag av barnkonventionens tillämpning på kommunal och statlig nivå.

Tabell 9.4 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 7:1 Barnombudsmannen

| Tusental kronor | | | | |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Anvisat 2010 ¹ | 18 242 | 18 242 | 18 242 | 18 242 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 100 | 279 | 537 | 968 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -27 |
| Förslag/beräknat anslag | 18 342 | 18 521 | 18 779 | 19 183 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget.

Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 18 342 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Barnombudsmannen* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 18 521 000 kronor, 18 779 000 kronor respektive 19 183 000 kronor.

9.7.2 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tabell 9.5 Anslagsutveckling 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | 12 102 | Anslags-sparande | -233 |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2010 | Anslag | 14 593 ¹ | Utgifts-prognos | 14 039 |
| 2011 | Förslag | 14 624 | | |
| 2012 | Beräknat | 14 768 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 14 973 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 15 296 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 14 624 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 14 623 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 14 604 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslaget används för förvaltningskostnader för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Anslaget används också för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar 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. MIA är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

MIA har från och med 2010 fått ett ökat anslag till sin verksamhet. Regeringen bedömde i budgetpropositionen för 2010 att MIA:s tillsynsverksamhet behövde utökas med hänsyn till att förutsättningarna inom adoptionsverksamheten förändrats. Det handlar bl.a. om att utvecklingen i utlandet blir allt mer komplicerad vilket påverkar behovet av tillsynsresor. Regeringen ansåg vidare att MIA borde ha möjlighet att utveckla stödet till adopterade som söker information om sin bakgrund och om förhållandena i ursprungsländerna, samt för förbättrad information och utbildningsinsatser till socialsekreterare och andra yrkesverksamma som arbetar med adoptionsfrågor.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att MIA har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2009.

Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010 ¹ | 14 593 | 14 593 | 14 593 | 14 593 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 55 | 199 | 405 | 749 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | -24 | -24 | -25 | -25 |
| Övrigt ³ | | | | -21 |
| Förslag/beräknat anslag | 14 624 | 14 768 | 14 973 | 15 296 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

MIA:s anslag minskas med 24 000 kronor 2011 till följd av ändrad finansiering av verksamhetsstödet för den statliga budgetprocessen. Motsvarande minskning för 2012, 2013 och 2014 beräknas till 24 000 kronor, 25 000 kronor respektive 25 000 kronor.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 14 624 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 14 768 000 kronor, 14 973 000 kronor respektive 15 296 000 kronor.

9.7.3 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

Tabell 9.7 Anslagsutveckling 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

| 2009 | Utfall | 11 696 | Anslags-sparande | 0 |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2010 | Anslag | 16 461 ¹ | Utgifts-prognos | 15 507 |
| 2011 | Förslag | 13 961 | | |
| 2012 | Beräknat | 33 961 | | |
| 2013 | Beräknat | 26 961 | | |
| 2014 | Beräknat | 26 961 | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget 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.

Regeringen bedömde i budgetpropositionen för 2010 att anslaget behövde ökas med 3 miljoner kronor för år 2010. Bakgrunden till detta var att regeringen såg ett behov av att utveckla och förbättra uppföljning och utvärdering av barnkonventionen samt att skapa förutsättningar för att flera aktörer ska kunna bidra till insatser för att bekämpa våld mot barn. Regeringen har därför under året påbörjat arbetet med att utveckla indikatorer och statistisk information för uppföljning av barnkonventionen, samt tagit initiativ till nya kartläggningar och kunskapsspridande insatser avseende våld mot barn inom familjen.

Regeringens överväganden

I juni 2010 har regeringen, som redogjorts för ovan, lämnat ett förslag till ny strategi för att stärka barnets rättigheter till riksdagen (prop. 2009/10:232). Förslaget till strategi består av ett antal principer som uttrycker grundläggande förutsättningar för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Avsikten är att strategin ska vara utgångspunkt för alla offentliga aktörer som i sina verksamheter ska säkerställa barnets rättigheter. Regeringen kommer att ha strategin som utgångspunkt för de åtgärder som genomförs inom barnrättspolitiken.

Utifrån förslaget till strategi tar regeringen flera initiativ som också har bäring på de områden som regeringen särskilt prioriterat ur ett barnrättsperspektiv. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som syftar till att utveckla och intensifiera arbetet med barnets rättigheter på kommunal nivå. För genomförandet av denna överenskommelse har totalt 9 miljoner kronor avsatts. Ett uppföljningssystem för att följa barns levnadsvillkor inom olika områden, med

utgångspunkt i barnkonventionen, håller också på att utvecklas och SCB har tilldelats medel som en del i detta arbete. Vidare har regeringen tagit flera initiativ för att förebygga och motverka våld mot barn och därvid avsatt totalt 4,5 miljoner kronor för olika kunskapshöjande insatser.

