

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9



Förslag till statsbudget för 2009

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	13
2	Lagförslag.....	15
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden	15
2.2	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	16
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	17
3.1	Omfattning.....	17
3.2	Utgiftsutveckling	17
3.3	Skatteutgifter.....	18
3.4	Mål	18
4	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	21
4.1	Omfattning.....	21
4.2	Utgiftsutveckling	23
4.3	Skatteutgifter.....	24
4.4	Mål	24
4.5	Resultat.....	25
4.5.1	Tillgänglighet.....	25
4.5.2	Patientens ställning.....	29
4.5.3	Kunskapsbaserad vård.....	31
4.5.4	Uppföljning	31
4.5.5	Kvalitetsutveckling.....	32
4.5.6	Psykiatri.....	34
4.5.7	Läkemedel.....	35
4.6	Analys och slutsatser	37
4.6.1	Tillgänglighet.....	37
4.6.2	Patientens ställning.....	38
4.6.3	Kunskapsbaserad vård.....	38
4.6.4	Uppföljning	39
4.6.5	Kvalitetsutveckling.....	39
4.6.6	Psykiatri.....	40
4.6.7	Läkemedel.....	40
4.6.8	Tandvård.....	41
4.7	Revisionens iakttagelser.....	42
4.8	Politikens inriktning	42

4.9	Budgetförslag Hälsa- och sjukvårdspolitik.....	49
4.9.1	1:1 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd	49
4.9.2	1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	49
4.9.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	50
4.9.4	1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	51
4.9.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	52
4.9.6	1:6 Bidrag till hälsa- och sjukvård	53
4.9.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	54
4.9.8	1:8 Bidrag till psykiatri	55
4.9.9	1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	57
4.10	Socialstyrelsen.....	58
4.10.1	Revisionens iakttagelser	58
4.10.2	9:1 Socialstyrelsen.....	58
4.11	Övrig verksamhet	60
4.11.1	Läkemedelsverket	60
4.11.2	Apoteket AB.....	61
5	Folkhälsopolitik	63
5.1	Omfattning	63
5.2	Utgiftsutveckling.....	64
5.3	Mål.....	64
5.4	Resultatredovisning	64
5.4.1	Folkhälsans utveckling	65
5.4.2	Alkohol.....	66
5.4.3	Narkotika och dopning	68
5.4.4	Tobak.....	69
5.4.5	Smittskydd och hälsoskydd	70
5.4.6	Spelberoende.....	75
5.5	Revisionens iakttagelser	76
5.6	Politikens inriktning.....	77
5.7	Budgetförslag	81
5.7.1	2:1 Statens folkhälsoinstitut.....	81
5.7.2	2:2 Smittskyddsinstitutet	82
5.7.3	2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	83
5.7.4	2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	83
5.7.5	2:5 Bidrag till WHO	84
5.7.6	2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	84
5.7.7	2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	85
5.7.8	2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	86
5.7.9	2:9 Insatser för vaccinberedskap.....	86
5.8	Övrig statlig verksamhet	87
5.8.1	Systembolaget AB	87
6	Handikappolitik	89
	Omfattning.....	89
6.1	Utgiftsutveckling.....	89
6.2	Mål.....	90
6.3	Resultat.....	90
6.4	Analys och slutsatser	96
6.5	Revisionens iakttagelser	98
6.6	Politikens inriktning.....	98

6.7	Förslag till författningsändringar.....	101
6.7.1	Ändring i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden	101
6.8	Budgetförslag	102
6.8.1	4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	102
6.8.2	4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	102
6.8.3	4:3 Bidrag till handikapporganisationer.....	104
7	Stöd till personer med funktionsnedsättning	105
7.1	Omfattning.....	105
7.2	Utgiftsutveckling	105
7.3	Mål	106
7.4	Resultat	106
7.5	Analys och slutsatser	116
7.6	Riksrevisionens iakttagelser	118
7.7	Politikens inriktning	118
7.8	Budgetförslag	121
7.8.1	3:1 Personligt ombud.....	121
7.8.2	3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	122
7.8.3	3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation.....	123
7.8.4	3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder	124
7.8.5	3:5 Kostnader för statlig assistansersättning.....	125
8	Äldrepolitik.....	127
8.1	Omfattning.....	127
8.2	Utgiftsutveckling	127
8.3	Mål	128
8.4	Resultat	128
8.5	Analys och slutsatser	134
8.6	Politikens inriktning	136
8.7	Förslag till författningsändringar.....	140
8.7.1	Förslag Ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	140
8.8	Budgetförslag	142
8.8.1	5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	142
9	Socialtjänstpolitik.....	145
9.1	Omfattning.....	145
9.2	Utgiftsutveckling	145
9.3	Mål	146
9.4	Resultat	146
9.4.1	Ekonomiskt bistånd.....	146
9.4.2	Den sociala barn- och ungdomsvården.....	148
9.4.3	Familjerätt och familjerådgivning	150
9.4.4	Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor	151
9.4.5	Hedersrelaterat våld.....	152
9.4.6	Prostitution och människohandel.....	152
9.4.7	Missbruks- och beroendevården	153
9.4.8	Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden	155
9.5	Analys och slutsatser	156
9.6	Revisionens iakttagelser.....	158
9.7	Politikens inriktning	158
9.8	Budgetförslag	162

9.8.1	6:1 Statens institutionsstyrelse	162
9.8.2	6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	163
10	Barnrättspolitik	165
10.1	Omfattning	165
10.2	Utgiftsutveckling.....	165
10.3	Mål.....	166
10.4	Resultatredovisning	166
10.4.1	Indikatorer	166
10.4.2	Resultat.....	166
10.4.3	Analys och slutsatser.....	168
10.5	Revisionens iakttagelser	169
10.6	Politikens inriktning.....	169
10.7	Budgetförslag.....	171
10.7.1	7:1 Barnombudsmannen.....	171
10.7.2	7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	172
10.7.3	7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	173
11	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning	175
11.1	Resultatredovisning	175
11.2	Revisionens iakttagelser	175
11.3	Budgetförslag.....	176
11.3.1	8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	176
11.3.2	8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	176

Tabellförteckning

Anslagsbelopp.....	14
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde	17
3.2 Härledning av ramnivån 2009–2011. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	18
3.3 Ramnivå 2009 realekonomiskt fördelade. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	18
3.4 Skatteutgift	18
4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2002–2006	21
4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2006.....	22
4.3 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansiär, 2006	22
4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet.....	23
4.5 Skatteutgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet, netto	24
4.6 Tandvårdens utgifter, 2001–2006.....	27
4.7 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2001–2006.....	28
4.8 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2003–2007 (inkl moms)	36
4.9 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	49
4.10 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	49
4.11 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	49
4.12 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	50
4.13 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	50
4.14 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	51
4.15 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	51
4.16 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.....	52
4.17 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	52
4.18 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	53
4.19 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	53
4.20 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård.....	54
4.21 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	54
4.22 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	55
4.23 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri	55
4.24 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:8 Bidrag till psykiatri	57
4.25 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	57
4.26 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	57
4.27 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	58

4.28	Anslagsutveckling 9:1 Socialstyrelsen	58
4.29	Offentligrättslig verksamhet	59
4.30	Uppdragsverksamhet	59
4.31	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 9:1 Socialstyrelsen.....	60
4.32	Offentligrättslig verksamhet	60
4.33	Ekonomisk översikt för Apoteket AB	61
5.1	Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik.....	64
5.2	Anslagsutveckling för 2:1 Statens folkhälsoinstitut	81
5.3	Offentligrättslig verksamhet	81
5.4	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut	82
5.5	Anslagsutveckling för 2:2 Smittskyddsinstitutet	82
5.6	Uppdragsverksamhet	82
5.7	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:2 Smittskyddsinstitutet	82
5.8	Anslagsutveckling för 2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden.....	83
5.9	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	83
5.10	Anslagsutveckling för 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.....	83
5.11	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	84
5.12	Anslagsutveckling för 2:5 Bidrag till WHO.....	84
5.13	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:5 Bidrag till WHO.....	84
5.14	Anslagsutveckling för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder.....	84
5.15	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	85
5.16	Anslagsutveckling för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	85
5.17	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.....	86
5.18	Anslagsutveckling för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	86
5.19	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....	86
5.20	Anslagsutveckling för 2:9 Insatser för vaccinberedskap	86
5.21	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:9 Insatser för vaccinberedskap.....	87
5.22	Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren.....	88
5.23	Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och måluppfyllelse	88
6.1	Utgiftsutveckling inom Handikappolitik.....	89
6.2	Andelen myndigheter (%) som:	91
6.3	Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	102
6.4	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	102
6.5	Anslagsutveckling 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder.....	102
6.6	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning	103
6.7	Anslagsutveckling 4:3 Bidrag till handikapporganisationer	104
6.8	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 4:3 Bidrag till handikapporganisationer	104
7.1	Utgiftsutveckling inom Stöd till personer med funktionsnedsättning	106
7.2	Antalet personer med olika kommunala LSS-insatser 1 oktober	108

7.3	Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning	110
7.4	Kostnader för assistansersättning, Antal kvinnor och män som har assistansersättning samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2007	110
7.5	Antal som har bilstöd i december månad, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper.....	112
7.6	Antalet studenter respektive elever med särskilt utbildningsstöd vid universitet/högskolor och riksgymnasier	114
7.7	Antal deltagare med särskilt utbildningsstöd vid folkhögskola	114
7.8	Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer.....	114
7.9	Utveckling av verksamhet med personligt ombud 2002-2007	115
7.10	Anslagsutveckling 3:1 Personligt ombud.....	121
7.11	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:1 Personligt ombud.....	122
7.12	Anslagsutveckling 3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	122
7.13	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet.....	123
7.14	Anslagsutveckling 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	123
7.15	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	124
7.16	Anslagsutveckling 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder	124
7.17	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder	125
7.18	Anslagsutveckling 3:5 Kostnader för statlig assistansersättning.....	125
7.19	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:5 Kostnader för statlig assistansersättning.....	125
8.1	Utgiftsutveckling inom Äldrepolitik	127
8.2	Hemtjänst respektive särskilt boende. Insatser för personer 65 år och äldre, 2002–2007. Antal och andel av befolkningen i samma åldersgrupp.....	128
8.3	Antal personer 65 år och äldre som beviljats vissa insatser enligt SoL den 1 oktober 2007 samt antal personer 65 år och äldre som under september 2007 erhöll kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL.....	129
8.4	Anslagsutveckling 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	142
8.5	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	143
8.6	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	144
9.1	Utgiftsutveckling inom Socialtjänstpolitik.....	145
9.2	Biståndsmottagande 2002 och 2007	147
9.3	Antal barn och unga (0–20 år) med insatser den 1 november 2003 och 2007	148
9.4	Antal barn (0–17 år) vars föräldrar deltagit i samarbetsamtal samt antal barn (0–17 år) som är föremål för utredning om vårdnad, boende och/eller umgänge 2003–2007	150
9.5	Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2002 och 2007	153
9.6	Anslagsutveckling 6:1 Statens institutionsstyrelse.....	162
9.7	Offentligrättslig verksamhet	162
9.8	Uppdragsverksamhet	162
9.9	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden.....	162
9.10	Härledning av ramnivån 2009–2011, för 6:1 Statens institutionsstyrelse.....	163

9.11	Anslagsutveckling 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	163
9.12	Härledning av ramnivån 2009–2011. för 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.'.....	164
10.1	Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik.....	165
10.2	Anslagsutveckling 7:1 Barnombudsmannen	171
10.3	Uppdragsverksamhet	171
10.4	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 7:1 Barnombudsmannen	172
10.5	Anslagsutveckling 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	172
10.6	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	173
10.7	Anslagsutveckling 7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	173
10.8	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige.....	173
11.1	Anslagsutveckling 8.1Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	176
11.2	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning.....	176
11.3	Anslagsutveckling 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning.....	176
11.4	Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden	177
11.5	Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	177

Diagramförteckning

4.1	Landstingens (inklusive Gotland) nettokostnader för hälso- och sjukvård 2007, procentuellt fördelade på verksamhetsområden.....	22
4.2	Landstingens (inklusive Gotland) inkomster 2007, procentuellt fördelade efter inkomstslag	23
4.3	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991–2007 (exklusive moms)	35
5.1	Medellivslängd 1985–2007	65
5.2	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2007, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion.....	66
5.3	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000–2007, per alkoholdryck, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion.....	66
5.4	Antal alkoholrelaterade dödsfall 1996–2006.....	67
5.5	Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2007	68
5.6	Andelen dagligrökare fördelat på kön och ålder 1992–2006.....	69
5.7	Antalet fall av hivinfektion som anmälts 1997–2007	71
5.8	Antalet fall av klamydiainfektion som anmälts 1997–2007	72
5.9	Antalet fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker som anmälts 2001–2007	72
7.1	Kostnader för och antal beviljade bilstöd 1997–2007.....	113
7.2	Kostnader för och antal bostadsanpassningsbidrag 1998–2007	116
8.1	Antal och andel äldre 1980–2050	128
9.1	Ekonomiskt bistånd 1990–2007.....	147

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden (avsnitt 2.1 och 6.7),
2. antar regeringens förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) (avsnitt 2.2 och 8.7),
3. godkänner att målen för politikområdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsa, Barnpolitik, Handikappolitik, Äldrepolitik, Socialtjänstpolitik upphör att gälla (avsnitt 3.4),
4. godkänner det mål för folkhälsopolitiken som regeringen föreslår (avsnitt 3.4),
5. godkänner det mål för hälso- och sjukvårdspolitik som regeringen föreslår (avsnitt 3.4),
6. godkänner det mål för handikappolitiken som regeringen föreslår (avsnitt 3.4),
7. godkänner det mål för äldrepolitiken som regeringen föreslår (avsnitt 3.4),
8. godkänner det mål för socialtjänstpolitiken som regeringen föreslår (avsnitt 3.4),
9. godkänner det mål för barnrättspolitik som regeringen föreslår (avsnitt 3.4),
10. bemyndigar regeringen att under 2009 för ramanslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 3 000 000 000 kronor efter 2009 (avsnitt 4.9.9),
11. bemyndigar regeringen att under 2009 för ramanslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 1 367 000 000 kronor efter 2009 (avsnitt 8.8.1),
12. bemyndigar regeringen att under 2009 för ramanslaget 6:1 *Statens institutionsstyrelse* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 000 000 kronor efter 2009 (avsnitt 9.8.1),
13. bemyndigar regeringen att under 2009 för ramanslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare åtgjorda åtaganden medför behov på högst 758 000 000 kronor efter 2009 (avsnitt 11.3.2),
14. för budgetåret 2009 anvisar anslagen under utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* enligt följande uppställning:

Anslagsbelopp*Tusental kronor*

Anslag	Anslagstyp	
1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	Ramanslag	29 762
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	Ramanslag	43 231
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	Ramanslag	80 250
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	Ramanslag	7 292 564
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	Ramanslag	21 600 000
1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Ramanslag	453 005
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	Ramanslag	476 712
1:8 Bidrag till psykiatri	Ramanslag	893 471
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	Ramanslag	1 000
2:1 Statens folkhälsoinstitut	Ramanslag	132 365
2:2 Smittskyddsinstitutet	Ramanslag	189 710
2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden	Ramanslag	217
2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	Ramanslag	19 231
2:5 Bidrag till WHO	Ramanslag	34 665
2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	Ramanslag	208 653
2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	Ramanslag	256 757
2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	Ramanslag	145 607
2:9 Insatser för vaccinberedskap	Ramanslag	85 000
3:1 Personligt ombud	Ramanslag	89 460
3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	Ramanslag	177 850
3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	Ramanslag	31 017
3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder	Ramanslag	247 000
3:5 Kostnader för statlig assistansersättning	Ramanslag	17 785 000
4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	Ramanslag	19 596
4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	Ramanslag	130 205
4:3 Bidrag till handikapporganisationer	Ramanslag	183 660
5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	Ramanslag	2 133 137
6:1 Statens institutionsstyrelse	Ramanslag	791 607
6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	Ramanslag	223 481
7:1 Barnombudsmannen	Ramanslag	17 586
7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	Ramanslag	11 701
7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	Ramanslag	8 961
8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning	Ramanslag	24 260
8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning	Ramanslag	392 275
9:1 Socialstyrelsen	Ramanslag	598 257
Summa		54 807 253

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden

Härigenom föreskrivs att 8 a § lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden ska upphöra att gälla vid utgången av år 2008.

2.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 8 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap. 7 §¹

Kommunen *skall* bestämma den enskildes förbehållsbelopp genom att beräkna den enskildes levnads-kostnader, utom boendekostnaden, med ledning av ett minimibelopp. Boendekostnaden *skall* beräknas för sig och läggas till minimibeloppet. För sådan boendekostnad som anges i 5 § *skall* dock inget förbehåll göras.

Minimibeloppet *skall*, om inte annat följer av 8 §, alltid per månad utgöra lägst en tolftedel av

1. 1,294 gånger prisbasbeloppet för ensamstående, eller
2. 1,084 gånger prisbasbeloppet för var och en av sammanlevande makar och sambor.

Minimibeloppet enligt första stycket *skall* täcka normalkostnader för livsmedel, kläder, skor, fritid, hygien, dagstidning, telefon, TV-avgift, hemförsäkring, öppen hälso- och sjukvård, tandvård, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler, husgeråd och läkemedel.

Kommunen *ska* bestämma den enskildes förbehållsbelopp genom att beräkna den enskildes levnads-kostnader, utom boendekostnaden, med ledning av ett minimibelopp. Boendekostnaden *ska* beräknas för sig och läggas till minimibeloppet. För sådan boendekostnad som anges i 5 § *ska* dock inget förbehåll göras.

Minimibeloppet *ska*, om inte annat följer av 8 §, alltid per månad utgöra lägst en tolftedel av

1. 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående, eller
2. 1,1446 gånger prisbasbeloppet för var och en av sammanlevande makar och sambor.

Minimibeloppet enligt första stycket *ska* täcka normalkostnader för livsmedel, kläder, skor, fritid, hygien, dagstidning, telefon, TV-avgift, hemförsäkring, öppen hälso- och sjukvård, tandvård, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler, husgeråd och läkemedel.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

¹ Senaste lydelse 2001:847.

3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar underindelningarna Barnrättspolitik, Folkhälsopolitik Handikappolitik, Hälso- och sjukvårdspolitik, Socialstyrelsen, Socialtjänstpolitik, Stöd till personer med funktionsnedsättning, 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.

3.2 Utgiftsutveckling

Tabell 3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
Barnrättspolitik	33	38	37	38	39	40
Folkhälsopolitik	989	1 291	1 057	1 072	1 083	790
Forskningspolitik	347	366	362	417	437	454
Handikappolitik	265	333	333	333	334	335
Hälso- och sjukvårdspolitik	25 982	28 302	28 272	30 870	31 201	31 064
Socialstyrelsen	532	578	601	598	602	607
Socialtjänstpolitik	1 350	1 071	1 037	1 015	1 024	1 033
Stöd till personer med funktionsnedsättning	15 306	17 005	16 682	18 330	20 089	21 902
Äldrepolitik	1 596	2 388	2 090	2 133	1 988	1 959
Äldreanslag	338	0	21	0	0	0
Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	46 653	51 373	50 492	54 807	56 797	58 184

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2009–2011.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor			
	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	50 755	50 755	50 755
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	42	111	170
Beslut	481	1 600	1 280
Övriga makroekonomiska förutsättningar	703	1 455	2 353
Volym	2 965	3 021	3 778
Överföring till/från andra utgiftsområden	-174	-180	-186
Övrigt	35	35	35
Ny ramnivå	54 807	56 797	58 184

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet 2007/08:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2009 realekonomiskt fördelade.
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor	
	2009
Transfereringar	52 702
Verksamhetsutgifter	2038
Investeringar	67
Summa ramnivå	54 807

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfallet 2007 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 direkt motprestation.

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

3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på statsbudgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. 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 politikområden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö-, eller arbetsmarknadspolitik. Dessa avvikelser påverkar statsbudgetens saldo och kan

därför jämsställas med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna finns i bilaga 2 till 2008 års ekonomiska vårproposition. I det följande redovisas nettoberäknade skatteavvikelser som är att hänföra till UO 9.

Tabell 3.4 Skatteutgift

Miljoner kronor		
	Prognos 2008	Prognos 2009
Hälso- och sjukvårdspolitik	3680	4160
Totalt för utgiftsområde 9	3680	4160

De enskilda skatteavvikelserna inom Hälso- och sjukvårdspolitiken redovisas närmare i kapitel 4, avsnitt 4.3, där även en förklaring av respektive skatteutgift ges.

3.4 Mål

Regeringens förslag: Målen för politikområdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsa, Barnpolitik, Handikappolitik, Äldrepolitik, Socialtjänstpolitik upphör att gälla.

Följande mål ska gälla för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg:

Hälso- och sjukvårdspolitik:

– befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet.

Folkhälsopolitik:

– att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Handikappolitik:

– en samhällsgemenskap med mångfald som grund,

– att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,

– jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Äldrepolitik:

– äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,

– kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt, samt ha tillgång till god vård och omsorg.

Socialtjänstpolitik:

– att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,

– att stärka skyddet för utsatta barn.

Barnrättspolitik:

– barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

Skälen till regeringens förslag: Som regeringen aviserade i 2008 års ekonomiska vårproposition (prop. 2007/08:100, avsnitt 4.4.4) och som närmare utvecklas i denna proposition (avsnitt 10.4.1, volym 1) utgår den enhetliga verksamhetsstrukturen. Det innebär att utgiftsområden inte kommer att indelas i politikom-

råden och i förekommande fall inte heller i verksamhetsområden. Mot denna bakgrund bör målen för politikområdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsa, Barnpolitik, Handikappolitik, Äldrepolitik, Socialtjänstpolitik upphöra att gälla.

Regeringen avser att även fortsättningsvis ha riksdagsbundna mål för området och föreslår därför att det mål som tidigare gällde för politikområdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsa, Barnpolitik, Handikappolitik, Äldrepolitik, Socialtjänstpolitik ska gälla för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

4.1 Omfattning

Hälsa- och sjukvårdspolitik omfattar myndigheter och statliga insatser riktade mot hälsa- och sjukvården. Området innefattar tandvårdsstödet, läkemedelsförmånerna, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till hälsa- och sjukvård samt bidrag till psykiatri. Landsting och kommuner har huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälsa- och sjukvården. Statsbidrag till kommunsektorn lämnas i huvudsak från utgiftsområde 25, Allmänna bidrag till kommuner. Vidare omfattar området myndigheterna Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Läkemedelsverket, samt det statligt ägda bolaget Apoteket AB. Socialstyrelsen särredovisas under detta avsnitt eftersom myndigheten förutom hälsa- och sjukvårdspolitik innefattar andra områden, framför allt inom utgiftsområde 9.

Hälsa- och sjukvårdens utgifter uppgick 2006 preliminärt till 266,2 miljarder kronor, inklusive moms. Detta motsvarar, i löpande priser, en ökning med knappt 6 procent jämfört med 2005. Hälsa- och sjukvårdens totala kostnader som andel av BNP uppgick under 2006 därmed preliminärt till cirka 9,2 procent.

Tabell 4.1 Totala hälsa- och sjukvårdsutgifter samt andel av BNP, 2002–2006¹

Miljarder kronor

	2002	2003	2004	2005	2006
Hälsa- och sjukvårdskostnader	225,9	237,4	242,4	251,4	266,2
Andel av BNP, procent	9,3	9,4	9,2	9,2	9,2

¹ Tabellen baseras på tabell I 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 för 2006 baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna. Källa: SCB, Svenska Hälsoräkenskaper

Den största hälsa- och sjukvårdsutgiften är den för botande och rehabiliterande hälsa- och sjukvård. Denna utgift står för drygt 164 miljarder kronor, varav 90 miljarder utgörs av utgifter för öppen vård. Långtidsomvårdnadstjänster inkluderar bl.a. hälsa- och sjukvård inom äldre- och handikappomsorg samt hemsjukvård och uppgick under 2006 till cirka 20 miljarder kronor. Tilläggstjänster inom sjukvården, så som laboratorieverksamhet, sjukgymnastik samt ambulans- och sjuktransport, uppgick under 2006 till knappt 12 miljarder kronor. Utgifter för medicinska varor till öppenvårdspatienter uppgick till drygt 43 miljarder kronor varav knappt 26 miljarder kronor utgjordes av receptföreskrivna läkemedel, dvs. utgifter för läkemedelsförmånerna samt egenavgifter. Utgifter för prevention och folkhälsotjänster inkluderar utgifter för bl.a. mödrahälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar. Dessa utgifter uppgick till drygt 9 miljarder kronor under 2006.

Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2006¹

Miljarder kronor

2006	
Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster²	164,3
<i>Varav</i>	
Botande och rehabiliterande slutenvård	66,6
Botande och rehabiliterande dagsjukvård	4,6
Botande och rehabiliterande öppen vård	90,1
Botande och rehabiliterande hemsjukvård	3,0
Långtidsomvårdnadstjänster	20,1
Tilläggstjänster inom sjukvård	11,6
Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter	43,3
<i>Varav</i>	
Läkemedel och andra medicinska icke – varaktiga varor	35,4
<i>Varav</i>	
Receptförskrivna läkemedel, dvs. läkemedelsförmån och egenavgifter	25,9
Prevention och folkhälsotjänster	9,2
Övrig hälso- sjukvård³	7,2
Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter	255,7
Hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar	10,5
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	266,2

¹ Tabellen baseras på tabell 1 och 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. I de nya hälsoräkenskaperna definieras utgifterna utifrån ändamål, finansiering och producent och de skiljer sig därmed från den tidigare publicerade kostnadstabellen; "Detaljredovisning av kostnader för hälso- och sjukvård som redovisades i BP 2008. Uppgifterna för 2006 baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

² De rehabiliterande sjukvårdstjänsterna går ej att särskilja från de botande sjukvårdstjänsterna i de svenska hälsoräkenskaperna.

³ Övrig hälso- och sjukvård utgörs av utgifter för administration av hälso- och sjukvård och sjuk(vårds)försäkringar samt oidentifierade hälso- och sjukvårdsändamål. För ytterligare information om definitioner och innehåll se "Svenska Hälsoräkenskaper" på www.scb.se.

Källa: SCB, Svenska Hälsoräkenskaper

Av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna under 2006 utgjordes cirka 217 miljarder kronor av offentliga utgifter medan privata utgifter uppgick till knappt 49 miljarder kronor.

Tabell 4.3 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter finansiering, 2006¹

Miljarder kronor

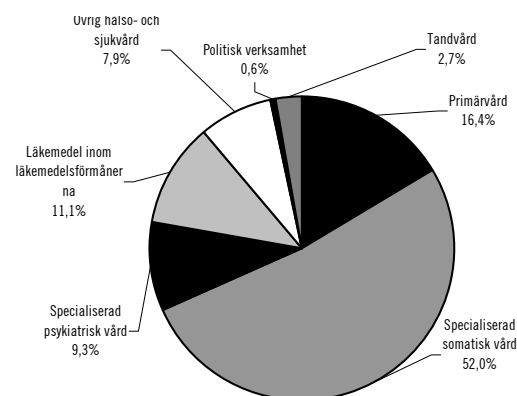
Offentlig sektor	217,5
<i>Varav</i>	
Staten	4,7
Primärkommuner	23,8
Landsting	189,0
Företag och hushåll	48,7
<i>Varav</i>	
Privata hushållsutgifter	42,8
Privat sektor exkl. hushåll	5,9
Totala hälso- och sjukvårdsutgifter	266,2

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. Uppgifterna för 2006 baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

Källa: SCB, Svenska Hälsoräkenskaper

Landstingens (inklusive Gotland) nettokostnader för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, uppgick under 2007 till 181,7 miljarder kronor exklusive moms. Kostnaderna fördelades på landstingens verksamhetsområden enligt diagram 4.1.

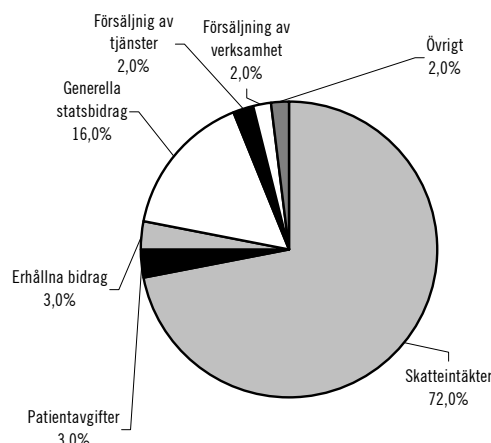
Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde drygt 61 procent av landstingens totala nettokostnader, medan primärvårdens andel uppgick till drygt 16 procent.

Diagram 4.1 Landstingens (inklusive Gotland) nettokostnader för hälso- och sjukvård 2007, procentuell fördelade på verksamhetsområden

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Av landstingens totala inkomster utgjorde landstingsskatten 72 procent 2007. Landstingens verksamhet finansieras således till stor del via skatteintäkter. Statens bidrag till landstingen utgörs av såväl generella som specialdestinerade statsbidrag. Vidare erhåller landstingen inkomster från patientavgifter samt från försäljning av tjänster och viss verksamhet. Uppgifterna i diagram 4.2 avser landstingens totala verksamhet där hälso- och sjukvård inklusive tandvård utgjorde cirka 92 procent av landstingens nettokostnader under 2007.

Diagram 4.2 Landstingens (inklusive Gotland) inkomster 2007, procentuellt fördelade efter inkomstslag



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

4.2 Utgiftsutveckling

Tabell 4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet

Milljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>						
1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	29	29	29	30	31	31
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	40	41	41	43	45	45
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	52	66	58	80	83	85
1:4 Tandvårdsförmåner m.m.	3 271	5 283	5 117	7 293	6 418	6 256
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	21 367	21 584	21 584	21 600	21 800	21 800
1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	281	360	433	453	453	454
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	472	440	417	477	477	496
1:8 Bidrag till psykiatri	384	498	592	893	895	897
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti		0		1	1 000	1 000
9:1 Socialstyrelsen	541	578	601	598	602	607
2006 13:09 Bidrag till psykiatri och social psykiatri	37	0	18	0	0	0
2005 13:09 Ersättning till talidomidskadade i vissa fall m.m.	1	0	1	0	0	0
2001 13:06 Ersättning till steriliserade i vissa fall		0	2	0	0	0
Summa Hälso- och sjukvårdspolitik	26 475	28 880	28 894	31 468	31 803	31 671

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

4.3 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. skatteutgifter. Avvikelse från en likformig beskattning utgör en skatteförmån om t.ex. en viss grupp skattskyldiga omfattas av en skattelättnad i förhållande till en likformig beskattning och som en skattesanktion om det rör sig om ett "överuttag" av skatt. Många av skatteutgifterna har införts, mer eller mindre uttalat, som medel inom specifika områden som t.ex. konjunktur-, bostads-, miljö- eller arbetsmarknadspolitik. Dessa skatteutgifter påverkar statsbudgetens saldo och kan därför jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av redovisningen av skatteutgifterna finns i regeringens skrivelse 2007/08:123 Redovisning av skatteutgifter 2008. I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till hälso- och sjukvårdsområdet inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Tabell 4.5 Skatteutgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet, netto¹

Miljoner kronor

	Prognos 2008	Prognos 2009
Läkemedel	3 860	4 160
Förmån av privat hälso- och sjukvård	–	–
Totalt för Hälso- och sjukvårdspolitik	3 860	4 160

¹ Ett "–" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

Läkemedel

För läkemedel som utlämnas enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt. (Vid försäljning av icke receptbelagda läkemedel utgår dock mervärdesskatt.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

Förmån av privat hälso- och sjukvård

Om arbetsgivaren bekostar offentligt finansierad hälso- och sjukvård i Sverige är detta en skattepliktig förmån. Om arbetsgivaren däremot bekostar privat hälso- och sjukvård för en anställd är detta en skattefri förmån. Detsamma gäller för hälso- och sjukvård utomlands. Arbetsgivaren

har å andra sidan ingen avdragsrätt för kostnaden. Det finns inget som hindrar att arbetsgivaren efter överenskommelse gör ett bruttolöneavdrag för den anställde för att kompensera sig för kostnaden. Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

4.4 Mål

För 2008 gäller följande mål för politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik:

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 erhåller en kostnadseffektiv vård efter vars och ens behov och till en rimlig kostnad.

Under 2008 är politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik indelat i två verksamhetsområden: Hälso- och sjukvård respektive Tandvård. Från och med 2009 avskaffas denna indelning, varför de båda områdena här redovisas samlat.

För verksamhetsområde Hälso- och sjukvård finns följande mål för 2008: "Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska erbjuda befolk-

ningen en god vård – kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik vård som ges i rimlig tid.”

För verksamhetsområde Tandvård finns följande mål 2008: ”Behandlingsmetoder som används inom tandvården ska i så stor utsträckning som möjligt vara evidensbaserade.”

Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på en enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. För hälso- och sjukvården föreslår regeringen att det nuvarande politikområdesmålet fortsatt ska gälla som mål inom utgiftsområdet. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnitt 3.4.

4.5 Resultat

I nedanstående avsnitt redovisas resultatet inom hälso- och sjukvårdsområdet i relation till de mål som gäller under 2008. Med resultat avses i första hand vad som uppnåtts som en följd av statliga insatser. Fokus ligger på tillgänglighet, patientens ställning, kunskapsbaserad vård, uppföljning, kvalitetsutveckling, psykiatri samt läkemedel.

4.5.1 Tillgänglighet

Arbetet med att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården har resulterat i en mängd åtgärder, däribland den nationella tillgänglighetssatsningen, den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården samt den nationella vårdgarantin. Sjukvårdshuvudmännen har också fått extra resurstillskott för dessa satsningar.

Socialstyrelsens utvärderingar av vårdens tillgänglighet visar att väntetiderna under 2007 utvecklats något mer positivt inom primärvården än inom den specialiserade vården. Statistik från Vårdbarometern visar att 70 till 80 procent av de tillfrågade anser att väntetiden varit rimlig. Dessa nivåer har hållit sig stabila under de senaste åren.

Ett ofta använt mått på tillgänglighet inom vården är telefonframkomlighet. I Socialstyrelsens lägesrapport för 2007 konstaterades att det har skett en kontinuerlig förbättring av telefonframkomligheten när det gäller primärvården.

Många landsting har under de senaste åren arbetat aktivt för att förbättra tillgängligheten till både specialistmottagningar och vårdcentraler.

Uppföljningen av tillgängligheten i vården har dock fortfarande brister, även om förbättringar skett. Väntetiderna till primärvården och delar av den planerade specialiserade vården rapporteras av landstingen till den nationella väntetidsdatabasen Väntetider i vården, som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inrapporteringsfrekvensen ligger i genomsnitt under 90 procent. Det är dock stor skillnad mellan de landsting som har bäst och de som har sämst inrapportering.

Trots flera omfattande insatser för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården, med vissa positiva tendenser till förbättring som följd, finns det fortfarande problem där patienter tvingas vänta orimligt länge på nödvändiga behandlingar.

Tillgängligheten på vårdinformation på Internet har förbättrats och det pågår även ett antal utvecklingsprojekt på området. I en analys av landstingens hemsidor framkommer dock att den information som ges på Internet i dag i relativt liten utsträckning fokuserar på patienternas behov.

Vårdgaranti

Sedan 1997 finns en besöksgaranti som innebär att primärvården ska erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras ska väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården ska erbjudas sådant besök inom 90 dagar.

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknade under 2005 en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti som också omfattar väntetid till behandling. Vårdgarantin innebär att landstingen ska erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Garantin gäller fullt ut i hela landet från och med den 1 november 2005 och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

För att täcka de ökade kostnaderna för införandet av vårdgarantin har landstingen tillförts 500 miljoner kronor per år. För 2007 fick landstingen dessutom 250 miljoner kronor extra, dvs. totalt 750 miljoner kronor för genomförandet av vårdgarantin.

Vårdgarantin följs upp av Socialstyrelsen i samverkan med SKL. Socialstyrelsens bedömning är att reformen generellt sett har haft begränsade effekter på väntetiderna. Sedan april 2006, då mätningarnas tillförlitlighet hade blivit förhållandevis stabil, har väntetiderna för behandling minskat något medan väntetiderna till besök i stället ökat något. En jämförelse mellan mars 2007 och mars 2008 visar, enligt SKL, att på riksnivå har närmare 30 procent av alla väntande patienter väntat längre än 90 dagar på ett planerat besök eller en behandling i den specialiserade vården.

Variationerna i väntetider mellan landstingen är stora och var i oktober 2007 följande:

- andelen patienter som söker en tid för läkarbesök i primärvården och får den inom 7 dagar varierade mellan 79 och 96 procent,
- andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på specialistbesök varierade mellan 6 och 38 procent och
- andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på beslutad behandling varierade mellan 12 och 46 procent.

Det förefaller, enligt Socialstyrelsens uppföljning av jämställdheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst 2008, inte finnas systematiska skillnader i väntetider till behandlingar som är antingen till mäns eller kvinnors nackdel. Det fortsatta arbetet med öppna redovisningar, baserade på analyser ur bl.a. kvalitetsregistren, kommer sannolikt att förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av vårdens resultat ur ett jämställdhetsperspektiv.

Mellan april 2006 och oktober 2007 ökade väntetiden till specialistbesök i hälften av landstingen medan väntetiden till behandling ökade i drygt en tredjedel av landstingen. I landsting där väntetiderna minskat påtagligt kan den positiva utvecklingen, enligt Socialstyrelsens bedömning, till stor del kopplas till de tillgänglighetssatsningar som har genomförts. Uppgifter från SKL gör gällande att vårdgarantin hade en tydlig effekt på väntetiderna direkt efter införandet i november 2005, men att denna effekt klingade av under det första halvåret 2006. För att få långsiktig effekt av en reform av detta slag krävs ett uthålligt förbättringsarbete i verksamheterna. Detta förbättringsarbete måste till stor del inriktas på hur vården organiseras och leds. För att

arbetet ska få större genomslag är det nödvändigt med stöd från huvudmännens sida.

Den utvidgade vårdgarantin innebär även att landstinget ska hjälpa patienter till vård i något annat landsting när väntetiden till besök eller behandling överstiger 90 dagar inom det egna landstinget. Mycket tyder dock på att det finns stora skillnader mellan landstingen i hur de informerar sina patienter om möjligheten till vård hos andra vårdgivare i det egna landstinget eller i ett annat landsting. Om så är fallet innebär det att landstingen inte agerar i enlighet med överenskommelsen, som lägger ett aktivt ansvar på huvudmännen att informera och hjälpa patienterna. SKL har i samarbete med alla landsting och regioner utarbetat en nationell enkät för att ta reda på om vårdpersonalen fått tillräckligt med stöd i hur de praktiskt ska hantera vårdgarantin. Konkreta tillvägagångssätt och goda exempel från landstingen har samlats i ett nytt utvecklingsprogram, Leda för tillgänglighet, som tagits fram av SKL tillsammans med landsting och regioner.

Regeringen har under 2007 tillsatt en utredning (S 2007:07) bl.a. med uppgift att lämna förslag på hur den nationella vårdgarantin kan regleras i lag.

Tillgänglighet inom tandvården

Många patienter kan vid något enstaka tillfälle i livet drabbas av mycket höga tandvårdskostnader medan det är relativt få som har höga tandvårdskostnader under en lång rad av år. Ett nytt statligt tandvårdsstöd infördes den 1 juli 2008. Det nya stödet bidrar till att göra tandvården mer tillgänglig ur ett ekonomiskt perspektiv genom att minska den enskildes kostnader för tandvård när man drabbas av stora vårdbehov.

Genom den fria prissättningen som råder, och ersättningssystemets utformning, påverkas patienternas kostnader direkt av prisutvecklingen. Sveriges Kommuner och Landsting har i en rapport i januari 2008 redovisat prisutvecklingen avseende folktandvårdens priser för allmäntandvård mellan januari 2007 och januari 2008. Prisökningen uppgick under den aktuella perioden till 3,7 procent, vilket var 1,7 procentenheter högre än föregående år, men lägre än genomsnittet för perioden 1999–2008.

I december 2007 redovisade Försäkringskassan resultaten av en undersökning av aktuella tandvårdspriser hösten 2007. Avsikten var att

undersökningen både skulle kunna användas i arbetet med att beräkna referenspriser för det nya statliga tandvårdsstödet och ge en grund för jämförelser av prisnivåer och prisutveckling före och efter införandet av det nya stödet. Undersökningen visade på stor spridning mellan vårdgivarna när det gäller flertalet tandvårdsåtgärder.

Under 2007 inkom 60 000 förhandsprövningsärenden gällande högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre, vilket innebar en ökning jämfört med 2005 och 2006. I en analys av högkostnadsskyddet ur ett könsperspektiv, som redovisades i januari 2008, konstaterade Försäkringskassan att inflödet av förhandsprövningsärenden var större för kvinnor än män. Andelen ärenden som gällde kvinnor var 55 procent. Den genomsnittliga utbetalda ersättningen var lägre för kvinnor och uppgick i genomsnitt till cirka 90 procent av den som utbetalades för män. Handläggningstiden för ärenden inom högkostnadsskyddet för äldre sjönk under 2007 och ärendebalansen minskade till den lägsta nivån sedan andra halvåret 2002, vilket är positivt ur tillgänglighetssynpunkt. Under det första halvåret 2008 var handläggningstiden i genomsnitt 79 dagar. Inflödet av nya förhandsprövningsärenden ökade under första halvåret 2008 och var särskilt högt under juni 2008, som var den sista månaden då det var möjligt att begära förhandsprövning enligt de tidigare gällande bestämmelserna om tandvårdsstöd.

Landstingens kostnader för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa äldre

och personer med funktionsnedsättning samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling uppgick under 2007 till 712 miljoner kronor. Detta motsvarade en ökning med 55 miljoner kronor jämfört med föregående år och 58 miljoner kronor jämfört med 2005. Landstingen erhöll via det generella statsbidraget 716 miljoner kronor samt förväntades som ytterligare kompensation enligt den grundläggande överenskommelsen med staten kunna få ökade intäkter om 80 miljoner kronor på grund av ändrade avgiftsregler för oralkirurgi.

Antalet uppsökta personer var cirka 5 000 fler 2007 än de två föregående åren och utgjorde drygt 60 procent av målgruppen, totalt drygt 100 000 personer. Skillnaderna mellan kvinnor och män när det gäller andelen uppsökta är relativt små. I åldersgruppen 80–89 år hade dock 11,6 procent av kvinnorna tagit del av förmånen medan endast 7,9 procent av männen hade gjort detta. I de landsting som hade registrerat hur många som tackade nej till erbjudande om uppsökande verksamhet var det omkring 27 procent av dem som fick ett erbjudande som avböjde. Ökningen av antalet uppsökta kan vara en effekt av en satsning som gjorts på ökat samarbete mellan landstingen och kommunerna. Antalet personer som fick nödvändig tandvård ökade från 97 000 till 104 000. Skillnaderna mellan könen är relativt små, men i åldersgruppen 80 år och äldre är det en större andel av kvinnorna som får nödvändig tandvård.