Regeringen avser att fortlöpande se över prioriteringar och behov av insatser inom barnrättspolitiken. De dialoger som regeringen har inlett med frivilligorganisationer och andra berörda aktörer, och som tar sin utgångspunkt i de rekommendationer som Sverige fått av FN:s barnrättskommitté, är särskilt viktiga, liksom den kunskap om barns levnadsvillkor som det nya uppföljningssystemet för barnrättspolitiken kommer att ge.

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 17 500 000 kronor för 2012, med 10 500 000 kronor för 2013 och med 10 500 000 kronor för 2014.

Tabell 9.8 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 7:3 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 16 461 | 16 461 | 16 461 | 16 461 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Beslut | -2 500 | 17 500 | 10 500 | 10 500 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt | | | | |
| Förslag/beräknat anslag | 13 961 | 33 961 | 26 961 | 26 961 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 13 961 000 kronor anvisas under anslaget 7:3 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige* för 2011. För 2012, 2013 och 2014 beräknas anslaget till 33 961 000 kronor, 26 961 000 kronor respektive 26 961 000 kronor.

10 Forskning under utgiftsområde 16

Utbildning och universitetsforskning

10.1 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 men även beakta samhällelig relevans. Rådet ska även göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. 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 2009 beviljade FAS 308 miljoner kronor i forskningsstöd. FAS har ett högt söktryck och beviljningsgraden har under 2009 legat mellan 10 och 13 procent beroende på stödform.

FAS har tilldelats särskilda medel för forskning om äldre och åldrande, för 2009 uppgick denna summa till 35 miljoner kronor. FAS har även sedan 2008 ett uppdrag att stödja forskning om kvinnors hälsa genom ett särskilt treårigt forskningsprogram.

Med anledning av vad som angavs i den forsknings- och innovationspolitiska propositionen 2008/09:50 Ett lyft för forskning och innovation (bet. 2008/09:UbU4, rskr. 2008/09:160) har FAS under året utlyst medel för forskning inom arbetsliv, alkohol, narkotika och tobak samt företagshälsovård.

Av inkomna projektansökningar står kvinnliga sökanden för drygt 50 procent av inkomna ansökningar. Beviljandegraden är högre för män som står för knappt 60 procent av beviljade projektansökningar. Detta förklaras av myndigheten med att det är fler män än kvinnor bland sökande professorer och att professorer generellt sett har en högre beviljandegrad. Skillnader i beviljningsgrad mellan män och kvinnor varierar relativt mycket mellan olika huvudområden. FAS har en jämställdhetskommitté med uppdrag att särskilt uppmärksamma genus- och jämställdhetsfrågor.

FAS samverkar aktivt med övriga statliga forskningsfinansiärer, främst genom den samverkansgrupp som bildats i enlighet med den forsknings- och innovationspolitiska propositionen, men även med andra myndigheter och

organisationer. FAS har ett regelbundet samarbete med Vinnova vad gäller respektive myndighets bidrag till forskning inom arbetslivsområdet. Myndigheten har även deltagit i utvärdering och bedömning av de strategiska forskningsområdena epidemiologi, vårdforskning och neurovetenskap.

FAS internationella arbete har under året präglats av det svenska ordförandeskapet i EU. För att främja internationellt samarbete arbetar FAS aktivt, främst genom att stimulera deltagande i EU:s sjunde ramprogram för forskning och utveckling och genom aktiviteter inom ramen för European Science Foundation. Rådet har tagit fram en internationell strategi för åren 2009-2012.

FAS arbetar på olika sätt för att sprida information om den forskning man finansierar till relevanta grupper och aktörer i samhället. Under året har FAS genomfört ett flertal konferenser i samarbete med andra myndigheter och aktörer för att främja dialogen mellan forskare och praktiker. Man har även gett ut två kunskapsöversikter i rådets populärvetenskapliga pocketserie.

10.2 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar vad gäller FAS årsredovisning för 2009.

10.3 Budgetförslag

10.3.1 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 10.1 Anslagsutveckling 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

| | | | | |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2009 | Utfall | 23 948 | Anslags-sparande | 36 |
| 2010 | Anslag | 25 175 ¹ | Utgifts-prognos | 24 648 |
| 2011 | Förslag | 25 313 | | |
| 2012 | Beräknat | 25 560 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 25 916 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 26 474 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 25 313 tkr i 2011 års prisnivå.

³ Motsvarar 25 313 tkr i 2011 års prisnivå.

⁴ Motsvarar 25 277 tkr i 2011 års prisnivå.

Anslagets 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. Personalen på FAS har en hög medelålder och därför är ett antal pensionsavgångar att vänta i framtiden. Detta ställer krav på en god personalförsörjning och rutiner för kunskaps- och erfarenhetsöverföring. Det är viktigt att FAS har en god planering för detta.

Anslaget har för perioden 2011-2014 beräknats enligt följande.

Tabell 10.2 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Anvisat 2010¹ | 25 175 | 25 175 | 25 175 | 25 175 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 138 | 385 | 741 | 1 336 |
| Beslut | | | | |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -37 |
| Förslag/beräknat anslag | 25 313 | 25 560 | 25 916 | 26 474 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 25 313 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 25 560 000 kronor, för 2013 till 25 916 000 kronor och för 2014 till 26 474 000 kronor.

10.3.2 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 10.3 Anslagsutveckling 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

| År | Utfall | 386 582 | Anslags-sparande | 5 556 |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2009 | Utfall | 386 582 | Anslags-sparande | 5 556 |
| 2010 | Anslag | 392 900 ¹ | Utgifts-prognos | 389 560 |
| 2011 | Förslag | 398 440 | | |
| 2012 | Beräknat | 413 040 ² | | |
| 2013 | Beräknat | 418 797 ³ | | |
| 2014 | Beräknat | 427 652 ⁴ | | |

¹ Inklusive tilläggsbudgetar till statsbudgeten 2010 (prop. 2009/10:99, bet. 2009/10:FiU21, prop. 2009/10:121, bet. 2009/10:FiU35) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 408 914 tkr i 2011 års prisliv.

³ Motsvarar 408 914 tkr i 2011 års prisliv.

⁴ Motsvarar 408 342 tkr i 2011 års prisliv.

Anslaget 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 bemyndigas att under 2011 för ramanslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 897 000 000 kronor under perioden 2012–2015.

Skälen för regeringens förslag: Den forskning som FAS finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen anser därför att FAS för budgetåret 2011 ska ges möjlighet att fatta beslut om sådant stöd som innebär ekonomiska åtaganden för kommande budgetår.

Tabell 10.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

| | Utfall 2009 | Prognos 2010 | Förslag 2011 | Beräknat 2012 | Beräknat 2013-2015 |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Ingående åtaganden | | 731 513 | 688 513 | 897 000 | 497 000 |
| Nya åtaganden | | 365 000 | 585 487 | | |
| Infriade åtaganden | | 408 000 | 377 000 | 400 000 | 497 000 |
| Utestående åtaganden | 731 513 | 688 513 | 897 000 | 497 000 | |
| Erhållet/föreslaget bemyndigande | 758 000 | 758 000 | 897 000 | | |

Anmärkning: Beloppen är avrundade och överensstämmer därför inte alltid med summan.

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 2008/09:50 Ett lyft för forskning och innovation. Regeringen ser även positivt på FAS ökande engagemang på internationell och europeisk nivå.

År 2011 får FAS disponera en anslagspost på anslag 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*, under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, om 35 000 000 kronor. 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 2011-2014 beräknats enligt följande.

Tabell 10.5 Härledning av anslagsnivån 2011–2014, för 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Anvisat 2010¹ | 392 900 | 392 900 | 392 900 | 392 900 |
| <i>Förändring till följd av:</i> | | | | |
| Pris- och löneomräkning ² | 5 540 | 9 560 | 15 170 | 24 382 |
| Beslut | | 10 580 | 10 727 | 10 970 |
| Överföring till/från andra anslag | | | | |
| Övrigt ³ | | | | -600 |
| Förslag/beräknat anslag | 398 440 | 413 040 | 418 797 | 427 652 |

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2009 (bet. 2009/10:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2010 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2012–2014 är preliminär och kan komma att ändras.

³ Anslaget minskas (2014) till följd av beräknade samordningsvinster i samband med att e-förvaltningsprojekt kommer att genomföras i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 398 440 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* för 2011. För 2012 beräknas anslaget till 413 040 000 kronor, för 2013 till 418 797 000 kronor och för 2014 till 427 652 000 kronor.