Tabell 4.6 Tandvårdens utgifter, 2001–2006¹

Miljoner kronor

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hushållens konsumtionsutgifter för tandvård						
Patientavgifter	10 268	10 250	10 260	11 320	12 054	12 538
Offentliga konsumtionsutgifter för tandvård						
Statens, landstingens och primärkommunernas utgifter	5 130	5 450	6 636	7 183	6 695	7 311
Summa utgifter	15 398	15 700	16 896	18 503	18 749	19 849
Andel patientavgifter %	66,7	65,3	60,7	61,2	64,3	63,2

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 för 2006 baserar sig på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna. Källa: SCB, Svenska Hälsoräkenskaper

Tabell 4.7 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2001–2006

Miljoner kronor

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Statligt tandvårdsstöd	1 515	1 604	2 607	3 129	2 426	3 099
Administrationskostnader för statligt tandvårdsstöd	168	169	204	175	186	168

Källa: Försäkringskassan

Tillgång till personal

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen ta fram underlag för bedömningen av hälso- och sjukvårdens tillgång och efterfrågan på av barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en mer långsiktig planering när det gäller tillgången till dessa personalgrupper. I Socialstyrelsens Årsrapport, NPS 2008, beskrivs och analyseras tillgång och efterfrågan på de berörda yrkesgrupperna. Utifrån indikatorerna bedömer Socialstyrelsen i rapporten att arbetsmarknaden för sjuksköterskor för närvarande är i balans medan den för barnmorskor och läkare är i obalans.

Antalet barnmorskor och sjuksköterskor har ökat betydligt under perioden 1995–2004. Sjuksköterskeutbildningen utökades kraftigt i början av 2000-talet och detta har nu fått genomslag på arbetsmarknaden.

Efterfrågan på läkare är större än tillgången. Vad gäller läkare och tillgången på olika specialiteter uppger många landsting att efterfrågan är betydligt större än tillgången när det gäller specialister i allmänmedicin och psykiatri.

När det gäller arbetsmarknaden för tandvård bedömdes den i NPS 2008 vara i obalans för tandläkare, men i balans för tandhygienister. SCB:s arbetskraftsbarometer 2007 visade att det var svårt att rekrytera yrkeserfarna tandhygienister och tandläkare. Ett av de viktigaste instrumenten för att åtgärda dessa obalanser på arbetsmarknaden är, enligt Socialstyrelsen, utbildningsdimensionering. Högskoleverket bedömer, enligt NPS 2008, att man bör utöka antalet platser på tandläkarutbildningen för att nå en tillgång som motsvarar den framtida efterfrågan.

År 2005 arbetade 40 procent av tandhygienisterna i privat regi medan motsvarande andel för tandläkarna var 44 procent. Relationen mellan antalet tandläkare och antalet tandhygienister varierar relativt mycket mellan olika landsting

vilket indikerar att huvudmännen har valt att organisera och strukturera arbetet på olika sätt.

Apoteksmarknaden

I december 2006 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag som ska göra det möjligt för andra aktörer än Apoteket AB att bedriva detaljhandel med receptbelagda och receptfria läkemedel (dir. 2006:136). Syftet med uppdraget var att effektivisera apoteksmarknaden i termer av bättre tillgänglighet, lägre konsumentpriser på läkemedel samt en säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning.

Utredningen, som antog namnet Apoteksmarknadsutredningen (S 2006:08), lämnade den 27 augusti 2007 ett delbetänkande (SOU 2007:53) om sjukhusens läkemedelsförsörjning. I propositionen Sjukhusens läkemedelsförsörjning (2007/08:142) föreslår regeringen att vårdgivarna ska få en ökad frihet att organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhusen, t.ex. genom att vårdgivaren helt eller delvis uppdrar åt andra aktörer att ombesörja tjänsten. Verksamheten ska även fortsättningsvis bedrivas rationellt och på ett sådant sätt att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. För att uppnå detta ändamål föreslår regeringen att det ska finnas sjukhusapotek, bemannade med farmaceutisk kompetens. Vårdgivaren ska till Läkemedelsverket anmäla hur sjukhusen organiserar sin läkemedelsförsörjning. Lagförslagen trädde i kraft den 1 september 2008.

Den 8 januari 2008 överlämnade Apoteksmarknadsutredningen huvudbetänkandet Omreglering av apoteksmarknaden (SOU 2008:4). Huvudbetänkandet innehåller framför allt förslag om vilka förutsättningar som ska gälla för dem som ansöker om och får tillstånd att bedriva detaljhandel med receptfria och receptbelagda läkemedel till konsument på en omreglerad apoteksmarknad.

I februari 2008 beslutade regeringen om ett tilläggsuppdrag till utredningen (dir 2008:14).

Enligt tilläggsdirektivet skulle utredaren analysera och lämna förslag om vilka regler som ska gälla för apotekens interna hantering av personuppgifter. Samtidigt förlängdes utredarens uppdrag att lämna förslag till reglering av handeln med djurläkemedel.

Apoteksmarknadsutredningen överlämnade den 18 mars 2008 delbetänkandet Apoteksdatalagen (SOU 2008:28) angående regleringen av apotekens interna hantering av personuppgifter. Utredningen föreslår bl.a. att en särskild lag, apoteksdatalagen, ska införas. Förslaget syftar till att säkerställa att säkerheten för personuppgifter bibehålls även efter omregleringen av apoteksmarknaden.

Den 1 april 2008 överlämnade Apoteksmarknadsutredningen sitt tredje delbetänkande, Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel (SOU 2008:33). Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om vilka receptfria läkemedel som ska få säljas på andra platser än apotek. Läkemedelsverket föreslås få tillsynsansvar över verksamheten, medan kommunerna får ett kontrollansvar.

Apoteksmarknadsutredningens slutbetänkande, Handel med läkemedel för djur (SOU 2008:46), överlämnades i maj 2008. När det gäller regleringen av frågor kring tillstånd, farmaceutisk kompetens, hinder mot ägande av apotek och krav på lokaler har utredningen gjort bedömningen att några särskilda bestämmelser inte behövs för detaljhandel med läkemedel för djur. Utredningen ser fördelar med att apotek specialiserar sig på läkemedel för behandling av djur, men bedömer att det kan ske inom ramen för det apotekssystem som föreslagits i huvudbetänkandet. Remissbehandlingen av betänkandet har nyligen avslutats.

Katastrofmedicinska insatser i utlandet

Den nya lagen (2008:552) om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands (prop. 2007/08:138, 2007/08:SoU18, rskr. 2007/08:227) trädde i kraft den 1 september 2008. Genom lagen ges Sverige möjlighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård vid insatser utomlands och med annat syfte än som bistånd till annat land. Lagen ger landstingen befogenhet att under vissa förutsättningar bedriva hälso- och sjukvård utomlands, vid insatser till stöd för utlandsmyndigheter och nödställda i en situation då många människor med hemvist i Sverige drabbas

av en allvarlig olycka eller katastrof i utlandet. Beslut om att inleda eller avsluta insatser enligt den nya lagen fattas av Statens räddningsverk. Katastrofmedicinska insatser kommer att utgöra en del av de samordnade svenska insatserna utomlands. Landstingen i Stockholms, Västra Götalands, Skåne, Östergötlands, Uppsala och Västerbottens län är skyldiga att upprätthålla en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands.

4.5.2 Patientens ställning

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Vid jämförelser av befolkningens förtroende för olika samhällsinstitutioner framkommer att sjukvården har ett högt förtroende i jämförelse med andra samhällsfunktioner. När patienter får yttra sig om olika delar av vården finns det flera områden där trenderna på nationell nivå går i positiv riktning – det handlar bl.a. om det övergripande betyget på vården, telefonframkomligheten inom primärvården och information om den egna sjukdomen.

Valfribet

Många insatser har gjorts för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Exempel på detta är nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen vad gäller regler om patientens rätt till en förnyad medicinsk bedömning vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, samt rätten till en fast läkarkontakt i primärvården, men också nationella överenskommelser och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Utvärderingar visar dock på bristande tillgänglighet och att patienterna i vissa delar fortfarande saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation. Patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver stärkas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Regeringen har därför tillsatt en utredning, Patientens rätt i vården (S 2007:07), bl.a. med uppgift att lämna förslag på hur det fria vårdvalet kan regleras i lag.

Mångfald

För att främja en bättre mångfald inom hälso- och sjukvården gav regeringen utredningen Patientens rätt i vården (S 2007:07) i uppgift att utreda och lämna förslag på hur fri etablering kan införas i primärvården. Utgångspunkten är att konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård.

Utredningen lämnade i april 2008 delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). I betänkandet föreslår utredningen ett system som ska ge patienten frihet att välja mellan vårdgivare i primärvården. Förslaget har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet.

Den 29 maj 2008 beslutade regeringen att ge samma utredning tilläggsuppdrag att bl.a. utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att, med offentlig ersättning, etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. Utredaren ska också utreda och lämna förslag som innebär att patienten ska kunna vända sig till valfri vårdgivare, även sådana som inte har avtal med något landsting, om landstinget inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för vårdgarantin.

Regeringen har under 2007 också fattat ett antal beslut om uppdrag, program och bidrag, bl.a. till Verket för näringslivsutveckling (Nutek), i syfte att på olika sätt främja entreprenörskap och mångfald samt att förbättra upphandlingar inom hälso- och sjukvård samt omsorg.

Patientdatalag

Regeringen överlämnade våren 2008 en proposition till riksdagen med förslag till en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården i en ny lag, patientdatalagen. Lagen syftar till att öka patientsäkerheten genom att underlätta informationsutbytet inom hälso- och sjukvården samt till att stärka patientens inflytande över användningen av den information som insamlas och dokumenteras om patienten.

I patientdatalagen, som gäller för alla vårdgivare oavsett huvudmannaskap, regleras bl.a. sådana frågor som skyldigheten att föra patientjournal, inre sekretess och elektronisk åtkomst i en vårdgivares verksamhet. Vidare regleras utlämnande av uppgifter och handlingar genom direktåtkomst eller på annat elektroniskt sätt

samt nationella och regionala kvalitetsregister. Härutöver föreslås ändringar i bl.a. sekretesslagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område för att möjliggöra elektroniskt utbyte av journaluppgifter.

Förslagen är en del av den process som pågår för att bl.a. med hjälp av IT få till stånd en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer för att säkerställa vårdkontinuiteten samt skapa en starkare patientorientering i verksamheten. Den centrala utgångspunkten för förslagen är att skapa en reglering som möjliggör både en ökad patientsäkerhet och ett starkt integritetsskydd. Patientdatalagen (2008:355) trädde i kraft den 1 juli 2008.

Mångfald inom tandvården

Inom tandvården finns det en mångfald av vårdgivare för patienterna att vända sig till. Utbudet av vårdgivare varierar dock mellan olika delar av landet. Under senare tid har nya aktörer etablerat sig på tandvårdsmarknaden, bl.a. företag som strävar efter att erbjuda lägre priser än andra vårdgivare. Inslaget av priskonkurrens förefaller därför ha ökat.

Även inom barn- och ungdomstandvården erbjuder i princip alla landsting möjlighet att välja mellan folktandvården och privata vårdgivare. För de grupper av äldre och personer med funktionsnedsättning som omfattas av reglerna om nödvändig tandvård gäller också att patienten kan välja vem som ska utföra vården.

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att följa upp landstingens ekonomiska redovisning av folktandvården och dess olika verksamheter för att åstadkomma god transparens avseende redovisningen av folktandvårdens intäkter och kostnader. Detta är viktigt för att kunna bedöma risken för konkurrensnedvridning mellan offentlig och privat tandvård.

Samtidigt som valmöjligheterna är betydande försvagas patientens ställning av bristen på information när det gäller priser, behandlingsalternativ och tandhälsa. Det blir i praktiken svårt att bedöma skillnader mellan olika vårdgivare och många är benägna att fortsätta hos den vårdgivare man en gång valt. I syfte att stärka patientens ställning har regeringen vidtagit en rad åtgärder i samband med införandet av ett nytt statligt tandvårdsstöd den 1 juli 2008. Åtgärderna innebär bl.a. krav på vårdgivarna att tillhandahålla prislistor och information om behandlingsförslag och patientens tandhälsa m.m.

Försäkringskassan förbereder på regeringens uppdrag en elektronisk prisjämförelsetjänst på Internet.

4.5.3 Kunskapsbaserad vård

En tillgänglig, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) utvärderingsrapporter används huvudsakligen inom vården, men utgör också ofta ett underlag för andra statliga myndigheter, t.ex. vid Socialstyrelsens framtagande av nationella riktlinjer. Under 2008 har regeringen tilldelat SBU medel för att utveckla en upplysningstjänst för personal inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har tidigare meddelat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) samt tagit fram en vägledning för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen (God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2006). Arbetet med god vård tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. För att kunna utvärdera om befolkningen får god vård när de behöver den krävs indikatorer som speglar flera dimensioner av kvalitet. Det som kännetecknar god vård är att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

De flesta landsting uppger att deras verksamhetsredovisning och uppföljning påverkats av och anpassats till de sex ovan nämnda perspektiv som speglar god vård. Erfarenheter från tillsynsverksamheten tyder dock på att kunskapen om och tillämpningen av föreskrifterna fortfarande är låg på många håll i landet.

I samband med Dagmaröverenskommelsen 2007 utarbetades en nationell strategi för god vård som skulle ligga till grund för arbetet med överenskommelsen. Strategin ger uttryck för en mer aktiv och systematisk kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Evidensbaserade kunskapsunderlag behövs för att peka på vilka typer av förbättringar som är önskvärda samt vilken

potential förbättringarna kan ha. I regeringens strategi för god vård ingår även utvecklade ersättningssystem och ökad mångfald för att skapa goda förutsättningar för en god vård, som tar sin utgångspunkt i patienten.

Kunskapsbaserad tandvård

SBU publicerade under 2007 rapporten Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling i vilken man redovisar vissa slutsatser om diagnostik av karies m.m. Det finns i nuläget inte några nationella riktlinjer för tandvården. Socialstyrelsen redovisade dock under 2007 en modell och tidsplan för arbetet med att ta fram nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet. Denna plan realiseras nu, där SBU har ansvar för att ta fram utvärderingsrapporter inom två viktiga områden.

4.5.4 Uppföljning

Ett centralt verktyg för att kunna vidareutveckla kvaliteten inom vården är att, utifrån olika perspektiv, följa upp hälso- och sjukvårdens prestationer och redovisa dessa på ett öppet och jämförbart sätt. En väl utvecklad uppföljning och styrning är också nödvändig i syfte att säkra att vården är kunskapsbaserad och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. De nationella hälsodataregistren utgör de grundläggande källorna i den statliga uppföljningen och utvärderingen av hälso- och sjukvården. Användningen av registren är stor, även inom forskning. Den ökade användningen av registerdata för uppföljning ställer krav på mer aktuella data och dokumenterad information om uppgifternas kvalitet. Som en följd av detta har ett arbete inletts för att utveckla de nationella hälsodataregistren.

Även kvalitetsregistren utgör en viktig grund för uppföljningen på såväl nationell som lokal och regional nivå. Det finns drygt sextio register och ytterligare register är under utveckling. Regeringen har därutöver fattat beslut om stöd till utveckling av register inom psykiatrin, i syfte att stärka uppföljningen på området. Allt fler register uppnår hög täckningsgrad och datakvalitet.

Den nationella IT-ledningsgruppen för vård och omsorg – bestående av representanter för Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Vårdföretagarna samt Social-

styrelsen – har under 2007–2008 arbetat med förslag för att åstadkomma teknisk enhetlighet för vårdens kvalitetsregister, då det finns ett stort behov av att stärka den tekniska infrastrukturen för kvalitetsregistren. Avsaknaden av en enhetlig teknisk standard och informationsstruktur gör att inrapportering av statistiska data oftast får ske manuellt, vilket skapar onödiga felkällor och fördröjningar samt utgör en omotiverad administrativ börda för personalen.

I syfte att skapa bättre förutsättningar för bl.a. uppföljning och öppna jämförelser gav regeringen under 2007 Socialstyrelsen i uppdrag att ta ett övergripande ansvar för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig. Två parallella projekt pågår, dels med att utveckla en nationell informationsstruktur som definierar vilken typ av information som behöver följas patienten mellan olika vårdgivare, dels för att etablera ett nationellt fackspråk för vård och omsorg baserat på det globala begreppssystemet Snomed CT. En gemensam informationsstruktur och enhetliga begrepp och termer är en förutsättning för att informationsutbytet i vården ska fungera säkert och effektivt och för att uppgifter ska kunna vara jämförbara över tid och rum.

Utifrån Dagmaröverenskommelsen 2008 samt regeringsuppdrag i december 2007 arbetar Socialstyrelsen med 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 även påbörjat ett arbete med att utveckla metoder för att analysera och presentera indikatorerna på ett mer tillgängligt och målgruppsanpassat sätt. Indikatorerna är en viktig del i arbetet med att följa upp och jämföra vårdens processer och resultat.

Socialstyrelsen och SKL har, i enlighet med Dagmaröverenskommelserna för 2006 och 2007, tillsammans tagit fram två rapporter med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet. Olika indikatorer som anses ha god kvalitet och som är relevanta har tagits fram. Syftet är att genom dessa jämförelser förbättra kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Med hjälp av indikatorer har en grov bild skapats av skillnaderna mellan olika landsting. Skillnaderna kan dock vara betydande för olika sjukhus och vårdcentraler inom landsting samtidigt som

uppgifterna inte visar om befolkningen på individnivå har tillgång till likvärdig vård. I den senaste rapporten fanns även några mått som speglar kvalitet på sjukhusnivå samt ett par indikatorer inom psykiatrin.

Uppföljning på tandvårdsområdet

Möjligheterna att följa upp tandvården har fram till den nya tandvårdsreformens ikraftträdande den 1 juli 2008 varit mycket begränsade. När det gäller det statliga tandvårdsstödet finns det förhållandevis mycket information om högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre, men i övrigt har det fram till den 1 juli 2008 varit en begränsad del av tandvårdskonsumtionen som registrerats av Försäkringskassan.

På tandhälsområdet finns nationell statistik över kariesförekomsten hos barn och ungdomar till och med 19 år, men ingen samlad nationell statistik över vuxnas tandhälsa. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att svara för ett tandhälsodataregister för vuxna. Den 1 juli 2008 trädde en förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen i kraft.

4.5.5 Kvalitetsutveckling

Internationella jämförelser visar att svensk hälso- och sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder och att Sverige uppvisar bättre resultat än andra länder när det gäller till exempel medellivslängd, spädbarnsdödlighet samt överlevnad i cancer och hjärtinfarkt. Hur länder rankas beträffande kvalitet vid internationella jämförelser kan dock variera stort beroende på vilken metod och vilka mått som används. Svårigheterna att jämföra kvaliteten på olika länders hälso- och sjukvård har bl.a. lett till att OECD 2001 påbörjade ett arbete med att utveckla internationellt jämförbara kvalitetsindikatorer på hälso- och sjukvårdsområdet.

Svensk hälso- och sjukvård fortsätter att nå allt bättre resultat för flera av de stora folksjukdomarna såsom exempelvis hjärtinfarkt, stroke, diabetes och grå starr. Det sjukdomsförebyggande arbetet förefaller ha ökat och allt fler landsting rapporterar att detta är ett prioriterat område. Områden med stor förbättringspotential är dock skolhälsovården samt vård vid rörelseorganens sjukdomar och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Vidare tyder lägesrapporten 2007 från Socialstyrelsen på att jämlikheten i

vård och behandling i vissa avseenden brister. Enligt rapporten visar sig ojämlikhet i hälsa i avsevärt högre dödstal i så kallad åtgärdbar dödlighet (ett antal diagnoser som kan förebyggas och behandlas) för personer med enbart grundskoleutbildning jämfört med personer med högskoleutbildning. På motsvarande sätt är dödstalen högre för utrikesfödda jämfört med svenskfödda. Samma mönster kan ses när det gäller antalet vårdtillfällen i slutenvård i diagnoser som skulle kunna behandlas inom den öppna vården. Utrikesfödda och personer med enbart grundskoleutbildning har relativt sett betydligt fler slutenvårdstillfällen än svenskfödda och högutbildade.

Förbättrad säkerhet för patienterna är en av de viktigaste frågorna för alla som har att hantera hälso- och sjukvårdsfrågor. De regionala tillsynsenheterna rapporterar att många vårdgivare arbetar aktivt med att införa datoriserade avvikelse-system, vilket medför att man i större utsträckning sammanställer, analyserar och identifierar brister. Vårdgivarna är dock sämre på att göra riskanalyser för att i förväg finna risker och svagheter i verksamheterna. Under de två senaste åren har det skett en ökning av antalet anmälningar enligt den s.k. Lex Maria, dvs. anmälningsskyldighet för personal inom hälso- och sjukvården. Ökningen kan delvis förklaras av den förändring med utökad anmälningsskyldighet som infördes när det gäller att anmäla självmord. Anmälda ärenden har bl.a. gällt fel vid handhavande av medicintekniska produkter, hantering av läkemedel, samordnad vårdplanering, dokumentation samt informationsöverföring inom och mellan vårdgivare.

Dagmaröverenskommelsen 2007 innehöll ett flertal satsningar på utvecklad informationsför-sörjning. En enhetlig informationsstruktur, ett gemensamt fackspråk för vård och omsorg samt samordnade IT-system har stor betydelse för såväl tillgänglighet som kvalitet och patientsäkerhet.

Det behövs bättre kunskap om hur vanligt det är att patienter skadas i vården. Socialstyrelsen har därför genomfört en nationell kartläggning av antalet vårdskador i Sverige. Undersökningen av antalet vårdskador i slutenvård genomfördes hösten 2007 och presenterades i början av juni 2008. Resultatet av mätningen visar att 8,6 procent av patienterna får någon form av skada i samband med vården. Totalt kan det handla om cirka 100 000 vårdskador och 630 000

extra vårddyggn under ett år. Någon statistiskt säkerställd skillnad i förekomsten av vårdskador mellan kvinnor och män framkom inte. Det långsiktiga syftet med kartläggningen är att fler ska arbeta aktivt med att förebygga undvikbara skador hos patienterna. Många landsting har redan börjat identifiera och kvantifiera vårdskador med liknande metoder som den Socialstyrelsen använt sig av i undersökningen.

Som ett led i arbetet med att hantera patientsäkerhetsfrågorna och mot bakgrund av att dessa frågor ligger högt upp på agendan både nationellt och internationellt tillsatte regeringen våren 2007 en Patientsäkerhetsutredning som ska lämna sina förslag senast den 31 december 2008. Detta initiativ utgör en del av den Operation Patientsäkerhet som regeringen lanserade under 2007 i syfte att förbättra säkerheten i vården.

Kvalitetsutveckling inom tandvården

Antalet Lex Maria-ärenden från tandvården är begränsat, men Socialstyrelsens intryck är att antalet vårdrelaterade infektioner, liksom händelser där läkemedel är inblandade, tycks öka inom tandvården. En granskning av remisshanteringen vid folktandvårdskliniker för allmän tandvård visade att de flesta klinikerna hade genomtänkta och fungerande rutiner vad gäller utgående remisser, men inte lika utvecklade rutiner för inkommande remisser.

Socialstyrelsen har svarat för informationsinsatser för att öka medvetenheten inom tandvården om riskerna när det gäller vårdrelaterade infektioner, samt för att förbättra inrapporteringen till organisationernas avvikelsehanteringssystem.

Socialstyrelsen anser att de stora riskerna inom tandvården finns inom patientgrupper med låg autonomi, främst barn och sådana äldre som inte själva kan påkalla uppmärksamhet omkring sina tandbesvär.

Nationell cancerstrategi

Socialstyrelsen pekade i rapporten Cancervården i Sverige år 2007 på att det finns vissa brister inom svensk cancervård och att incidens och prevalens förväntas öka under de kommande 10–15 åren. Under 2007 fattade därför regeringen beslut om direktiv till en särskild utredare som ska lämna förslag till en nationell cancerstrategi utifrån ett helhetsperspektiv. Strategin ska omfatta primär och sekundär prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård, kunskapsbildning och kunskaps-spridning. I upp-

draget ingår att ta ställning till hur patientperspektivet kan stärkas. Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2009.

Stimulansbidrag för vård och omsorg om äldre

Åren 2007 och 2008 avsatte regeringen knappt 1,4 miljarder kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting inom äldreområdet. Sju områden är prioriterade, däribland läkartillgång, läkemedelsgenomgångar och demensvård. Socialstyrelsen redovisar att både kommuner och landsting använder mest medel till rehabilitering, läkemedelsgenomgångar och demensvård. Stimulansbidraget gör det möjligt för huvudmännen att samarbeta inom eftersatta områden. Närmare information om satsningarna finns under området Äldrepolitik, avsnittet 8.4 Resultat.

4.5.6 Psykiatri

Regeringen har vidtagit ett flertal åtgärder för att stödja huvudmännen i deras arbete med att förbättra vård och stöd till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Efter förslag från regeringen, beslutade riksdagen att satsa 500 miljoner kronor per år 2007 och 2008, samt 250 miljoner kronor per år därefter på insatser för att utveckla psykiatri.

Regeringens förslag tar till stor del sin utgångspunkt i betänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) samt betänkandet *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100). Betänkandena har remissbehandlats och beredningen av dem påbörjades i Regeringskansliet under 2007 och fortgår under 2008.

Regeringen beslutade i augusti 2006 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur myndighetens stöd till utveckling inom den psykiatriska hälso- och sjukvården och till kommunernas verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning ska organiseras. I avrapporteringen av uppdraget redogör Socialstyrelsen för syfte, mål och huvudsaklig inriktning av hela myndighetens stöd till de berörda verksamheterna, samt de aktiviteter som pågår, planeras eller kommer att påbörjas. Socialstyrelsen betonade arbetets långsiktiga karaktär. Under 2007 har Socialstyrelsen genom projektet NU!

(Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder) förstärkt och samordnat myndighetens arbete inom psykiatriområdet.

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen under 2007 fördelat 150 miljoner kronor till kommuner för att förbereda och fortsätta utveckla sociala insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning inför en reform inom den psykiatriska tvångsvården. Regeringen lämnade i februari 2008 propositionen *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården* (prop. 2007/08:70) till riksdagen. Syftet med den nya vårdformen är att tillgodose vårdbehovet hos de patienter som inte kan ta emot erforderlig psykiatrisk vård på frivillig väg, men som inte behöver vårdas på en sjukvårdsinrättning för att kunna ges psykiatrisk vård. Reformen trädde i kraft den 1 september 2008.

Regeringens mest omfattande satsning inom psykiatriområdet har riktats till barn och ungdomar med psykisk ohälsa. På regeringens uppdrag fördelade Socialstyrelsen 214 miljoner kronor till landstingen med syfte att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra kvaliteten i, och öka tillgängligheten till, verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen beskriver i uppföljningen, den 1 mars 2008, att tiden för uppdraget till landstingen har varit för kort för att Socialstyrelsen ska kunna utvärdera satsningen. Uppföljningen visar dock att drygt en tredjedel av de 174 planerade satsningarna i landstingen hade kommit igång den 1 mars 2008. De flesta landsting uppger att de satsar på första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Landstingen understryker vikten av att ge rätt vård på rätt vårdnivå och samverkan med andra aktörer är omfattande. Landstingen anger att de haft för lite tid för planering, samverkan och förberedelser och lyfter fram kortsiktigheten i satsningen som ett problem.

Regeringen uppdrog 2007 åt Socialstyrelsen att inrätta ett nationellt centrum för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa, Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa – UPP. Centrumets uppgifter ska vara att samlas, 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. Centrumet har i samverkan med Sveriges Kommuner och Lands-

ting (SKL) påbörjat en inventering av de metoder och strukturerade arbetssätt som används i landet när det gäller förebyggande insatser, tidig upptäckt och tidiga insatser av stöd- och behandlingskaraktär.

År 2007 publicerade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna skapar nya möjligheter för en evidensbaserad vård och behandling bl.a. för personer med en psykisk sjukdom och ett samtidigt missbruk. Riktlinjerna omfattar både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet. Under 2008 avsatte regeringen 28 miljoner kronor för att stödja huvudmännen att implementera riktlinjerna i sin verksamhet. Medlen ska användas i enlighet med en överenskommelse mellan staten och SKL. Överenskommelsen avser 2008, men utgångspunkten är att arbetet ska vara långsiktigt.

Regeringen beslutade 2007 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården. En aktiv och effektiv tillsyn av den psykiatriska hälso- och sjukvården i syfte att stärka patientsäkerheten ska prioriteras. Socialstyrelsen gavs vidare i uppdrag att 2007 utbetala 6,3 miljoner kronor till Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) för att utveckla och förstärka specialistkompetenskurserna (SK-kurser) i psykiatri, samt att stödja utvecklingen av en högskoleutbildning inom området psykisk hälsa med inriktning mot särskilt komplicerad problematik.

Regeringen beslutade att bevilja 4 miljoner kronor 2007 till ett projekt för förstärkning av vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med den överenskommelse som regeringen och SKL har ingått om satsning på barn- och ungdomspsykiatri. Barn- och ungdomspsykiatriens behov behövde kartläggas inför en förstärkning av vårdgarantin. I rapporten framkommer att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri är bristfällig på många håll i landet och att det förekommer stora regionala skillnader i detta avseende. SKL gör bedömningen att en förstärkt vårdgaranti kan uppnås till 2011. Den innebär att besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska kunna erbjudas inom 30 dagar (istället för de 90 dagar som anges i överenskommelsen om vårdgaranti) och att behandling ska kunna erbjudas inom 30 dagar (istället för 90 dagar) från att beslut om behandling fattats.

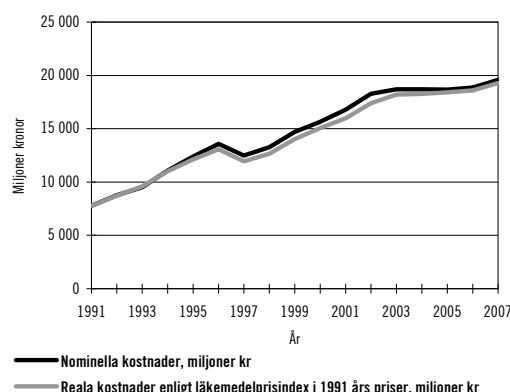
Socialstyrelsen gavs i uppdrag att under 2007 utbetala 5 miljoner kronor till Föreningen Nationella Hjälpelinjen för att driva en telefonjour för personer i psykisk kris. Socialstyrelsen bedömer i sin rapport i mars 2008 att Föreningen Nationella Hjälpelinjen utgör ett värdefullt komplement till det som samhället i övrigt har att erbjuda människor i akut psykisk kris. Socialstyrelsen bedömer att föreningen på ett förtjänstfullt sätt utvecklat verksamhetens innehåll och kvalitet. Föreningen Nationella Hjälpelinjen har dock inte nått upp till det i avtalet stipulerade antalet besvarade samtal. Det är Socialstyrelsens uppfattning att det bör vara möjligt att nå målet inom ramen för tilldelat bidrag.

Socialstyrelsen gavs i uppdrag att 2007 utbetala 3 miljoner kronor till Riksförbundet Attention för vidare fördelning av medlen till patient-, brukar- och anhörignätverket Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). Socialstyrelsen konstaterade i sin lägesrapport i mars 2008 att NSPH på kort tid lyckats med att starta ett bra utvecklingsarbete utifrån det uppdrag man har. Efterfrågan är stor på NSPH:s deltagande i olika arbetsgrupper vid Socialstyrelsen och andra myndigheter. Regionala nätverk finns eller är på gång i flera delar av landet.

4.5.7 Läkemedel

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick 2007 till cirka 19,9 miljarder kronor.

Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 1991–2007 (exklusive moms)



Av Socialstyrelsens rapport, Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos, från september 2007 framgår bl.a. att kostnaderna för

läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna endast ökade marginellt 2003–2006. Sedan slutet av 2006 pekar trenden dock uppåt.

De mest kostsamma läkemedelsgrupperna för läkemedelsförmånerna är immunsuppressiva medel, insuliner och adrenergika inhalationer. Ett annat område som visar snabba kostnadsökningar är perorala cancerläkemedel. Kostnaderna för antidepressiva medel, magsårsmedel och blodfettssänkande medel fortsätter däremot att minska efter patentutgångar. Intresset för vacciner har ökat de senaste tio åren och forskningen inkluderar både förebyggande och terapeutiska vacciner. Av de vacciner som har introducerats nyligen är det främst vaccin mot humant papillomvirus som har fått stor uppmärksamhet. Vaccinet är framtaget för att förebygga livmoderhalscancer och ingår i läkemedelsförmånerna för vaccination av unga kvinnor i åldrarna 13–17 år. Ett annat preparat som nyligen har kommit är ett vaccin mot pneumokocker för små barn.

Förbrukningsartiklar står för en betydande del av landstingens läkemedelskostnader. Förmåns-kostnaden för förbrukningsartiklar har dock minskat p.g.a. att flera landsting har centraliserat upphandlingen och ändrat sina distributionsrutiner.

Socialstyrelsens läkemedelsregister visar att det genomsnittliga antalet dygnsdoser som hämtas ut per patient och det genomsnittliga antalet läkemedel som används per patient stiger med åldern. Registret visar också att kvinnor använder mer läkemedel än män och att läkemedelsanvändningen intensifieras bland personer över 45 år.

Tabell 4.8 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2003–2007 (inkl moms)

Miljoner kronor

År	2003	2004	2005	2006 ⁴	2007 ⁴
Läkemedelsförmånerna	18 985	19 015	18 981	19 171	19 910
Egenavgift	4 967	5 013	5 006	5 043	5 181
Andel egenavgift ¹	20,7 %	20,9 %	20,9 %	20,8 %	20,6 %
Sluten vård ²	3 151	3 734	4 342	5 007	5 673
Receptfritt ³	2 718	2 883	3 106	3 379	3 639
Total	29 821	30 645	31 435	32 600	34 403
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna	12,6 %	12,6 %	12,5 %	12,2 %	— ⁵

¹ Som andel av förmån + egenavgift

² Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk

³ Avser läkemedel på rekvisition inom sluten och öppen vård

⁴ Preliminära siffror

⁵ Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas

Källor: Apoteket AB, Nationalräkenskaperna, SCB

I överenskommelsen om statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2008 kom staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överens om att den långsiktiga läkemedelsanvändningen behöver effektiviseras. För att uppnå detta tillsattes en arbetsgrupp med representanter från landstingen, SKL, Regeringskansliet och Socialstyrelsen. Ett övergripande mål för arbetet är att öka patientnyttan och förbättra patientsäkerheten. Ambitionen är att skapa förbättrade förutsättningar för en mer rationell och effektiv förskrivning och användning av läkemedel och förbrukningsartiklar. Arbetsgruppen arbetar utifrån 16 punkter som framgår av överenskommelsen. Punkterna handlar om att se över möjligheterna att förbättra styrning, uppföljning och användning på läkemedelsområdet. Det primära syftet med punkterna är att effektivisera läkemedelsanvändningen. I februari 2009 ska arbetet summeras i en handlingsplan.

4.6 Analys och slutsatser

I nedanstående avsnitt analyseras tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet i relation till de mål som gäller 2008. I avsnittet dras även slutsatser utifrån analysen.

4.6.1 Tillgänglighet

Många av de faktorer som kan ge upphov till långa vårdköer är ett uttryck för brister inom den svenska hälso- och sjukvården. Det är dock, enligt Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin 2008, viktigt att komma ihåg att vårdköerna också är kopplade till en positiv aspekt av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, nämligen en låg tröskel till hälso- och sjukvården när det gäller andra tillgänglighetsaspekter än väntetider. Förhållandevis låga egenavgifter bidrar t.ex. till att många kan söka den vård de behöver.

För att öka vårdens tillgänglighet och kvalitet har staten sedan ett antal år tagit flera viktiga initiativ till samarbete med landstingen. Bland annat bedrivs ett arbete med SKL för att etablera en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning via Internet och telefon genom tjänsterna Sjukvårdsrådgivningen.se och Sjukvårdsrådgivningen 1177. Tjänsten kommer under 2009 att utvidgas till att omfatta även personlig information om den egna hälsan och elektronisk tillgång till utdrag ur patientjournalen. I dagsläget sker redovisning av vårdens kvalitet inom ramen för öppna jämförelser. För att öka ungdomars tillgänglighet till vård och stöd lanseras i november 2008 en webbaserad ungdomsmottagning. Den kommer att erbjuda information och rådgivning i frågor som rör ungdomars hälsa och välbefinnande.

Väntetiderna varierar fortfarande betydligt, såväl mellan sjukhus inom ett och samma landsting som mellan landsting. En faktor som påverkar lokala och regionala väntetider är skillnader i medicinsk behandlingspraxis vilka innebär att patienter i olika delar av landet, i praktiken, inte får vård på lika villkor.

Det har länge funnits farhågor om att vårdgarantins konstruktion skulle kunna leda till att patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin trängs undan, exempelvis patienter med kronisk sjukdom som väntar på ett återbesök. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa huru-

vida undanträngning förekommer men anser att frågan bör bevakas även i fortsättningen.

Bilden av att vårdgarantins införande haft en påtaglig effekt under den första perioden som sedan klingade av, känns igen från andra reformer inom hälso- och sjukvårdsområdet. En förklaring till detta kan vara att den inledande fasen av en reform i regel karakteriseras av ett omfattande, tillfälligt projektarbete för att anpassa verksamheten till de nya kraven. Det finns dock ett antal exempel på landsting som kunnat visa upp en mer bestående minskning av väntetiderna. Landsting som arbetar systematiskt med förbättringsarbete har bättre tillgänglighet och lyckas i regel också skapa engagemang och förändringsvilja bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

Mot bakgrund av att vårdgarantin inte fungerar som det var tänkt behöver patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle utvecklas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren.

EU-kommissionens förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande vård – patientrörlighetsdirektivet – som i första hand syftar till att utveckla den inre marknaden genom att skapa ett tydligare rättsläge för patienters rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder är också av betydelse ur denna aspekt. Huvudregeln enligt förslaget är att patienter har rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder om samma eller liknande vård hade ersatts i patientens hemland.

Apoteksmarknaden

Det övergripande målet för läkemedelsförsörjningen är, i likhet med övrig hälso- och sjukvård, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En stor del av de behandlingar som i dag erbjuds patienter är olika läkemedelsterapier. Läkemedel är därför en viktig del av hälso- och sjukvården.

Detaljhandeln med läkemedel kan förbättras, framför allt ifråga om tillgängligheten för konsumenterna. I Sverige har varje öppenvårdsapotek att ombesörja läkemedelsförsörjningen för i genomsnitt cirka 10 000 personer. Jämfört med flera länder inom EU är detta förhållandevis många invånare per öppenvårdsapotek. Det finns

bara ett nattöppet apotek i landet, vilket i internationell jämförelse är lite. En konkurrensut-sättning av apoteksmarknaden bedöms leda till förbättrade öppettider, fler öppenvårdsapotek, lägre läkemedelspriser och ökad service.

I syfte att åstadkomma effektivisering, bättre tillgänglighet för konsumenterna, prispress och en säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning beslutade regeringen i december 2006 att tillkalla en särskild utredare. Utredningen, som antog namnet Apoteksmarknadsutredningen, har lämnat fyra delbetänkanden och lämnade i maj 2008 sitt slutbetänkande.

Apoteksmarknaden är komplex och påverkas inte bara av nationella faktorer utan även av globala förhållanden. Det finns därmed ett stort antal och ibland motstridiga intressen att beakta när givna förhållanden ska förändras. Det mest centrala och viktigaste är emellertid att apoteks-systemet är utformat för att ge en säker, ändamålsenlig och hållbar läkemedelsförsörjning på både kort och lång sikt. För att uppnå detta mål måste bl.a. statens och sjukvårdshuvudmännens berättigade intresse av kostnadskontroll beaktas. Även framgent är det viktigt att apoteksmarknaden präglas av en hög kompetens, säkerhet och kvalitet.

4.6.2 Patientens ställning

Ökad valfrihet inom hälso- och sjukvården kan stärka patientens ställning gentemot vården. Ökad valfrihet kan också stimulera kvalitetsutveckling genom att patienterna väljer den vård-givare som har bäst kvalitet, det skapar konkurrens som sporrar till förbättring. Valfrihet ställer dock samtidigt ökade krav både på vård-givarna att erbjuda och på medborgarna att ta till sig information om valmöjligheter, tillgänglighet och kvalitet.

Det finns en oro som grundar sig i en osäkerhet om äldres och sjukas möjligheter att agera som aktiva och medvetna konsument. Enligt en svensk studie ökar dock andelen som anser att det är viktigt att som patient kunna välja den läkare som ska utföra behandlingen, med stigande ålder (Anell m.fl. 2006). Det vore alltså fel att generellt hävda att aktiva och medvetna val är något som inte passar den äldre befolkningen. Istället bör man ställa som krav att system för valfrihet tar hänsyn till äldres och andra gruppers särskilda behov och förutsättningar. Till exempel

bör system för valfrihet inom vård och omsorg utformas så att de ger möjlighet till, men inte kräver, aktiva och medvetna val.

För att främja en bättre mångfald inom hälso- och sjukvården gav regeringen utredningen Patientens rätt i vården (S 2007:07) i uppgift att utreda och lämna förslag på hur fri etablering kan införas i primärvården. Utgångspunkten är att konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård.

Utredningen lämnade i april 2008 delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). Förslaget innebär att fri etablering ska införas genom att landstingen blir skyldiga att införa ett vårdvalssystem som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare.

4.6.3 Kunskapsbaserad vård

Den evidensbaserade medicinen har blivit en alltmer betydelsefull metod för att uppnå en effektiv och god vård. Den ambitiösa informationsstrategi som SBU hittills följt har bidragit till en god kännedom om SBU-rapporterna. SBU:s egen uppföljning visar att kunskapsutvärderingarna bl.a. resulterat i en effektivare hälso- och sjukvård. SBU-rapporterna används vidare i lokala vårdprogram och som underlag för statliga myndigheter som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvården tenderar dock, enligt SBU, att hellre ta till sig nya metoder än att utrangera behandlingar som visat sig vara mindre effektiva. För att resurserna ska nyttjas på ett effektivt sätt krävs det därför fortsatta ansträngningar så att framtagna kunskap tas tillvara.

Alltför många goda utvecklingsarbeten förblir isolerade företeelser, vilket innebär att patienter inte får den vård de borde erhålla enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. För att forskning om organisation, styrning och ledarskap m.m. ska få större genomslag i praktiken har regeringen fattat beslut om att förstärka finansieringen av forskningsprogrammet Vinnvård. Programmet syftar bl.a. till att arbetsplatserna i vård- och omsorgssystemet ska utveckla arbetsformer som ökar förmågan att ta till sig ny kunskap och därmed bli bättre på att effektivt omsätta kvalitetssäkrad kunskap till praktisk handling.

Enligt Socialstyrelsens årsredovisning 2007 visar uppföljningar att de nationella riktlinjerna

främst har hanterats av den medicinska professionen lokalt, regionalt eller i olika samman slutningar. Uppföljningen visar också att det går att hantera delar av implementeringen inom professionella nätverk fram till en punkt där prioriteringar i form av omfördelning och eventuella resurstillskott blir ofrånkomliga. Då måste även den politiska och administrativa ledningen ha tillräcklig kraft för att hantera situationen mer systematiskt än vad som hittills vanligtvis varit fallet.

4.6.4 Uppföljning

Till följd av tidigare konstaterade brister arbetar regeringen med insatser inom uppföljningsområdet. Det är angeläget att underlag för öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet utvecklas och kvalitetssäkras samt att insatser på nationell nivå koordineras bättre jämfört med vad som skett hittills. Tillgången på statistik är avgörande för en kunskapsbaserad styrning och utveckling av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I dag råder dock brist på statistik och kunskap om vilka resultat som åstadkoms inom flera områden.

Det finns behov av att fortsätta att utveckla den tekniska infrastrukturen för kvalitets- och hälsodataregistren. Avsaknaden av en enhetlig teknisk standard och gemensam informationsstruktur gör att inrapportering får ske manuellt, vilket skapar onödiga felkällor och utgör en omotiverad administrativ börda för personalen. Satsningar för att komma tillrätta med dessa problem pågår, bl.a. genom Socialstyrelsens projekt om att utarbeta en nationell informationsstruktur och ett gemensamt fackspråk för vård och omsorg baserat på Snomed CT. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har dessutom initierat en översyn av hur den tekniska utvecklingen för kvalitetsregistren ska organiseras och koordineras på lång sikt.

Mycket arbete pågår också för att ta fram kvalitetsindikatorer och att utveckla nya kvalitetsregister. Mot bakgrund av det förslag som presenterats avseende relationen mellan regeringen och de ideburna organisationerna på det sociala området är det, i arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer på hälso- och sjukvårdens område, viktigt att beakta den ideella sektorns särart, speciella behov och förutsättningar.

Det krävs vidare en bättre samordning på nationell nivå för att effektivt driva på utvecklingen av öppna jämförelser. Det arbete som har initierats i samverkan mellan Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL är ett viktigt led i denna utveckling. Utöver att alla medborgare har rätt att veta hur skattemedel används finns tre grundläggande syften med de öppna jämförelserna: De ska stödja medborgare att göra informerade fri val, utgöra underlag för nationella policybeslut och oberoende granskning samt stödja verksamhetsnära beslutsfattande, systematiskt förbättringsarbete och forskning. Arbetet sker i nära samverkan med socialtjänstområdet så att uppföljningen kan utvecklas utifrån ett helhetsperspektiv.

Medborgarna saknar i dag möjlighet att på ett enkelt sätt få samlad information om hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Likaså saknar de politiska beslutsfattarna möjlighet att löpande avläsa effektivitet och kvalitet inom hälso- och sjukvården och även avläsa utfall av politiska reformer. Med anledning av detta är arbetet med att följa upp och granska sjukvårdens samlade prestationer, bl.a. genom öppna jämförelser, en viktig och prioriterad fråga.

4.6.5 Kvalitetsutveckling

För att ytterligare kunna förbättra vårdens kvalitet är det viktigt, för såväl patienter som vårdgivare, att på ett öppet och tillgängligt sätt redovisa resultat om vårdens prestationer. Erfarenheterna från de uppföljningar och utvärderingar som genomförs måste tas tillvara och systematiskt leda till förbättringar i den vård som levereras.

Rapporten Öppna jämförelser som stimulans till förbättring (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2007) visar bl.a. på att öppna jämförelser på landstingsnivå har bidragit till att medicinska resultat lyfts fram i uppföljningen. Därutöver har de bidragit till att landstingsledningarna i högre grad efterfrågat analyser och åtgärder med anledning av utfallet. För att ge ytterligare incitament till kvalitetsutveckling har regeringen under 2007 fattat beslut om ett flertal projekt som syftar till att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården. Projekten som drivs dels av Socialstyrelsen, dels av SKL, påbörjades under våren 2008.

Den nationella IT-strategin för vård och omsorg (skr. 2005/06:139) är en central komponent i arbetet med att löpande förbättra och utveckla hälso- och sjukvårdens kvalitet. En ambitionshöjning har skett under 2007–2008 för att höja utvecklings- och införandetakten av nya nationella IT-tjänster. Bland annat har regeringen presenterat en ny lag – patientdatalagen (2008:355) – som möjliggör en säker och effektiv hantering av information inom hälso- och sjukvården. Vidare har SKL upphandlat gemensamma tjänster för en säker informationsförsörjning, vilka nu stegvis kommer att införas i landstingen.

Internationellt och i flera medlemsstater inom EU har undersökningar om förekomsten av skador inom vården genomförts vilka sammantaget indikerar att cirka en av tio patienter drabbas av någon form av vårdskada. Socialstyrelsens nationella vårdskademätning visar att förekomsten av skador inom somatisk slutenvård i Sverige är i paritet med dessa resultat. Detta visar också att det finns en stor förbättringspotential och behov av mer samarbete på området för att förbättra kunskapen om orsakerna till bristande säkerhet inom hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsutredningen lämnar sina förslag i slutet av december 2008 och kommer att ligga till grund för regeringens fortsatta arbete för att utveckla säkerheten inom hälso- och sjukvården.

Den nya patientdatalagen ger vårdgivarna nya möjligheter att minimera risken för vårdskador och felbehandlingar genom att nödvändig medicinsk information nu kan vara tillgänglig för behörig vårdpersonal, om patienten samtycker till detta. De nya IT-system som krävs för en sammanhållen journalföring införs stegvis i landstingen med start vintern 2008/2009.

4.6.6 Psykiatri

Det är landsting och kommuner som ansvarar för den psykiatriska hälso- och sjukvården och stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning. Regeringen har tillsatt ett antal utredningar för att undersöka och kartlägga situationen inom psykiatrins olika verksamhetsområden. Dessa utredningar har, tillsammans med rapporter från bl.a. Socialstyrelsen, identifierat tillkortakommanden inom psykiatrin. Regeringen genomför vissa strategiska satsningar för att stödja huvudmännen i deras arbete med att åtgärda brister och förbättra psykiatrin.

En av de brister som har identifierats är tillgängligheten till psykiatrisk hälso- och sjukvård, framför allt till barn- och ungdomspsykiatrin. Väntetiderna till psykiatrin för barn och unga är på många håll i landet längre än 90 dagar som är den övre gränsen för väntetider enligt vårdgarantin. Med en stärkt första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa skulle många av dem som väntar kunna få hjälp tidigare i vårdkedjan än inom specialistpsykiatrin. Regeringen har genomfört satsningar under 2007 och 2008 för att stödja landstingen att förbättra tillgängligheten till psykiatrin för barn och unga.

Ett annat problem inom psykiatrin är bristfällig verksamhetsuppföljning. För att kunna avgöra vilka områden inom psykiatrin som är i störst behov av förbättringsarbete krävs heltäckande och tillförlitliga verksamhetsuppföljningar samt kvalitetsmätningar. Tillgången på data måste förbättras för att kunna åstadkomma tillfredsställande verksamhetsuppföljningar. För att bättre kunna mäta kvalitet inom psykiatrin har regeringen ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting med syftet att förbättra och utvidga psykiatrins kvalitetsregister.

Ett tredje problem är bristen på specialistläkare i psykiatri. Bristen har konstaterats i såväl slutbetänkandet *Ambition* och ansvar (SOU 2006:100) som i ett flertal rapporter som har inkommit till regeringen från Socialstyrelsen. I Socialstyrelsens lägesrapport för hälso- och sjukvård 2007 framförs att en ökad tillgång på psykiater är en förutsättning för ökad kvalitet och patientsäkerhet inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. För att främja att fler läkare väljer att specialisera sig i psykiatri har regeringen under 2008 genomfört en satsning där allmäntjänstgörande läkare erbjuds förlängd tjänstgöring inom psykiatrin med fördjupande utbildning inom området.

4.6.7 Läkemedel

När Läkemedelsförmånsnämnden bedömer om ett läkemedel ska subventioneras utgår de ifrån ett helhetsperspektiv, där medicinska, humanitära och samhällsekonomiska aspekter vägs in. I denna avvägning utgår beslutskriterierna från de tre principerna om människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet. I det prin-

cipiellt intressanta målet om läkemedel mot erektil dysfunktion har Regeringsrätten i sin dom från mars 2008 inte invänt mot Läke- medelsförmånsnämndens bedömning att hel- hetsperspektivet ska vara avgörande för om ett läkemedel ska omfattas av samhällets subvention eller inte. Läke- medelsförmånsnämnden besluta- de 2003 att avslå en subventionsansökan om läkemedel mot erektil dysfunktion. Beslutet överklagades och i mars 2008 beslutade Rege- ringsrätten att de aktuella läkemedlen inte ska omfattas av läke- medelsförmånerna.

Läke- medelsförmånsnämndens beslut har bi- dragit till att kostnadsökningen för läke- medels- förmånerna dämpats. Under 2007 fattade myn- digheten över 10 000 prisändringsbeslut, varav majoriteten var prissänkningar. Genomgången av läke- medel mot astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hosta har frigjort cirka 33 miljoner kronor per år. Genomgången av läke- medel mot högt blodtryck beräknas spara cirka 30 miljoner kronor per år. Många företag har i samband med genomgången valt att sänka priserna på sina läke- medel för att få behålla sin subvention. Dessa prissänkningar motsvarar en besparing på 115 miljoner kronor per år. Ytter- ligare besparingar kan uppkomma på läke- medelsförmånerna om subventionsbegräns- ningarna för ytterligare ett antal läke- medel följs av förskrivarna.

Landstingen har under ett antal år fört över läke- medel från öppenvården till slutenvården vilket har lett till vissa kostnadsminskningar inom läke- medelsförmånerna. Läke- medels- kostnaderna i slutenvården, som utgör en knapp femtedel av de totala läke- medelskostnaderna, har delvis som en följd av överföringarna ökat mellan 2001 och 2006. Vissa faktorer förväntas under de kommande åren dämpa kostnads- utvecklingen på läke- medelsområdet. Läke- medelsförmånsnämndens läke- medelsgenom- gångar på förhållandevis stora terapiområden kommer att realiseras de närmaste åren och ett antal läke- medelspatent med större försäljnings- volym kommer att löpa ut 2009 och 2011.

Den konkurrens som det generiska utbytet skapar mellan läke- medelsföretagen pressade ner prisnivån med ytterligare 1,6 procentenheter under 2007. Totalt sett har prisnivån sjunkit med 22 procent de senaste fem åren. Räknat i kronor innebär det att kostnaderna för läke- medel inom förmånerna är cirka 5 miljarder kronor lägre i

dag, jämfört med om priserna legat kvar på 2002 års nivå.

4.6.8 Tandvård

Den tandvårdsreform som genomfördes under 2008 har flera syften. Genom det nya statliga tandvårdsstödet konstruktion och nivåer ska reformen bidra till att öka tandvårdens tillgäng- lighet för personer som i nuläget avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Målet med det allmänna tandvårdsbidraget är att en större andel ska stimuleras till att besöka tandvården i de åldersgrupper där besöksfrekvensen i dag är oro- väckande låg. På så sätt ökar förutsättningarna att bibehålla och förbättra tandhälsan.

Reformen syftar också till förbättringar av vårdens kvalitet. Statligt tandvårdsstöd ska endast betalas ut för tandvård som bedöms uppfylla kriterierna för att vara ersättnings- berättigande. Vid denna bedömning ska kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna. Vården ska också ha en vävnadsbevarande inriktning. För att ge underlag för framtida beslut om ersättningsberättigande tandvård ska Socialstyrel- sen utarbeta nationella riktlinjer och kvalitets- indikatorer för tandvården. För kvalitets- utvecklingen är det också viktigt att det inrättas nationella kvalitetsregister för olika delar av tandvården. I nuläget är ett par register under uppbyggnad. Från och med 2008 avsätter rege- ringen särskilda medel för bidrag till kvalitets- register.

Det är viktigt att följa upp tandvårdsreformen ur olika perspektiv. Ett grundläggande syfte med reformen är att främja en god tandhälsa. För att bedöma om detta syfte uppnås behövs uppfölj- ning under en längre tid. Tandhälsoutvecklingen kommer att följas med hjälp av ett särskilt tand- hälsoregister som inrättas vid Socialstyrelsen.

I samband med tandvårdsreformen vidtas ett flertal åtgärder som ska bidra till en bättre funge- rande tandvårdsmarknad. Främst sker detta genom att patienternas möjligheter till informa- tion om t.ex. olika behandlingsalternativ och den egna tandhälsan förbättras. I samband med be- sök och behandling hos tandvården ska in- formation ges i form av exempelvis prislister, behandlingsplaner och undersökningsprotokoll som ger patienten upplysning om hans eller hennes tandhälsa och råd om egenvård. En elek- tronisk prisjämförelsetjänst utvecklas hos

Försäkringskassan och beräknas vara i kraft under hösten 2008.

4.7 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen (RiR) har i rapporten Statens insatser vid anmälningar av vårdskador – kommer patienten till tals? (RiR 2007:23) som kom i slutet av november, granskat om regeringen, Socialstyrelsen och HSAN gjort vad som åligger dem när det gäller hanteringen av anmälningar av vårdskador.

RiR har i rapporten bl.a. pekat på att det i HSAN:s information till allmänheten saknas information om vad det innebär att vara part i HSAN och att HSAN borde hänvisa felaktigt inkomna ärenden till andra myndigheter etc. i högre grad än vad som görs.

RiR menar att Socialstyrelsen saknar en nationell bild av vårdskadeanmälningar och i sitt arbete med att återföra kunskap till hälso- och sjukvården, inte använder sig av den information om vårdskador som finns i anmälningar från patienter, dvs. de anmälningar som HSAN och patientnämnderna förmedlar till myndigheten. Socialstyrelsen gör sedan 2004 inga nationella sammanställningar av patientnämndernas verksamhet, vilket medför att vare sig Socialstyrelsen, hälso- och sjukvården eller regering och riksdag kan få en helhetsbild av vilka klagomål patienter har lämnat till nämnderna.

RiR har även uppmärksammat att regeringen tidigare gett Socialstyrelsen ett mycket stort handlingsutrymme att påverka arbetssättet inom anmälningssystemet. Riktningen har gått från ett individinriktat till ett mer systeminriktat synsätt. Socialstyrelsen har därmed i allt färre fall ansett att det finns skäl att anmäla vårdpersonal till HSAN för disciplinpåföljd. Det finns enligt RiR en risk för att vårdpersonal i vissa fall inte anmäls till HSAN trots att de kan ha gjort sig skyldiga till något som enligt HSAN skulle ha kunnat innebära en disciplinpåföljd.

Riksrevisionen lämnar också rekommendationer till regeringen för att komma till rätta med de uppmärksammade bristerna. Regeringen bör enligt Riksrevisionen överväga att föreslå att riksdagen mildrar kravet i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område om att patienten ska peka ut vilken person som var ansvarig för den vård som anmäls.

Regeringen rekommenderas också att ge tilläggsdirektiv till Patientsäkerhetsutredningen om att uppmärksamma de konsekvenser som Socialstyrelsens ändrade praxis leder till, när det gäller vilka Lex Mariaärenden som ska överlämnas till HSAN. Slutsatserna av granskningen har överlämnats till riksdagen i form av en redogörelse. I juni 2003 lämnade riksdagens revisorer rapporten 2002/03:20 Att förebygga vårdskador, statliga åtgärder för patientsäkerhet. I rapporten föreslogs att statens handlingsmöjligheter för att förebygga vårdskador borde utvecklas. Detta skulle enligt riksdagens revisorer förutsätta ett fortsatt utredningsarbete. Exempelvis föreslog revisorerna att regeringen borde se över systemet med Lex Maria. Regeringen gör bedömningen att Patientsäkerhetsutredningens uppdrag och mandat väl täcker in de förslag om åtgärder som Riksrevisionen, och tidigare riksdagens revisorer, lämnat och att ett tilläggsdirektiv till utredningen därför inte är nödvändigt.

Riksrevisionen har vidare granskat årsredovisningarna, räkenskaperna och verksamheten för budgetåret 2007 för samtliga myndigheter inom politikområde Hälso- och sjukvårdspolitik. Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för myndigheterna. Regeringen hänvisar i övrigt i denna del till utgiftsområde 24, avsnittet Regeringens redogörelse med anledning av Riksrevisionens iakttagelser.

4.8 Politikens inriktning

Regeringen ska skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov och patientens önskemål. En god hälso- och sjukvård innebär att vården ska vara tillgänglig och att det ska gå snabbt och enkelt att komma i kontakt med vården, att vården ska vara kunskapsbaserad samt att vården ska bedrivas på ett, i övrigt, effektivt sätt.

Regeringen har flera strategier för att skapa förutsättningar för en god vård. En av dessa är att öka mångfalden av vårdgivare. Regeringen arbetar för att stimulera eget företagande och underlätta för nya aktörer att etablera sig inom hälso- och sjukvården. Detta är i syfte att bredda utbudet av vårdgivare och därmed ge patienterna möjlighet att välja vårdgivare efter behov och önskemål. Fler vårdgivare ger också ökad kon-

kurrens, som i sin tur kan fungera som en drivkraft för kvalitetsförbättringar. Ett bredare utbud och en ökad valfrihet bidrar därmed också till att stärka den utvecklingskraft och tillväxtpotential som finns i gles- och landsbygder, små och medelstora städer samt storstadsområden.

Verket för näringslivsutveckling (Nutek) kommer under 2008 på regeringens uppdrag ta fram ett handlingsprogram för att främja entreprenörskap och en vägledning för upphandlingar inom hälso- och sjukvården samt omsorgen. Regeringens fortsatta satsningar i denna del kan samordnas med regeringens föreslagna satsning på ett nationellt upphandlingsstöd, se utgiftsområde 2, avsnitt 4.4.

Även de idéburna organisationerna är viktiga inom vården. Regeringen presenterade under våren 2008 ett förslag till överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de idéburna organisationerna på det sociala området. De åtaganden som gjorts i överenskommelsen ska fullföljas.

Som ett led i arbetet med att ytterligare utveckla mångfalden inom vården för att därigenom förbättra såväl tillgängligheten till den samma som patientens möjligheter till ett fritt vårdval, överlämnade regeringen särskilde utredare – Patientens rätt i vården (S 2007:07) ett delbetänkande i april 2008, Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). Utredarens förslag är att det ska bli möjligt att fritt etablera sig som vårdgivare i primärvården med rätt till offentlig ersättning. Utredaren föreslår vidare att bestämmelsen om att en fast läkarkontakt i primärvården måste vara specialist i allmänmedicin, ska tas bort. Utredarens förslag bereds vidare i Regeringskansliet.

Regeringen finner det otillfredsställande att den nationella vårdgarantin, trots stora ekonomiska satsningar under de senaste åren, inte uppfyller de fastställda målen. Utredningen om Patientens rätt i vården har, bl.a. med anledning av detta, i uppdrag att presentera förslag till en lagreglering av såväl den nationella vårdgarantin som fritt vårdval.

Ur ett patientperspektiv är en god tillgänglighet till hälso- och sjukvården helt avgörande för individens trygghet och välbefinnande. Regeringen har därför under en rad år gjort betydande satsningar för att landstingen ska uppnå målen i vårdgarantin. Trots detta visar en uppföljning från mars 2008 att det fortfarande finns

stora brister i tillgängligheten, och att det finns kraftiga variationer mellan landstingen.

Regeringen har initierat ett omfattande förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården för att stärka patientens ställning och skapa nya möjligheter att mäta vårdens kvalitet och effektivitet genom öppna jämförelser. Ny lagstiftning, ökade investeringar i kvalitetsregister och nationella och regionala IT-stöd är exempel på insatser som förbättrar förutsättningarna för en stärkt uppföljning av såväl vårdkvalitet som väntetider.

Mätningarna visar dock tydligt att den nuvarande modellen för tillgänglighetsåtgärder inte ger avsedd effekt. Regeringen föreslår därför att nya medel satsas och fördelas genom en ny prestationsbaserad ersättningsmodell. Avsikten är att genom tydliga incitament ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin.

Regeringen satsar 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2010 i syfte att eliminera de vårdköer som i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar samhällets kostnader för hälso- och sjukvården. Regeringens ambition med denna satsning är att både stimulera en snabb tillgänglighetsförbättring liksom ett långsiktigt hållbart effektiviserings- och kvalitetsarbete för att åstadkomma bestående förbättringar av bl.a. tillgängligheten.

Regeringen avser under hösten 2008 inleda förhandlingar om ett avtal med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som reglerar de kriterier som landstingen ska möta för att statlig ersättning ska utbetalas i takt med att landstingen uppfyller vårdgarantin. Ersättningen till landstingen ska baseras på prestation och följsamhet till vårdgarantin. Sammantaget innebär satsningen en ambitionshöjning där regeringen tar ett samlat grepp över näraliggande initiativ för att skapa en hälso- och sjukvård som kännetecknas av ett tydligt patientfokus, god tillgänglighet, hög kvalitet och ett stort mått av valfrihet.

Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål. 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. Hänsyn måste också tas till att barn har särskilda förutsättningar och behov som kan skilja sig från vuxnas, likaså till att flickor och pojkar har delvis olika behov. Alla

patienter ska känna en trygghet och visshet i att den vård som ges dels är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, dels utförs på ett effektivt och säkert sätt. Arbetet med att säkerställa att alla patienter faktiskt erhåller all den vård man bör få enligt tillgänglig kunskap är, enligt regeringen, ytterst viktigt. Regeringen ger därför fortsatt prioritet åt arbetet med att ta fram och implementera kunskapsunderlag och riktlinjer för hälso- och sjukvården inklusive tandvården.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i uppdrag att kritiskt granska de metoder som används i vården, dels för att visa vilka behandlingar som är bäst, dels för att göra vårdgivare och andra aktörer uppmärksamma på vilka metoder som inte har önskvärd effekt och som därmed inte längre bör användas. Parallellt med de kunskapsunderlag som sammanställs har SBU på uppdrag av regeringen startat en upplysningstjänst som vänder sig till de inom vården som snabbt behöver en kunskaps-sammanställning på ett visst område. Regeringen anser att den typen av informationsspridning är en viktig del i arbetet med att effektivisera vården och avser att följa utvecklingen. Regeringen stödjer, och avser även fortsättningsvis att stödja, kunskaps-spridning och kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården genom de satsningar som funnits i Dagmaröverenskommelserna.

Att det alltjämt förekommer regionala skillnader vad gäller såväl val av behandlingsmetoder som resultat och prestationer, innebär att det finns stora förbättringsmöjligheter för svensk hälso- och sjukvård. Öppna jämförelser är en viktig komponent för att tillhandahålla underlag för medborgare och patienter att välja vårdgivare, underlag för policybeslut och oberoende granskning, samt underlag till fördjupade analyser och jämförelser som stimulerar vården att förbättra kvaliteten och effektiviteten. Med anledning av områdets angelägenhet har en arbetsgrupp tillsatts inom Regeringskansliet med uppdrag att utforma en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Arbetet drivs i samverkan mellan Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL och Vårdföretagarna. Avsikten är att förbättra den nationella samordningen och bidra till en nationell struktur för den fortsatta utvecklingen av öppna jämförelser. Regeringen understryker att det inte är tillräck-

ligt att enbart följa upp och jämföra vårdens prestationer. Analyser av kvalitet och resultat måste ske och kunskap som genereras utifrån den öppna redovisningen måste på ett systematiskt sätt tas tillvara och leda till förändringar, som ger en förbättrad kvalitet, effektivitet och tillgänglighet. I detta sammanhang är satsningen på öppna jämförelser en viktig del i ett större reformpaket som syftar till att stärka patientens ställning.

Parallellt med detta arbete kommer regeringen att initiera ett arbete om bildandet av en strukturellt fristående och oberoende granskningsfunktion av hälso- och sjukvården. Avsikten är att förstärka arbetet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet.

En viktig grupp, där det i Sverige för närvarande råder brist på arbetskraft, är hälso- och sjukvårdsutbildade personer. Den nuvarande ordningen för erkännande av hälso- och sjukvårdsutbildningar från länder utanför EU/EES inklusive Schweiz medför att det för många yrkesutövare tar lång tid innan de kan få behörighet och därigenom tillträde till den svenska arbetsmarknaden. I departementspromemorian Vägen till svensk legitimation för personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från tredje land (Ds 2007:45) finns förslag om en rättssäker och effektiv ordning för erkännande av hälso- och sjukvårdsutbildningar från tredje land som leder fram till de yrken som Socialstyrelsen utfärdar legitimation för. Skrivelsen har remissbehandlats. Regeringens avsikt är att en ny erkännandeordning ska träda ikraft under 2009.

Prognoser visar att det kommer att finnas en ökande efterfrågan på läkare. Regeringen föreslår därför att medel anvisas för en fortsatt utbyggnad av läkarutbildningen fr.o.m. 2009 motsvarande ytterligare 110 nybörjarplatser. Fullt utbyggd 2013 uppgår ökningen till 605 helårsstudenter (jämför avsnitt 4.5.1 inom utgiftsområde 9, samt avsnitt 8.3.9 inom utgiftsområde 16).

Sjukvården räddar årligen mängder av liv, förebygger, botar och lindrar sjukdomar. Hälso- och sjukvårdens möjligheter ökar ständigt i takt med den medicintekniska utvecklingen. Det innebär bl.a. att fler kan behandlas i allt högre åldrar. Det är också delvis orsaken till många vårdskador. Många av de vårdskador som sker inom sjukvården går dock att undvika. Den utredning som regeringen tillsatte under 2007 med uppdrag att se över den lagstiftning som reglerar

patientsäkerhet, ansvarssystem och tillsynsfrågor inom hälso- och sjukvården kommer att lämna sitt slutbetänkande senast den 31 december 2008. Det kommer att vara en prioriterad uppgift för regeringen att analysera och bereda de förslag som utredningen lämnar.

IT är ett centralt verktyg för att effektivisera vården, förstärka patientens ställning samt göra vården säkrare. Det är regeringens bedömning att det fortfarande finns en stor potential att utveckla IT-användningen inom vården för att med hjälp av modern teknik förbättra vårdens kvalitet och öka patientsäkerheten. Svensk lagstiftning har tidigare försvårat för, och i viss mån förhindrat, sjukvården att ta fram effektiva elektroniska system för hantering av patientjournaler. Regeringen överlämnade under våren 2008 en proposition till riksdagen med förslag till en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården, patientdatalagen (2008:355). Den nya lagen trädde i kraft den 1 juli 2008. Inom ramen för den nationella IT-strategin för vård och omsorg (skr. 2005/06:139) pågår för närvarande också flera olika projekt som syftar till att skapa bättre förutsättningar för uppföljning och systematiskt förbättringsarbete inom vården. Sverige kommer dessutom under perioden 2008–2011 att koordinera och leda ett omfattande EU-projekt om eHälsa, dvs. användningen av informations- och kommunikationsteknik i vården, som syftar till att möjliggöra en trygg och säker patientrörlighet inom EU. Målsättningen för projektet är dels att etablera en europeisk patientöversiktstjänst som gör den mest vitala informationen tillgänglig vid akut och planerad vård i annan medlemsstat, dels att göra det möjligt att skicka elektroniska läkemedelsrecept mellan medlemsstaterna.

Psykisk hälsa är en viktig del i människors upplevelse av livskvalitet och välfärd. Vården och omsorgen måste ha en helhetssyn på människan, för att på bästa sätt möta de behov som finns, men också för att kunna skapa de bästa förutsättningarna för ett gott liv. I takt med kunskapsutvecklingen ökar förväntningarna på vårdens förmåga att behandla och rehabilitera personer som drabbas av psykisk sjukdom. Kraven på samhällets vård, stöd och insatser har ökat betydligt. Personer som drabbats av en sjukdom eller funktionsnedsättning förväntas att med rätt vård, stöd och insatser kunna återfå sin funktionsförmåga helt eller delvis. Regeringen

har en hög ambition inom detta område och kommer fr.o.m. 2009 att satsa cirka 900 miljoner kronor per år för att ytterligare förbättra vård och stöd till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Regeringen har som fortsatt avsikt att, genom strategiska satsningar, stödja huvudmännen i deras arbete, liksom att vidta åtgärder på områden som staten ansvarar för såsom högskoleutbildning, forskning och lagstiftning. Regeringen avser att följa upp och analysera hur stöd och vård till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning utvecklas över tid för att kunna utvärdera tillståndet på området. En uppföljning kommer också att ske av effekterna av regeringens strategiska satsningar i syfte att stödja huvudmännens arbete. Satsningarna kommer att kopplas till krav på prestation och avläsbara resultat, där det är möjligt.

Evidensbaserade behandlingsmetoder måste användas i större utsträckning. Likaså behöver det kvalitets- och utvecklingsarbete som har initierats i form av stöd till kvalitetsregister, framtagande och implementering av nationella riktlinjer samt förstärkt tillsyn vidareutvecklas. Utbildning och kompetensutveckling för personal inom den psykiatriska hälso- och sjukvården och socialtjänsten är ett annat område som står i fokus för regeringens satsningar.

Regeringen har vidare under såväl 2007 som 2008 fördelat medel till huvudmännen i syfte att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Regeringen bedömer att det krävs fortsatta resursförstärkningar för att stödja kommuner och landsting i deras arbete med att utveckla en väl fungerande psykiatrisk vård och omsorg för barn och unga. Regeringen anser vidare att det krävs insatser för att utveckla modeller för en effektiv första linjens barn- och ungdomspsykiatri, dels för att effektivt möta barn och ungdomar som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa, dels för att skapa en mer ändamålsenlig vård med en tydlig uppgiftsfördelning mellan primärvård, skola, mödravårdscentral, barnavårdscentral och specialiserad psykiatri.

För människor med psykisk funktionsnedsättning är utanförskapet särskilt allvarligt. Regeringens utgångspunkt är att fler personer med funktionsnedsättning ska kunna försörja sig genom eget arbete. De som inte kan delta på den reguljära arbetsmarknaden ska så långt som möjligt erbjudas meningsfull sysselsättning. Sysselsättningsfrämjande insatser för individer

som lider av psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning behöver förstärkas bl.a. genom att utveckla utbudet av alternativa och kompletterande sysselsättningsverksamheter samt genom att stimulera kunskapsutveckling och tilldelning av riktade anställningar. Regeringen har även för avsikt att föreslå ett särskilt högriskskydd för personer med aktivitetsersättning.

Nationell psykiatrisamordning har pekat på behovet av att förbättra tillgängligheten till den psykiatriska slutenvården. Förbättrad tillgänglighet till vård är en prioriterad fråga för regeringen. Med de satsningar som görs i samband med den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård är en förhoppning att de på sikt ska leda till att platser frigörs i slutenvården.

Regeringen har också tagit initiativ till en översyn av den psykiatriska tvångslagstiftningen (direktiv 2008:93). Regeringens avsikt är att göra lagstiftningen så pedagogisk och lättillgänglig som möjligt och dessutom anpassad till de etiska, medicinska och juridiska krav som bör ställas i samband med tvångsomhändertagande av personer med psykisk sjukdom. Utredningen ska också bedöma kostnaderna för den rättspsykiatriska vården och föreslå hur kostnader som kan hänföras till samhällsskyddet kan överföras till staten. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 juni 2010.

Regeringen avser att återkomma till riksdagen med en skrivelse om psykiatri där inriktningen för det fortsatta arbetet presenteras.

De förslag som utredningen om tillsynen inom socialtjänsten (SOU 2007:82) lämnat i sitt betänkande har tagits emot positivt av flertalet remissinstanser och regeringen avser att under 2009 återkomma till riksdagen med förslag på en tillsynsreform inom det sociala området. Grunden för reformen bör vara att tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska slås ihop och samordnas i Socialstyrelsen, att barnperspektivet i tillsynen ska stärkas, att tillsynen ska tydliggöras och att ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen ska öka. Regeringen föreslår därför att tillsynen ska tillföras 30 miljoner kronor från och med 2009.

Regeringen har tagit initiativ till att utreda frågan om nationell cancerstrategi för framtiden (direktiv 2007:110). Cancerstrategin, vilken är en prioriterad fråga för regeringen, ska ha ett helhetsperspektiv och ett patientperspektiv. Strategin ska också innehålla uppföljningsbara mål.

Regeringen kommer under 2009 att analysera och bereda förslagen.

Regeringen avser ge en särskild utredare i uppdrag att utreda frågan om hälso- och sjukvård för personer som undanhåller sig verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut, inte sökt nödvändiga tillstånd för vistelse i Sverige samt asylsökande. Utredaren ska fästa särskild vikt vid barns behov.

Regeringen beslutade den 18 januari 2007 att överlämna lagrådsremissen Ersättning för vård i annat EES-land till lagrådet. I lagrådsremissen föreslås en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som, med stöd av EGFördraget, givits i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). I lagrådsremissen föreslås också att det ska vara det landsting där den vårdsökande är bosatt som ska ersätta kostnader uppkomna i samband med vård i ett annat land inom EES-området. I dag är det staten som svarar för dessa kostnader. EU-kommissionen lämnade sitt förslag till direktiv om patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård den 2 juli 2008. Sverige välkomnar kommissionens förslag. Förslaget väntar underlätta för enskilda som söker vård i annat EU-land genom att reglerna blir tydligare och att patienter får ökad information och vägledning om de villkor som gäller vid gränsöverskridande vård. Därigenom stärks patientens ställning och möjlighet att hävda sina rättigheter enligt EGFördraget. Direktivet väntas även leda till en högre kvalitet och säkerhet för de patientgrupper som får gränsöverskridande vård bl.a. genom reglerna om journaltillgång och de olika samarbeten som regleras genom direktivet, t.ex. om eHälsa, ömsesidigt erkännande av recept och referensnätverk mellan högspecialiserade vårdgivare. Det är emellertid nödvändigt att innehållet i direktivet noga granskas innan en proposition om ersättning för vård i annat EES-land kan beslutas.

I samband med propositionen om Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter (2006/07:124) beslutade regeringen att tillsätta en arbetsgrupp inom Socialdepartementet med uppgift att överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas. Arbetsgruppen har inlett sitt arbete under 2008.

Departementspromemorian Etisk bedömning av nya metoder i vården (Ds 2008:47) bereds inom Regeringskansliet. I promemorian föreslås

att huvudmännen ska ansvara för att nya medicinska behandlingsmetoder som har betydelse för människovärde och integritet bedöms utifrån etiska aspekter innan de omsätts i praktisk hälso- och sjukvård.

Den svenska apoteksmarknaden, där Apoteket AB har monopol på försäljning av läkemedel, behöver utvecklas och effektiviseras. I Sverige har varje öppenvårdsapotek att ombesörja läkemedelsförsörjningen för i genomsnitt cirka 10 000 personer. Jämfört med flera länder inom EU är detta förhållandevis många invånare per öppenvårdsapotek.

Regeringen tillkallade i december 2006 en särskild utredare med uppgift att lämna förslag till hur apoteksmarknaden genom en omreglering kan öppnas för konkurrens. Utredaren fick i uppdrag att lämna förslag som möjliggör för andra aktörer än Apoteket AB att bedriva detaljhandel med receptbelagda och receptfria läkemedel, att överlämna förslag som möjliggör försäljning av ett begränsat sortiment receptfria läkemedel även på andra platser än apotek, att överväga hur apotekens interna hantering av personuppgifter ska regleras samt att lämna förslag på hur handeln med djurläkemedel ska vara reglerad. Apoteksmarknadsutredningen har slutfört sitt uppdrag och överlämnat fem betänkanden.

Målet med omregleringen är att konsumenterna ska få ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och ett utvecklat tjänsteutbud. Omregleringen förväntas leda till fler apotek och bättre öppettider. Vidare syftar omregleringen till att fortsatt skapa prispress på läkemedel. Slutligen ger en omreglering möjligheter till bl.a. förbättrad läkemedelsanvändning.

Det grundläggande medlet för att nå målen med omregleringen är att avveckla monopolet och utsätta marknaden för konkurrens. En väl fungerande konkurrens kännetecknas av en mångfald av aktörer där ingen har en dominerande ställning. Regelverket får heller inte utformas så att det försvårar för små och medelstora företag. De nya reglerna behöver utformas så att detta möjliggörs samtidigt som kraven på patientsäkerhet tillgodoses.

För att säkerställa att Apoteket AB kan verka på en omreglerad marknad på lika villkor som andra aktörer och för att påskynda processen med att ge andra intressenter möjligheten att komma in på den svenska marknaden, är det nödvändigt att omstrukturera Apoteket AB.

Ansvar för omstruktureringen har lagts på ett nybildat statligt helägt moderbolag, Apoteket Omstrukturering AB (omstruktureringbolaget). Omstruktureringbolaget har till uppgift att se till att omstruktureringen av Apoteket AB sker transparent, konkurrensneutralt, oberoende och att det sker en marknadsmässig värdering av apotek inför en avyttring. Omstruktureringbolaget ska även verka för att ett antal enskilda apotek eller grupper med ett fåtal apotek på marknadsmässiga villkor ska kunna övertas av personal eller andra intressenter av enstaka enheter.

Nödvändiga delar av den IT-infrastruktur som byggts upp inom Apoteket AB ska brytas ut och göras tillgänglig för samtliga apoteksaktörer på den svenska apoteksmarknaden. Omstruktureringbolaget ska övervaka att Apoteket AB överför all nödvändig infrastruktur och servicefunktioner till det nybildade bolaget Apotekens Service AB (servicebolaget). Det rör bl.a. infrastrukturen för elektronisk överföring av läkemedelsrecept, databaser och register för registrering samt uppföljning och styrning inom läkemedelsområdet.

Apoteksmarknadsreformen genomförs i flera steg. Den 1 mars 2008 blev det möjligt att sälja nikotinläkemedel i dagligvaruhandeln. Enligt riksdagens beslut i juni 2008 öppnas sjukhusens läkemedelsförsörjning för konkurrens den 1 september 2008. Regeringen har för avsikt att lämna förslag till riksdagen så att en ny lagstiftning för hela den omreglerade apoteksmarknaden kan träda i kraft den 1 juli 2009. Förslaget kommer att innehålla förslag på bl.a. tillståndsgivning och krav på apotek, tillsyn och kontroll av apotek, infrastruktur samt apoteksdatalag. Reformeringen kommer att avslutas med att förslag lämnas så att försäljning möjliggörs av vissa receptfria läkemedel på andra platser än apotek.

I samband med omregleringen blir Apoteket AB en aktör bland andra på den konkurrensutsatta marknaden. Apoteket AB fullgör och finansierar via handelsmarginalen i dag uppgifter med särskilt samhällsansvar. Dessa uppgifter är bl.a. Giftinformationscentralen, Apotekets forskningsverksamhet samt samhällsinformation och producentoberoende läkemedelsinformation. Någon förändrad omfattning av kostnaden för det offentliga förutses inte. Däremot behöver kostnaden finansieras på annat sätt än via dagens handelsmarginal. Då uppgifterna är myndighetsliknande och är av sådan karaktär att de bedöms

vara ett offentligt åtagande föreslås kostnaderna finansieras via statsbudgeten. Vidare medför omregleringen nya kostnader i form av ett särskilt utvärderingsprogram för reformen. För att säkra regeringens målsättning att skapa förutsättningar för en väl fungerande marknad sett ur såväl ett konsument- som företagsperspektiv har Konsumentverket och Konkurrensverket fått i uppdrag att följa utvecklingen på apoteksmarknaden under omregleringsperioden. Sammantaget leder omregleringen av apoteksmarknaden till att bl.a. statliga myndigheter och bolag delvis får nya och förändrade åtaganden vilket kräver finansiering via statsbudgeten. För dessa ändamål föreslår regeringen att 107 miljoner kronor avsätts per år 2009–2011, samt 97 miljoner kronor per år fr.o.m. 2012. Medlen för utvärderingsprogram, 10 miljoner kronor per år, avser 2009–2011. Socialstyrelsen tilldelas 4,5 miljoner kronor (anslaget 9:1 inom utgiftsområde 9) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 10 miljoner kronor (anslaget 1:3 inom utgiftsområde 9) fr.o.m. 2009. Resterande medel avsätts på anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* inom utgiftsområde 9, framför allt för ovan nämnda samhällsnödvändiga uppgifter som tidigare utförts inom Apoteket AB.

Den 1 juli 2008 trädde ett nytt statligt tandvårdsstöd i kraft. Det nya stödet syftar dels till att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, dels till att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att erhålla tandvård till en rimlig kostnad. Regeringen har tillfört tandvårdsanslaget drygt 2 miljarder kronor 2008 för finansiering av reformen, och föreslår att anslaget ökas med cirka 4 miljarder kronor 2009 jämfört med 2007.

Utöver sitt ansvar för att administrera det nya tandvårdsstödet kommer Försäkringskassan att få en viktig roll i arbetet med att följa upp och bevaka effekterna av reformen. Regeringen bedömer att reformer, liksom denna, ska följas upp i särskild ordning för att säkerställa att besluten får avsedd verkan.

Liksom för övrig hälso- och sjukvård är det av stor vikt att behandlingar och vård som erbjuds inom tandvården är baserade på kunskap. Socialstyrelsen har därför regeringens uppdrag att utveckla nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. Framtagandet av nationella kvalitetsindikatorer ska göra det möjligt att systematiskt följa upp, analysera och utvärdera tandvården. Det kan i sin tur ligga till grund för

ett systematiskt förbättringsarbete och underlätta patienternas val i tandvården.

Ett antal nationella kvalitetsregister för tandvården är för närvarande under uppbyggnad och regeringen avsätter från och med 2008 särskilda medel för ändamålet.

För att ytterligare stärka patientens ställning också på tandvårdens område anser regeringen att det är av stor vikt att utveckla och förbättra informationen till patienterna vad gäller vårdgivarnas priser, olika behandlingsalternativ, kvalitet m.m. Reformen innebär ett antal åtgärder för att skapa en bättre fungerande tandvårdsmarknad, bl.a. genom inrättandet av en elektronisk prisjämförelsetjänst och en samlad rådgivningstjänst för patienter.

Senare under mandatperioden planerar regeringen en satsning på patientgrupper som på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av tandvård.

För att tillgodose det framtida behovet av tandläkare föreslår regeringen att tandläkarutbildningen utökas med 40 nybörjarplatser per år 2009–2013, motsvarande en total volymökning om 200 helårsstudenter (jämför avsnitt 4.5.1 inom utgiftsområde 9, samt avsnitt 8.3.9 inom utgiftsområde 16).

Antibiotikaresistens är ett globalt hot mot modern sjukvård med konsekvenser för såväl enskild individ som för folkhälsan. Över- och felanvändning av antibiotika är en viktig orsak till resistensutvecklingen. Möjligheten att använda antibiotika som ett effektivt läkemedel hotas därmed. För att även i framtiden kunna använda antibiotika som effektiva läkemedel är det viktigt att söka nya vägar att säkerställa utveckling av nya antibakteriella substanser både nationellt och internationellt. Sverige avser genomföra en EU-konferens i september 2009 med inriktning mot behovet av att utveckla nya antibakteriella läkemedel.

Regeringen har även identifierat behovet av bättre kunskap om effekterna av läkemedel i klinisk vardag. En EU-övergripande konferens kommer att anordnas i juli 2009. Målsättningen med konferensen är att medlemsstaterna utbyter kunskap om hur utvärdering av läkemedels effekter och bieffekter i den dagliga användningen sker i de olika länderna. Uppföljningen av läkemedels nytta och kostnadseffektivitet är en viktig fråga och en grundläggande förutsättning för att prioriteringar ska kunna göras inom hälso- och sjukvården.

eHälsa, dvs. användningen av informations- och kommunikationsteknik inom hälso- och sjukvården, är ett viktigt område. EU-samarbetet inom området syftar till att förbättra patient-säkerhet och trygghet vid vård och behandling i annan medlemsstat genom att nödvändig journalinformation kan överföras elektroniskt mellan vårdgivare inom EU. En konferens på temat eGovernment, i vilken eHälsa kommer att vara en del, kommer att hållas inom ramen för Finansdepartementets konferens i november 2009.

4.9 Budgetförslag Hälso- och sjukvårdspolitik

4.9.1 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tabell 4.9 Anslagsutveckling 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

År	Utfall	28 845	Anslags-sparande	1 119
2007	Utfall	28 845	Anslags-sparande	1 119
2008	Anslag	29 329 ¹	Utgifts-prognos	28 760
2009	Förslag	29 762		
2010	Beräknat	30 646 ²		
2011	Beräknat	31 276 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 29 762 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 29 762 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds förvaltningskostnader. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ska pröva frågor om disciplinpåföljd samt behörighetsfrågor på ett rättssäkert och omsorgsfullt sätt och genom sin bedömning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen utövar sina yrken 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 2007 uppgick anslaget till cirka 29 miljoner kronor och utfallet var cirka 28,8 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angivits för verksamhetsåret 2007. Inriktningen för HSAN:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008 ¹	29 329	29 329	29 329
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	428	1 312	1 942
Beslut	5	5	5
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	29 762	30 646	31 276

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 29 762 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 30 646 000 kronor respektive 31 276 000 kronor.

4.9.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tabell 4.11 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

År	Utfall	40 338	Anslags-sparande	1 568
2007	Utfall	40 338	Anslags-sparande	1 568
2008	Anslag	41 001 ¹	Utgifts-prognos	41 402
2009	Förslag	43 231		
2010	Beräknat	44 587 ²		
2011	Beräknat	45 349 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 43 231 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 43 231 tkr i 2009 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 den kunskap som vunnits. SBU:s verksamhet har i huvudsak redovisats under avsnitt 4.5.3. Under 2007 uppgick anslaget till cirka 40,7 miljoner kronor och utfallet var cirka 40,3 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

Mot bakgrund av att SBU fr.o.m. 2009 ska svara för litteraturgenomgångar vid Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) genomgångar av läkemedelssortimentet ökas SBU:s anslag med 1 miljon kronor per år. Anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* inom utgiftsområde 9 minskas med motsvarande belopp.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2007. Inriktningen för SBU:s verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	41 001	41 001	41 001
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 223	2 547	3 292
Beslut	7	7	7
Överföring till/från andra anslag	1 000	1 031	1 049
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	43 231	44 587	45 349

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 43 231 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 44 587 000 kronor respektive 45 349 000 kronor.

4.9.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket²

Tabell 4.13 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

2007	Utfall	51 898	Anslags-sparande	3 474
2008	Anslag	66 453 ¹	Utgifts-prognos	57 907
2009	Förslag	80 250		
2010	Beräknat	82 941 ²		
2011	Beräknat	84 816 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 80 250 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 80 250 tkr i 2009 års prisnivå.

Som en konsekvens av det reformerade statliga tandvårdsstödet bytte myndigheten Läkemedelsförmånsnämnden den 1 september 2008 namn till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Anslaget ska användas för TLV:s förvaltningskostnader.

TLV:s arbetsuppgifter består huvudsakligen av administration av ärenden till Läkemedelsförmånsnämnden och Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Den senare nämnden inrättades den 1 juli 2008 och kommer att få beslutsrätt i ärenden om ersättningsberättigande tandvård, referenspriser, beloppsgränser och ersättningsnivåer för det statliga tandvårdsstödet. Läkemedelsförmånsnämnden 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 2007 uppgick anslaget till cirka 53,6 miljoner kronor och utfallet var cirka 51,9 miljoner kronor.

Regeringens överväganden

För att finansiera den tillkommande verksamheten avseende det statliga tandvårdsstödet har anslaget genom tilläggsbudget i samband med Tilläggsbudgetpropositionen (prop.

² Regeringen har tagit beslut om ändring av myndighetens namn fr.o.m. den 1 september 2008 från Läkemedelsförmånsnämnden till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

2007/2008:99) ökats med 7,4 miljoner kronor för 2008, vilket finansierades genom motsvarande sänkning av anslaget 13:1 *Tandvårdsförmåner m.m.* Från och med 2009 bör anslaget ökas med 11 miljoner kronor per år. Ökningen finansieras genom en minskning av anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* inom utgiftsområde 9.

Som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden kommer TLV:s arbetsuppgifter att förändras. Regeringen bedömer att TLV för nettopersonalförstärkningar och IT-system behöver ett utökat anslag om 10 miljoner kronor, varför detta anslag ökas med 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2009.

Mot bakgrund av att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) fr.o.m. 2009 ska ansvara för litteraturgenomgångar vid TLV:s genomgångar av läkemedelssortimentet minskas TLV:s anslag med 1 miljon kronor per år. Anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* inom utgiftsområde 9 ökas med motsvarande belopp.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2007. Inriktningen för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets verksamhet inom läkemedelsområdet i stort bör kvarstå. När det gäller tandvårdsverksamheten ska myndigheten arbeta i enlighet med den reglering som gäller på området.

Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor			
	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	59 053	59 053	59 053
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	1 185	3 205	4 612
Beslut	21 012	21 717	22 208
Överföring till/från andra anslag	-1 000	-1 034	-1 057
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	80 250	82 941	84 816

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 80 250 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 82 941 000 kronor respektive 84 816 000 kronor.

4.9.4 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tabell 4.15 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

Tusental kronor				
2007	Utfall	3 271 344	Anslags-sparande	-38 344
2008	Anslag	5 283 200 ¹	Utgifts-prognos	5 117 383
2009	Förslag	7 292 564		
2010	Beräknat	6 417 586		
2011	Beräknat	6 256 144		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

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

År 2007 uppgick anslaget till drygt 3,2 miljarder kronor. Utfallet blev knappt 40 miljoner kronor högre.

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 har anslaget för 2008 ökats till 5,3 miljarder kronor. Under 2009, då reformen får helårseffekt, föreslår regeringen att anslaget ökas ytterligare till cirka 7,3 miljarder kronor. Detta belopp ska också täcka utgifter som uppkommer under 2009 för det tidigare tandvårdsstödet, främst tandvård enligt bestämmelserna om högkostnadsskydd för personer som är 65 år eller äldre. I dessa fall räcker det att en ansökan om förhandsprövning kommit in till Försäkringskassan före den 1 juli 2008 för att äldre bestämmelser ska vara tillämpliga.

I samband med tandvårdsreformen föreslås ett antal förändringar av andra anslag, vilka finansieras genom minskningar av anslaget *Tandvårdsförmåner m.m.*

- Anslaget 1:2 *Försäkringskassan* inom utgiftsområde 10 ökas för 2009 med 43 miljoner kronor för att finansiera Försäkringskassans kostnader för genomförandet i form av IT-stöd, utbildnings- och informationsinsatser, omstrukturering av administrationen, pris-

portal samt samordning av ett utvärderingsprogram. För 2010 och 2011 beräknas behovet av medel till 38 respektive 30 miljoner kronor.

- Anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* inom utgiftsområde 9 ökas för 2009 med 35 miljoner kronor för att finansiera arbete med nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer, inrättande och drift av ett tandhälsoregister samt bidrag till kvalitetsregister. För 2010 och 2011 beräknas behovet av medel till 25 respektive 20 miljoner kronor.
- Anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* inom utgiftsområde 9 ökas från och med 2009 med 11 miljoner kronor per år för att finansiera myndighetens verksamhet inom tandvårdsområdet.
- Anslaget 1:1 *Statskontoret* inom utgiftsområde 2 ökas för 2009 med 0,5 miljoner kronor för uppföljning av landstingens ekonomiska redovisning av folktandvårdens olika verksamheter. Även för 2010 beräknas 0,5 miljoner kronor avsättas för detta ändamål.
- Anslaget 1:9 *Statistiska centralbyrån* inom utgiftsområde 2 ökas från och med 2009 med 0,25 miljoner kronor per år för löpande uppföljning inom tandvårdsområdet.

Kompetenscentrum på tandvårdsområdet

För 2009 föreslås 13 miljoner kronor avsättas till kompetenscentrum m.m. på tandvårdsområdet. En del av medlen kan komma att användas för finansieringen av den nordiska produkt databasen för dentala material (Dentala Material Norden).

Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:4 Tandvårdsförmåner m.m.

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	5 328 000	5 328 000	5 328 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-89 750	-74 750	-61 250
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	2 018 756	1 128 778	953 836
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt	558	558	558
Övrigt	35 000	35 000	35 000
Förslag/beräknat anslag	7 292 564	6 417 586	6 256 144

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 7 292 564 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 6 417 586 000 kronor respektive 6 256 144 000 kronor.

4.9.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 4.17 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor				
2007	Utfall	21 367 000	Anslags-sparande	0
2008	Anslag	21 584 000 ¹	Utgifts-prognos	21 584 000
2009	Förslag	21 600 000		
2010	Beräknat	21 800 000		
2011	Beräknat	21 800 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet. 2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Från detta anslag utbetalas det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Medlen syftar till att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskivas 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. Överenskommelsen lägger fast att staten ersätter sjukvårdshuvudmännen med 21,6 miljarder kronor för 2008. 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 2008 ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna dels under månaderna november och december 2007, dels under månaderna januari t.o.m. oktober 2008. Under 2007 utbetalades från anslaget följaktligen 21,37 miljarder kronor och för 2008 kommer drygt 21,58 miljarder kronor att utbetalas.

Regeringens överväganden

På tilläggsbudget (prop. 2008/09:2) har regeringen begärt ett bemyndigande att under 2008

ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 65,2 miljarder kronor under 2009–2011. Åtagandena bedöms rymmas inom de beräknade anslagsnivåerna för perioden.

Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	21 000 000	21 000 000	21 000 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	600 000	800 000	800 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	21 600 000	21 800 000	21 800 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 21 600 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 21 800 000 000 kronor vardera år.

4.9.6 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tabell 4.19 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2007	Utfall	281 263		120 044
2008	Anslag	359 905 ¹		432 769
2009	Förslag	453 005		
2010	Beräknat	453 005		
2011	Beräknat	454 005		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet. 2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att genom riktade satsningar förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet m.m. Från anslaget utbetalas dessutom vissa statsbidrag i enlighet med Dagmaröverenskommelsen som träffas mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringens överväganden

Den 19 december 2007 godkände regeringen Dagmaröverenskommelsen för 2008. En ny överenskommelse kommer att tecknas för 2009.

Förutom satsningarna inom Dagmaröverenskommelsen beräknar regeringen för 2009 följande:

- 117 miljoner kronor till strategi för en god vård – förbättrad informationsförsörjning, öppna jämförelser av resultat, informationsstruktur, terminologi och klassifikationer, Snomed CT, utvecklade ersättningsystem inom hälso- och sjukvården samt ökad mångfald, innefattande bl.a. stöd för avknoppning och främjande av den ideella sektorn.
- 92,5 miljoner kronor till omregleringen av apoteksmarknaden, främst avseende sådana samhällsnödvändiga uppgifter som utförts inom Apoteket AB men där omregleringen föranleder en ändrad organisatorisk placering, exempelvis Giftinformationscentralen.
- 10 miljoner kronor till Socialstyrelsens arbete med rikssjukvård.
- 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.
- cirka 8,6 miljoner kronor till medicinteknisk verksamhet vid Läkemedelsverket.
- 8 miljoner kronor för specialistkompetenskurser.
- 7 miljoner kronor till Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) för kunskapsspridning och utbildningsinsatser.
- 5,5 miljoner kronor till Centrum för patientklassificering och Socialstyrelsens projekt Hur mår Sverige.
- 5 miljoner kronor till Läkemedelsverket för producentobunden läkemedelsinformation.
- 4 miljoner kronor till det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring.
- 3 miljoner kronor för drift av läkemedelsförteckning.

- 2 miljoner kronor till SBU för utveckling av en upplysningstjänst för vården.
- 2 miljoner kronor till Socialstyrelsen för arbete med prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- 1,7 miljoner kronor till Läkemiddelsverket för myndighetens ökade kostnader till följd av den nya lagen om nikotinläkemedel i detaljhandeln.
- 1,5 miljoner kronor till Swecare för ökad samverkan mellan det offentliga hälso- och sjukvårdssverige och det privata företagandet inom vård, omsorg, läkemedel och medicinteknik.
- cirka 800 000 kronor till statlig ålderspensionsavgift avseende ersättning till smittbärare.
- 700 000 kronor till Konsumentverket för deras uppdrag att följa och analysera utvecklingen på apoteksmarknaden under omregleringsperioden.
- 474 000 kronor till kostnader för patientförsäkring och vissa skadeersättningar.

Cirka 16 miljoner kronor avsätts till regeringens disposition 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.

Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	360 505	360 505	360 505
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	92 500	92 500	93 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	453 005	453 005	454 005

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 453 005 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till

453 005 000 kronor respektive 454 005 000 kronor.

4.9.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 4.21 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

2007	Utfall	472 132	Anslags-sparande	-21 503
2008	Anslag	440 159 ¹	Utgifts-prognos	417 476
2009	Förslag	476 712		
2010	Beräknat	476 746		
2011	Beräknat	495 531		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera ersättning för sjukvårdsförmåner i internationella förhållanden. Administrationen av anslaget sköts av Försäkringskassan. Under 2007 uppgick anslaget till cirka 458 miljoner kronor och utfallet under samma år blev 472 miljoner kronor.

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden har i huvudsak kopplingar till det svenska medlemskapet i EU och till sjukvårdsavtal/konventioner 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 EG-fördragets artiklar 49–50 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 EG-domstolen har de senaste åren bekräftat EU-medborgarnas rätt till ersättning

för hälso- och sjukvård som erhållits i ett annat medlemsland. Europeiska kommissionen hade under 2006 och 2007 ett offentligt samråd kring bl.a. rätten till ersättning för vård given i en annan medlemsstat, i syfte att tydliggöra regelverket. 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.

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 (boende-, arbets- och resemönster).

Det finns en viss osäkerhet i prognoserna för vård i internationella förhållanden, främst på grund av eftersläpningar i debiteringen för turist- och pensionärvården.

För att finansiera ökade kostnader har regeringen föreslagit att tillföra anslaget ytterligare 45 miljoner kronor 2008, på tilläggsbudget (prop. 2008/09:2).

Tabell 4.22 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	395 159	395 159	395 159
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	270	-7 979	-7 979
Volym	81 283	89 566	108 351
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	476 712	476 746	495 531

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 476 712 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 476 746 000 kronor respektive 495 531 000 kronor.

4.9.8 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 4.23 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2007	Utfall	384 238	Anslags-sparande	115 762
2008	Anslag	497 645 ¹	Utgifts-prognos	592 145
2009	Förslag	893 471		
2010	Beräknat	895 106		
2011	Beräknat	896 700		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för regeringens satsning på förbättringar inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Regeringen har under 2008 bl.a. avsatt cirka 250 miljoner kronor för särskilda satsningar riktade till barn och unga. Regeringen har för 2008 vidare avsatt cirka 200 miljoner kronor i satsningar inom utbildning, kompetensutveckling, kvalitetsregister och tillsyn. Regeringen har också under 2008 avsatt 75 miljoner kronor för att förstärka sociala insatser i samband med den nya vårdformen inom den psykiatriska tvångsvården som trädde i kraft den 1 september 2008.

Riksdagen beslutade under 2006, efter förslag från regeringen, att satsa 500 miljoner kronor per år 2007 och 2008.

Regeringens överväganden

Genom de påbörjade satsningarna har regeringen inlett ett viktigt utvecklingsarbete. Det är viktigt att detta arbete fortsätter och intensifieras. Beredningen av Nationell psykiatrisamordnings betänkande (SOU 2006:100) har pågått under året och regeringen föreslår nu mot bakgrund av utredningens analyser och förslag att cirka 900 miljoner kronor per år avsätts 2009–2011 för bidrag till psykiatri.

Regeringen bedömer att fortsatta satsningar behöver vidtas riktade till barn och unga. Socialstyrelsens uppföljning av de medel som betalades ut 2007 visar att utvecklingsarbetet endast har påbörjats. Regeringen har därför satsat ytterligare medel 2008 och föreslår insatser för 2009 som bl.a. kommer att omfatta riktat stöd för att stärka första linjens barn- och ungdomspsykiatri. Modeller för första linjens barn- och ungdomspsykiatri, som omfattar samtliga aktörer, ska utarbetas. Syftet är att stödja utvecklandet av helhetsstrategier som kan tjäna som exempel för nationella lösningar. Vidare är det angeläget att verksamheten att samla, koordinera och föra ut kunskap och vetenskap fortsätter vid Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa vid Socialstyrelsen (UPP).

Regeringen bedömer att den påbörjade satsningen på kompetens och evidens behöver fortsätta och intensifieras. Nationell psykiatrisamordning påtalade brister och svagheter på flera områden och att det är viktigt att den här uppbyggnaden får fortsätta. Regeringen föreslår insatser som bl.a. kommer att omfatta implementeringsstöd av nationella riktlinjer, forskningssatsning, stöd till evidensbaserad samtalsterapi, samt andra utbildningssatsningar. Härutöver avser regeringen att ge ett uppdrag till Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kring framtagningen av ett ökat antal kunskapsöversikter inom psykiatri.

Härutöver bedömer regeringen att kraftfulla insatser behöver vidtas avseende arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det omfattar såväl den sysselsättningsverksamhet som kommunerna har ansvar för som arbetslivsinriktade insatser för målgruppen. Regeringen föreslår därför insatser som ska leda till ett förstärkt utbud och diversifiering av sysselsättningsverksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning, insatser för att stimulera utvecklingen av bl.a.

sociala kooperativ och andra idéburna verksamheter, samt kartläggningar av arbetslivsinriktade insatser för målgruppen inför eventuella framtida förändringar och förstärkningar.

Vidare avser regeringen att fortsätta och vidareutveckla det kvalitets- och utvecklingsarbete som har initierats i form av stöd till kvalitetsregister, framtagandet av nationella riktlinjer för psykosociala insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, förstärkt tillsyn och verksamhetsuppföljning. Regeringen föreslår att redan påbörjade satsningar får ett vidare stöd samt att ytterligare insatser vidtas för att vidareutveckla kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Parallellt med dessa satsningar fortsätter beredningen av ytterligare förslag som presenterats i Nationell psykiatrisamordnings betänkande.

Den 1 september 2008 trädde en lagstiftning om en ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården i kraft (prop. 2007/08:70). Regeringen beslutade i samband med detta, för att stödja kommunerna i deras arbete med att tillgodose behovet av anpassade insatser när reformen införs, att tillföra medel om 150 miljoner kronor under 2009 och 150 miljoner kronor under 2010 för detta ändamål. En förhoppning med de satsningar som görs är att de på sikt ska leda till att platser frigörs i slutenvården. Den nya lagstiftningen bedöms innebära en ökad måltillströmning till de allmänna förvaltningsdomstolarna. Anslaget 1:5 *Sveriges Domstolar* inom utgiftsområde 4 Rättsväsendet ökas därför med 3 300 000 kronor per år från och med 2009. Anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* inom utgiftsområde 9 minskas med motsvarande belopp. En reglering görs även för 2008, med 825 000 kronor på tilläggsbudget (prop. 2008/09:2).

Socialstyrelsen utbetalar ett generellt utvecklingsstöd för en högskoleutbildning inom området psykisk hälsa med inriktning mot särskilt komplicerad problematik under åren 2007–2010 till de lärosäten eller andra aktörer som myndigheten bedömer vara lämpliga. Medel förs över till utgiftsområde 15, för studiemedel samt studiemedelsröntor för studenter som tillgodogör sig denna högskoleutbildning. Anslaget 1:2 *Studiemedel m.m.* inom utgiftsområde 15 Studiestöd ökas med 3 066 000 kronor för 2009. För 2010 ökas anslaget med 1 263 000 kronor. Anslaget 1:3 *Studiemedelsröntor m.m.* inom utgiftsområde 15 ökas med 163 000 kronor för 2009, samt 331 000 kronor för 2010. Anslaget 1:8 *Bidrag till*

psykiatri inom utgiftsområde 9 minskas med motsvarande belopp.

Tabell 4.24 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	500 000	500 000	500 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	393 471	395 106	396 700
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	893 471	895 106	896 700

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 893 471 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 895 106 000 kronor respektive 896 700 000 kronor.

4.9.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tabell 4.25 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007			0
2008	Anslag	0 ¹	0
2009	Förslag	1 000	
2010	Beräknat	1 000 000	
2011	Beräknat	1 000 000	

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget är nytt för 2009, och har till ändamål att varaktigt förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården genom ett nytt prestationsbaserat system för att stimulera landstingens uppfyllande av vårdgarantin. Mätningar visar tydligt att den nuvarande modellen för tillgänglighets-satsningar inte ger avsedd effekt. Regeringen föreslår därför att nya medel satsas inom området. Medlen ska fördelas genom en ny prestationsbaserad ersättningsmodell. Avsikten är att genom tydliga incitament ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin. Syftet är att eliminera de vårdköer som i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar samhällets kostnader för hälso- och sjukvården. Regeringens ambition är att stimulera en snabb tillgänglighetsförbättring liksom ett långsiktigt hållbart effektiviserings- och kvalitetsarbete för att åstadkomma bestående förbättringar.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tabell 4.26 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2007	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011–
Ingående åtaganden	0	0	0	3 000 000	2 000 000
Nya åtaganden	0	0	3 000 000	0	0
Infriade åtaganden	0	0	0	1 000 000	2 000 000
Utestående åtaganden	0	0	3 000 000	2 000 000	0
Erhållet/föreslaget bemyndigande	0	0	3 000 000	2 000 000	0

Regeringen föreslår ett bemyndigande för att regeringen vid behov ska kunna ingå avtal om en ny prestationsbaserad ersättningsmodell för vårdgarantin.

Regeringens överväganden

Regeringen avser under hösten 2008 inleda förhandlingar om ett avtal med Sveriges Kommuner och Landsting som reglerar de kriterier som landstingen ska uppfylla för att statlig ersättning ska utbetalas i takt med att landstingen uppfyller vårdgarantin. Ersättningen till landstingen ska baseras på prestation och följsamhet till vårdgarantin. Sammantaget innebär satsningen en ambitionshöjning där regeringen tar ett samlat grepp över näraliggande initiativ för att skapa en hälso- och sjukvård som kännetecknas av ett tydligt patientfokus, god tillgänglighet, hög kvalitet och ett stort mått av valfrihet. Från och med 2010 avsätts därför 1 miljard kronor per år för detta ändamål.

Tabell 4.27 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	0	0	0
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	1 000	1 000 000	1 000 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	1 000	1 000 000	1 000 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 1 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor respektive år.

4.10 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet med nationell tillsyns- och expertfunktion för verksamheter som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälsoskydd och smittskydd, socialtjänst, stöd och service till per-

soner med funktionsnedsättning samt frågor som alkohol och missbruksmedel.

Myndigheten har utöver detta ett samlat sektorsansvar för handikappolitiken. Socialstyrelsen ska säkerställa och främja god hälsa, social välfärd, omsorg och vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen ingår dessutom i samverkansområdena Skydd, undsättning och vård samt Farliga ämnen. Dessa områden beskrivs under utgiftsområde 6 Försvar samt beredskap mot sårbarhet.

Socialstyrelsen har således ett brett uppdrag som spänner över hela utgiftsområde 9. För Socialstyrelsen har 2007 varit ett expansivt år med många stora regeringsuppdrag.

4.10.1 Revisionens iakttagelser

Revisionen har inte haft några invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2007. Riksrevisionen konstaterar att årsredovisningen har upprättats i enlighet med förordningen om myndigheters årsredovisningar och budgetunderlag, regleringsbrev och övriga beslut för myndigheten. Riksrevisionen bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt är rättvisande.

4.10.2 9:1 Socialstyrelsen

Tabell 4.28 Anslagsutveckling 9:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	540 523	35 125	
2008	Anslag	578 281 ¹	600 989
2009	Förslag	598 257	
2010	Beräknat	602 493 ²	
2011	Beräknat	607 484 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 584 416 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 576 227 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för Socialstyrelsens förvaltningskostnader, utvecklingsmedel inom socialtjänsten, miljömålsfrågor och särskilda tillsynsinsatser inom äldreomsorgen. Under 2007 uppgick anslaget till cirka 538 miljoner kronor och utfallet var cirka 540 miljoner kronor.

Ansvaret för administrationen av läkarnas specialistkompetenskurser överfördes i september 2002 från Socialstyrelsen till Institutet för

professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). IPULS erhåller 17,4 miljoner kronor för sådan verksamhet 2008.

Under 2008 utbetalas cirka 13,2 miljoner kronor från anslaget till Läkemedelsverket för marknadsbevakning av medicintekniska produkter.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.29 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2007	12 806	0	14 130	-1 324
Prognos 2008	13 340	0	16 600	-3 260
Budget 2009	15 876	0	17 100	-1 224

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Myndigheten disponerar inte någon del av intäkterna för detta, utan dessa inlevereras i sin helhet till statsbudgetens inkomstsida. Socialstyrelsen ska även ta ut avgifter för tillsyn av blodverksamhet. Myndigheten disponerar inte dessa avgifter som beräknas uppgå till 1,8 miljoner kronor årligen från och med 2007.

Socialstyrelsen ska utöva tillsyn över verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. Tillsynen är avgiftsbelagd och avgifterna, som beräknas till 2,5 miljoner kronor per år, disponeras inte av Socialstyrelsen.

Tabell 4.30 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2007	13 269	12 549	720
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2008	8 500	6 500	2 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2009	8 500	6 500	2 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2008 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material från Epidemiologiskt centrum (EpC), för data- och statistikproduktion samt för försäljning av

rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivning-kostnader i tabellens beräkningar, inte personal-kostnader.

Regeringens överväganden

Till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områdena för kosmetika, medicinteknik och avancerade terapier ökas anslaget med 7 miljoner kronor per år fr.o.m. 2009. Medlen ska utbetalas av Socialstyrelsen till Läkemedelsverket. De ökade kostnaderna är främst avsedda att täcka kostnader för tillsyn, personalresurser samt kostnader för deltagande i EMEA:s vetenskapliga kommitté för avancerade terapier.

Anslaget ökas för 2009 med 35 miljoner kronor för att finansiera Socialstyrelsens arbete inom tandvårdsområdet med nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer, inrättande och drift av ett tandhälsoregister, samt bidrag till kvalitetsregister. Ökningen finansieras genom en minskning av anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner m.m.* inom utgiftsområde 9.

Regeringen har i propositionen Genomförande av EG-direktivet om mänskliga vävnader och celler (prop. 2007/08:96) föreslagit utökade ansvarsområden för berörda myndigheter. Socialstyrelsen ska utöva tillsyn bl.a. över verksamhet som rör insamling, kontroll och framställning av vävnader och celler. Läkemedelsverket ska utöva tillsyn över verksamhet som rör insamling och kontroll av vävnader och celler för läkemedelstillverkning. För detta ändamål ökas anslaget fr.o.m. 2009 med 2,5 miljoner kronor per år för Socialstyrelsen och 1 miljon kronor per år för Läkemedelsverkets verksamhet.

Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har avvecklats som institut inom Socialstyrelsen. Verksamheten övertogs av Specialpedagogiska skolmyndigheten den 1 juli 2008. Mot bakgrund av detta minskas anslaget med 9,1 miljoner kronor per år fr.o.m. 2009. Anslaget 1:3 *Specialpedagogiska skolmyndigheten* inom utgiftsområde 16 ökas med motsvarande belopp.

Som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden kommer Socialstyrelsens arbetsuppgifter att förändras. Omregleringen innebär att fler aktörer verkar på marknaden, vilket ökar resursbehovet för tillsynsverksamheten. An-

slaget ökas därför med 4,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2009.

Regeringen anser att myndigheten effektivt arbetat mot de mål som angetts för verksamhetsåret 2007. Inriktningen för Socialstyrelsens verksamhet i stort bör kvarstå.

Tabell 4.31 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 9:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	549 288	549 288	549 288
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	8 104	25 345	38 339
Beslut	40 865	27 860	19 857
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	598 257	602 493	607 484

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 598 257 000 kronor anvisas under anslaget 9:1 *Socialstyrelsen* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 602 493 000 kronor respektive 607 484 000 kronor.

4.11 Övrig verksamhet

4.11.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, medicintekniska produkter, kosmetiska och hygieniska produkter samt vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära. Läkemedelsverket har vidare ett sektorsansvar för miljöfrågor med anknytning till verkets verksamhetsområde. Verket ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter. Läkemedelsverket ska bidra till att uppfylla målet för hälso- och sjukvårdspolitiken genom att bl.a. verka för en säker och rationell läkemedelsanvändning.

Tabell 4.32 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2007	1 738	423 503	405 765	17 738
Prognos 2008	2 800	383 252	456 478	-73 226
Budget 2009	2 800	408 917	434 387	-25 470

Med anledning av att lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler trädde i kraft den 1 juli 2008 har Socialstyrelsen och Läkemedelsverket fått utökade ansvarsområden. Läkemedelsverket ska utöva tillsyn över verksamhet som rör insamling och kontroll av vävnader och celler för läkemedelstillverkning. För detta ändamål tilldelas Läkemedelsverket 1 miljon kronor per år fr.o.m. 2008. Tillsynen är avgiftsbelagd och avgifterna, som beräknas till 1 miljon kronor per år, disponeras inte av Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket har sedan den 1 mars 2008 tillsyn över efterlevnaden av lagen (2007:1455) om detaljhandel med nikotinläkemedel. För detta ändamål tilldelas Läkemedelsverket 1,7 miljoner kronor per år fr.o.m. 2008.

Läkemedelsverkets intäkter och kostnader uppgick 2007 till cirka 423,5 miljoner kronor respektive cirka 405,7 miljoner kronor. Intäkterna och kostnaderna är framför allt hänförliga till verksamhetsgrenen läkemedel. Läkemedelsverket fastställde i årsredovisningen för 2007 ett överskott uppgående till cirka 17,7 miljoner kronor. Resultatet 2007 var en försämring med cirka 20 miljoner kronor jämfört med 2006, vilket främst förklaras av ökade kostnader till följd av ökad verksamhet och införandet av elektroniskt arbetssätt. 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. Inom verksamhetsgrenen läkemedel har Läkemedelsverket 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 att det ackumulerade överskottet successivt ska arbetas bort och att Läkemedelsverket därför

ska reducera sina avgifter inom verksamhetsgrenen läkemedel med 20 procent under 2008.

Läkemedelsverket redovisade i december 2007 en rapport angående olaga läkemedelsförsäljning (S2007/11002/HS). Uppdraget bestod i att genomföra en informationskampanj riktad till allmänheten om riskerna med olaga försäljning av de produkter som faller inom Läkemedelsverkets ansvarsområde. Av rapporten framgår att Läkemedelsverket har upphandlat tjänster från en kommunikationsbyrå med kompetens att genomföra en informationskampanj om olaga handel med läkemedel. En intern arbetsgrupp och styrgrupp för projektet har bildats och en kommunikationsplattform har antagits. Läkemedelsverket har valt att koncentrera kampanjen mot olaga handel som sker via Internet.

4.11.2 Apoteket AB

Apoteket AB är ett av staten helägt bolag. En beskrivning och bedömning av verksamheten återfinns i regeringens årliga skrivelse till riksdagen, 2008 års redogörelse för företag med statligt ägande (skr. 2007/08:120).

Apoteket AB har enligt 4 § lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. så gott som ensamrätt att sälja läkemedel till konsument. Försäljningsmonopolet omfattar emellertid inte godkända naturläkemedel och läkemedel som är godkända som vissa utvärtes läkemedel. Den 1 mars 2008 upphörde även bolagets ensamrätt att bedriva detaljhandel med receptfria nikotinläkemedel till konsument.

Apotekets huvudsakliga uppgift är att via 880 öppenvårdsapotek och cirka 40 apoteket shop verka för en god försörjning och användning av såväl receptbelagda som receptfria läkemedel. I syfte att säkra läkemedelsförsörjningen i glest befolkade områden har Apoteket dessutom

avtal med cirka 890 apoteksombud. Ombuden tar emot recept och förmedlar paket med förskrivna varor och/eller andra beställda varor i Apotekets sortiment samt försäljer ett begränsat lagerhållet sortiment. I Apotekets uppdrag ingår vidare att erbjuda producentoberoende information och rådgivning till enskilda konsumenter samt producentoberoende information till läkemedelsförskrivare. Apotekets verksamhet omfattar även, via cirka 80 sjukhusapotek, försörjning av läkemedel till den slutna vården. Sedan den 1 september 2008 har vårdgivare emellertid en ökad frihet att organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus. Sjukhusen ska på egen hand eller genom avtal med andra aktörer helt eller delvis kunna sköta läkemedelsförsörjningen via sjukhusapotek. Bolagets de facto monopol på försörjningen av läkemedel till slutenvården har således upphört hösten 2008.

Apotekets nettoomsättning uppgick 2007 till cirka 39,5 miljarder kronor (37,3 miljarder kronor 2006). Rörelseresultatet uppgick till 588 miljoner kronor (600 miljoner kronor 2006). Försäljningen av förskrivna och dosdispenserade läkemedel samt förskrivna förbrukningsartiklar och livsmedel ökade 2007 med 4,2 procent, till cirka 26,4 miljarder kronor. Apoteket lämnade för verksamhetsåret 2007 en utdelning på 145 miljoner kronor.

Apoteket bedöms på ett tillfredsställande sätt uppfylla sitt uppdrag att bedriva en trygg, säker och effektiv läkemedelsförsörjning. De lokala apoteken, apoteksombuden, apoteket shop och sjukhusapoteken garanterar en grundläggande service och tillgänglighet. Apoteket arbetar för att förbättra läkemedelshanteringen och läkemedelsanvändningen. Apoteket var vidare ett av de högst rankade varumärkena av svenska folket under 2007. Apotekets undersökning visar att bolagets kunder är minst nöjda med väntetiderna för att hämta ut receptbelagda läkemedel.

Tabell 4.33 Ekonomisk översikt för Apoteket AB

Miljoner kronor

	2003	2004	2005	2006	2007
Resultat efter finansiella poster	197	282	290	621	602
Eget kapital	1 855	2 518	2 632	3 010	3 293
Utdelning	117	100	70	150	145
Räntabilitet på eget kapital, %	20,0	9,4	7,8	15,8	13,7
Medelantalet anställda	10 886	10 856	10 914	10 632	10 689

5 Folkhälsopolitik

5.1 Omfattning

Folkhälsopolitiken spänner över flera samhällssektorer vilket innebär att verksamheter och insatser inom flera utgiftsområden bidrar till politikens genomförande. Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen är myndigheter som spelar en central roll inom folkhälsoområdet genom att fungera som kunskapscentrum inom området, genom att ansvara för nationell uppföljning och utvärdering såväl av folkhälsans utveckling som av insatser inom folkhälsoområdet och 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 utgiftsområdet, delområde folkhälsopolitik, 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 utgiftsområdet 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 Alkohol- och läkemedels-sortimentsnämnden.

Myndigheten Institutet för psykosocial medicin avvecklades den 1 oktober 2007. Verksamheten inordnades i Stockholms universitet och Karolinska institutet.

5.2 Utgiftsutveckling

Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom folkhälsopolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Folkhälsopolitik</i>						
2:1 Statens folkhälsoinstitut	207	130	151	132	136	139
2:2 Smittskyddsinstitutet	185	186	185	190	196	200
2:3 Alkohol- och läkemedelsortimentsnämnden	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap	18	19	17	19	20	20
2:5 Bidrag till WHO	32	35	32	35	35	35
2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder	111	217	213	209	209	93
2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder	284	258	230	257	257	72
2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	154	146	143	146	146	146
2:9 Insatser för vaccinberedskap		300	86	85	85	85
2007 14:06 Institutet för psykosocial medicin	14	0		0	0	0
2006 14:10 Vaccinförsörjning	93	0		0	0	0
Summa Folkhälsopolitik	1 098	1 291	1 057	1 072	1 083	790

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

5.3 Mål

Det övergripande nationella folkhälsomålet 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). Samma mål gäller 2008 för politikområdet Folkhälsa (prop. 2004/05:1, utg.omr. 9 avsnitt 4.3, bet. 2004/05:SoU1, rskr. 2004/05:114).

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.

Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på en enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnitt 3.4.

5.4 Resultatredovisning

För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet krävs ett sektorsövergripande, långsiktigt och målinriktat arbete av aktörer på

många olika nivåer i samhället. Ansvaret för de statliga insatserna är fördelat mellan departementen i Regeringskansliet. Det huvudsakliga folkhälsoarbetet bedrivs på regional och lokal nivå av landsting, länsstyrelser, kommuner och frivilligorganisationer.

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).

Statens folkhälsoinstitut (FHI) ansvarar för den sektorsövergripande uppföljningen av det övergripande nationella folkhälsomålet. FHI är även nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet med kommuner, landsting och den ideella sektorn som huvudsakliga målgrupper. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har producerat flera kunskapssammanställningar och kunskapsunderlag om metoder och strategier för folkhälsoarbetet. Kunskapen sprids via rapporter, konferenser, Internet m.m. Det har under 2007 varit ett stort intresse för FHI:s konferenser och en stor efterfrågan på FHI:s rapporter och utbildningsmaterial.

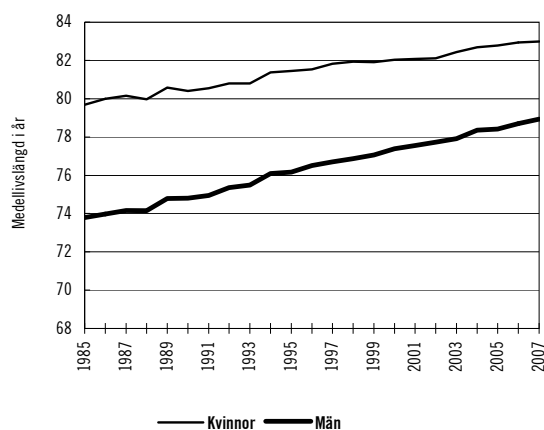
Vid årsskiftet 2007–2008 inrättades en samordningsfunktion i Regeringskansliet för regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande politik. Samordningsfunktionen består dels av en interdepartemental arbetsgrupp, dels av ett sekretariat. Under våren 2008 inrättades även ett råd som ska agera som rådgivare till regeringen i alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor.

5.4.1 Folkhälsans utveckling

Förbättringar i hälsa kan mätas bl.a. genom ökad medellivslängd och minskad risk för en för tidig död. Generellt sett har folkhälsans utveckling varit gynnsam. De orosmoln som funnits har rört den psykiska hälsan, ökande övervikt och fetma samt ökande alkoholkonsumtion, särskilt bland unga.

Medellivslängden fortsätter att öka i Sverige. År 2007 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 78,9 år och en nyfödd flicka 83,0 år. Den stora nedgången i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden. Även risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom har minskat sedan slutet av 1980-talet vilket med största sannolikhet kan förklaras av förändrade levnadsvanor, främst minskad rökning och förbättrade kostvanor.

Diagram 5.1 Medellivslängd 1985–2007



Källa: SCB

Cancer är den näst största dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar. I dag lever personer som diagnostiseras med cancer i genomsnitt sju år längre än de som fick cancer på 1960-talet. Förbättrade behandlingsmetoder och tidigare upptäckt har ökat överlevnaden.

Cancer är främst en sjukdom bland äldre. Två tredjedelar av all cancer inträffar efter 65 års ålder. Även psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland äldre. Vid 75 års ålder har cirka 15 procent någon psykiatrisk diagnos. De äldre i Sverige lever annars allt längre och är friska långt upp i hög ålder. De vanligaste långvariga sjukdomarna i åldrarna över 65 år är hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. 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 största olyckstypen. Tecken tyder på att 1990-talets början inneburit en förändring i trenderna från friskare överlevare till allt fler sjuka äldre.

Sedan 1984 har spädbarnsdödligheten halverats. År 2007 var den 2,5 döda under första levnadsåret av 1 000 levande födda barn under 1 års ålder, vilket är lägre än 2006. De flesta av de barn som avlider under det första levnadsåret dör under första levnadsveckan.

Besvär av fetma bland män har varit konstant under perioden 2004–2007 enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI) nationella folkhälsoenkät. Bland kvinnorna ökade besvären av fetma under perioden 2004–2007. Skillnaden mellan könen är relativt stor när det gäller övervikt, nästan 15 procentenheter högre bland män än bland kvinnor. Såväl undervikt, övervikt som fetma utgör viktiga riskfaktorer för ohälsa. Besvär av övervikt och fetma är vanligast bland personer med sjuk eller aktivitetsersättning. I ett längre perspektiv är befolkningens viktuppgång tydlig.

Det stora flertalet ungdomar mår bra. Samtidigt ökar utsattheten och ohälsan i vissa ungdomsgrupper. Flickor i alla åldrar uppger i högre grad än pojkar att de mår dåligt. En ökande andel ungdomar upplever stress, huvudvärk, ångest, sömnbesvär och svårigheter att hantera vardagen.

Barns hälsa i Sverige är generellt sett god, men allergisjukdomar (inklusive astma), diabetes, fetma och psykisk ohälsa är betydande problem. Vissa hälsoeffekter kan kopplas till faktorer i den fysiska miljön. Trots att miljön i flera fall har förbättrats, och därmed har mindre negativ påverkan på vår hälsa, exponeras många barn fortfarande för skadliga miljöfaktorer.

Sedan 1980 har antalet självmord minskat avsevärt i alla åldersgrupper över 25 år. Fortfarande registreras dock 1 300–1 500 självmord årligen¹. I åldersgruppen 15–24 år har inga förbättringar skett sedan 1990-talets början. Oroande är också att självmord bland unga kvinnor mellan 15 och 24 år har ökat från 1994–1996 fram till 2003–2005.

FHI har på regeringens uppdrag kartlagt hälsosituationen bland personer med funktionsnedsättning. Kartläggningen visar att det är tio gånger vanligare med dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen.

En mer omfattande redovisning och analys av hälsoutvecklingen har presenterats i propositionen En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110).

5.4.2 Alkohol

Mål

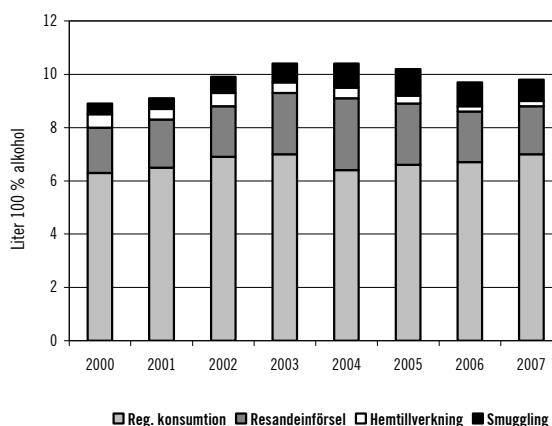
Det övergripande målet för samhällets alkoholpolitik är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Målet ska nås genom insatser för att minska den totala alkoholkonsumtionen och mot skadligt dryckesbeteende, med hänsyn tagen till skillnader i livsvillkor hos flickor, pojkar, kvinnor och män (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:SoU12, rskr. 2005/06:157).

Indikatorer

Indikatorerna som används för att bedöma resultatet är total alkoholkonsumtion och dödsfall i alkoholrelaterad sjukdom eller skada.

Resultat

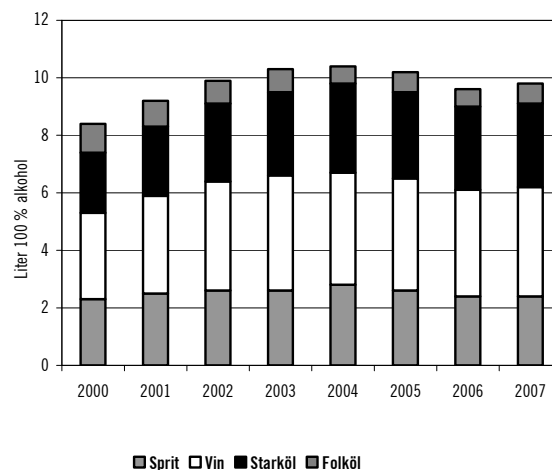
Diagram 5.2 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000-2007, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion



Källa: SoRAD, Stockholms universitet

Mellan 1995 och 2004 ökade den årliga alkoholkonsumtionen bland personer 15 år eller äldre med drygt 30 procent i Sverige, från 7,8 till 10,5 liter ren alkohol per person. Sedan toppåret 2004 har konsumtionen minskat till 9,8 liter 2006. Enligt statistik för 2007 ligger den totala alkoholkonsumtionen på samma nivå som 2006 och minskningen tycks således ha avstannat.

Diagram 5.3 Skattning av den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre 2000-2007, per alkoholdryck, registrerad konsumtion samt skattningar av oregistrerad konsumtion

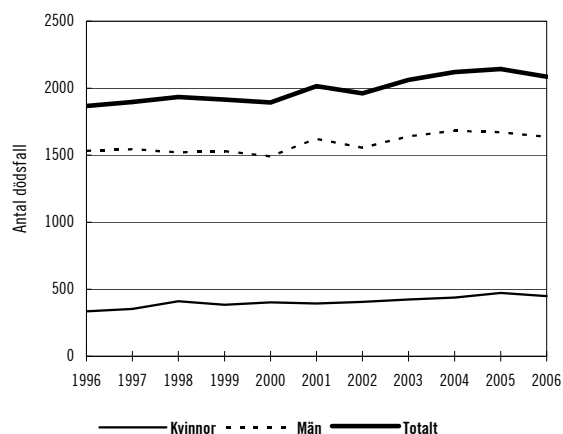


Källa: SoRAD, Stockholms universitet

¹ Inkl. osäkra falll.

Det bör också uppmärksammas att den generella ökningen av alkoholkonsumtionen sedan mitten av 1990-talet gäller vin och starköl. År 2007 stod vin för 39 procent, starköl för 30 procent och sprit för 24 procent av den totala konsumtionen räknat i ren alkohol per invånare över 15 år. Män dricker mer än dubbelt så mycket som kvinnor. Bland yngre ungdomar är dock könsskillnaderna inte lika uttalade. Under de senaste fem åren har pojkar druckit endast ca 30 procent mer än flickorna, jämfört med ca 75 procent mer under 1990-talet. Intensivkonsumtionen (alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit eller en hel flaska vin eller fyra burkar starköl eller sex burkar öl klass II vid samma tillfälle) är som störst bland män i åldersgruppen 20–25 år och bland kvinnor i åldersgruppen 18–19 år.

Diagram 5.4 Antal alkoholrelaterade dödsfall 1996–2006



Källa: Socialstyrelsen, EpC

En indikator på de negativa konsekvenserna av alkoholmissbruk är antalet dödsfall med alkoholdiagnos. De senaste tillgängliga siffrorna över alkoholrelaterad dödlighet (från 2006) återspeglar dock inte den kraftiga konsumtionsökningen under senare år även om det har skett en viss ökning sedan mitten av 1990-talet. Det är dock troligt att en möjlig ökning av skadorna som ett resultat av konsumtionsökningen inte har hunnit slå igenom i statistiken.

År 1996 dog 336 kvinnor av alkoholrelaterade skador mot 448 år 2006 medan motsvarande antal för män var 1 532 dödsfall 1996 och 1 637 dödsfall 2006. Detta motsvarar en ökning med 33 procent för kvinnor och 7 procent för män.

Inom ramen för den nationella alkoholhandlingsplanen för perioden 2006–2010 har ett stort antal myndigheter, intresseorganisationer och forskare bidragit till att stärka det alkoholföre-

byggande arbetet. På nationell nivå är Statens folkhälsoinstitut (FHI) en viktig aktör för implementeringen av alkoholpolitiken. FHI utövar övergripande tillsyn inom alkoholområdet, tillhandahåller kunskapsunderlag om förebyggande arbete samt följer upp den nationella alkoholhandlingsplanen. Även Socialstyrelsen medverkar i det förebyggande arbetet samt när det gäller behandlingsinsatser för missbrukare. En rad frivilligorganisationer är också engagerade i det alkoholförebyggande arbetet.

Den nationella alkoholpolitiken har inriktats på att stimulera utvecklingen av samordnade förebyggande insatser på regional och kommunal nivå. Kommunala samordnare och länsamordnare har bidragit till att utveckla en struktur för det regionala och lokala arbetet med såväl alkohol- som narkotikaprevention. Samordnarna har iscensatt flera angelägna förebyggande insatser i kommunerna.

Kommunala samordnare finns nu i ca 250 kommuner. I varje län finns länsamordnare. Det förebyggande arbetet i kommunerna bedrivs nu mer samordnat och insatserna baseras i allt större utsträckning på effektiva, vetenskapligt utprovade metoder. Många kommuner kan också redovisa positiva resultat, främst att konsumtionen och berusningsdrickandet minskat bland ungdomar, att tillgången på alkohol begränsats och att föräldrar langar mindre och inte i lika stor utsträckning bjuder sina barn på alkohol hemma.

Skolan utgör en av de största arbetsplatserna i Sverige och de förebyggande insatserna i skolan är därför av stor vikt. FHI har spridit kunskap om verkningsfulla alkohol- och drogförebyggande insatser i skolan. Nästan 60 procent av länsamordnarna har utvecklat ett samarbete med grundskolan och hälften har utvecklat samarbete med gymnasieskolan. De program som har fått störst spridning är föräldramötesprogrammet "Örebro preventionsprogram" (ÖPP) samt Motiverande samtal för elevhälsans personal. Skolbaserade program som är inriktade på att stärka lärarens ledarskap eller på att utveckla barnens sociala och emotionella kompetens har också fått stor spridning.

För att förebygga och minska alkoholserving till berusade och motverka att underåriga gäster serveras alkohol på krogen har metoden ansvarsfull alkoholserving spridits i kommunerna. FHI har utvecklat samarbetet mellan olika aktörer: kommunernas tillstånds-

myndigheter, polisen, länsstyrelserna, restaurangbranschen, Systembolaget och STAD-programmet vid Beroendecentrum i Stockholm.

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 ett starkt värnande av folkhälsoperspektivet. I oktober 2007 antog EU-kommissionen hälsostrategin för perioden 2008–2013, där både alkohol- och tobaksfrågor är prioriterade. Under 2009 väntas också en utvärdering av EU:s alkoholstrategi som antogs 2006.

Inom Världshälsoorganisationen (WHO) har de nordiska länderna gemensamt tagit initiativ till ett flertal resolutioner på alkoholområdet med syfte att intensifiera insatserna mot alkoholens skadeverkningar både på global nivå och inom medlemsländerna. Detta har lett till ökad aktivitet både inom huvudorganisationen och i de sex regionerna. För att minska den globala alkoholrelaterade sjukdomsburden och säkerställa WHO:s fortsatta arbete på alkoholområdet har Sverige tillsammans med flera andra länder, framförallt från den afrikanska regionen, drivit på för att få igenom ytterligare en resolution med begäran om en global alkoholstrategi. Resolutionen antogs på världshälsöförsamlingen i maj 2008. Ett fortsatt starkt svenskt och nordiskt stöd för att utveckla den globala strategin är angeläget.

Analys och slutsatser

Under de senaste åren har en rad förändringar ägt rum i vår omvärld, som resulterat i en ökad alkoholkonsumtion. Efter 2004 har totalkonsumtionen minskat något, men minskningen tycks nu ha stannat upp. Det är därför angeläget att samhället fortsätter arbetet med att minska alkoholens skadeverkningar och förebygga alkoholbruk bland ungdomar. Det är också angeläget att Sverige fortsätter att driva en restriktiv alkoholpolitik inom EU. Alkoholvanor och konsumtionsmönster blir alltmer likartade världen över. Det gäller även den alkoholrelaterade problematiken. Därmed ökar behovet av internationellt samarbete och hållbara strukturer för ett vetenskapligt baserat erfarenhets- och kunskapsutbyte inom världssamfundet.

5.4.3 Narkotika och dopning

Mål

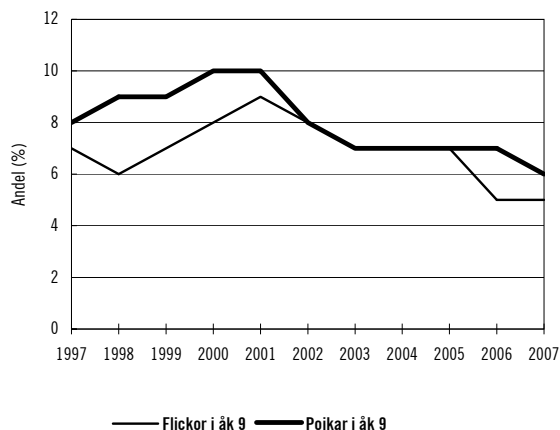
Det övergripande målet för den svenska narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle (prop. 2005/06:30, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218). Vidare har regeringen i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) angett att ett samhälle fritt från dopning är ett mål för att uppnå det övergripande folkhälso-målet.

Indikator

Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterad narkotika- och dopningsanvändning.

Resultat

Diagram 5.5 Andel elever i årskurs 9 som uppgett att de någon gång använt narkotika 1997–2007



Källa: CAN

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), som varje år genomför skolvaneundersökningar, ökade narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 successivt under andra halvan av 1990-talet och de två första åren av 2000-talet, vilket diagram 5.5 visar. Som högst var användningen 2001, då 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna angav att de använt narkotika. Därefter har narkotikaanvändningen sjunkit och 2007 var andelen 6 procent för pojkar och 5 procent för flickor. Andelen elever i årskurs 9 och bland

mönstrande som någon gång har använt anabola steroider har varit cirka 1 procent sedan 1994. Enligt tillgängliga data kan antalet personer med tunga missbruksproblem beräknas vara ca 26 000.

Det finns en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. Någon legaliseringsdebatt liknande den som bedrivs i flera andra europeiska länder förekommer inte i Sverige.

Det är förhållandevis få unga människor som experimenterar med narkotika. Det är långt fler som tar avstånd från än som förespråkar användande av droger, åtminstone i jämförelse med de flesta andra länderna inom Europeiska unionen (EU).

Inom ramen för EU:s gemensamma åtgärd om tidig upptäckt av nya syntetiska droger har Statens folkhälsoinstitut (FHI) kartlagt flera nya ämnen. FHI har vidare utvecklat nätverk och databaser för att effektivisera datainsamlingen rörande narkotikautvecklingen.

Inom ramen för den nationella narkotika-handlingsplanen för perioden 2006–2010 pågår ett omfattande utvecklingsarbete. Bl.a. har en lång rad metod- och kunskapsutvecklande projekt som rör prevention, vård och behandling genomförts i kommuner och landsting. Ett resultat av detta arbete är bl.a. att i stort sett samtliga kommuner rapporterar att de nu har lokala drogstrategier och huvudparten har också någon form av drogsamordnare.

Analys och slutsatser

Under senare år kan en minskning av narkotikaerfarenheten bland skolungdomar iakttas. Samtidigt har dock tillgången på narkotika ökat i världen, priserna har sjunkit och rörligheten över gränserna har ökat. Inte minst har Internet bidragit till denna utveckling. Detta innebär fortsatta utmaningar för narkotikapolitiken. Det är angeläget att samhället fortsätter arbetet med att förebygga narkotikamissbruk framför allt bland ungdomar. I annat fall riskeras de hittills gjorda framstegen.

Det internationella samarbetet inom Förenta nationerna och Europarådet samt inom EU ger Sverige en möjlighet att förbättra samarbetet mellan olika länders polis- och tullmyndigheter för att bekämpa narkotikahandeln. Även när det gäller insatser som syftar till att minska efterfrå-

gan på narkotika så har samarbetet inom EU och det internationella samarbetet utvecklats. Det är angeläget att Sverige även fortsättningsvis har en framträdande roll i detta samarbete för att kraftfullt driva frågan om ett narkotikafritt samhälle.

5.4.4 Tobak

Mål

Det övergripande målet för de statliga insatserna inom tobaksområdet är att minska tobaksbruket (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Till målet hör följande etappmål:

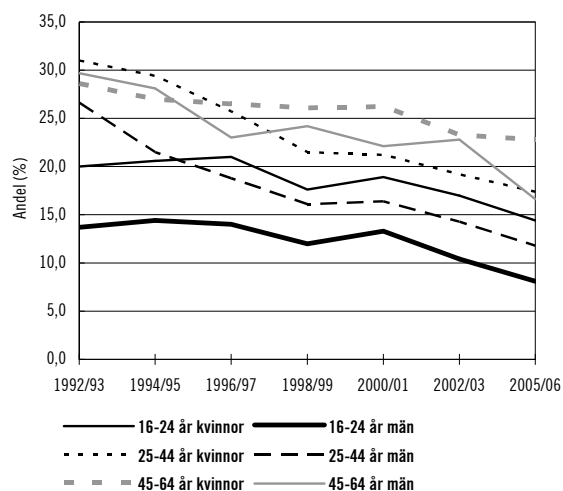
- en tobaksfri livsstart från 2014
- en halvering till 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa
- en halvering till 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest
- ingen ska utan eget val utsättas för rök i sin omgivning.

Indikator

Indikatorn som används för att bedöma resultatet är självrapporterat tobaksbruk.

Resultat

Diagram 5.6 Andelen dagligrökare fördelat på kön och ålder 1992–2006



Källa: SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)

Tidigare år har den årliga statistiken från Statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden (ULF) använts för att följa utvecklingen av andelen dagligrökare i befolkningen (se diagram 5.6). För 2007 utgår nedanstående analys enbart från Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät.

Trenden sedan 1990-talet är en minskning av andelen dagligrökare. I alla åldersgrupper, både bland män och kvinnor, har rökningen minskat. Enligt den nationella folkhälsoenkäten var dock andelen dagligrökare bland kvinnor 16 procent 2007, vilket är en ökning från 2006 med en procentenhet. Ökningen sker i den äldsta och den yngsta åldersgruppen. Det är dock för tidigt att avgöra om detta är en tillfällig förändring eller ett trendbrott. Bland männen var andelen dagligrökare 12 procent 2007, vilket innebär en fortsatt minskning.

Varje dag använder 32 procent av männen och 18 procent av kvinnorna tobak i någon form.

Enligt de skolundersökningar som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning genomför är bilden splittrad när det gäller andelen rökare. I årskurs 9 har andelen rökare sjunkit sedan mitten av 90-talet även om minskningen verkar ha avtagit och planat ut de senaste två åren, framför allt bland pojkar. Det är i nuläget svårt att dra långtgående slutsatser. År 2007 snusade 17 % av pojkarna och 5 % av flickorna i årskurs 9. Andelen snusare bland flickor har därmed fördubblats sedan 1997, medan den är konstant för pojkarna. Även den andel som utsätts för ofrivillig exponering för tobaksrök har minskat de senaste åren.

Det finns fortfarande stora skillnader i rökvanor mellan olika sociala grupper. Bland kvinnorna finns en tendens till att dessa skillnader har ökat de senaste åren.

Ett sätt att mäta effektiviteten av åtgärderna är att undersöka dödlighet och insjuknande i sådana sjukdomar som har ett tydligt samband med rökning, som t.ex. kronisk obstruktiv lungsjukdom och lungcancer. Dessa sjukdomar ökar fortfarande, särskilt bland kvinnor. Eftersom sjukdomar och för tidig död till följd av rökning uppkommer först efter en lång tids rökning avspeglar dock denna utveckling inte de aktuella rökvanorna i befolkningen utan tillståndet för ett par decennier sedan.

Ett annat sätt att mäta effektiviteten är att undersöka antalet barn och ungdomar som börjar röka eller snusa. De flesta som använder

tobak som vuxna har börjat som dagliganvändare innan de fyllt tjugo år. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) ställer i sin årliga drogvanundersökning frågan om hur många niondeklassare som har testat tobak. CAN:s undersökningar visar inte på en ökning av dagliganvändare av tobak vare sig hos flickor eller pojkar. Den andel som svarade att de använder tobak i någon form under 2007 var nära 30 procent, vilket inte är någon förändring från föregående år.

Analys och slutsatser

Åtgärder mot tobak är ett mycket kostnads-effektivt sätt att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest kostnadseffektiva metoderna. Den senaste större undersökningen genomfördes av Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) som 1998 presenterade en kunskaps-sammanställning avseende metoder för rökavvänjning inom hälso- och sjukvården. Den litteratur som publicerats därefter har ytterligare förstärkt slutsatsen att rökavvänjning är en bra åtgärd jämfört med andra metoder (exempelvis läkemedelsbehandling för högt blodtryck).

I och med att tobak är den enskilt viktigaste orsaken till ohälsa, är fortsatta hälsofrämjande som sjukdomsförebyggande åtgärder angelägna, såväl bland barn och unga som bland vuxna.

5.4.5 Smittskydd och hälsoskydd

Mål

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

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

Indikatorer

Indikatorerna som används för att bedöma resultat inom smittskyddsområdet är antalet fall

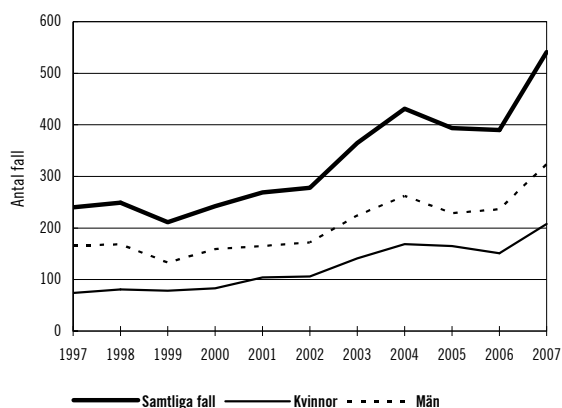
som varje år upptäcks av hivinfektion, klamydiainfektion, infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker, infektion med campylobakter samt den årliga uppföljningen av det nationella barnvaccinationsprogrammet.

Resultat

Det epidemiologiska läget för smittsamma sjukdomar följs upp på nationell nivå genom den rapportering av inträffade sjukdomsfall som görs till Smittskyddsinstitutet enligt smittskyddslagen (2004:168) och genom frivillig rapportering. Den Europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) följer och analyserar utvecklingen inom Europeiska unionen. ECDC har gjort en särskild genomgång av pandemiberedskapen i respektive land inom unionen. Riksrevisionen har granskat den svenska beredskapen att hantera ett utbrott av en pandemisk influensa. 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 hälso- och miljömedicin och sammanställer regelbundet kunskap och erfarenheter om miljörelaterad ohälsa och vad den beror på i en miljö- och hälsorapport.

Hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Diagram 5.7 Antalet fall av hivinfektion som anmäls 1997–2007



Källa: Smittskyddsinstitutet

Cirka 4 500 personer beräknas leva med hiv i Sverige. Antalet nyrapporterade fall av hivinfektion i Sverige var relativt konstant från slutet av 1980-talet fram till 2002 med ungefär 200–300 nya fall per år. Under de senaste åren har emellertid antalet anmälda fall ökat. Under 2007 rapporterades 541 nya fall vilket är det högsta antalet sedan 1986 då hivinfektion blev möjligt att diagnostisera. Hälften, 269 stycken, har smittats före ankomst till Sverige, oftast i länder med hög förekomst av hivinfektion. Det stora flertalet är heterosexuellt smittade. Under året har antalet fall där intravenösa missbrukare som smittats i Sverige ungefär fördubblats.

Under första halvåret 2008 anmäldes 17 procent färre fall av hivinfektion jämfört med samma period 2007. Antalet anmälda fall bland män som har sex med män var 48 stycken under första halvåret 2008 jämfört med 63 under motsvarande period 2007 och i medeltal 44 fall under samma period de senaste fem åren. Det är dock ännu för tidigt att dra några långtgående slutsatser om denna minskning.

Utvecklingen av hivinfektion i Sverige ger anledning till oro, inte minst bland män som har sex med män och de unga inom denna grupp. Män som har sex med män har tidigare haft en god kunskap om riskerna för hivinfektioner men studier visar att unga män i denna grupp inte längre har den goda kunskapen om riskerna.

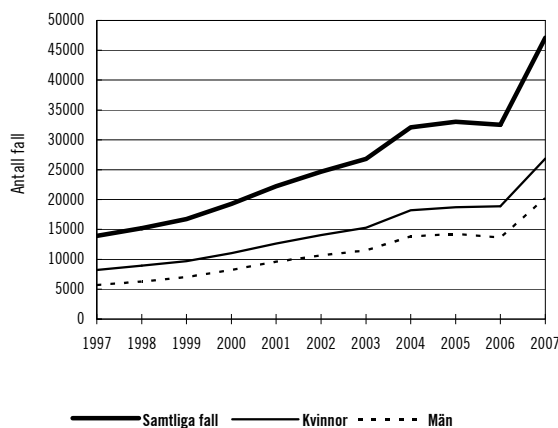
Socialstyrelsen har under 2007 tagit fram ett kunskapsunderlag som sammanfattar den samlade internationella forskningen om effektiva metoder i preventionsarbetet för gruppen män som har sex med män samt ytterligare en rapport som på likartat sätt sammanfattar effektiva metoder för förebyggande arbete med sexuell hälsa bland unga.

Regeringen har inrättat ett nationellt råd för samordning av arbetet mot hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar i landet. Rådet samlades första gången i maj 2007. Till rådets uppgifter hör att följa upp och analysera det som görs i samhället på området, på såväl lokal, regional som nationell nivå.

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.

Socialstyrelsen har även tagit fram en handlingsplan och rekommendationer för hur landstingen ska hantera utredningen som gäller personer som kan ha smittats med hepatit C 1965–1991 via blodtransfusion.

Diagram 5.8 Antalet fall av klamydiainfektion som anmäls 1997–2007



Källa: Smittskyddsinstitutet

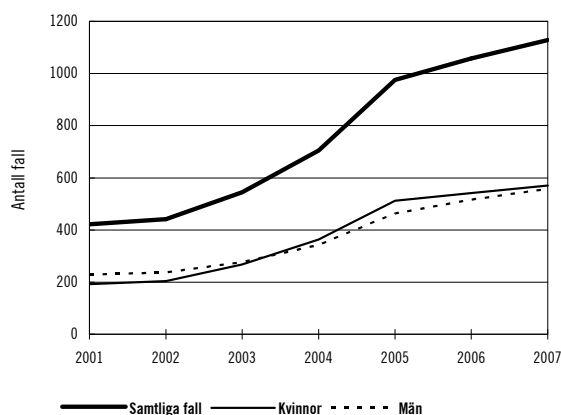
År 2007 anmäldes 47 101 fall av klamydiainfektion. Det är en ökning med 45 procent jämfört med 2006. Ett flertal faktorer spelar in, bl.a. ny metodik för testning vilket innebär att en stor del av fallen missades under 2006 samt att antalet provtagna personer ökat under 2007. Oavsett detta så har en ökning av antal fall skett. Den största ökningen har skett bland kvinnor och män i åldersgruppen 15–29 år. Ökningen av klamydiainfektion kan ses som en indikator på risken för spridning av allvarigare sjukdomar som kan spridas sexuellt. Under 2007 har Socialstyrelsen initierat ett flertal åtgärder med syfte att öka kunskapen om spridningen av klamydiainfektion. Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete för att ta fram en nationell handlingsplan för klamydiaprevention.

En särskild överenskommelse träffas varje år mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om inriktningen på det statliga bidraget till landsting och kommuner för att motverka hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Socialstyrelsens uppföljning visar att överenskommelsen har bidragit till en bättre styrning av hur medlen används. De flesta berörda huvudmän har planer för sitt arbete eller håller på att ta fram sådana samt har breddat arbetet till att omfatta fler områden.

I juni 2008 hölls ett högnivåmöte om hiv/aids i FN:s generalförsamling i syfte att följa upp de deklarerationer som antogs 2001 och 2006.

Antibiotikaresistens

Diagram 5.9 Antalet fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker som anmäls 2001–2007



Källa: Smittskyddsinstitutet

Problemet med bakterier som utvecklar resistens mot antibiotika fortsätter att växa. ECDC bedömer att detta är det viktigaste hälsohotet inom Europa. Utan verksamma antibiotika blir vanliga infektionssjukdomar som lunginflammation och blodförgiftning åter dödliga hot. Även om situationen i Sverige fortfarande är god jämfört med många andra länder i Europa så finns en oroväckande trend med en ökning av antalet fall av infektioner med meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA) samt en ökning av multiresistenta tarmbakterier (ESBL). Infektioner orsakade av MRSA rapporteras i allt högre utsträckning. Det visar sig alltmer att bakterierna inte endast är begränsade till sjukhusmiljön utan sprider sig även i kommunala äldreboenden och ute i samhället i övrigt. Resistens hittas även hos tidigare friska personer utan vårdkontakter. MRSA kan orsaka mycket svårbehandlade infektioner med kostsam behandling. För att stävja denna utveckling behövs ett kontinuerligt och intensivt arbete när det gäller vårdhygien inom landsting och kommuner. Satsning inom området hygien och rationell förskrivning av antibiotika är de viktigaste preventiva verktygen för att komma till rätta med detta växande hälsohot. Antalet fall av MRSA får anses utgöra en indikator för hur god hygien är inom landstingen och kommunerna.

Under 2007 anmäldes 1 128 fall av MRSA jämfört med 1 057 fall året innan. Sedan infektion med MRSA blev anmälningspliktig sjukdom 2000 har antalet fall ökat varje år.

Infektioner med resistent tarmbakterier (ESBL-bildande bakterier) togs i början av 2007 upp som anmälningspliktig sjukdom och rapporteringen hittills visar på fler ESBL-fall än MRSA-fall.

Under året har stora satsningar gjorts inom området vårdhygien och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter om grundläggande hygienrutiner för personalen inom hälso- och sjukvården och tandvården. I samarbete med Smittskyddsinstitutet har Socialstyrelsen tagit fram ett kunskapsunderlag om MRSA hos personal inom vård och omsorg. Särskilda utbildningsinsatser för vårdpersonal och personal inom skola och omsorg har genomförts.

Livsmedelsburen smitta

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 ökade under 2007 med 17 procent jämfört med 2006. Totalt rapporterades 7 106 fall under 2007. Av dessa smittades 2 140 fall i Sverige vilket är en ökning med 20 procent jämfört med 2006. Det finns inte tillräckligt med epidemiologiska kunskaper om orsaken till ökningen.

Det nationella barnvaccinationsprogrammet

Vaccinationsstatistik från barnvårdscentralerna och skolhälsovården visar god anslutning till det allmänna vaccinationsprogrammet. Cirka 98 procent av alla barn får full vaccinationsserie. Förtroendet för vaccinet mot mässling, polio och röda hund (MPR), som under några år sviktat till följd av en påstådd risk för autism, har återgått till samma nivå som observerades före den dramatiska nedgången för åtta år sedan.

Barnvaccinationsprogrammet har under året kompletterats med ytterligare en påfyllnadsdos av vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta i syfte att förlänga infektionsskyddet mot dessa sjukdomar i vuxen ålder.

Socialstyrelsen beslutade den 12 maj 2008 att vaccination mot pneumokocker ska föras in i det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Beslutet träder i kraft den 1 januari 2009. Beträffande vaccination mot humana papillomvirus har Socialstyrelsen skickat ut ett förslag till före-

skrifter på remiss. Socialstyrelsen har dock ännu ej tagit ställning i frågan.

Internationella hot mot människors hälsa

Med anledning av det svenska genomförandet av Internationella hälsoreglementet, som antogs 2005 inom Världshälsoorganisationen (WHO), har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd om skydd mot internationella hot mot människors hälsa (SOSFS 2007:12).

Hälsohot – beredskap för influensapandemi

I Afrika och Asien insjuknar människor fortfarande i fågelinfluensa. Antalet fall har dock enligt WHO minskat sedan 2006 då 115 fall rapporterades. Under 2007 var antalet fall 88 och under första halvåret 2008 rapporterades 34 smittade. Smittspridning mellan människor har inte påträffats. Under 2007 och början av 2008 har H5N1-virus vid enstaka tillfällen påvisats hos vilda fåglar i Europa, och enstaka utbrott har även förekommit hos tamfjäderfä.

Under 2007 har ECDC slutfört en genomgång av den svenska nationella pandemiberedskapen och lämnat rekommendationer för det fortsatta arbetet. Enligt ECDC är den svenska beredskapen i huvudsak god. Områden där särskilda insatser kan behövas är övervakning av en smittas spridning samt hur man kan följa en smittas effekter på samhället i stort. Vidare bedöms att det multisektoriella perspektivet på beredskapen samt den regionala planeringen behöver förstärkas.

Riksrevisionen har granskat den svenska beredskapen för att hantera utbrott av en pandemisk influensa. En slutrapport lämnades i mars 2008. Riksrevisionens samlade bedömning är att regeringen och de ansvariga statliga myndigheterna inte tillräckligt säkerställer en god beredskap. Granskningen visar att den svenska beredskapen har utvecklats under de senaste åren, men att flera aktörer inte har förberett sig tillräckligt genom krisplanering, övningar och andra åtgärder som kan begränsa konsekvenserna av en influensapandemi.

Under 2007 har flera åtgärder vidtagits för att skapa förutsättningar för en bättre beredskap. Den nationella pandemiplanen har reviderats, Socialstyrelsen har samordnat möten med den nationella pandemigruppen, IT-system har utvecklats för att under en pandemi eller annat allvarligt smittutbrott samla in och analysera effekterna på hälso- och sjukvården. En strategi för fördelning av antivirala läkemedel har utar-

betats. Regionala beredskapsträffar och övningar med myndighetssamverkan har genomförts. En pandemiövning inom Regeringskansliet ägde rum i mars 2007.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella handlingsplanen. Socialstyrelsen ska bland annat, tillsammans med Krisberedskapsmyndigheten (KBM) och länsstyrelserna, vidareutveckla stödet till de aktörer som har ett direkt ansvar för att möta de effekter som en pandemi kan ha på samhället i stort.

Regeringen har även gett samtliga länsstyrelser i uppdrag att identifiera vilka verksamheter som är särskilt viktiga för samhället vid en influensapandemi. KBM¹ och Socialstyrelsen analyserar nu länsstyrelsernas rapportering.

Omvärldsbevakningen har stärkts under 2007 genom utökad samverkan mellan berörda myndigheter.

Teknikutveckling för influensavacciner har avancerat snabbt under de senaste åren, delvis på andra sätt än förväntat. Utvecklingen av cellbaserad produktion har inte nått de resultat som förväntades för något år sedan. Andra tekniker har börjat testas men är ännu långt från att kunna ses som konkurrenter till dagens äggbaserade produktion. Mot bakgrund av detta gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera sin tidigare omvärldsanalys om hur regeringen på bästa sätt kan tillförsäkra en god tillgång till vacciner i Sverige i händelse av en pandemi. Rapporten förordade att inte gå vidare med egen produktion i dagsläget.

SBL Vaccin AB har på regeringens uppdrag tagit fram en förstudie om förutsättningarna för tillverkning av influensavaccin i Sverige. Förstudien har granskats av oberoende experter. Rekommendationen från experterna var att inte gå vidare med produktion. Vid ett möte i Nordiska ministerrådet i januari 2008 beslutades att i nuläget inte gå vidare med planerna på en gemensam nordisk influensavaccinfabrik och att istället göra en ny omvärldsanalys under 2010.

Socialstyrelsen har även utökat lagret av antiviraler i händelse av influensapandemi.

Hälsoskydd

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat ett förslag till nationell handlingsplan för barns miljö och hälsa. Uppdraget har sin grund i Världshälsoorganisationens initiativ Children's Environmental Health Action Plans for Europe (CEHAPE), som har fokus på miljörelaterad hälsa och riskfaktorer i barnens fysiska miljö. Inom ramen för Socialstyrelsens ansvar för hälsofrågor i miljömålsarbetet har en fördjupad utvärdering gjorts.

Analys och slutsatser

Det utökade EU-samarbetet och det internationella samarbetet innebär allt större krav; det blir alltmer tydligt att världens länder är ömsesidigt beroende av varandra om vi ska kunna hantera växande globala hälsohot. Nyupptäckta sjukdomar som sars, risken för en pandemisk influensa, förändrade smittspridningsmönster på grund av klimatförändringar, problemet med resistensutveckling, omvärldsförändringar som ökat resande och ändrade levnadsförhållanden gör att det ställs mycket stora krav på en stark beredskap samt en organisation som kan hantera dessa utmaningar.

För att effektivisera EU-samarbetet inom området hälsohot avser kommissionen att göra en större översyn av EU-systemen för hälsohot under perioden 2009–2010. Det förberedande arbetet har redan inletts och arbetet kommer att intensifieras under 2009.

Riksrevisionens granskning och ECDC:s genomgång av den svenska pandemiberedskapen har varit värdefulla. Slutsatserna och rekommendationerna visar att beredskapen har utvecklats de senaste åren och att vi är på rätt väg men att det finns mycket kvar att göra.

Den ökade produktionskapaciteten och produktutvecklingen gör att det bästa sättet att säkra tillgång på influensavacciner till den svenska befolkningen i händelse av pandemi är att teckna avtal om pandemigarantier. Socialstyrelsen har därför på regeringens uppdrag ingått avtal om leveranser av influensavaccin till hela befolkningen om Sverige drabbas av en pandemi. En byggnation av en svensk eller nordisk fabrik för influensavaccin är ej aktuell i nuläget.

¹ Vid årsskiftet tar den nyinrättade Myndigheten för säkerhet och beredskap (MSB) över KBM:s roll i arbetet med att inrikta och samordna samhällets beredskap för att hantera effekterna av en pandemi.

Ökningen av anmälda fall av hivinfektion pekar på behovet av effektiva preventiva åtgärder.

Antibiotikaresistensutvecklingen är starkt oroande. Om inte krafttag tas vad gäller vårdhygien och allmänhygien, såväl inom vården som ute i samhället, kan vi riskera den goda situation som Sverige har jämfört med många länder i Europa. Den yttersta konsekvensen av en utbredd resistens är att vi inte längre kommer att kunna bota bakterieinfektioner och inte heller utföra avancerad, modern sjukvård som cancerbehandling och transplantationer. Ett brett folkhälso- och patientsäkerhetsperspektiv är nödvändigt för att komma till rätta med resistensproblematiken och vårdrelaterade infektioner.

Under senare år har nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri medfört att frågor om vacciner och vaccination blivit högaktuella. Ny kunskap inom immunologi och ny teknik för att framställa vaccin har skapat helt nya möjligheter jämfört med tidigare. Bättre och säkrare vaccin kommer på sikt att ersätta äldre vaccin. Det kan ifrågasättas om nuvarande reglering av de nationella vaccinationsprogrammen är tillräcklig. De riktlinjer som återfinns i smittskyddslagen är främst avfattade med tanke på individinriktade åtgärder och ger liten vägledning för beslutsfattande när det gäller införande av vaccin i de nationella vaccinationsprogrammen.

5.4.6 Spelberoende

Mål

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

Resultat

I Sverige har ca 120 000 personer spelproblem. Av dessa är ca 40 000 spelberoende. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har sedan 1999 tilldelats särskilda medel för arbetet mot spelberoende. Från och med 2007 utgör anslaget 28 miljoner kronor per år. Tonvikten i arbetet ligger på att erhålla ökad kunskap om samband mellan spel och hälsa samt på att utveckla och sprida kunskapsbaserade metoder för att förebygga och

behandla spelrelaterade problem. FHI ansvarar även för en nationell stödlinje för spelare och anhöriga och ger stöd till föreningar med intresse för att arbeta med spelfrågor och självhjälpsgrupper för spelberoende och deras anhöriga. En viktig del av arbetet är också informationsinsatser, nätverksarbete och internationella kontakter.

Med början av 2004 inleddes ett arbete med att utveckla metoder i öppenvård för spelberoende. Stöd har utgått till projekt i Stockholm, Göteborg och Malmö. Beroendecentrum Maria ungdom i Stockholm har fått stöd för att utveckla insatser för barn och unga med spelproblem. Ett internetbaserat självhjälpsprogram har också utvecklats. Behandlingsinsatserna är föremål för vetenskaplig utvärdering.

Drygt 1 000 personer som är verksamma inom missbrukar- och beroendevård har 2006–2007 deltagit i en internetbaserad distansutbildning. Kursen behandlar bland annat diagnos av spelberoende och grunderna i behandling av problemen. En till innehållet mer begränsad webbaserad informationsinsats riktas mot anställda inom socialtjänst, psykiatri, primärvård och kriminalvård. Ett särskilt anpassat informationspaket riktar sig till budget- och konsumentrådgivare.

De öppenvårdsprojekt som stöds av FHI fungerar också som regionala kunskapscentra och svarar bland annat för information till och utbildning av personal i socialtjänst och psykiatri om behandling av spelberoende.

Vid sidan om stödet till Spelberoendes Riksförbund och självhjälpsgrupper har ekonomiskt stöd dessutom utgått till ett tiotal föreningar som riktar sig mot utsatta grupper och som arbetar med spelfrågor.

Under 2007 har arbetet med en studie om spel, spelproblem och hälsa påbörjats. Avsikten är att studien ska pågå under flera år och ge underlag för analyser av vilka faktorer som bidrar till spelproblem och vad som kan utgöra ett skydd mot sådana. Under 2007 publicerades en rapport om underliggande biologiska orsaker till spelberoende och en studie om sambandet mellan reklam om spel och spelberoende. På uppdrag av FHI har Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet genomfört en studie om nätpoker, vilken publicerades under 2007.

Analys och slutsatser

Spelmarknaden karaktäriseras av en fortgående dynamisk utveckling. En förskjutning av spelandet sker successivt till kontinuerliga spelformer. Även 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. Omsättningen för de flesta spel har ökat och en allt större del av omsättningen kommer från spel på Internet. Framför allt svarar poker över Internet, spel på Casino Cosmopol, nummerspel och värdeautomatspel för ökningen hos Svenska Spel medan spel på hästar över Internet står för ökningen hos ATG. Utlandsbaserade spelbolag har en intensiv marknadsföring riktad mot svenska spelare och de internationella spelbolagen satsar nu mer pengar på marknadsföring än de som har tillstånd att verka i Sverige. Antalet som spelar på nätpoker synes ha stagnerat medan bingolikhande spel på Internet ökar snabbt.

Samtidigt som spelmarknaden utvecklas mot att de spel som är mer riskabla ur spelberoendepunkt ökar mest finns det också rörelser som i viss mån kan ha en dämpande effekt på spelmissbruket.

De större svenska aktörerna på spelmarknaden samarbetar genom det s.k. spelrådet och har antagit etiska riktlinjer för sin reklam- och marknadsföring. Marknadsföringen har också delvis förändrat karaktär och bland annat ATG betonar upplevelseaspekterna mer än vinstchanserna i sin reklam. Spelansvar blir allt viktigare för spelaktörerna både gentemot kunderna och gentemot den egna personalen och ombuden. Bland annat har ombuden för Svenska Spel och ATG 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 spelmönster. Svenska Spel uppskattar att deras direkta kostnader för spelansvarsåtgärder under 2007 uppgick till 37 miljoner.

Genom den omfattande informations- och utbildningsverksamheten som FHI har initierat har kunskapen om spelproblem och behandling spridits till stora grupper av professionella. Flera kommuner erbjuder numera stöd och behandling i egen regi. Enbart genom de projekt som

stöds av FHI har cirka 350 personer fått behandling under 2007.

Frivilliga organisationer och självhjälpgrupper bidrar till att ytterligare flera hundra spelmissbrukare och anhöriga kan finna stödmöjligheter vid sidan om det professionella vårdutbudet.

5.5 Revisionens iakttagelser

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

Riksrevisionen har granskat den svenska beredskapen för att hantera ett utbrott av en pandemisk influensa (RiR 2008:1). Riksrevisionens samlade bedömning är att regeringen och ansvariga statliga myndigheter inte säkerställer en god beredskap för hantering av ett utbrott av en pandemisk influensa.

Riksrevisionen rekommenderar regeringen att säkerställa att Socialstyrelsen är den aktör som har det samlade samordningsansvaret för pandemiberedskapen i hela det svenska samhället, uppmanar regeringen att överväga att ge alla berörda statliga aktörer i uppdrag att planera för en pandemi, uppmanar regeringen att säkerställa den nationella samordningen av lägesbilder samt samordningen av krisinformation till allmänheten under en pandemi. Riksrevisionen uppmanar vidare regeringen att säkerställa att det finns en statlig aktör som har mandat att vid ett utbrott av en pandemisk influensa besluta om smittskyddsåtgärder utanför hälso- och sjukvårdslagstiftningens område.

Regeringen anser, i likhet med Riksrevisionen, att arbetet för att stärka beredskapen behöver fortsätta och har tagit flera initiativ, bl.a. inköp av antivirala läkemedel och säkrad vaccintillgång genom en s.k. pandemigaranti. Särskilda medel har tilldelats Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet för beredskapsåtgärder. Vidare har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella handlingsplanen samt gett samtliga länsstyrelser i uppdrag att identifiera vilka verksamheter som är särskilt viktiga för samhället vid en influensapandemi. Den Europeiska myndigheten för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC), som har gått igenom samtliga medlemsländers pandemiplaner, konstaterar att det tar ca fem år att uppnå en

beredskap som är nöjaktig för Europas medborgare. Även om Sverige fick ett gott betyg i ECDC:s genomgång finns det, liksom i andra medlemsländer, mer att göra. Arbetet med den svenska beredskapen kan aldrig bli helt färdig utan måste ständigt utvecklas och förbättras.

5.6 Politikens inriktning

Regeringen har i propositionen En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110) redogjort för politikens inriktning de kommande åren. Folkhälsopolitiken ska 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 med syfte att främja barns och ungas psykiska hälsa, stärka det självmordspreventiva arbetet, främja goda matvanor och fysisk aktivitet samt minska tobaksbruket. Dessa särskilda satsningar bör fortsätta i linje med den omfattning och inriktning som aviserats i propositionen. Även regeringens satsningar på att minska bruket av alkohol och missbruket av narkotika i enlighet med de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna (prop. 2005/06:30) ligger fast, liksom det utvecklingsarbete som pågår inom smittskydds- och spelberoendedområdena.

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 ytterst angeläget att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser sätts in tidigt. Andelen äldre i befolkningen ökar och allt fler överlever till riktigt höga åldrar. 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.

Sociala nätverk och ideellt arbete

Det hälsofrämjande folkhälsoarbetet fokuserar betydelsen av goda sociala nätverk och den enskilda människans möjligheter att påverka vardagslivet, såväl på arbetet som hemma och i närmiljön. Hälsoinformation, tillgänglig för alla, är en betydelsefull aktivitet i det hälsofrämjande arbetet. Likaså är det viktigt att stimulera 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 presenterade under våren 2008 ett förslag till överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de ideburna organisationerna på det sociala området. De åtaganden som gjorts i överenskommelsen ska fullföljas. Som en del i arbetet med att utveckla den ideella sektorns möjligheter att delta i folkhälsoarbetet avsätter regeringen medel till Volontärbyråns och frivilligcentralernas verksamhet.

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, varför regeringen avsätter medel för att stödja det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer.

Det finns stora potentiella vinster, både för den enskilde och för samhället i stort, i att satsa resurser på att förebygga hälsorelaterade sociala problem. För att möta de framtida folkhälso-politiska utmaningarna och möjligheterna är det viktigt att folkhälsoarbetet utgår från såväl tvärvetenskaplig forskning och tvärsektoriellt arbete som praktisk erfarenhet. De hälsofrämjande metoder som i dag används behöver vidareutvecklas och fördjupas. Regeringen har därför, genom ett stimulansbidrag till ett urval kommuner, initierat ett utvecklingsarbete för att utveckla det lokala sektorsöverskridande hälso-

främjande 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.

Föräldrastöd

Det är angeläget att motverka den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar. Regeringen anser därför att folkhälsoarbetet bör fokusera på barnens behov och trygghet och på att skapa möjligheter för föräldrar att få det stöd de behöver och efterfrågar i sitt föräldraskap. En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är en avgörande förutsättning för en god psykisk hälsa senare i livet. Regeringen har tillsatt en utredning med uppgift att ta fram ett förslag på en långsiktig strategi för en kvalitetshöjande kompetensuppbyggnad och utveckling av samhällets erbjudande av stöd och hjälp till kvinnor och män i deras föräldraskap (dir. 2008:67). Den nationella strategins övergripande mål ska vara att föräldrastöd ska erbjudas kontinuerligt under barnets hela uppväxttid. Regeringen avser att 2009 och 2010 avsätta medel för att stimulera utvecklingen inom området och noga följa det kommande utvecklingsarbetet.

Självmoordsförebyggande arbete

Samhällets förmåga att hantera risker för självmord måste förbättras. Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Det självmoordsförebyggande arbetet har länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Men alla faktorer i människors sociala och fysiska miljö som är viktiga för hälsan bör inkluderas i det självmoordsförebyggande arbetet. Även här spelar idéburna organisationer en viktig roll. Regeringen ger därför organisationsstöd till Riksförbundet för suicidprevention och efterlevande stöd och avsätter stimulansmedel till paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg för fortsatt uppbyggnad av ett nationellt kansli. Vidare avsätter regeringen medel för att förstärka den verksamhet som bedrivs vid Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska institutet.

Matvanor och fysisk aktivitet

Övervikts- och fetmaproblematiken är ett av de allvarligaste folkhälsoproblemen. 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 motionsvanor hos barnen. Skolhälsovården har också ett ansvar för att verka för sunda levnadsvanor hos barn och elever. Även idrottsrörelsen och andra ideella organisationer spelar här en viktig roll. Regeringen avser att fortsätta samverka med frivilligorganisationer, livsmedelsbranschen, experter, myndigheter och andra nyckelaktörer i återkommande formaliserade dialoger – ett s.k. dialogforum. Vidare prioriterar regeringen arbetet med fysisk aktivitet på recept (FaR) och stödjer kunskapsspridning om metoden. För att underlätta utvecklingen och utvärdering av insatser som främjar goda matvanor och fysisk aktivitet bereder regeringen för närvarande möjligheterna att i forskningssyfte använda redan insamlade uppgifter om barns längd och vikt. Regeringen har för avsikt att i den fortsatta beredningen av ärendet lägga en stor vikt vid att värna den enskildes integritet.

Alkohol, narkotika, dopning och tobak

Alkoholkonsumtionen ligger på en historiskt sett hög nivå.

Att minska alkoholkonsumtionen och motverka skadligt dryckesbeteende är angeläget då det motverkar våldsbrott och övergrepp samt förbättrar folkhälsan och minskar många sociala problem.

Sverige arbetar för en mer restriktiv syn på alkohol inom Europeiska unionen och verkar för ett ökat internationellt samarbete på alkoholområdet. Under 2009 väntas en utvärdering av EU:s alkoholstrategi som antogs 2006. Alkoholfrågan kommer därför att aktualiseras under Sveriges ordförandeskap hösten 2009. Målsättningen är att utveckla EU:s alkoholstrategi och ytterligare stärka folkhälsoperspektivet på alkoholfrågorna. Sverige kommer även att stå som värdland för WHO:s första globala konferens om alkohol hösten 2009 för att på så sätt stödja WHO:s arbete att ta fram en global alkoholstrategi.

Ett fortsatt intensivt arbete mot narkotika och dopning är nödvändigt. Det finns en bred folklig och politisk uppslutning kring en restriktiv narkotikapolitik. De narkotikapolitiska insatserna ska fokusera på att begränsa både tillgången till och efterfrågan på narkotika och dopningspreparat.

Regeringen har tillsatt två utredare för att se över alkohollagen (dir. 2007:127) respektive narkotikalagstiftningen (dir. 2006:97, 2007:26). Uppdraget som avser översynen av narkotikalagstiftningen ska redovisas senast den 31 december 2008. Alkohollagsutredningen avlämnade i december 2007 delbetänkandet Några alkoholfrågor med EG-rättslig anknytning (SOU 2007:113). Regeringen lämnade den 7 april 2008 ett förslag till riksdagen med innebörden att, i dessa frågor, anpassa svensk alkohollagstiftning till EG-rätten. I övrigt ska uppdraget redovisas senast den 30 december 2008.

Tobaksrökning är fortfarande den största enskilda riskfaktorn för sjukdom och förtida död i Sverige, trots att andelen rökare i befolkningen har sjunkit de senaste decennierna. Fortfarande röker ca en miljon människor i Sverige. Att minska tobaksbruket är således en prioriterad fråga. Införandet av rökfria restauranger och kaféer m.m. har på ett positivt sätt påverkat den vuxna befolkningens rökvanor. Regeringen har under 2007 ytterligare justerat skattenivåerna på tobak, och även vidtagit åtgärder för att nikotinläkemedel ska finnas tillgängligt i detaljhandeln. För att öka stödet till dem som vill sluta använda tobak och för att förebygga nyrekrytering bland barn och unga har regeringen vidtagit ytterligare åtgärder för att stödja det lokala arbetet, bl.a. i skolan, stimulera användandet av rökavvänningsmetoder samt förstärka det nationella tillsynsarbetet. Regeringen fortsätter även stödet till frivilligorganisationer som arbetar med tobaksprevention och stödet till telefonrådgivningsverksamhet för den som vill sluta röka.

Efterlevnaden av tobakslagen är grundläggande för en effektiv tobakskontroll. Det är alltför vanligt att personer under 18 år själva kan köpa tobaksvaror trots att det står i strid med tobakslagen. Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare (dir. 2008:29) som ska se över bestämmelser i tobakslagen i syfte att skydda minderåriga. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2008.

Regeringen avser att även fortsättningsvis samarbeta med det civila samhället inom områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak.

För ett framgångsrikt alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiskt arbete krävs att det finns ett strukturerat, långsiktigt och samordnat förebyggande arbete framför allt på lokal nivå. Utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå är

därför av särskild vikt. Inom ramen för de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna har det nu i Sverige byggts upp en rikstäckande struktur för det förebyggande arbetet. Den strukturen är även för det framtida arbetet en viktig förutsättning för drogförebyggande verksamhet. Regeringen kommer löpande följa upp nuvarande insatser och därefter återkomma med förslag angående det fortsatta utvecklingsarbetet.

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 bör vara att arbetet mot spelberoende ska integreras i det allmänna folkhälsoarbetet, socialtjänstens och hälsovårdens insatser.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare (dir. 2007:79, dir 2008:64) som ska föreslå en långsiktig hållbar svensk spelreglering. Den nya regleringen ska tillvarata och stärka de sociala skyddsaspekterna och motverka spelberoende, bedrägerier och kriminalitet. Grunden för den nuvarande modellen för spelregleringen ska alltså även i fortsättningen tjäna som förebild. Modellen ska förena kravet på en stark och förbättrad social skyddsnivå med behovet av en anpassning till det moderna IT-samhällets villkor och de skyldigheter som följer av EG-rätten.

Smittskydd och hälsoskydd

I skyddet mot spridning av smittsamma sjukdomar är världens länder ömsesidigt beroende av varandra. Omvärldsförändringar som ökat resande, ändrade levnadsförhållanden, ökat handelsutbyte samt klimatförändringar innebär ständigt nya utmaningar för smittskyddet. Detta innebär att det ställs ökade krav på EU-samarbete och internationellt samarbete.

För att även fortsättningsvis kunna säkerställa ett gott smittskydd i Sverige är det angeläget att bibehålla och utveckla anpassningsförmåga till de ökade omvärldskraven, med ett föränderligt internationellt sjukdomspanorama. Det är särskilt viktigt att visa uthållighet i insatser för att motarbeta långsiktiga hälsohot.

Översyn av myndigheterna inom smittskyddsområdet

Regeringen har tillsatt en särskild utredare (dir. 2008:60) med uppdrag att göra en översyn av de myndigheter som bedriver verksamhet inom

smittskyddsområdet, främst Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Syftet är att tydliggöra ansvarsfördelningen, effektivisera verksamheten och pröva omfattningen av det offentliga åtagandet. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 juni 2009.

Beredskap för allvarliga hälsopot

Regeringen avser fortsätta arbeta för en hög beredskap mot spridning av smittsamma sjukdomar. Grundläggande för en god beredskap är förmågan att kunna förutse händelser och vidta förebyggande åtgärder. Riksrevisionens bedömning att regeringen och statliga myndigheter ännu inte har säkerställt en god beredskap utgör en viktig signal tillsammans med utlåtandet från det Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) om att medlemsstaterna i Europa har några år kvar innan man uppnått en acceptabel skyddsnivå för medborgarna i Europa.

Regeringen tillför därför även för 2009–2010 extra resurser på totalt 10 miljoner kronor per år till Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet för att genomföra handlingsplanen för influensaberedskap och därmed stärka den generella smittskyddsberedskapen i landet.

Regeringen stöder arbetet med EU:s hälsostrategi, vars strategiska mål 2008–2013 är att skydda medborgarna från hälsohot. Svensk inriktning är ett tydligt EU-mervärde genom uppbyggnad av effektiva samarbetssystem för att undvika dubbelarbete. Särskilt viktigt är att skapa effektiva system för övervakning och tidig varning.

För att säkra en god tillgång på influensavaccin vid en eventuell pandemisk influensa avser regeringen att fortsätta prioritera arbetet med att trygga tillgången på vaccin för hela Sveriges befolkning. Avtal har slutits med en tillverkare av influensavaccin om leveranser i händelse av en pandemi. Regeringen följer den globala utvecklingen av influensavaccinproduktion för eventuella framtida initiativ till en inhemsk eller nordisk produktion.

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. Regeringen avser därför 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. En samlad kommunikationsplan bör tas fram i enlighet med det förslag som aviserades i propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60). 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 fördelas enligt en årlig överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Regeringen har även tillsatt en arbetsgrupp inom Socialdepartementet som ska lämna förslag på hur oönskade graviditeter ska minska. Gruppen ska även beakta spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar hos unga.

Översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen m.m.

Den 1 januari 2009 utvidgas det nationella vaccinationsprogrammet för barn, efter beslut av Socialstyrelsen, till att omfatta även vaccination mot pneumokocker vid 3, 5 och 12 månaders ålder. Pneumokocker är bakterier som kan orsaka lindrigare infektioner som öron- och bihåleinfektion, men de orsakar också mycket allvarliga och ibland livshotande sjukdomar som blodförgiftning och hjärnhinneinfektion. Det finns även risk för allvarliga komplikationer. Regeringen är överens med Sveriges Kommuner och Landsting om att de finansiella konsekvenserna av reformen ska regleras genom en ökning av anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, med 150 miljoner kronor under 2009–2012 och därefter med 120 miljoner kronor.

I ljuset av nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri finns det behov av att se över nuvarande reglering samt överväga om tydligare kriterier för vilka vaccin som bör ingå i de nationella programmen på sikt bör utarbetas. Regeringen avser därför att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen.

Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens är ett globalt hot mot modern sjukvård med konsekvenser för såväl enskild individ som för folkhälsan. Resistenta stammar sprids framför allt inom vården på grund av bristande hygienrutiner, men även ute i samhället, t.ex. i äldreboenden. Över- och felanvändning av antibiotika är en viktig orsak till resistensutvecklingen. För att även i framtiden kunna använda antibiotika som effektiva läkemedel för behandling av bakterieinfektioner hos människor och djur är det viktigt att arbeta mot antibiotikaresistens och samtidigt söka nya vägar att säkerställa utveckling av nya antibakteriella substanser både nationellt och internationellt. Inom ramen för det svenska ordförandeskapet hösten 2009 avser Sverige att genomföra en konferens om behovet av nya antibakteriella läkemedel.

Det arbete som utförs på lokal nivå genom de s.k. Strama¹-grupperna utgör ett viktigt bidrag. Strama syftar till att, genom samverkan mellan myndigheter, landsting och kommuner, motverka spridning av antibiotikaresistens. Basen för Stramas nationella arbete utgörs av ett samordnande kansli inom Smittskyddsinstitutet, en ledningsgrupp av nationella experter och av de i landstingen organiserade lokala Strama-grupperna.

5.7 Budgetförslag

5.7.1 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5.2 Anslagsutveckling för 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

År	Utfall	206 635	Anslags-sparande	23 492
2007	Utfall	206 635	Anslags-sparande	23 492
2008	Anslag	130 194 ¹	Utgifts-prognos	150 703
2009	Förslag	132 365		
2010	Beräknat	136 065 ²		
2011	Beräknat	139 098 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet. 2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 132 365 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 132 365 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för Statens folkhälsoinstituts förvaltningskostnader.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) är nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. FHI 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.

I tilläggsbudget 2007 tillfördes FHI 70 000 000 kronor för återbetalning av avgifter som tagits ut med stöd av alkohollagen (1994:1738) och alkoholförordningen (1994:2046) men som av domstol bedömts vara i strid med EG-fördraget. Större delen av anslags-sparandet från 2007 utgörs av dessa medel.

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 2009 avsätter regeringen, med hänsyn till pris- och löneomräkning, 3 047 000 kronor för detta ändamål.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.3 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt – kostnad)
Utfall 2007	–8	0		
Prognos 2008	0	0		
Budget 2009	0	0		

Regeringens överväganden

Regeringen följer noga utvecklingen av FHI:s ekonomiska situation med anledning av omlokaliseringen till Östersund för att säkerställa att verksamheten långsiktigt kan fungera med bibehållen kvalitet. Regeringen avser vidare under

¹ Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

2009 att, som tidigare aviserats, kompensera FHI för de engångspremier som särskild pensionsersättning medför.

Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:1 Statens folkhälsoinstitut

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	130 194	130 194	130 194
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	2 147	5 846	8 879
Beslut	24	25	25
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	132 365	136 065	139 098

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 132 365 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 Statens folkhälsoinstitut för 2009. För 2010 beräknas anslaget till 136 065 000 kronor. För 2011 beräknas anslaget till 139 098 000 kronor.

5.7.2 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tabell 5.5 Anslagsutveckling för 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	Utfall	185 073	2 663
2008	Anslag	186 332 ¹	185 326
2009	Förslag	189 710	
2010	Beräknat	195 870 ²	
2011	Beräknat	200 358 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 189 710 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 189 710 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för Smittskyddsinstitutets förvaltningskostnader.

Smittskyddsinstitutet (SMI) är central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 5.6 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2007	32 656	64 427	-31 771
(varav tjänsteexport)	6%		
Prognos 2008	33 500	65 000	-31 500
(varav tjänsteexport)	6%		
Budget 2009	34 500	65 500	-31 000
(varav tjänsteexport)	6%		

SMI bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och experimentell biomedicin. Inkomsterna disponeras av SMI. Den speciella diagnostiken finansieras med avgifter som ger full kostnadstäckning. Den experimentella biomedicinen har medgivits undantag från 5 § avgiftsförordningen (1992:191) vilket innebär att avgiftsfinansiering inte krävs. Underskottet för den experimentella biomedicinen uppgick 2007 till ca 32 miljoner kronor, vilket till stor del beror på lokalkostnaderna för SMI:s djurhus. Under 2007 motsvarade intäkterna, ca 13,3 miljoner kronor, personalkostnaderna. Regeringen avser att även fortsättningsvis noga följa myndighetens arbete med att hantera verksamhetens inriktning och omfattning för att säkerställa en långsiktig finansiering av de totala kostnaderna för den experimentella biomedicinen.

Regeringens överväganden

Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:2 Smittskyddsinstitutet

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	186 332	186 332	186 332
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	3 343	9 502	13 989
Beslut	35	36	37
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	189 710	195 870	200 358

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 189 710 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Smittskyddsinstitutet* för 2009. För 2010 beräknas anslaget till 195 870 000 kronor och för 2011 till 200 358 000 kronor.

5.7.3 2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tabell 5.8 Anslagsutveckling för 2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tusental kronor

År	Utfall	70	Anslags-sparande	148
2007	Utfall	70	Anslags-sparande	148
2008	Anslag	213 ¹	Utgifts-prognos	209
2009	Förslag	217		
2010	Beräknat	224 ²		
2011	Beräknat	229 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 217 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 217 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för Alkohol- och läkemedelssortimentsnämndens förvaltningskostnader.

Nämndens uppgift är att pröva överklaganden över Systembolagets beslut att avvisa eller avföra viss alkoholhaltig dryck från sortimentet samt att pröva överklaganden över Apoteket AB:s beslut om att inte lagerhålla vissa läkemedel på lokala apotek.

I syfte att minska den administrativa bördan pågår en översyn av instruktionen för Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden för att utröna om någon ytterligare förändring kan göras för att underlätta prövningen i nämnden och därmed förkorta handläggningstiden.

Regeringens överväganden

Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:3 Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	213	213	213
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	4	11	16
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	217	224	229

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 217 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Alkohol- och läkemedelssortimentsnämnden* för 2009. För 2010 beräknas anslaget till 224 000 kronor och för 2011 till 229 000 kronor.

5.7.4 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tabell 5.10 Anslagsutveckling för 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

År	Utfall	17 578	Anslags-sparande	1 254
2007	Utfall	17 578	Anslags-sparande	1 254
2008	Anslag	18 581 ¹	Utgifts-prognos	17 187
2009	Förslag	19 231		
2010	Beräknat	19 673 ²		
2011	Beräknat	20 185 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 19 231 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 19 231 tkr i 2009 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 2009, inklusive NHV, fastställs i november 2008 och vad respektive land ska betala beslutas kort därefter.

Regeringens överväganden

Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:4 Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	18 581	18 581	18 581
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	650	1 092	1 604
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	19 231	19 673	20 185

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 231 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Bidrag till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* för 2009. För 2010 beräknas anslaget till 19 673 000 kronor och för 2011 till 20 185 000 kronor.

5.7.5 2:5 Bidrag till WHO

Tabell 5.12 Anslagsutveckling för 2:5 Bidrag till WHO

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2007	31 875	4 315	
2008	34 665 ¹		32 000
2009	Förslag	34 665	
2010	Beräknat	34 665	
2011	Beräknat	34 665	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) 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 dollarrens 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 2009 uppgå till ca 5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll uppgår 2009 till ca 61 000 amerikanska dollar.

Tabell 5.13 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:5 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	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

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 34 665 000 kronor anvisas anslaget 2:5 *Bidrag till WHO* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor vardera år.

5.7.6 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tabell 5.14 Anslagsutveckling för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2007	111 198	312	
2008	217 153 ¹		212 754
2009	Förslag	208 653	
2010	Beräknat	208 653	
2011	Beräknat	93 153	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) 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 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, till Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens och till den fortsatta utvecklingen av skaderegistreringssystemet Injury Data Base.

Under perioden 2008–2010 genomför regeringen en särskild satsning inom särskilt viktiga folkhälsopolitiska områden och avsätter för detta ändamål 115 000 000 kronor per år. I propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) har regeringen presenterat satsningens inriktning. Föräldrastöd, självmordsprevention, främjande av goda matvanor och fysisk aktivitet samt minskat tobaksbruk är prioriterade områden. Åren 2009–2010 fördelas även, inom ramen för denna satsning, medel till Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet för förstärkning av beredskapen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar.

Under perioden 2008–2010 avsätter regeringen även 500 000 kronor per år för bidrag till Riksförbundet Suicidprevention och efterlevandes stöd.

För att öka bidraget till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning ökas anslaget med 1 500 000 kronor fr.o.m. 2009. Finansiering sker genom att anslaget 2:7 *Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder* minskas med motsvarande belopp.

Tabell 5.15 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:6 Folkhälsopolitiska åtgärder

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	217 153	217 153	217 153
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-9 900	-9 900	-125 400
Överföring till/från andra anslag	1 400	1 400	1 400
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	208 653	208 653	93 153

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 208 653 000 kronor anvisas under anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* för 2009. För 2010 beräknas anslaget till 208 653 000 kronor och för 2011 till 93 153 000 kronor.

5.7.7 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tabell 5.16 Anslagsutveckling för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2007	Utfall	284 155		-24 000
2008	Anslag	258 257 ¹	Utgifts-prognos	230 160
2009	Förslag	256 757		
2010	Beräknat	256 757		
2011	Beräknat	71 757		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är i huvudsak att finansiera särskilda alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder.

Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkoholkonsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bör fortsätta. En minskad alkoholkonsumtion förbättrar folkhälsan och minskar många sociala problem. Våldsbrott och övergrepp hänger ofta samman med alkoholkonsumtion. Narkotika och dopningsmedel hotar individers hälsa, livskvalitet och trygghet. Nyrekrytering till missbruk måste motverkas. De särskilda alkohol- och narkotikapolitiska satsningarna bör därför fortsätta även 2009 och

2010. Även tobakspreventiva insatser kan finansieras inom anslaget.

Anslaget minskas med 1 500 000 kronor fr.o.m. 2009. Anslaget 2:6 *Folkhälsopolitiska åtgärder* ökas med motsvarande belopp.

Tabell 5.17 Härlledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:7 Alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder

Tusental kronor			
	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	258 257	258 257	258 257
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-1 500	-1 500	-186 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	256 757	256 757	71 757

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08: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- och narkotikapolitiska åtgärder* för 2009. För 2010 beräknas anslaget till 256 757 000 kronor och för 2011 till 71 757 000 kronor.

5.7.8 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 5.18 Anslagsutveckling för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor				
År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	Utfall	153 835		712
2008	Anslag	145 607 ¹		143 479
2009	Förslag	145 607		
2010	Beräknat	145 607		
2011	Beräknat	145 607		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) 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 2008–2009 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 5.19 Härlledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:8 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor			
	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	145 607	145 607	145 607
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	145 607	145 607	145 607

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 145 607 000 kronor anvisas anslaget 2:8 *Insatser mot hiv/aids* och andra smittsamma sjukdomar för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 145 607 000 kronor vardera år.

5.7.9 2:9 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 5.20 Anslagsutveckling för 2:9 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor				
År	Slagslag	Belopp	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	Utfall			1 000
2008	Anslag	300 000 ¹		85 500
2009	Förslag	85 000		
2010	Beräknat	85 000		
2011	Beräknat	85 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Ändamålet för anslaget är att stärka Sveriges försäkringar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Regeringens överväganden

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera tidigare genomförd omvärldsanalys gällande tillgången till influensavacciner i händelse av en pandemi samt förutsättningarna för en vaccintillverkning i Sverige. Omvärldsanalysen visar att den globala tillgången till influensavacciner har ökat och förväntas öka ytterligare.

SBL Vaccin AB har på regeringens uppdrag genomfört en förstudie om möjligheterna att tillverka influensavaccin vid SBL:s anläggning i Solna. Förstudien har granskats av nationell och internationell expertis, som inte anser sig kunna rekommendera investeringar i någon av de teknologier för vaccinproduktion som granskats av SBL.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tecknat avtal om leveranser av influensavaccin från en etablerad tillverkare i händelse av en pandemi.

Tabell 5.21 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 2:9 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	300 000	300 000	300 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-215 000	-215 000	-215 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	85 000	85 000	85 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 85 000 000 kronor anvisas anslaget 2:9 *Insatser för vaccinberedskap* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor vardera år.

5.8 Övrig statlig verksamhet

5.8.1 Systembolaget AB

Systembolaget AB är ett av staten helägt företag. I koncernen ingår förutom moderbolaget Systembolaget också de helägda dotterbolagen Lagena Distribution AB, Systembolaget Fastigheter AB, IQ-initiativet AB samt AB K14 Näckströmsgatan. Verksamheten omfattar detaljhan-

del med alkoholdrycker. Systembolaget sålde 405 (384)¹ miljoner liter alkoholdrycker under 2007. Det är en ökning med 5,4 procent jämfört med 2006. Nettoomsättningen ökade under 2007 till 20 211 (19 039) miljoner kronor. Resultatet före skatt uppgick till 366 (602) miljoner kronor.

Systembolaget hade vid årsskiftet 411(410) butiker i 288 av Sveriges 290 kommuner. Av dessa hade sammanlagt 292 (250) självbetjäning. Vid samma tidpunkt hade Systembolaget också 540 (552) ombud där kunderna kan beställa varor för avhämtning.

Under 2007 lanserades totalt cirka 1 450 nyheter i sortimentet. Dessutom lanserades ytterligare 780 artiklar, i små kvantiteter i högre prislägen, i bolagets tre vinkällarbutiker.

Den totala alkoholkonsumtionen mätt i liter ren alkohol per person 15 år och över uppgick 2007 till 9,8, vilket är samma nivå som 2006². Samtidigt ökade Systembolagets försäljning under samma period med 5,4 procent. Av den totala alkoholkonsumtionen har den andel av alkoholdryckerna vilka införskaffats på Systembolaget ökat till 54 (53) procent under 2007.

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 EG-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 i maj 2008 att en lokal producent, efter ansökan, ska kunna sälja sina produkter i den närmaste systembutiken.

¹ Uppgifterna inom parentes avser motsvarande data för 2006.

² Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, SoRAD.

Tabell 5.22 Ekonomisk översikt för koncernen de senaste fem åren

Miljoner kronor

	2007	2006	2005	2004 ¹	2003 ²
Nettoomsättning	20 211	19 039	18 083	17 708	18 985
Resultat efter finansiella poster	366	602	513	240	202
Eget kapital	2 163	2 071	1 989	1 749	1 348
Räntabilitet på eget kapital ³	13,9	20,6	17,7	11,5	10,0
Medeltalet årsanställda	3 049	3 026	2 960	3 127	3 334
Arbetsproduktivitet ⁴	775	766	743	708	701
Lageromsättningshastighet ⁵	22,3	21,3	20,5	19,9	21,9

¹ Enligt International Financial Reporting Standards (IFRS), men inte justerat för International Accounting Standards (IAS) 39 Finansiella instrument.

² Ej enligt IFRS.

³ Resultat efter schablonskatt i procent av justerat eget kapital vid årets början.

⁴ Antal hanterade arbetsenheter (förpackningar efter viktning per varugrupp) per dagsverke (8 timmar).

⁵ Omsättningen dividerad med genomsnittligt lagervärde till försäljningspris.

Tabell 5.23 Sammanställning av nyckeltal och mål per perspektiv och målluppfyllelse

Perspektiv	Strategiska nyckeltal	2007	2006	2005	2004	2003	Målnivå 2010	Målnivå 2007	Målnivå 2006
Samhälle	Opinionsindex	61	57	55	53	55	60	57	57
	Ålderskontroll, procent ¹	85	88	89	84	83	93	90	88
Kund	Nöjd-Kund-Index (NKI)	75	74	73	72	73	75	74	74
Medarbetare	Nöjd-Medarbetare-Index (NMI)	72	70	70	69	69	73	71	70
Finansiellt	Handelsmarginal exkl. alkoholskatt (moderbolaget), procent	23,1	24,3	25,5	25,2	25,1	23,0	23,3	24,3

¹ Årlig ålderskontroll genomförd av oberoende bolag av ungdomar som var äldre än 20 år men som bedömts se yngre ut än 25 år.

6 Handikappolitik

Omfattning

Handikappolitiken omfattar insatser för att undanröja hinder för full delaktighet i samhället och insatser för att bekämpa diskriminering. Insatserna är sektorsövergripande och ansvaret för att nå de handikappolitiska målen vilar på respektive delområde.

Socialdepartementet har som uppgift att samordna regeringens handikappolitik och samlat redovisa resultatet av de insatser som genomförs. Utförligare redovisningar av resultaten återfinns inom respektive utgiftsområde.

Inom handikappolitiken ryms bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning och bidrag till handikapporganisationer. Inom handikappolitiken ryms också Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) och Hjälpmedelsinstitutet som är ett nationellt kunskapscentrum inom hjälpmedelsområdet.

De insatser inom handikappolitiken som omfattar individuella råd- och stödinsatser redovisas separat under avsnitt 7 Stöd till personer med funktionsnedsättning.

År 2009 föreslås statens utgifter för de anslag som ryms inom handikappolitiken uppgå till 333 miljoner kronor.

6.1 Utgiftsutveckling

Tabell 6.1 Utgiftsutveckling inom Handikappolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Handikappolitik</i>						
4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	19	19	19	20	20	21
4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder	82	130	130	130	130	130
4:3 Bidrag till handikapporganisationer	164	184	184	184	184	184
Summa Handikappolitik	265	333	333	333	334	335

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

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

6.2 Mål

För 2008 gäller följande mål för handikappolitiken

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

Det handikappolitiska arbetet ska inriktas särskilt 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.

Målen är beslutade av riksdagen i samband med att den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – antogs av riksdagen (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000: SoU14, rskr. 1999/2000:240).

Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på en enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnitt 3.4.

6.3 Resultat

Resultatredovisningen utgår från de handikappolitiska målen som riksdagen lagt fast 2000 i den nationella handlingsplanen. Ansvar för att målen ska genomföras vilar på flera samhällsområden. Viktiga styrinstrument för arbetet är förutom föreskrifter, bl.a. regleringsbrev, instruktioner och särskilda uppdrag till statliga myndigheter samt även överenskommelser med organisationer. Bristande tillgänglighet i samhället leder till att människor med funktionsnedsättning inte har samma möjlighet som andra att göra sina egna val. Därför är det en

central del i det handikappolitiska arbetet att tillgängligheten i samhället förbättras. Planerare, informatörer och administratörer måste utgå från det faktum att människor har olika förutsättningar och att en funktionsnedsättning är en av flera variationer som finns i en befolkning. I handlingsplanen finns tydliga mål för tillgängligheten som bör vara uppfyllda under 2010. Det handlar t.ex. om mål för en tillgänglig kollektivtrafik, att undanröja enkelt avhjälpta hinder i lokaler och på allmänna platser och att utvecklingen av IT och offentliga webbplatser är användbara även för personer som har en funktionsnedsättning. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) och de av regeringen utsedda sektorsmyndigheterna har ett särskilt ansvar att driva på arbetet. Syftet med insatserna är att öka tillgängligheten och att bekämpa diskriminering. För att personer med funktionsnedsättning ska kunna forma sitt eget liv behöver generellt inriktade insatser också kompletteras med stöd och serviceinsatser på individnivå. Resultatet av de insatserna redovisas under avsnitt 7 Stöd till personer med funktionsnedsättning.

Indikatorer för uppföljning av handikappolitiken behövs

En samlad utvärdering av handikappolitiken kräver både ett system för kontinuerlig uppföljning av det handikappolitiska arbetet och ett system för att följa levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättningar. I november 2007 överlämnade Handisam rapporten ”Struktur för uppföljning av den handikappolitiska utvecklingen” till regeringen. I rapporten ger Handisam förslag på indikatorer inom flera områden, däribland arbetsmarknad, kultur och medier samt bostäder och fysisk miljö, i syfte att mäta samhällets insatser. Tillsammans med det arbete som Socialstyrelsen bedriver i syfte att följa levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning föreslår Handisam att indikatorerna ska utgöra huvudkomponenter i en samlad struktur för utvärdering av handikappolitiken.

Sektorsmyndigheter genomför handikappolitiken

En viktig konsekvens av att handikappolitiken är sektorsövergripande är att fjorton myndigheter har ett särskilt ansvar för att genomföra handikappolitiken inom sin sektor och att ansvaret finns inskrivet i dessa myndigheters

instruktioner. Regeringen har efter förslag från sektorsmyndigheterna satt upp etappmål för detta arbete. Följande myndigheter är sektorsmyndigheter: Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Banverket, Boverket, Försäkringskassan, Konsumentverket, Statens Kulturråd, Luftfartsstyrelsen, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Sjöfartsverket, Skolverket, Socialstyrelsen och Vägverket.

Handisam samordnar och driver på arbetet

Handisam ska främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella handikappolitiken. Myndigheten ansvarar för den övergripande handikappolitiska samordningen och stödjer, stimulerar och förmår aktörer på olika nivåer i samhället att beakta de handikappolitiska målen i sin verksamhet. Handisam ska integrera ett barnperspektiv och ett genusperspektiv i sitt arbete. Myndigheten har också en viktig roll i arbetet med att följa upp och ge en samlad bild av utvecklingen inom hela det handikappolitiska området. Enligt regleringsbrevet för 2008 ska Handisam bidra till att myndigheternas förutsättningar att genomföra handikappolitiken förbättras. Myndigheten ska också i samverkan med sektorsmyndigheterna ta fram en struktur för hur en samlad utvärdering av den handikappolitiska utvecklingen ska kunna genomföras. Dessutom ska man stödja landstingens och kommunernas tillgänglighetsarbete genom att utveckla och förankra metoder för uppföljning.

Hjälpmedelinstitutet – ett nationellt kunskapscentrum

Hjälpmedelinstitutet (HI) arbetar för full delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning genom att medverka till utveckling och användning av bra och säkra hjälpmedel och en effektiv hjälpmedelsförsörjning. HI ska också bidra till ökad tillgänglighet i samhället. HI har bland annat genomfört en särskild IT-satsning med fokus på elever med ADHD och dyslexi som resulterat i tillkomsten av cirka 80 skoldatatek fördelade över hela landet. Projektet belönades 2007 med Arvsfondens Guldkorn. Vidare har HI varit med och utvecklat olika teknikstöd i boendet och därmed underlättat för många människor att leva på egna villkor i den egna bostaden. Tillsammans med Post- och telestyrelsen och Konsumentverket har HI genomfört provning och använ-

dartest av 3G-telefoner utifrån döva personers, personer med hörselskada samt personer med dövblindhets behov.

Statliga myndigheter tar fram handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Myndigheter under regeringen ska enligt en särskild förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken beakta de handikappolitiska målen när de utformar och bedriver sin verksamhet. Myndigheterna ska arbeta för att göra lokaler, verksamhet och information tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. Handisam har regeringens uppdrag att ta fram riktlinjer, samt stödja och följa tillgänglighetsarbetet i staten.

Arbetet med tillgänglighet i staten

Sedan 2003 har det genomförts årliga uppföljningar av myndigheternas arbete med att förbättra tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning⁸. Svarefrekvensen vid uppföljningen 2003 var 82 procent. Den har successivt förbättrats och 2007 var den 92 procent.

Tabell 6.2 Andelen myndigheter (%) som:

	2003	2007
har tagit fram en handlingsplan för att förbättra tillgängligheten	7	70
har systematik för att överväga stöd till anpassningsåtgärder vid anställning	47	79
har rutiner för att hantera klagomål på bristande tillgänglighet	43	54
erbjuder sin personal utbildning i tillgänglighetsfrågor	16	33
vid behov kan kommunicera via tecken- eller skrivtolk	40	50
kan tillhandahålla hörselteknisk utrustning	45	60
uppfyller krav på tillgänglighet vid anställningsintervju	72	89
har rutiner för att ta fram grundläggande information på lättläst svenska	25	25

Uppföljningarna visar att myndigheter som har tagit fram en handlingsplan och som har ett tydligt utpekat ansvar för tillgänglighetsfrågorna

⁸ Under åren 2003 till 2005 låg uppdraget att följa myndigheternas tillgänglighetsarbete på Handikappombudsmannen. Från och med 2006 är det Handisam som har detta uppdrag.

har kommit längre i att genomföra konkreta förbättringar av tillgängligheten.

Kartläggning av tillgänglighetsarbetet i kommunerna

Ett samarbete mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har inletts i syfte att intensifiera arbetet med att genomföra tillgänglighetsmålen i den nationella handlingsplanen.

Kartläggningen visar att flertalet kommuner har ett etablerat samarbete med handikapporganisationerna där frågan om tillgänglighet löpande diskuteras. Många kommuner har också en plan och budgetmedel avsatta för arbetet med tillgänglighet. Granskningen av ansökningar inför exempelvis bygglov sker i många kommuner utifrån de tillgänglighetskrav som ställs i plan- och bygglagen (1987:10,PBL) och i lagen (1994:847) om tekniska egenskapskrav på byggnadsverk m.m. Enkäten visar dock att kommunernas tillsyn och uppföljning av arbetet med enkelt avhjälpade hinder brister och att målet med undanröjande av enkelt avhjälpade hinder inte kommer att nås till 2010 om inte tempot ökar.

Boverket genomför informationsinsatser för ökad tillgänglighet

Det retroaktiva kravet på att undanröja enkelt avhjälpade hinder i den befintliga bebyggelsen infördes i PBL 2001 och kompletterades 2003 med föreskrifter från Boverket.

Under 2007 har Boverket fortsatt haft i uppdrag att utföra informationsinsatser till fastighetsägare och andra viktiga aktörer om reglerna för undanröjandet av enkelt avhjälpade hinder. I september 2007 redovisade Boverket en ny uppföljning av och en jämförelse mot resultatet från 2005 års uppföljning.

Av redovisningen framgår att arbetet gått framåt men att kunskapen kring enkelt avhjälpade hinder alltjämt brister. Boverket konstaterar också att det finns svårigheter vad gäller kommunernas tillsyn av bestämmelserna. Bland de förslag till åtgärder som presenteras finns bland annat ett om att förtydliga bestämmelsen i PBL vad gäller enkelt avhjälpade hinder. Syftet är att göra lagstiftningen mer användbar. Boverket förordar också intensifierade informations- och utbildningsinsatser om bland annat enkelt avhjälpade hinder.

Förbättrad tillgänglighet i naturreservat, kulturmiljöer m.m.

Länsstyrelserna har med hänsyn till sina uppgifter och sitt ansvar inom många viktiga samhällsområden en viktig roll i arbetet att göra samhället mer tillgängligt. Länsstyrelserna har därför fått i uppdrag att redovisa insatser som gäller hur man arbetar för ett mer tillgängligt samhälle för personer med funktionsnedsättning. Redovisningen för 2007 avser insatser vid samråd enligt PBL, tillsynsarbete enligt PBL och insatser i förvaltningen av naturreservat, naturvårdsområden, kulturmiljöer, fornlämningsm.m.

Det sker kontinuerligt insatser för att förbättra tillgängligheten till naturreservat, kulturmiljöer, fornlämningsm.m. och kyrkor.

Merparten av länsstyrelserna redovisar åtgärder. Tillgänglighetsperspektivet får som regel utrymme vid samråd av planärenden, även om arbetssätten och ambitionsnivån i arbetet varierar stort mellan länsstyrelserna. Konkret kan arbetet handla om att granska och kommentera tillgänglighetsperspektivet i planyttranden, att ha tillgänglighetsfrågorna som en stående punkt i samrådsförfarandet och att ha en checklista vid granskning av planer så att olika aspekter inte glöms bort.

Inom ramen för tillsynen anordnas eller planeras i många län seminarier, utbildningsdagar, särskilda träffar och kommunbesök där tillgänglighetsfrågan berörs. Länsstyrelser följer upp arbetet med undanröjande av enkelt avhjälpade hinder och tar upp frågor om hur arbetet utvecklas i kommunerna. Några länsstyrelser har poängterat vikten av att tillgänglighetsfrågan beaktas och vissa har samlat in och spridit goda exempel och erfarenheter. Ett mindre antal länsstyrelser utövar inte bara tillsynsvägledning utan även tillsynskontroll. Byggtillsynen har t. ex. inriktats på bygglovsprocessen och handläggningsrutiner. Vid byggtillsyn har man bland annat tagit upp brister i planlösningar.

Tillgänglig kollektivtrafik

En viktig del i tillgänglighetsarbetet är att alla, oavsett funktionsnedsättning, tryggt och säkert ska kunna nyttja kollektivtrafik inom alla trafikslag.

Under 2007 har tillgängligheten vid järnvägsstationer fortsatt att förbättras. På flera stationer har Banverket gjort ombyggnader som innebär

förbättrad plattformsmiljö och förbättrade informationssystem. Inom ramen för projektet ”Koll framåt”, har Banverket och Vägverket utarbetat en plan tillsammans med andra aktörer i syfte att nå målet om en tillgänglig kollektivtrafik inom ett prioriterat nätverk till 2010. Exempel på insatser är att Vägverket under året gjort 141 kollektivtrafikstråk tillgängliga.

EU-reglering vid flyg- och tågresor

I Europaparlamentets och rådets förordning om rättigheter i samband med flygresor för personer med funktionshinder och personer med nedsatt rörlighet (EG) nr 1107/2006 fastställs regler för skydd och assistans åt personer med funktionshinder eller nedsatt rörlighet i samband med flygresor, både för att skydda dem mot diskriminering och se till att de får assistans. Förordningen tillämpas i sin helhet från och med den 26 juli 2008. Luftfartsstyrelsen har i egenskap av genomförandeorgan för förordningen i Sverige under 2007 arbetat med att se till att lagstiftningen kommer att kunna tillämpas. EU fattade i oktober 2007 beslut om liknande rättigheter för personer med funktionsnedsättning eller nedsatt rörlighet som reser med tåg. I förordning (EG) nr 1371/2007 regleras bland annat rätten till assistans i samband med tågresor. Förordningen träder i kraft den 3 december 2009.

Ökad användbarhet och tillgänglighet till IT

En viktig aspekt av tillgänglighetsarbetet är att öka tillgängligheten till och användbarheten av IT och de tjänster som myndigheter och andra idag ger via webben. Ett mål är att alla webbplatser i den offentliga sektorn ska vara enkla att använda. Myndigheten Verket för förvaltningsutveckling (Verva) har tagit fram en vägledning som innehåller riktlinjer, bland annat för att uppfylla tillgänglighetskraven och samarbetar med Handisam i denna fråga. I Handisams årliga mätning av tillgängligheten inom de svenska myndigheterna svarar nära 40 procent av de 331 myndigheter som är berörda, att de har en webbplats som följer riktlinjerna för tillgänglighet. Nästan lika många anger att de står i begrepp att utveckla och anpassa sina webbplatser. Detta är en positiv utveckling i jämförelse med tidigare.

En IT-baserad statsförvaltning

I januari 2008 presenterade regeringen en nationell handlingsplan för e-förvaltning med målet att göra det så enkelt som möjligt för så många som möjligt att utöva sina rättigheter och skyldigheter. För att tillförsäkra att tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning finns med som ett perspektiv i arbetet har frågan identifierats i samordningen av handlingsplanen. Frågan om tillgänglighet och användbarhet för personer med funktionsnedsättning utgör ett viktigt inslag i det fortsatta arbetet kring e-förvaltning.

Tillgänglighet inom kulturområdet

På en nordisk konferens arrangerad av Statens kulturråd, Riksteatern och Nordiska handikappolitiska rådet i början av 2008 antogs den så kallade Hallundadeklarationen. Deklarationen slår fast att tillgängligheten måste öka till de nordiska ländernas scenkonstinstitutioner för personer med funktionsnedsättning. Deklarationen överlämnades till de nordiska kulturministrarna i Stockholm i maj 2008. Statens kulturråd har sektorsansvar för att de nationella målen för handikappolitiken nås inom kulturområdet. Rådet publicerade 2007 en översyn av de medel som fördelats för att främja kulturdeltagandet för personer med funktionsnedsättning. Resultaten visar att arbetet på många sätt varit framgångsrikt, särskilt inom bibliotek och museer. I skrivelsens slutsatser lyfts scenkonstsområdet fram som särskilt prioriterat fram till 2010.

Design för alla

Handisam är medlem i den ideella organisationen European Institut for Design and Disability (EIDD) som partner i föreningens arvsfondsfinansierade projekt Design för alla.se. Design för alla är ett koncept som strävar efter att öka användbarheten till varor och tjänster generellt sett i samhället. Den bärande idén är att designa produkter och tjänster så att de blir tillgängliga för den mångfald av brukare som finns i samhället. Inom projektet har ett dialogforum under 2007 skapats inom områdena arbetsmiljö, kollektivtrafik och IT tillsammans med de myndigheter som har ett särskilt sektorsansvar.

Effektiviserad distribution av böcker och tidningar till synskadade

Under 2007 inledde Post- och telestyrelsen (PTS) ett arbete med att tillsammans med Tal- och punktskriftsbiblioteket (TPB) se över distributionen av material som får bidrag till så kallade blindskriftsförsändelser. I januari 2008 uppdrog regeringen åt TPB att i samarbete med Taltidningsnämnden (TTN) identifiera möjligheterna för ökad samverkan mellan myndigheterna samt andra aktörer vad gäller produktion, distribution och mottagning av ljudbaserad information i form av tidningar och litteratur. I dag tillämpar TPB formatet Daisy för sin produktion av talböcker medan TTN använder andra tekniker för produktion av taltidningar.

Ett annat särskilt intressant uppdrag som PTS under året har finansierat gäller så kallad strömmande läsning. Detta är ett system där personer med svårigheter att ta del av skriven text kan få information multikanalt. Detta betyder att man använder flera parallella sätt att förmedla information, exempelvis ljud, bild, symboler etc. Båda dessa insatser är exempel på hur man med utgångspunkt från befintliga och generella tekniska lösningar kan effektivisera och samtidigt utveckla tillgängligheten och valmöjligheten i utbudet av produkter och digitala tjänster.

Public service

SVT har ökat andelen textade program kontinuerligt och andelen textade program med svenskt ursprung i SVT1 och SVT2 uppgick 2006 till 57 procent. I juni 2008 överlämnades betänkandet Kontinuitet och förändring (SOU 2008:64) med förslag på förändringar i villkoren inför nästa tillståndperiod som inleds den 1 januari 2010. I betänkandet föreslås att alla program på svenska i SVT1, SVT2, Barnkanalen, Kunskapskanalen och SVT24, som är meningsfulla att texta ska textas samt att textningen ska hålla en hög kvalitet. Vidare föreslås att både SVT och UR ska sända betydligt fler timmar på teckenspråk och fler teckentolkade program. Under kommande tillståndperiod ska SVT även inleda försök med syntolkning. Betänkandet remissbehandlas för närvarande.

Ny språklag

Den 18 mars 2008 överlämnade utredningen betänkandet Värna språken – förslag till språklag (SOU 2008:26) där ett av förslagen är att det

allmänna ska åläggas ett särskilt ansvar för att skydda och främja det svenska teckenspråket. Detta språk föreslås därmed få ett skydd som motsvarar det som enligt förslaget ges de nationella minoritetsspråken. Betänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Fortsatta problem på arbetsmarknaden

Personer som på grund av funktionsnedsättning har nedsatt arbetsförmåga är en grupp med stora problem på arbetsmarknaden. Enligt den senaste SCB-mätningen 2006 uppgick antalet personer med nedsatt arbetsförmåga till följd av funktionsnedsättning till 550 000. Sysselsättningsgraden låg på 52 procent i den gruppen jämfört med 75 procent för befolkningen i sin helhet. Det är samma sysselsättningsgrad som 2004. Riksrevisionen har under 2007 genomfört en granskning av statens arbetsmarknadsstöd till personer med funktionsnedsättning som har nedsatt arbetsförmåga. Av denna granskning framgår att Arbetsförmedlingen inte har haft någon strategi för hur myndigheten ska kunna bidra till att öka viljan bland arbetsgivare att anställa personer med funktionsnedsättning. Riksrevisionen pekar även på brister i styrning av lönebidraget och i handläggningen av detta stöd. Om styrningen och handläggningen av lönebidraget förbättrades, skulle fler få tillgång till detta stöd och gruppens ställning på arbetsmarknaden skulle därmed stärkas. Regeringens omläggning av arbetsmarknadspolitiken innebär tydligare fokus på matchning mellan utbud och efterfrågan på arbetsmarknaden. Omläggningen innebär också att de arbetsmarknadspolitiska insatserna i högre utsträckning ska omfatta personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden. Det har medfört att de konjunkturoberoende programinsatserna har minskat, vilket i viss mån även påverkat arbetssökande personer med nedsatt arbetsförmåga. Samtidigt har det skett en ökning av antalet sysselsatta i de särskilda insatserna för personer med funktionsnedsättning som har nedsatt arbetsförmåga. Dessa insatser är lönebidragsanställningar, offentligt skyddad anställning (OSA), utvecklingsanställning och trygghetsanställning. År 2007 hade cirka 69 000 personer i genomsnitt per månad en sådan insats varav 42 procent kvinnor och 58 procent män. Det är en ökning med cirka 5 000 personer i jämförelse med 2006. Vid utgången av 2007 fanns det 19 000 anställda i

skyddat arbetet hos Samhall AB, vilket innebär en minskning med 1 900 personer jämfört med föregående år. Regeringens satsning på nystartsjobb har även kommit personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga till del. En relativt stor andel av nystartsjobben har gått till denna grupp jämfört med allmänt och förstärkt anställningsstöd. Av dem som påbörjade ett nystartsjobb under 2007 hade 14 procent nedsatt arbetsförmåga till följd av funktionsnedsättning⁹. Ett viktigt mål för Arbetsförmedlingen är att övergångar från subventionerat arbete till arbete utan stöd ska öka. I jämförelse med föregående år har det skett en ökning men den är marginell och det är fler män än kvinnor som fått arbete utan stöd.

Dåvarande Arbetsmarknadsstyrelsen, Försäkringskassan, Skolverket och Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att formulera en gemensam strategi för hur fler människor med funktionsnedsättning ska kunna försörja sig genom eget arbete. Strategin överlämnades till regeringen i februari 2008 och redovisas mer utförligt under avsnitt Analys och slutsatser.

Särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga redovisas mer ingående under utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och arbetsliv.

Förebygga och bekämpa diskriminering

För att uppnå en samhällsgemenskap med mångfald, full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor är det viktigt att förebygga och bekämpa diskriminering på grund av funktionsnedsättning, liksom att göra diskriminerande strukturer synliga.

I syfte att förebygga diskriminering har Handisam haft ett uppdrag att ta fram och sprida ett diskussionsmaterial om hur barn möter barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Projektet har slutrapporterats under 2007. Materialet ska bl.a. användas av Utbildningsradion på temat mångfald och likabehandling. Projektet har genomförts i samråd med Handikappombudsmannen (HO), Myndigheten för skolutveckling, Specialpedagogiska institutet och Handikappförbundens samarbetsorgan

(HSO). Materialet syftar till att motverka och förebygga trakasserier och diskriminering.

Det finns fyra lagar som förbjuder diskriminering på grund av funktionshinder; lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder (FUDA), lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan (LBL), lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering (DFL) och lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever (BEL).

Statens skolverk har inom sitt ansvarsområde i uppdrag att följa upp hur BEL tillämpas. Dessutom kan Skolverket genom Barn- och elevombudet föra talan för ett barn eller en elev i en tvist om skadestånd enligt lagen. Statens skolinspektion inrättas som en ny myndighet den 1 oktober 2008 och tar då över Skolverkets uppdrag inom området.

HO har enligt lagen (1994:749) om Handikappombudsmannen till uppgift att bevaka frågor som rör rättigheter och intressen för personer med funktionsnedsättning. HO:s arbete rör främst tillsyn av och information om diskrimineringslagstiftningen.

HO har under 2007 genom handläggning av ärenden, juridisk rådgivning och i informationsverksamhet verkat för att förebygga och bekämpa diskriminering. Antalet anmälningsärenden under 2007 har nästan fördubblats jämfört med 2006 från 524 till 1 013 anmälningar. Detta kan till största delen förklaras med två massanmälningsaktioner från handikapporganisationer. Den ena aktionen innebar att otillgängliga byggnader och miljöer anmäldes till HO med syfte att påvisa brister i diskrimineringslagstiftningen. Den andra aktionen innebar att människor med behov av teckenspråkstolk anmälde landstingets tolkcentral varje gång de inte fick tillgång till tolk. Nästan alla massanmälningar rör företeelser som inte skyddas av dagens diskrimineringslagstiftning. De avslutas utan utredning, men vid behov, med hänvisning till respektive tillsynsmyndigheter. Resultatet redovisas mer ingående under utgiftsområde 13, Integration och jämställdhet.

⁹ Arbetsförmedlingens arbete med nystartsjobben, IFAU (2008).

Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning¹⁰

Enligt Statens Folkhälsoinstituts senaste nationella folkhälsoenkät har cirka 1,5 miljoner människor i åldern 16–84 år en eller flera funktionsnedsättningar. I åldern 16–64 år finns det drygt en miljon personer med funktionsnedsättning och i åldrarna 65–84 år drygt 0,5 miljoner. Ohälsan var störst bland personer med rörelsehinder. Funktionsnedsättning ökar med åldern och personer med funktionsnedsättning har oftare kort utbildning och sämre ekonomisk situation jämfört med den övriga befolkningen. Det är också betydligt färre som yrkesarbetar bland dem med funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen. Det finns således fortfarande en social klyfta mellan personer med funktionsnedsättning och den övriga befolkningen som inte tycks minska.

I många fall finns ett direkt samband mellan funktionsnedsättningen och den nedsatta hälsan, men nedsatt hälsa hos dessa personer är långt vanligare än det skulle behöva vara. En stor del av ohälsan bland dessa personer hör samman med kända bestämningsfaktorer, såsom brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet, det vill säga funktionshinderprocesser eller faktorer som sätter ner livskvaliteten. I folkhälsoarbetet måste därför fokus sättas på funktionshinderbestämningsfaktorer, enligt Statens Folkhälsoinstituts rapport.

6.4 Analys och slutsatser

Utvecklingen måste skyndas på

Det är tydligt att utvecklingen gått framåt och att tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning förbättrats.

De utvecklingsbehov som kvarstår visar dock att arbetet för att nå tillgänglighetsmålen måste skyndas på.

Regeringen beslutade därför i oktober 2007 att tillsätta en statssekreterargrupp med uppgift att utarbeta en strategi för hur målen rörande tillgänglighet ska nås fram till 2010. I gruppen

ingår företrädare för Socialdepartementet, Finansdepartementet, Miljödepartementet samt Näringsdepartementet. Strategin fokuserar på tre områden: att intensifiera arbetet med att undanröja enkelt avhjälpbara hinder i lokaler dit allmänheten har tillträde, tillgänglig kollektivtrafik samt en tillgänglig statsförvaltning. Inom ramen för det intensifierade strategiarbetet har även ett samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting inletts.

Utvecklingen är ojämn

Ansvar för att målen i den nationella handlingsplanen ska förverkligas vilar på flera olika områden. Det betyder att samtliga aktörer också ska samverka i handlingsplanens genomförande. Man kan dock konstatera att utvecklingen har varit ojämn och att mycket finns kvar att göra. Det arbete som sker inom sektorsmyndigheterna och den kunskap som byggts upp i den generella uppföljningen av myndigheternas tillgänglighetsarbete är en viktig informationskälla. För att kunna analysera utvecklingen i relation till målen i den nationella handlingsplanen finns det behov av relevant statistik. Detta för att effektivt kunna verka för ökad tillgänglighet och bekämpa diskriminering bland personer med funktionsnedsättning. Handisams arbete med indikatorer, Statens Folkhälsoinstituts undersökningar om hälsoläget för personer med funktionsnedsättning och Socialstyrelsens arbete med att följa levnadsförhållanden är viktiga källor i det arbetet.

Ny diskrimineringslag och ratificering av FN-konvention

Arbetet mot diskriminering är en viktig fråga i arbetet med att uppnå de handikappolitiska målen. Statistik från Handikappombudsmannen visar att förekomsten av diskriminering på grund av funktionsnedsättning är ett betydande problem. Det är svårt att utifrån statistiken värdera på vilka områden diskriminering upplevs som mest förekommande. Trots de kampanjanmälningar som gjorts under 2007 kan man, genom att även gå bakåt i tiden, sluta sig till att otillgängliga lokaler och miljöer är ett område där stora problem finns.

Det är inte ovanligt att en diskriminerande handling kan hänföras till mer än en diskrimineringsgrund, såsom funktionsnedsättning i kombination med etnisk härkomst eller homosexualitet.

¹⁰ Statens folkhälsoinstitut 2008: Onödig ohälsa – Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning

Den nya samordnade lagstiftningen, som riksdagen beslutat om, blir ett steg framåt. Även arbetet med att ratificera den nya FN-konventionen är viktigt i arbetet med att bekämpa diskriminering.

Staten allt bättre på tillgänglighet

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) arbetar med att följa upp och stimulera tillgänglighetsarbetet inom staten fortsätter att utvecklas.

Av de resultat som Handisam redovisat går att utläsa att de allra flesta myndigheter nu har någon form av plan för sitt tillgänglighetsarbete. Det område som flertalet myndigheter alltjämt har svårighet att uppfylla är att tillgängliggöra sin information, i form av tryckt material eller digital information så att de är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning.

Man kan anta att bristande kunskap och resurser kan vara ett av skälen till detta. En begränsad efterfrågan på anpassad information från personer med funktionsnedsättning kan också bidra till den låga prioriteringen. Vidare finns en viss försiktighet hos myndigheter att fullt ut utnyttja den nya teknik som står till buds för att digitalt kunna erbjuda service och tjänster något som också minskar tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning.

Utifrån Handisams redovisning framgår även att arbetet genom sektorsmyndigheterna har utvecklats positivt. Det finns en stark drivkraft i att en sektor själv får arbeta fram de prioriteringar i tillgänglighetsarbetet som de uppfattar som mest relevanta.

Den kompetens och struktur som byggs upp både inom den myndighet som leder sektorsarbetet och inom sektorn i sin helhet kan också antas vara en investering för en fortsatt och långsiktig utveckling av tänkandet kring tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning.

Regeringen har konstaterat att det finns ett behov av verktyg för att driva på arbetet. Det regeringsuppdrag som syftar till att kunna jämföra de olika sektorernas verksamhet och resultat i tillgänglighetsarbetet är en sådan åtgärd. Ett dylikt instrument kan fungera som inspiration och idébank men även bidra till att förstärkning och förbättring sker där det behövs.

Ett annat bidrag för ökad tillgänglighet är regeringens satsning för att stimulera utvecklingen på e-förvaltningsområdet. Detta i kombi-

nation med olika insatser för att onödiga hinder för samordning av information mellan myndigheter undanröjs.

Samordning och samverkan är en grundsten

Utvecklingen på flyg- och tågområdet inom EU är exempel på hur en väl fungerande samordning kan skapa ett tillgängligt och tryggt resande för alla. Erfarenheten visar att en järnvägsknut fullt ut blir tillgänglig om huvudmannen för såväl tågen och stationen som den anslutande kollektivtrafiken medverkar.

Vägverket och Banverkets redovisning visar också att satsningar på tillgänglighet inom transport- och byggsektorn kräver att samtliga berörda aktörer finns med. De hittills genomförda tillgänglighetssatsningarna inom transport och byggsektorn tenderar dock att i hög grad ske punktvis. Detta riskerar att minska användbarheten för den som är berörd. För att maximera effekten av de investeringar och insatser som regeringen gör inom transportområdet diskuteras nu med berörda myndigheter hur man framöver kan komplettera strategierna i arbetet för full tillgänglighet.

Kommunerna har en nyckelfunktion

Ett initiativ för att främja samverkan är det intensifierade samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting. Kommunerna har ett omfattande ansvar för att utöva tillsyn och följa upp att den lagstiftning som i dag finns på tillgänglighetsområdet fungerar.

Ett av de tydligaste exemplen är bestämmelserna om enkelt avhjälpna hinder i plan- och bygglagen (PBL). Boverket konstaterar i sin senaste rapport att det alltjämt finns en rad kunskapsbrister och tolkningsproblem i kommunernas tillsynsansvar vad gäller PBL.

Att den byggda miljön blir tillgänglig är viktigt för att alla ska kunna utöva sina medborgerliga rättigheter och skyldigheter. Inte minst den demografiska utvecklingen med allt fler äldre personer gör att behov av tillgänglig kollektivtrafik, tillgängliga bostäder och tillgänglig kommersiell och samhällsservice i anslutning till boende ökar. Samhällsplanering omfattar en rad olika aktörer. Det finns därför många led där otillgängligheten kan uppstå. Regeringen tar därför flera olika initiativ där man belyser frågan. Lösningen på problemen måste sökas utifrån flera samverkande regelverk.

Tekniken blir billigare och mer tillgänglig

Den snabba utvecklingen av teknik och IT-tjänster har på många sätt förändrat arbetet för tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Inte minst redovisningen från Hjälpmedelsinstitutet visar de allt bredare möjligheterna att underlätta vardagen för barn och vuxna med funktionsnedsättning. En viktig aspekt att notera är att det i dag i allmänhet handlar om anpassning av redan befintlig teknik och tjänster. Detta betyder en markant kostnadseffektivisering, men framförallt innebär det att personer med funktionsnedsättning med relativt små anpassningar kan utnyttja samma utveckling och utbud som andra i samhället.

Tillgänglighet blir ett nytt formspråk

Att gå från särintresse till allmänintresse är grundläggande för ett långsiktigt arbete med tillgänglighet. Begreppet ”Design för alla” är ett exempel på detta. Nyttänkande design kan skapa teknik och produkter som avsevärt ökar tillgänglighet och användbarhet för alla. På så sätt blir tillgänglighetsarbetet snarare en utveckling av formspråket för den som designar, än en särfråga som endast rör personer med funktionsnedsättning. Med denna utgångspunkt finns förutsättningar att göra tillgänglighet mer intressant och kan även rent kommersiellt öka intresset och efterfrågan på tjänster och produkter. Mot denna bakgrund kan man se att ljudböcker när de marknadsförs brett är minst lika attraktiva för en seende bilförare som för en läsare med synskada. De frekvensband som blivit lediga i omläggningen från analog till digital TV ger en unik möjlighet att utveckla moderna, elektroniska kommunikationer över hela landet. Dessa kan exempelvis användas till att förse kommuninvånare med samhällsinformation och skapa möjlighet för personer med grava läs- och skrivsvårigheter att ta del av information och tjänster.

Kompletteringar av arbetsmarknadspolitiken behövs – och fungerar

Situationen för personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknadsområdet är alltför utsatt. Trots att arbetslösheten minskat i jämförelse med föregående år är arbetslösheten i denna grupp relativt konstant. Den analys som ligger till grund för den gemensamma strategin om funktionshindrades situation på arbetsmarknaden och som arbetats fram under våren 2008,

visar att bättre studievägledning, uppföljning och samordning riktad till unga personer med funktionsnedsättning är en viktig fråga. En väl utvecklad information riktad till arbetsgivare i syfte att förebygga och undanröja okunskap och negativa attityder är ett annat behov. Det är även viktigt att försörjningen av hjälpmedel, personligt stöd eller liknande, är väl samordnad och effektivt organiserad och inte utgör ett hinder när en anställningsmöjlighet finns.

6.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen, som granskat årsredovisningen för Myndigheten för handikappolitisk samordning, har inte haft några invändningar i myndighetens revisionsberättelse för 2007.

6.6 Politikens inriktning

Sverige ska vara ett öppet och modernt samhälle som bejakar de olikheter och den mångfald som finns. Människor ska ges möjligheter att själva påverka de beslut som rör deras egna liv. Handikappolitiken tar sin utgångspunkt i en samhällsgemenskap med mångfald som grund där människor med funktionsnedsättning ges möjligheter att bli fullt delaktiga i samhällslivet. Grunden är den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare. Inriktningen på det handikappolitiska arbetet ska fortsatt vara att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning, förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionsnedsättning samt att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Vidare ska arbetet med ökad valfrihet och tillgänglighet för personer med omfattande funktionsnedsättning fortsätta.

Fler i arbete

Regeringen har genomfört ett flertal reformer inom arbetsmarknadspolitiken för att bryta utanförskapet och öka sysselsättningen. Bland annat har de särskilda insatserna för personer med funktionsnedsättning förstärkts. Stöd till arbets hjälpmedel som lämnas till anställda,

företagare eller deltagare i arbetsmarknadspolitiska program föreslås höjas till högst 100 000 kronor per år (i dag 50 000 kronor). Stöd för personligt biträde föreslås höjas till högst 60 000 kronor per år för anställda (i dag 50 000 kronor) och till högst 120 000 kronor per år för företagare (i dag 100 000 kronor). Syftet är att arbetsgivare i ökad utsträckning ska anställa personer med större stödbehov. Vidare anser regeringen att det är angeläget att personer med funktionsnedsättning ges samma förutsättningar som andra att starta och driva företag. Av den anledningen anser regeringen att denna fråga behöver analyseras ytterligare. Det bör även övervägas om andra insatser än lönebidrag är lämpligare för att främja verksamheten med företagare bland personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga.

Det är av stort värde för både individen och samhället att förutsättningar skapas för dem som har en begränsad arbetsförmåga att kunna arbeta. Socialt företagande kan spela en viktig roll i detta sammanhang. De binder samman entreprenörskap med individens behov av arbete och samhällets behov av tjänster. Sociala företag driver också affärsverksamhet där medarbetarna och deras förutsättningar står i centrum. Inom socialt företagande kan även möjligheter ges till arbetsträning i syfte att öka arbetsförmågan. Nutek lämnade den 22 maj i år över ett förslag till regeringen om ett tvärspektoriellt program för att främja fler och växande sociala företag. Programmet har utarbetats i samråd med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting m.fl. och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Likaså bereds i Regeringskansliet den gemensamma strategin för hur fler personer med funktionsnedsättning ska försörja sig genom eget arbete.

Utbildning

Elever med funktionsnedsättning ska så långt det är möjligt tas emot i den ordinarie grund- och gymnasieskolan. Regeringen anser det dock väsentligt att se till att de elever som på grund av en eller en kombination av funktionsnedsättningar inte har förutsättningar att nå målen inom det ordinarie utbildningssystemet, ska kunna erbjudas utbildning i särskolan eller i specialskolan. Genom att ge alla barn och ungdomar, oavsett om de har en funktionsnedsättning eller ej, en bra utbildningsgrund, ökar

förutsättningarna för fortsatta studier och senare möjlighet att delta på arbetsmarknaden. Regeringen har initierat flera reformer för att stärka utbildningsresultaten för de elever som har störst svårigheter att nå utbildningens mål. Det omfattar bland annat tydligare mål, bättre uppföljning av elevernas resultat och förbättrad lärarutbildning. Vuxna med funktionsnedsättning kan stärka sin ställning i samhället och arbetslivet genom t.ex. studier inom kommunal vuxenutbildning eller inom folkbildningen. För att på bästa sätt stödja måluppfyllelsen i de berörda verksamheterna håller en ny myndighetsstruktur inom skolområdet på att införas.

Den 1 juli 2008 inrättades Specialpedagogiska skolmyndigheten. I samband med detta avvecklades Specialpedagogiska institutet och Specialskolemyndigheten. Verksamheten vid dessa två myndigheter överfördes till den nya Specialpedagogiska skolmyndigheten. Dessutom överfördes verksamheten från Socialstyrelsens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) till den nya myndigheten. Sisus avvecklades samtidigt som ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen.

En gemensam myndighet ökar förutsättningarna för samverkan och erfarenhetsutbyte mellan de olika personalgrupperna. Kvaliteten i den stödjande verksamheten främjas också av att den läggs samman med utbildningsverksamheten i specialskolorna. En arbetsgrupp inom Utbildningsdepartementet, Skollagsberedningen (U 2006:E), har sedan regeringen tillträdde arbetat med ett förslag till en ny skollag. Avsikten är att en departementspromemoria ska sändas ut i ett brett remissförfarande som underlag för den proposition som regeringen planerar att lägga fram för riksdagen under 2009.

Detta är ytterligare en viktig möjlighet att säkerställa kvalitet och tillgänglighet för elever med funktionsnedsättning inom utbildningssystemet.

Inventering av den fysiska tillgängligheten till lokaler i grund- och gymnasieskolan

Skolverket har fått regeringens uppdrag att genomföra en inventering av den fysiska tillgängligheten till lokaler i grund- och gymnasieskolan för elever med funktionsnedsättning. Inventeringen ska belysa brister i den fysiska tillgängligheten och om det finns skillnader i tillgängligheten mellan kommuner och mellan

huvudmän. Inventeringen ska redovisas till regeringen senast den 1 oktober 2008.

Strategi för att skynda på tillgänglighetsarbetet

Bristande tillgänglighet är ett av de största hinder människor med funktionsnedsättning har för att kunna delta i samhället som andra. Arbetet med att riva hinder i samhället är därför en fråga som är högt prioriterad för regeringen. Tyngdpunkten i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken som riksdagen beslutade år 2000 ligger på en förbättrad tillgänglighet i samhället och på ett perspektivskifte från omhändertagande till egenmakt. Under våren har ett samarbete mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting påbörjats. Samarbetet sker inom ramen för de uppgifter den tidigare nämnda statssekreterargruppen har och syftar till att intensifiera arbetet med att nå tillgänglighetsmålen i den nationella handlingsplanen. Statssekreterargruppen ska redovisa strategin för berörda statsråd i särskild ordning. Regeringens intentioner är att samarbetet fortgår under 2009. Uppföljningar har visat att mycket har åstadkommits sedan handlingsplanen beslutades, men att arbetet behöver intensifieras inom vissa områden för att målen ska nås. Bland annat kommer Boverket (Utgiftsområde 18, anslag 2:1 Boverket) tillföras 6 miljoner för 2009 och 6 miljoner för 2010 för arbetet med enkelt avhjälpna hinder.

En förutsättning för ett framgångsrikt agerande är att fler aktörer engagerar sig i tillgänglighetsarbetet. Inte minst har kommunerna en nyckelfunktion när det gäller information och tillsyn över den lagstiftning som på olika sätt reglerar tillgänglighetsfrågorna.

Inom ramen för strategiarbetet har Handisam fått ett antal uppdrag. Ett av uppdragen syftar till att kartlägga och vid behov harmonisera de tillgänglighetsdatabaser som utvecklats i ett antal kommuner, där medborgare och besökare kan få information om tillgängligheten på de platser de tänker besöka. Övriga uppdrag handlar om att utveckla metoder för att möjliggöra öppna jämförelser av kommunernas och statliga myndigheters tillgänglighet och det tillgänglighetsarbete som bedrivs. Uppdragen ska redovisas till regeringen senast den 31 mars 2009.

Digitaliserad information

Inom ramen för EU:s så kallade ”inkluderingsår” och det kommande svenska ordförandeskapet 2009 planeras ett uppdrag till Handisam i samarbete med Post- och telestyrelsen (PTS). Syftet är att inventera digitaliserad service och tjänster där tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning inkluderats som en naturlig komponent. Uppdraget syftar även till att värdera resultatet gemensamt med relevanta aktörer på området samt att presentera gjorda erfarenheter och slutsatser, bland annat under den svenska ordförandekonferensen om e-förvaltning.

Förebygga och bekämpa diskriminering

En ny diskrimineringslag införs från och med 1 januari 2009. Lagen ska ersätta de sju olika diskrimineringslagar som gett skydd på olika samhällsområden för fem olika diskrimineringsgrunder varav funktionshinder är en. I den nya lagen utvidgas förbudet mot diskriminering till att omfatta i princip alla samhällsområden och samtliga diskrimineringsgrunder. En ny myndighet, Diskrimineringsombudsmannen, ska utöva tillsyn över att lagen följs. De nuvarande ombudsmännen mot diskriminering, bland annat Handikappombudsmannen, kommer att avvecklas i samband med inrättandet av Diskrimineringsombudsmannen.

Som framgår av propositionen Ett starkare skydd mot diskriminering (prop. 2007/08:95) har regeringen för avsikt att skyndsamt låta komplettera Diskrimineringskommitténs överväganden med ytterligare underlag och därefter återkomma till riksdagen. Det gäller exempelvis frågan om bristande tillgänglighet för personer med funktionshinder som en form av diskriminering och dess ekonomiska konsekvenser.

Vidare har kommissionen, med stöd av artikel 13 i EG-fördraget, den 2 juli 2008 lagt fram ett förslag till ett nytt EG-direktiv för att motverka diskriminering utanför arbetslivet. Det nya direktivet omfattar likabehandling av personer oavsett religion eller övertygelse, funktionshinder, ålder eller sexuell läggning.

Skolverket har regeringens uppdrag att genomföra en kartläggning av förekomsten av diskriminering i form av trakasserier på grund av etnisk tillhörighet, kön, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder samt sexuella trakasserier.

Överenskommelser mellan regeringen och idéburna organisationer inom det sociala området
De idéburna organisationerna är viktiga när det gäller socialtjänstens olika insatser. Regeringen vill ta tillvara de idéburna organisationernas kunskap och engagemang, bland annat därför att de fyller en viktig roll när det gäller att göra det möjligt för människor att påverka såväl sin egen vardag som samhället i stort. Regeringen presenterade under våren 2008 ett förslag till överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de idéburna organisationerna på det sociala området. De åtaganden som föreslagits i överenskommelsen, gällande bland annat uppföljning av och samverkan med idéburna aktörer, ska fullföljas.

6.7 Förslag till författningsändringar

6.7.1 Ändring i lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden

Regeringens förslag: Placeringen av Arvsfondsdelegationens kansli ska inte längre vara reglerad i lag.

Ärendet och dess beredning: I betänkandet från Stabsutredningen – Ett stabsstöd i tiden (SOU 2008:22) – behandlas bland annat frågan om placeringen av Arvsfondsdelegationens kansli. Utredningen föreslår att lagen (1994:243) om Allmänna arvsfonden ändras så att det inte längre i lag är reglerat var Arvsfondsdelegationens kansli ska vara placerat. Utredningen menar att det inte finns skäl att i lag reglera frågan om kansliets placering. Tvärtom finns det klara nackdelar med en sådan lösning, bland annat minskar den flexibiliteten på så sätt att organisatoriska förändringar försvåras. Betänkandet har remissbehandlats och en remissammansättning finns tillgänglig i Finansdepartementet (dnr Fi2008/1994/OFA/SF).

Stabsutredningens förslag överensstämmer i princip med regeringens förslag. Utredningen föreslår dock att kansliet flyttas från Regeringskansliet till Kammarkollegiet.

Remissinstanserna: Förslaget tillstyrks av en majoritet av remissinstanserna. *Arvsfondsdelegationens kansli* anför dock bl.a. betydelser av

närheten till Regeringskansliet vid beredning av ärenden för informations- och erfarenhetsutbyte. *Kammarkollegiet* anser sig ha goda erfarenheter av att vara värmyndighet, och ser positivt på utredningens förslag.

Bakgrund: Allmänna arvsfonden bildades 1928. Om en avliden person saknar nära släktingar, och inte har skrivit testamente, tillfaller egendomen arvsfonden. Arvsfonden kan också få egendomar genom gåva, testamente eller försäkring. Ändamålet med fonden är att främja nyskapande och utvecklande verksamhet av ideell karaktär till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionsnedsättning. Arvsfondsdelegationen är en nämndmyndighet och beslutar bl.a. om stöd ur fonden. Regeringskansliet är i dag värmyndighet för Arvsfondsdelegationens kansli.

Skälen för regeringens förslag: Stabsutredningen konstaterar att Regeringskansliets främsta uppgift är att biträda regeringen med underlag i dess roll att styra riket. Regeringen delar den utgångspunkten. Att Arvsfondsdelegationens kansli är inrymt i Regeringskansliet går emot den strävan som annars finns att avlasta Regeringskansliet när det gäller förvaltningsärenden. För att kunna vara ett effektivt kanslistöd till den verkställande makten krävs att Regeringskansliet fokuserar sina insatser till områden som är strategiskt viktiga för regeringens arbete. Regeringen delar utredningens bedömning att det inte finns skäl att reglera placeringen av Arvsfondsdelegationens kansli i lag och föreslår därför att lagen om Allmänna arvsfonden ändras i den delen. Regeringen avser att i förordning reglera frågan om kansliets placering. Utredningen föreslår också att regeringen beslutar om att Arvsfondsdelegationens kansli organisatoriskt placeras hos Kammarkollegiet, vilket har erfarenhet av att hantera olika typer av förvaltningsärenden.

Regeringen bedömer att Stabsutredningens betänkande inte ger tillräckligt underlag för att bedöma framtida organisation av Arvsfondsdelegationens kansli. Frågan kommer att analyseras vidare i Regeringskansliet då även kansliets behov av kunskap och erfarenhetsutbyte inom områden som rör Arvsfondens ändamål – att vara till förmån för barn, ungdomar och personer med funktionsnedsättning – kommer att vägas in. I avvaktan på den interna utredningen kvarstår placeringen av Arvsfondens kansli i Regeringskansliet.

Lagändringen har inga ekonomiska konsekvenser.

6.8 Budgetförslag

6.8.1 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tabell 6.3 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	19 327	1 171	
2008	19 260 ¹		19 449
2009	Förslag	19 596	
2010	Beräknat	20 214 ²	
2011	Beräknat	20 639 ³	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 19 596 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 19 596 tkr i 2009 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 handikappolitiken.

Regeringens överväganden

Handisams främsta uppgifter är

- att stödja och samordna de så kallade sektorsmyndigheterna – de myndigheter som har ett särskilt ansvar för genomförandet av handikappolitiken,
- att stödja och följa alla statliga myndigheters arbete med att bli tillgängliga och att utveckla metoder för uppföljning i kommunerna,
- att strategiskt samordna frågor kring Design för Alla, forskning, standardisering och upphandling och att utvärdera den handikappolitiska utvecklingen, och
- att utveckla, samla och sprida kunskap om tillgänglighet.

Handisam har ett nära samarbete med statliga myndigheter, kommuner, landsting och med handikapporganisationerna. Under 2007 var

Handisams verksamhet uppdelad på verksamhetsgrenarna analys och samordning och stödjande arbete. Regeringen bedömer att Handisam under 2007 har uppfyllt målen inom verksamhetsgrenarna. Underlagen som lämnats av Handisam har genomgående hållit en god kvalitet och varit till stor nytta i regeringens arbete med att styra utvecklingen inom det handikappolitiska området.

Tabell 6.4 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 4:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	19 260	19 260	19 260
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	334	952	1 377
Beslut	2	2	2
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	19 596	20 214	20 639

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 19 596 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 20 214 000 kronor respektive 20 639 000 kronor.

6.8.2 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tabell 6.5 Anslagsutveckling 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	81 900	0	
2008	130 205 ¹		130 205
2009	Förslag	130 205	
2010	Beräknat	130 205	
2011	Beräknat	130 205	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera statsbidrag till Hjälpmedelsinstitutet och till verksamheter av betydelse för personer med funktionshinder. Regeringen fastställer fördelningen av statsbidra-

get. Socialstyrelsen ansvarar för administration och uppföljning.

Regeringens överväganden

Organisationer och verksamheter som under 2008 fått del av bidraget är följande:

- Synskadades Riksförbund (SRF) för Iris Hantverk AB:s sysselsättningsfrämjande verksamhet för synskadade hantverkare.
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade, m.m.
- Hjälpmedelsinstitutet för administration av upphandling av ledarhundar.
- Hjälpmedelsinstitutet för att medverka till utveckling av bra och säkra hjälpmedel och till en effektiv hjälpmedelsförsörjning.
- SRF för bl.a. arbetsmarknadsstöd för synskadade, verksamhet för synskadade med ytterligare funktionshinder, utgivning av tidningar på tal och i punktskrift, lästjänst via fax samt produktion av material i punktskrift.
- Föreningen 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 Rikstolkjänst för att tillhandahålla tolkservice till förtroendevalda i vissa organisationer.
- Naturhistoriska riksmuseet/Palynologiska laboratoriet för prognostisering och rapportering av pollenhalter m.m.
- Föreningen Rekryteringsgruppen Aktiv Rehabilitering för lägerverksamhet och uppsökande verksamhet främst för personer med ryggmärgsskada.

- Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) för hjälpmedelsutställning.
- Ågrenska stiftelsen för riksverksamhet för små och mindre kända handikappgrupper.
- Vissa centrala handikapporganisationer för att driva riksomfattande rekreationsanläggningar för personer med funktionshinder.

Statskontoret har på regeringens uppdrag granskat bidraget till viss verksamhet för personer med funktionshinder. I uppdraget har ingått att kartlägga och analysera styrningen och uppföljningen av bidraget samt undersöka om bidrag som ges till nuvarande verksamheter kan ingå i annan samhällsfinansierad verksamhet. I uppdraget har inte ingått att granska bidragen till Hjälpmedelsinstitutet. Statskontoret överlämnade sin rapport till regeringen i maj 2008. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Tabell 6.6 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 4:2 Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionsnedsättning

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	130 205	130 205	130 205
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	130 205	130 205	130 205

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 130 205 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:2 *Bidrag till viss verksamhet för personer med funktionshinder* 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 130 205 000 kronor vardera år.

6.8.3 4:3 Bidrag till handikapporganisationer

Tabell 6.7 Anslagsutveckling 4:3 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

2007	Utfall	163 660	Anslags-sparande	0
2008	Anslag	183 660 ¹	Utgifts-prognos	183 660
2009	Förslag	183 660		
2010	Beräknat	183 660		
2011	Beräknat	183 660		

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för bidrag till handikapporganisationer. Statsbidraget ska 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.

Regeringens överväganden

Handikapporganisationerna gör viktiga insatser inom det handikappolitiska området genom att bl.a. följa och rapportera om livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. I sin opinionsbildande roll driver organisationerna på arbetet med att förverkliga målen för handikappolitiken. Samhället ställer ökade krav på handikapporganisationerna. Såväl nationellt

som internationellt hålls handikapporganisationerna fram som de legitima företrädarna för människor med funktionsnedsättning. Det är därför viktigt att handikapporganisationerna ges ekonomiska förutsättningar att svara upp mot de krav som samhället ställer och att det finns långsiktiga ekonomiska förutsättningar för det intressepolitiska arbete som handikapporganisationerna bedriver. Mot bakgrund av detta ökades anslaget med 20 000 000 kronor från och med 2008.

Tabell 6.8 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 4:3 Bidrag till handikapporganisationer

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	183 660	183 660	183 660
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	183 660	183 660	183 660

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 183 660 000 kronor ska anvisas under anslaget 4:3 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till vardera 183 660 000 kronor.

7 Stöd till personer med funktionsnedsättning

7.1 Omfattning

Ansvar för individuella stöd- och serviceinsatser för personer med funktionsnedsättning ligger framförallt på kommuner och landsting. Det gäller insatser både enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten lämnar ekonomiska bidrag till kommunernas verksamhet inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Stöd till landsting lämnas för insatsen rådgivning och annat personligt stöd, för tolktjänst samt för inköp av utrustning för elektronisk kommunikation. Andra individuella stöd inom området är assistansersättning som regleras enligt lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS), bistöd för personer som har svårt att förflytta sig på egen hand eller att använda allmänna kommunikationer och personligt ombud som ges till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen är en central tillsynsmyndighet och ansvarar för normering, uppföljning och utvärdering avseende stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Länsstyrelserna ansvarar för den operativa tillsynen. Viktiga stöd inom andra utgiftsområden är hjälpmedel, rehabilitering och habilitering samt vårdbidrag och handikappersättning samt stöd till sjuk- och aktivitetsersättning liksom olika statliga stöd inom arbetsmarknaden och skolan.

År 2009 föreslås statens utgifter inom de anslag som ryms inom anslagen till stöd och service för personer med funktionsnedsättning uppgå till cirka 18,3 miljarder kronor.

7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2008 till 2011 beräknas utgifterna öka med cirka 5,2 miljarder kronor, till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna beräknas 2008 till cirka 16,6 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med cirka 300 miljoner kronor. Utgifterna för 2007 blev cirka 197 miljoner kronor högre än anvisade medel.

Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Stöd till personer med funktionsnedsättning

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Stöd till personer med funktionsnedsättning</i>						
3:1 Personligt ombud	93	109	98	89	89	89
3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet	273	250	247	178	238	238
3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation	20	24	17	31	32	34
3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder	245	235	212	247	256	256
3:5 Kostnader för statlig assistansersättning	14 674	16 208	15 935	17 785	19 474	21 285
2008 16:03 Statsbidrag till särskilt utbildningsstöd	180	179	173	0	0	0
2005 16:09 Statens institut för särskilt utbildningsstöd	0	0	–	0	0	0
Summa Stöd till personer med funktionsnedsättning	15 485	17 005	16 682	18 330	20 089	21 902

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

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

7.3 Mål

För 2008 gäller följande mål för handikappolitiken

- 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.

Målen är beslutade av riksdagen i samband med att den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare – antogs av riksdagen (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000: SoU14 rskr. 1999/2000:240).

Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på en enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnitt 3.4.

7.4 Resultat

Redovisningen av resultaten utgår från de handikappolitiska målen. Resultaten inriktas särskilt på att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självbestämmande och självständighet.

Stödinsatser enligt LSS och SoL för att leva som andra

Alla människor har lika rätt att bestämma över sina liv och få sina önskemål respekterade. För att kvinnor och män, flickor och pojkar ska kunna uppleva jämlika livsvillkor är det viktigt att samhället är tillgängligt för alla. Generellt inriktade insatser behöver kompletteras med stöd- och serviceinsatser på individnivå för att personer med funktionsnedsättning ska kunna forma sitt eget liv. Hur dessa stöd utformas och samspelar med allmänt inriktade insatser kan vara avgörande för om målen om full delaktighet och jämlikhet kan uppnås.

Ett övergripande mål inom socialtjänsten är att verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Insatserna gäller såväl strukturinriktade och allmänt inriktade insatser som individinriktade insatser. De vanligast förekommande individinriktade insatserna är särskilt boende och hemtjänst enligt SoL.

Rätten till insatser enligt LSS innebär att människor med omfattande funktionsnedsättningar får tillgång till det stöd och den service de behöver enligt de syften och de mål som anges i lagen. Det är viktigt att insatserna utformas på ett sådant sätt att den enskilde kan utöva självbestämmande och inflytande över de insatser som ges.

Under 2006 utövade samtliga länsstyrelser tillsyn över kommunala riktlinjer för LSS-insatser och fann brister i dessa. Olikheten mellan kommunerna var stora och riktlinjerna inskränkte i många kommuner den lagliga rättigheten till insatser. Enligt rapporten Social tillsyn – Länsstyrelsernas iakttagelser under 2006 och 2007 har den granskningen följts upp av flera länsstyrelser. Ett resultat av tillsynen är att de flesta kommunerna antingen reviderat sina riktlinjer eller upphävt dem. Riktlinjer som finns kvar har blivit mer enhetliga över landet.

Länsstyrelserna har i tillsynen även observerat att personal inte alltid har de förutsättningar som de behöver för att genomföra arbetet på ett bra sätt. Det kan handla om att personal p.g.a. bristande ledning och styrning inte får det dagliga stöd som de efterfrågar, att bemanningen är för låg eller att personalomsättningen är för stor. Det kan också handla om att handläggare inte alltid har den kunskap som behövs för att bedöma enskildas behov av insatser. Detta påverkar utformningen och kvalitén i de stödsatser som ges.

Enligt LSS har den enskilde rätt att få en individuell plan som beskriver beslutade och planerade insatser. Enligt den nationella handlingsplanen för handikappolitiken bör fler personer med LSS-insatser ges en sådan plan. Bakgrunden till detta är att individuella planer ger både den enskilde och olika huvudmän en bättre överblick över de insatser som kan vara aktuella och de kan därmed samordnas effektivare. Länsstyrelserna, som har haft i uppdrag att påverka kommunerna i denna riktning, redovisar i tillsynsrapporten att

individuella planer inte förekommer i någon större utsträckning, utom i några kommuner. Orsaken till att det saknas planer anges bl.a. vara att handläggare inte har möjlighet att lägga ned den tid som krävs och att det brister i information till de enskilda om vad individuell plan innebär.

I tillsynsrapporten uppmärksammas också att det förekommer otillåtna skyddsåtgärder (så kallad nedläggning, inlåsning, begränsning i rörelsefrihet) inom LSS-verksamheter, främst i bostäder med särskild service, trots att LSS föreskriver att man ska visa respekt för den enskildes rätt till självbestämmande, inflytande och integritet. En del av de otillåtna händelserna bygger på ett av ledningen sanktionerat medvetet förhållningssätt medan det i andra fall handlar om avsaknad av rutiner och bristande handledning.

Antalet personer som beviljas insatser enligt LSS liksom antalet beviljade insatser ökar och därmed också kostnader för dessa. Det innebär att allt fler människor får del av det stöd och den service som LSS innebär.

Den 1 oktober 2007 hade 56 800 personer en eller flera insatser enligt LSS (exklusive insatsen råd och stöd) varav drygt 32 300 var män och knappt 24 500 var kvinnor. I jämförelse med 2006 är det en ökning med omkring två procent eller cirka 1 000 personer och i jämförelse med 2000 med 19 procent. Männen var fler än kvinnorna i alla åldrar men för dem som får insatser efter 60 års ålder är skillnaderna mellan könen marginella.

Tabell 7.2 Antalet personer med olika kommunala LSS-insatser 1 oktober

	2003	2007	Förändring (procent) 2003–2007
Daglig verksamhet	23 200	27 000	16
varav kvinnor	10 300	11 800	15
män	12 900	15 200	18
Bostad med särskild service, vuxna	19 000	21 600	14
varav kvinnor	8 300	9 400	13
män	10 700	12 200	14
Kontaktperson	15 200	18 000	18
varav kvinnor	7 300	8 500	16
män	7 900	9 500	20
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	10 400	10 100	-3
varav kvinnor	4 100	4 000	-2
män	6 300	6 200	-2
Ledsagarservice	9 200	9 700	5
varav kvinnor	4 400	4 400	0
män	4 800	5 300	10
Korttidstillsyn för skolgung över 12 år	4 000	5 100	28
varav kvinnor	1 600	2 000	25
män	2 400	3 100	29
Avlösarservice i hemmet	3 600	3 400	-6
varav kvinnor	1 300	1 200	-8
män	2 300	2 200	-4
Personlig assistans*	4 600	3 300	-28
varav kvinnor	2 200	1 600	-27
män	2 400	1 700	-29
Särskilt boende för barn	1 300	1 300	0
varav kvinnor	500	500	0
män	800	800	0

Källa: Socialstyrelsen. Mätningen gäller den 1 oktober respektive år.

* Definitionen av personlig assistans förtydligades i insamlingen 2004, vilket innebär att uppgifterna inte är helt jämförbara med tidigare års uppgifter om personlig assistans.

Sammanlagt uppgick antalet LSS-insatser till drygt 108 000 år 2007. Knappt 93 900 insatser eller 87 procent erhöles av personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1). Omkring 3 000 av insatserna gällde personer som tillhörde personkrets 2 och knappt 11 200 gällde personer som tillhörde personkrets 3. Av insatserna gavs 18 600 till barn eller ungdomar som var 22 år eller yngre och 34 100 till personer 23–64 år och 4 100 till personer över 65 år.

Personkrets 1 har ökat sin andel av det totala antalet personer med insatser enligt LSS från 79 till 82 procent mellan åren 2003 och 2007. Personkrets 3 har däremot minskat sin andel av det totala antalet personer från 18 till 15 procent under samma period.

Nytt för mätningen av antalet personer med kommunala LSS-insatser 2007 var att Socialstyrelsen samlade in volymuppgifter avseende vissa insatser, bl.a. personlig assistans. Mätningen visade att det vanligaste timantalet med personlig assistans var 16–20 timmar per vecka, vilket cirka 22 procent av dem med personlig assistans enligt LSS hade. Samtidigt hade drygt hälften av dem som hade personlig assistans beviljats mer än 20 timmar assistans per vecka.

Knappt 8 600 personer var beviljade råd och stöd den 1 oktober 2007. Antalet personer med råd och stöd har minskat med 26 procent under tiden 2003–2007.

År 2007 var den vanligaste insatsen enligt SoL, för personer med funktionsnedsättning under 65 år hemtjänst eller boendestöd följt av trygghetslarm i ordinärt boende och dagverksamhet. Omkring 16 800 personer fick hemtjänst varav 8 800 kvinnor och 8 000 män och 10 700 personer fick boendestöd, lika fördelat mellan män och kvinnor. Det var 4 400 personer varav 2 600 kvinnor och 1 800 män som hade särskilt boende. Mot bakgrund av betydande förändringar i statistikinsamlingen som inneburit att kvalitetssäkringen av uppgifterna förbättrats bedöms årets statistik inte vara jämförbar med föregående år. Nytt för i år är också att kommunerna redovisar statistik för flera insatser och att det skett en viss utvidgning av målgruppen för hemtjänstinsatser vilket också påverkat jämförbarheten.

Socialstyrelsens rapport Mot en mer jämställd vård och socialtjänst? (2007) visar att huvudmännen arbetar med jämställdhet i vård och socialtjänst. Enligt rapporten har engagemanget för jämställdhetsfrågor inom dessa områden ökat de senaste åren. Det visar sig t. ex. i arbetet med statistik, analys och utbildning.

Män beviljas genomgående LSS-insatser i högre grad än kvinnor, oavsett insats. De största könsskillnaderna finns bland unga personer, där pojkarnas andel motsvarar knappt två tredjedelar av samtliga beviljade insatser. Det är oklart vad denna könsskillnad beror på. Könsskillnaderna när det gäller insatser enligt SoL är totalt sett små. Kvinnor beviljas hemtjänst och kontaktperson i större utsträckning än män, medan män i högre grad beviljas särskilt boende och korttidsboende.

Daglig verksamhet

Daglig verksamhet är den vanligaste insatsen enligt LSS och ges främst till personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd. Dagverksamhet bedrivs även enligt SoL. Antalet vuxna deltagare är dock betydligt färre än vad som är fallet för daglig verksamhet enligt LSS eftersom dagverksamhet främst riktar sig till äldre personer. Flera som deltar i en dagverksamhet erbjuds dessutom denna som en öppen verksamhet utan att det föregås av ett biståndsbeslut. Mellan 2003–2007 har antalet personer i daglig verksamhet enligt LSS ökat med 16 procent från 23 200 till 27 000 personer. Antalet unga som var 22 år eller yngre ökade från drygt 750 till 2 000 personer mellan 1999–2006. Totalt var det en ökning med 163 procent. Ökningen för unga män var 256 procent och för kvinnor 90 procent. Daglig verksamhet innebär för många människor en meningsfull sysselsättning och en strukturerad vardag med innehåll av såväl habiliterande som produktionsinriktade arbetsuppgifter. I Socialstyrelsens kartläggning av daglig verksamhet enligt LSS (2007) framgår dock att det är oroväckande många ungdomar som efter avslutad särskoleutbildning direkt går till daglig verksamhet utan att möjligheten till arbete har prövats. Ökningen kan ha samband med att andelen elever som går i gymnasiesärskolan kraftigt ökat sedan mitten av 1990-talet men det

kan inte vara den enda förklaringen. Skolverkets rapport Kommunernas särskola (2006) visar exempelvis att andelen särskoleelever varierar kraftigt mellan kommunerna. En viktig förklaring till detta är enligt Skolverket att kommunerna organiserar sin särskoleverksamhet på olika sätt och att elever i vissa kommuner går i andra kommuners särskola. Försäkringskassan konstaterar i en rapport om aktivitetsersättning att nästan 30 procent av gruppen som slutade särskolan beviljades aktivitetsersättning på grund av att de saknade arbetsförmåga. I Socialstyrelsens kartläggning framkommer också att personer med funktionsnedsättning i allmänhet och personer med intellektuell funktionsnedsättning i synnerhet har fått det svårare än tidigare att få ett arbete. Det är därför inte ovanligt att den dagliga verksamheten ses som den naturliga sysselsättningen efter avslutad särskola utan att möjligheter till lönearbete har prövats.

Socialstyrelsen varnar för att utvecklingen av insatsen daglig verksamhet kan innebära en ökad risk för en inlåsningsseffekt för unga människor då sannolikheten är stor att de riskerar hänvisas enbart till sådan verksamhet utan att få chans att pröva ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Socialstyrelsen redovisar också en studie från Umeå universitet som visar att en aktiv samverkan mellan kommunen, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare verkar ge resultat. I dessa kommuner har särskoleelever större möjlighet till arbete än i kommuner där sådant samarbete inte finns.

Kommunernas kostnader för LSS

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2006 uppgick till 36 miljarder kronor. Det innebär en ökning med cirka 3 miljarder kronor under 2002–2006 mätt i fasta priser. Ökningen gäller till allra största delen kostnader för LSS-insatser.

Tabell 7.3 Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Miljarder kronor, fasta priser

År	Kostnad totalt i 2006 års priser	varav LSS	Antal med insatser LSS	Andel kvinnor med insatser	Andel män med insatser	Antal insatser LSS	Andel kvinnor med insatser	Andel män med insatser
2003	33,8	26,9	51 500	44	56	90 300	44	56
2004	34,7	27,8	52 900	43	57	93 100	44	56
2005	35,1	28	54 300	43	57	95 200	44	56
2006	36,1	29	55 800	43	57	97 700	44	56
2007			56 800	43	57	108 000	44	56

Källa: Kostnader kommer från socialstyrelsens lägesrapport som avser 2006. Antalet med insatser och antalet insatser kommer från Socialstyrelsens officiella statistik som mätt förhållandena 1 oktober varje år. Statistiken anger enbart beslut som fattats av kommunerna. Därför ingår inte uppgifter om råd och stöd eller uppgifter om assistansersättning.

Assistansersättning till personlig assistans

Personlig assistans är en behovsprövad insats som liksom andra individuella stödinsatser är viktiga komplement till strukturinriktade och allmänt inriktade insatser för personer med funktionsnedsättning. Med personlig assistans kan den enskilde bestämma i vilka situationer och på vilket sätt hjälpen ska ges.

Assistansersättning beviljas av Försäkringskassan och utgår till personer som har rätt till insatsen personlig assistans för sina grundläggande

behov under i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan.

Såväl antalet personer som är berättigade till assistansersättning som antalet timmar som beviljas har ökat kraftigt sedan assistansersättningen infördes 1994. Kostnaderna har också ökat kraftigt. År 2007 uppgick de totala kostnaderna för assistansersättning till 18,1 miljarder kronor, varav kommunernas del var 3,5 miljarder (19 procent av de totala kostnaderna).

Tabell 7.4 Kostnader för assistansersättning. Antal kvinnor och män som har assistansersättning samt beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2007

År	Kostnad totalt	varav stat	varav kommun	Kostnadsökning jämfört med föregående år		Antal personer		Antal timmar i veckan genomsnitt per person	
				miljarder kr	procent	kvinnor	män	kvinnor	män
2002	9,8	7,5	2,3	1,6	19	5 450	6 100	90	94
2003	11,2	8,7	2,5	1,4	14	5 600	6 300	94	98
2004	12,8	10,0	2,8	1,6	14	6 000	6 800	96	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,5	12	6 400	7 200	99	103
2006	16,0	12,8	3,2	1,7	12	6 700	7 600	101	106
2007	18,1	14,6	3,5	2,1	13	7 000	8 000	104	108

Källa: Försäkringskassan

Av dem som får assistansersättning är 47 procent kvinnor och 53 procent män. Dessa skillnader har bestått under hela 2000-talet. För dem som är 65 år eller äldre är det fler kvinnor än män som har assistans. Kvinnor beviljas i genomsnitt färre timmar assistans per vecka än män, 104 timmar mot 108 timmar. Denna skillnad mellan könen har förstärkts under 2000-talet.

Antalet personer med assistansersättning fortsätter att öka och ökningen sker i alla åldersgrupper men är mest framträdande i åldersgruppen 0–19 år och 60–64 år. Mellan 2001 och 2007 ökade dessa åldersgrupper med 17 procent. Likaså har antalet personer med assistansersättning över 65 år ökat. Förklaringen till ökningen i den äldsta åldersgruppen kan i stor utsträckning förklaras av ökad livslängd för personer med funktionsnedsättning och möjligheten att behålla assistans efter 65 år.

Stora regionala skillnader

Ända sedan assistansreformen genomfördes har det funnits betydande skillnader mellan olika län när det gäller genomsnittligt antal beviljade assistanstimmar. Skillnaden mellan det län med lägsta genomsnittet och det län med högsta genomsnittet var drygt 30 timmar i veckan. På regeringens uppdrag har Försäkringskassan i en rapport redovisat de åtgärder som vidtagits för att minska skillnaderna. Försäkringskassan konstaterar att de möjligheter som funnits för att öka likformigheten av bedömningen genom vägledningar och gemensamma handläggningsprocesser inte har gett den effekt som förväntats. En orsak till skillnaderna är assistansreformens utformning som innebär att personer med omfattande funktionsnedsättningar ska ges goda möjligheter till självbestämmande och inflytande över sin livssituation. Det gör det svårt att ställa upp generella regler för hur bedömningar ska göras och begränsar i viss mån Försäkringskassans utrymme för styrning. Försäkringskassan konstaterar emellertid att förutsättningarna för styrning kommer att förbättras nu när länsuppdelningen av myndigheten upphör. Möjligheten till aktiva insatser inklusive riksgemensam utbildningsverksamhet för handläggare för att förhindra regionala tolkningar av bedömning av assistansersättning bedöms minska skillnaderna.

Starkare reglering och kontroll av assistansersättningen

I syfte att öka kontrollen och därmed motverka missbruk av assistansersättningen genomfördes ändringar i LASS som trädde i kraft den 1 juli 2008. Bakgrunden till att lagändringarna genomfördes var att assistansersättningen i vissa fall användes på ett felaktigt sätt i förhållande till intentionerna med assistansreformen. LSS-kommittén bedömde i delbetänkandet, Kostnader för personlig assistans (SOU 2007:73) att de flesta verksamheter med personlig assistans fungerade väl. Men det förekom att ersättningen utnyttjades för den egna verksamhetens ekonomiska vinning genom att hela assistansersättningen inte användes för faktiska kostnader eller att avsiktliga fel angavs i tidsredovisningen. Det är alltså svårt att bedöma omfattningen av missbruket men kommittén konstaterade att det är allvarligt om ersättningen mer handlar om privatekonomiska aspekter än kvalitet i den personliga assistansen. I riksdagsbehandlingen av regeringens förslag (prop. 2007/08:61) om ändring i lagen (1993:389) om assistansersättning instämde socialutskottet (2007/08:SoU13) i regeringens förslag om att regeländringarna ska följas upp.

LSS-kommittén

LSS-kommitténs slutbetänkande (Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättningar, SOU 2008:77) som lämnades den 29 augusti 2008 omfattar ett stort antal förslag som berör LSS och LASS. Kommittén slår fast att LSS ska finnas kvar som en rättighetslag för personer med omfattande stödbehov till följd av stora och varaktiga funktionsnedsättningar. För att stärka barnets ställning föreslår kommittén att bestämmelser införs i LSS som bl.a. innebär att hänsyn till barnets bästa beaktas när åtgärder som rör barn beviljas. I syfte att dämpa och stabilisera assistansersättningens kostnadsutveckling föreslår kommittén ett antal åtgärder. Dessa åtgärder bedömer kommittén kan genomföras utan att intentionerna i lagstiftningen urholkas. Vidare föreslås att det ska krävas tillstånd för att få anordna assistans och att staten ska ha ett samlat huvudmannaskap för beslut om och finansiering av insatsen personlig assistans. För dem som i dag har personlig assistans med stöd av LSS mindre än 20 timmar i

veckan föreslås en ny insats; personlig service med boendestöd. Personer med psykiska funktionshinder i personkrets 3 föreslås få rätt till daglig verksamhet. Kommittén har i det sammanhanget ett antal förslag som syftar till att den dagliga verksamheten utformas på ett sådant sätt att den enskilde som kan, på sikt ska ges möjlighet till arbete. Samarbete med Arbetsförmedling är en viktig del i detta.

Kommittén har behandlat frågan om skyddsåtgärder, bl.a. mot bakgrund av vad som kommit fram i länsstyrelsernas tillsyn av verksamheter enligt LSS. Kommittén bedömer att det finns goda möjligheter att minska behovet av skyddsåtgärder genom ökad kunskap om värderingar, bemötande och arbetsmetoder. Men kommittén anser även att det skyndsamt bör tilläggas en utredning som närmare belyser frågan om det bör införas en särskild reglering av skyddsåtgärder i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar. Betänkandet ska remiss-

behandlas och ska därefter beredas inom Regeringskansliet.

Bilstöd underlättar resandet

Bilstöd lämnas för anpassning och anskaffning av personbil, motorcykel eller moped. Fordonet ska fungera som ett hjälpmedel vid försörjning men också möjliggöra ett aktivt, självständigt och oberoende liv för människor med funktionsnedsättning. Ett väl fungerande bilstöd har därför stor handikappolitisk betydelse då det leder till ökad delaktighet och frihet för dem som inte kan nyttja allmänna kommunikationer.

Tabell 7.5 Antal som har bilstöd i december månad, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper

År	Antal beviljade bilstöd	Andel stöd till kvinnor	Andel stöd till män	Grupp 1 %	Grupp 2 %	Grupp 3 %	Grupp 4 %	Grupp 5 %
2000	2 130	48	52	40	9	23	1	27
2001	2 150	45	55	36	9	26	1	29
2002	2 200	45	55	34	9	26	1	30
2003	2 350	44	56	37	12	22	1	28
2004	2 230	46	54	37	13	22	1	27
2005	2 550	47	53	37	13	22	1	27
2006	2 670	48	52	40	14	22	1	22
2007	1 789	43	57	27	10	17	1	44

Grupp 1: Funktionshindrad person under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig, genomgå arbetslivsinriktad utbildning eller rehabilitering.

Grupp 2: Funktionshindrad person under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1 och som beviljats sjuk- eller aktivitetsersättning.

Grupp 3: Annan funktionshindrad person än tillhörande grupperna 1 och 2, som fyllt 18 men inte 50 år.

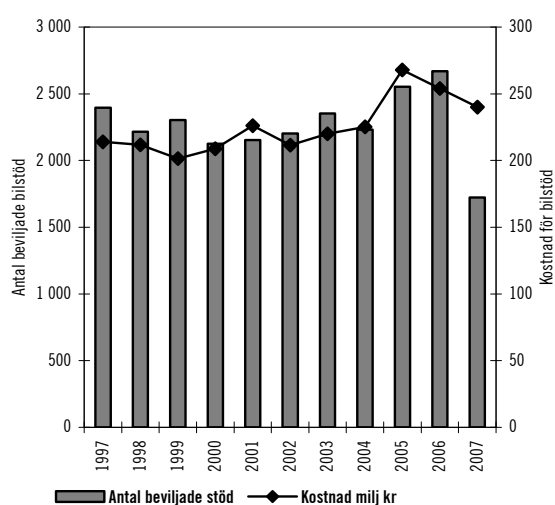
Grupp 4: Funktionshindrad förälder med barn under 18 år, om föräldern sammanbor med barnet.

Grupp 5: Förälder till funktionshindrat barn, om föräldern sammanbor med barnet.

Antalet beviljade bilstöd minskade med 33 procent mellan 2006 och 2007. Det beror på de nya regler som började gälla den 1 januari 2007.

Bla. har tiden för att kunna få nytt grund- och anskaffningsbidrag förlängts från 7 till 9 år. Det har inneburit att många som skulle köpt bil under 2007 och 2008 har skjutit upp sitt inköp för att kunna få bilstöd. Efterfrågan förväntas öka igen 2009 och inom ett par år bör antalet bilstöd vara ungefär de samma som innan regeländringarna.

Diagram 7.1 Kostnader för och antal beviljade bilstöd 1997-2007



Källa: Försäkringskassan

Antalet beviljade stöd har per år 1997–2007 varierat mellan 1 789 och 2 700. Kostnaderna har under samma period varierat mellan 200 och 268 miljoner kronor. Hälften av bilstödet går till inköp av motorfordon. Den andelen har minskat och en allt större del av bilstödet (48 procent) går till anpassningen av motorfordon. Genomsnittskostnaden för anpassning av motorfordon ligger strax över 70 000 kronor.

Under flera år har det väckts frågor med anledning av att andelen män som får del av bilstöd är högre än andelen kvinnor. Under 2007 har Försäkringskassan redovisat rapporten "Könsskillnader i bilstöd" där skillnaderna har analyserats. Analysen visar att skillnaderna i bilstöd mellan kvinnor och män är relativt små, men systematiska och stabila över tid. Generellt ansöker något fler män än kvinnor om bilstöd och fler män än kvinnor får det beviljat. Bilstödsreglerna är utformade så att förmågan att arbeta eller köra bil är avgörande för möjligheten att få bilstöd. En trolig förklaring till den sneda könsfördelningen kan vara att färre kvinnor uppfyller kraven på arbetsmarknadsanknytning och kravet på att kunna köra bilen.

Analysen visar också att när det gäller avslag på ansökningar om bilstöd så finns det inte några könsskillnader. Motiven till avslag är främst att personerna inte har en tillräckligt varaktig funktionsnedsättning som ger tillräckligt stora förflyttningssvårigheter. Försäkringskassan ska utveckla sina riktlinjer och verktyg för att ge bättre stöd för bedömningen så att osakliga könsskillnader kan undvikas.

Särskilt utbildningsstöd främjar studiemöjligheterna

För att förbättra studiemöjligheterna för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning finns det ett särskilt utbildningsstöd som administreras av Socialstyrelsens institut för utbildningsstöd (Sisus¹¹). Stödet utbetalas till folkhögskolor, universitet och högskolor samt riksgymnasier avsedda för ungdomar med svåra rörelsehinder. Stödet kan fylla olika funktioner, såväl praktisk hjälp som socialt stöd, och utformas utifrån den enskildes behov. Sisus har i samverkan med universitet och högskolor drivit en treårig försöksverksamhet med särskilt utbildningsstöd till studenter med psykiska eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Ett bra resultat ledde till att stödet till den utvidgade målgruppen permanentades fr.o.m. årsskiftet 2006/07.

¹¹ Sisus har avvecklats som ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen. Verksamheten har övertagits av Specialpedagogiska skolmyndigheten fr.o.m. den 1 juli 2008.

Att allt fler får del av stödet leder till ökad delaktighet men också till att levnadsvillkoren för flickor och pojkar, män och kvinnor med funktionsnedsättning blir mer jämställda. Det ökar dessutom individernas möjlighet till att få ett arbete.

Tabell 7.6 Antalet studenter respektive elever med särskilt utbildningsstöd vid universitet/högskolor och riksgymnasier

År	Antal studenter vid universitet/högskolor		Antal elever vid riksgymnasier	
	kvinnor	män	kvinnor	män
2005	178	118	97	77
2006	142	91	92	81
2007	147	115	89	89

Källa: Sisus

Antalet elever som utbildar sig vid landets riksgymnasier är i stort sett oförändrat. 2007 var könsfördelningen jämn.

Antalet studenter vid universitet och högskolor som studerade med assistans finansierad genom särskilt utbildningsstöd ökade med 13 procent (29 studenter) mellan 2006 och 2007. Den största gruppen var studerande med nedsatt rörelsehinder. Studenter med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökade mest från 62 till 96 studerande eller (55 procent). I den gruppen var manliga studenter ungefär dubbelt så många som kvinnliga. Under samma år var kvinnliga studerande ungefär dubbelt så många som manliga bland studerande med rörelsehinder eller psykisk funktionsnedsättning.

Totalt var det dock fler kvinnor (146) än män (116) som studerade vid universitet och högskolor med särskilt utbildningsstöd. Fördelningen mellan kvinnor och män i de olika skolformerna speglar ett likartat förhållande som för övriga studenter utan funktionsnedsättning.

Tabell 7.7 Antal deltagare med särskilt utbildningsstöd vid folkhögskola

	2005		2006		2007	
	Vår	Höst	Vår	Höst	Vår	Höst
Antal deltagare	3 144	3 247	3 233	3 325	3 512	3 871

Källa: Sisus

Kursdeltagare som behöver stöd vid folkhögskola har ökat år från år. Antal studerande med särskilt utbildningsstöd vid folkhögskola har ökat mellan 2006 – 2007 med cirka 11 procent. Den största gruppen var personer med medicinska funktionsnedsättningar, följt av personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Tabell 7.8 Kostnader för särskilt utbildningsstöd fördelat på olika utbildningsformer

	Miljoner kronor		
	2005	2006	2007
Särskilt utbildningsstöd vid folkhögskola	91	92	95
Särskilt utbildningsstöd vid universitet och högskolor	4,2	4,4	4,1
Särskilt utbildningsstöd för omvårdnadsinsatser vid riksgymnasierna	70	73	75

Källa: Sisus

Kostnaderna för omvårdnadsinsatser vid riksgymnasierna ökade med två miljoner kronor (2,8 procent) mellan åren 2006 och 2007. Det särskilda utbildningsstödet ökade under samma period med tre miljoner (2,7 procent) kronor vid folkhögskolorna.

Personligt ombud, en resurs för personer med psykisk funktionsnedsättning

Personliga ombud ska se till att kvinnor och män (18 år eller äldre) som har en omfattande psykisk funktionsnedsättning får sina behov tillgodosedda genom att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. För kommunerna är det frivilligt att tillhandahålla personliga ombud men för de kommuner som väljer att inrätta ombudsverksamhet bidrar staten med ett riktat statsbidrag för verksamheten. Socialstyrelsen och länsstyrelserna fördelar anslagna medel samt följer, stödjer och utvecklar verksamheten. Statsbidraget har utökats med 20 miljoner kronor årligen 2007 och 2008. Det har lett till att fler personer får stöd av personliga ombud.

Tabell 7.9 Utveckling av verksamhet med personligt ombud 2002-2007

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 länsstyrelser för PO under året miljoner 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

Källa: Socialstyrelsen. Antalet personer som har ombud bygger på en uppskattning efter svar från 274 ombud

I december 2007 fanns 310 ombud i 243 av rikets 290 kommuner. Antalet personer som haft kontakt med personligt ombud under 2007 uppskattas till 5 900 personer.

En enkätstudie som Socialstyrelsen genomfört visar att ombudens arbete ger resultat. Andelen personer som får insatser från olika huvudmän ökar under den tid som de har kontakt med ett ombud. Det är framför allt insatserna boendestöd, kontaktperson och sysselsättning enligt socialtjänstlagen som ökar. Även personernas försörjningskällor ändras. Personer med socialbidrag och sjukpenning minskar medan andelen som får försörjning genom sjukersättning, aktivitetsersättning eller lön/lönebidrag ökar. Vidare så ökar personernas kontakt med den öppna psykiatrin, missbruksvården och primärvården, medan antalet personer som behöver sluten psykiatrisk vård minskar. Oftast har personer som får kontakt med de personliga ombuden dålig ekonomi – låga inkomster och höga kostnader för medicin, sjukresor m.m. Genom ombuden kan de få hjälp med att se över försörjning och skulder.

Personliga ombud arbetar även aktivt för att motverka hemlöshet hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Det kan gälla hjälp till bostad, sanering eller byte av bostad eller att avvärja en vräkning. Drygt 300 personer var hemlösa när de fick ett ombud. Vid årsslutet 2007 hade bostadssituationen lösts för 222 av 329 personer med hjälp av ombudet, varav 100 fått eget boende.

En viktig framgångsfaktor för verksamheten med ombud är att det finns fungerande ledningsgrupper med representanter från kommunen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och landstinget m.fl. som styr och stödjer den. Fun-

gerande ledningsgrupper finns i 90 procent av verksamheterna.

Statligt bekostad utbildning av personliga ombud under 2007 har enligt Socialstyrelsen lett till att både nya och gamla ombud fått ökad kunskap inom områden som är viktiga för dem som har ombud. Socialstyrelsen konstaterade i årsredovisningen för 2006 att reformen med personliga ombud förstärker psykiatireformens inriktning om ett mer normaliserat liv. Detta sker dessutom på ett sådant sätt att samhällets kostnader minskar.

Statsbidrag till utveckling av stödsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Kommunerna har under 2007 fått 145 miljoner kronor för att förbereda och fortsätta utveckla sociala insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning, inför en reform inom den psykiatriska tvångsvården. Prioriterade utvecklingsområden är bl.a. boendeformer, sysselsättning, särskilda resurspersoner, arbetsmetoder och kompetens. Det är för tidigt att uttala sig om resultatet av denna satsning, men några tendenser är enligt Socialstyrelsen att kommunerna har valt att satsa på stärkt kompetens, utveckling av arbetsmetoder och förstärkta befintliga sysselsättningsverksamheter. Under 2008 har det utgått ytterligare 75 miljoner kronor till kommunerna för samma ändamål. Regeringen avser även att fördela 150 miljoner kronor vardera åren 2009 och 2010 under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

Utförligare redovisning finns under avsnitt 4 Hälso- och sjukvård.

Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor

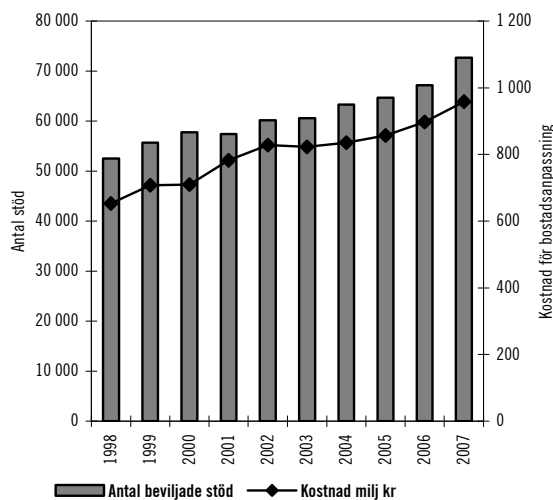
Eftersom det är svårt för kommuner och landsting att upprätthålla den kompetens som är nödvändig för att dövblinda personer ska få de stöd- och serviceinsatser som de behöver för att kunna leva ett liv som andra finns behov av ett nationellt kunskapscenter.

Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor arbetar sedan 2004 på regeringens uppdrag med att ge stöd till kommunernas och landstingens team i deras arbete med dövblinda personer. Under 2007 rapporterar kunskapscentret att efterfrågan på deras tjänster ökar. Det som efterfrågas är handledning i boenden för personer med medfödd dövblindhet och handledning i kommunikation.

Bostadsanpassningsbidrag

Personer med funktionsnedsättning har rätt till ett ekonomiskt bidrag för att anpassa sin bostad så att han eller hon kan leva ett självständigt liv i eget boende. Detta regleras i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. Bidraget ska täcka skäliga kostnader för anpassningen. Det är kommunerna som beslutar om bidraget och som står för kostnaderna.

Diagram 7.2 Kostnader för och antal bostadsanpassningsbidrag 1998-2007



Källa: Boverket

Antal beviljade bidrag har ökat från 67 200 under 2006 till 72 700 under 2007. Den totala kostnaden för kommunerna har också ökat från 897 till 958 miljoner kronor. Den genomsnittliga kost-

naden per ärende uppgår till 13 200 kr för 2007 vilket är en minskning jämfört med 2006 då genomsnittskostnaden var 13 400 kr. De regionala skillnaderna mellan kommunerna är stora och beviljat belopp per invånare varierar mellan 10 och cirka 400 kronor.

Merparten av bostadsanpassningsbidragen avser små belopp. Cirka 50 procent av bidragen är på mindre än 5 000 kronor och cirka 5 procent överstiger 100 000 kronor. Av de bostadsanpassningar som görs i hus byggda 1995 eller senare är den vanligaste åtgärden justering av trösklar, cirka 28 procent av antalet åtgärder. I övrigt förekommer främst olika anpassningar i badrum och kök, dörrautomatik och montering av ramper.

Nordiskt samarbete

Under 2008 är Sverige ordförandeland i Nordiska ministerrådet. Det svenska ordförandeskapet har präglats av de nordiska statsministrarnas satsning på ett fördjupat samarbete om globalisering som initierades i juni 2007. De nordiska länderna har beslutat om att etablera ett Nordiskt Valfärdscenter (NVC). Syftet är att koncentrera resurserna för det nordiska samarbetet och ytterligare sätta fokus på valfärdsområdet. Den nya institutionen är en sammanläggning av de sociala institutionerna Nordiska samarbetsorganet för handikappfrågor (NSH) inkl. Nordiska utvecklingscentret för handikappfrågor (NUH), Nordiska utbildningsprogrammet för utveckling av social service (NOPUS), Nordiska utbildningscentret för dövblind personal (NUD) och Nordiskt center för alkohol- och drogforskning (NAD). NVC beräknas vara i drift från och med den 1 januari 2009.

7.5 Analys och slutsatser

Stödinsatserna ökar – tillsynen visar på förbättringar men även brister

De stödinsatser som ges enligt LSS och SoL ska ge kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning den service och det stöd som behövs för att kunna leva som andra. Årets redovisning liksom tidigare år visar att LSS-insatserna ökat. Positivt är att fler fått bostad med särskild service då efterfrågan varit stor.

Länsstyrelsernas uppföljning av ej verkställda beslut och domar visar dock att antalet personer

som får vänta mer än ett år på bostad var lika många 2006 som 2004. Skälen till de långa väntetiderna anges ofta vara att det är tidskrävande för kommunerna att hitta optimala lösningar för den enskilde. Emellertid har kommunerna en skyldighet att följa upp vilka personer som omfattas av LSS och vilka behov av stöd och service dessa personer har vilket bör underlätta planeringen av framtida behov av bostäder.

Länsstyrelsens uppföljning visar vidare att de riktlinjer många kommuner infört, som i vissa fall inneburit begränsningar i stödet och servicen till personer med funktionsnedsättning, antingen har reviderats eller upphävts. Det är viktigt att riktlinjer utformas på ett sådant sätt att de inte försvårar för personer med funktionsnedsättning att forma sina egna liv.

Trots att studier visar på positiva effekter för den enskilde och berörda huvudmän är det fortfarande ovanligt att enskilda får en individuell plan. Det borde därför finnas ett större intresse för detta eftersom en plan kan ge överblick och underlätta samordningen mellan de olika aktörer som den enskilde får stöd av.

Regeringen ser allvarligt på att det, enligt Länsstyrelsernas rapport, förekommer otillåtna skyddsåtgärder inom verksamheter enligt LSS. LSS-kommittén som lämnade sitt betänkande den 29 augusti 2008 anser att det finns goda möjligheter att genom ökad kunskap komma tillrätta med problemet. De föreslår att en utredning skyndsamt behöver tillsättas för att belysa frågan närmare.

Daglig verksamhet behöver utvecklas

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen analyserat respektive stödinsats kopplat till kommunens insatser på samhällsnivå utifrån begreppen tillgänglighet, självbestämmande och delaktighet. Genom en sådan ansats menar Socialstyrelsen att det lättare går att identifiera vad det är som gör att vissa grupper i ökande grad blir beroende av socialtjänstens stödinsatser. Daglig verksamhet är ett exempel på en stödinsats som ökat kraftigt de senaste åren och som för de flesta fyller en viktig funktion för att främja delaktighet i samhällslivet. Oroväckande är emellertid att så många ungdomar får plats i daglig verksamhet direkt efter avslutad utbildning utan att möjligheten till annat arbete eller sysselsättning prövas. Daglig verksamhet är en central del av de stödinsatser som behövs för att många människor ska känna sig delaktiga i samhällslivet. Men att

befinna sig i en verksamhet därför att samhället med hjälp av generella insatser inte förmår att ta tillvara den arbetsförmåga som många trots allt har förstärker naturligtvis känslan av utanförskap. Resultat visar samtidigt att genom samverkan med andra aktörer går det att hitta alternativa sysselsättningar.

LSS-kommittén har i sitt slutbetänkande förslag som ytterligare kan ge kommuner stöd för att utforma den dagliga verksamheten så att en övergång till arbete kan bli enklare för den enskilde. Dessutom har Försäkringskassan, Skolverket, dåvarande Arbetsmarknadsstyrelsen och Socialstyrelsen inom sina respektive sektorsansvar formulerat en gemensam strategi för hur fler personer med funktionsnedsättning ska kunna försörja sig på eget arbete.

Assistansersättningen

Antalet personer som får assistansersättning fortsätter att öka och de regionala skillnaderna är stora. Assistansersättningen är en behovsprövad rättighet för vissa av de personer som omfattas av personkretsen i LSS. Det är Försäkringskassan som utreder och bedömer vilka behov den som ansöker har. För att kunna tillämpa en lag som avsiktligt ger utrymme för individuella bedömningar är det viktigt att Försäkringskassan fortsätter sitt arbete med att förbättra kvaliteten i behovsbedömningen utan att åsidosätta assistansreformens mål om självbestämmande och möjlighet att leva ett självständigt liv. Lagändringen som trädde i kraft den 1 juli 2008 kommer sannolikt bidra till att ersättningsberättigade väljer assistansanordnare utifrån den service och kvalitet som erbjuds dem utan att påverkas av möjligheter till ekonomiska förmåner som inte har med assistans att göra.

Personer med psykisk funktionsnedsättning

Många års brister i stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning innebär att området är eftersatt. Detta drabbar många människor. Det är kommuner och landsting som har ansvar för att vård- och stödinsatser är individuellt utformade och svarar mot de behov som finns. Staten har också ett ansvar att uppmärksamma eftersatta områden och att ge förutsättningar för en gynnsam utveckling. De satsningar som staten gör behöver dock vara av strategisk karaktär och fokusera på särskilt angelägna områden som t.ex. tillsyn, normering och implementering, att stimulera samverkan och

kompetensutveckling, arbete och sysselsättning, att ge förutsättningar att bättre anpassa och utveckla redan befintlig verksamhet, att visa på valmöjligheter etc.

En samordnad och tydlig tillsyn

Socialstyrelsen och länsstyrelserna förmedlar genom tillsynen viktig kunskap om förbättringsområden i kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning. Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten konstaterar i slutbetänkandet (SOU 2007:82) att länsstyrelsernas tillsyn av socialtjänsten har allvarliga brister. En samordnad och tydlig tillsyn framstår som en viktig förutsättning för fortsatt kvalitetsutveckling inom området. Utförligare analys av tillsynen redovisas under avsnitten analys och slutsatser samt i politikens inriktning under socialtjänstpolitik.

7.6 Riksrevisionens iakttagelser

Riksrevisionen har granskat statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS (RiR 2007:1; Framställning till riksdagen 2006/07:RRS24). Riksdagen har avstyrkt Riksrevisionens framställan (bet. 2007/08:SoU1, rskr. 2007/08:86 och 87). Utskottet hänvisade till pågående arbete på området. I rapporten rekommenderar Riksrevisionen regeringen att dels initierar åtgärder för att förhindra att kommuner inte verkställer egna beslut, dels överväger att vidta åtgärder för att åstadkomma en mer likvärdig tillsyn över hela landet och i det sammanhanget precisera innebörden av Socialstyrelsens centrala tillsyn.

Regeringen har föreslagit och riksdagen beslutat om åtgärder för att förhindra att kommuner inte verkställer egna beslut enligt LSS. En rapporteringsskyldighet har införts och kommuner och landsting som låter bli att genomföra åtgärder som de beslutat kan tvingas betala en sanktionsavgift (prop. 2007/08:43, bet. 2007/08:SoU8, rskr. 2007/08:134). Bestämmelserna trädde i kraft den 1 juli 2008. I den delen har regeringen åtgärdat Riksrevisionens rekommendation. Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten har vidare lämnat sitt slutbetänkande Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (SOU 2007:82). I betänkandet finns förslag till ny organisation av tillsynen som syf-

tar till att göra tillsynen mer likvärdig över landet. Betänkandet har remissbehandlats och bereds nu i Regeringskansliet.

Riksrevisionen granskade den statliga assistansersättningen till funktionshindrade 2004 (RiR 2004:7). I rapporten rekommenderar Riksrevisionen att det bl.a. görs något åt administrationen, den ekonomiska kontrollen och kontrollen av privata assistansanordnare.

Regeringen har föreslagit och riksdagen beslutat om att införa en ny bestämmelse i lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) med syfte att tydligare reglera vad assistansersättningen får användas till (prop. 2007/08:61, bet. 2007/08:SoU13, rskr. 2007/08:158). Bestämmelsen innebär att den assistansberättigade bara får använda ersättningen för att köpa assistans hos den som anordnar sådan t.ex. ett företag, kooperativ eller kommun. En effekt av den nya bestämmelsen blir att möjligheten för assistansanordnare att upprätta klientmedelskonton i fråga om assistansersättning upphör. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2008. I den delen har regeringen åtgärdat Riksrevisionens rekommendation. En parlamentarisk kommitté – LSS-kommittén har lämnat sitt slutbetänkande (SOU 2008:77). I betänkandet finns bl.a. förslag som behandlar övriga delar i Riksrevisionens rapport om den statliga assistansersättningen. Betänkandet ska remissbehandlas och därefter beredas i Regeringskansliet.

7.7 Politikens inriktning

Regeringen kommer att fortsätta sitt arbete med att öka möjligheterna för kvinnor och män, pojkar och flickor med funktionsnedsättning att kunna leva självständigt och bestämma över sitt eget liv. Det kräver att samhällets generella insatser för att människor ska känna sig delaktiga på sina villkor kompletteras med individuella stöd- och serviceinsatser med god kvalitet. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som innebär en rätt till ett antal utpekade stödinsatser har betytt mycket för att tillförsäkra personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar en möjlighet att forma sitt liv som alla andra. Den 21 augusti 2008 beslutade regeringen om att lämna förslag till Lagrådet för yttrande om ett valfrihetssystem. Lagförslaget omfattar även stödverksamhet för personer med funktions-

nedsättning. Regeringen anser att en fortsatt utvecklad statistik och öppna jämförelser är viktiga för att brukare ska få tillgång till aktuell och relevant information för att kunna göra väl underbyggda val. En arbetsgrupp med medverkande från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har därför startats inom Regeringskansliet för att utforma en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strategin kommer bl.a. att omfatta öppna jämförelser inom verksamheter som rör personer med funktionsnedsättning. Ytterligare information om valfrihetssystem och utvecklad statistik finns beskrivet under avsnitt Socialtjänstpolitik.

Assistansreformen

Assistansreformen som genomfördes 1994 är ett exempel på hur självbestämmandet och valfrihet fått genomslag på ett mycket konkret sätt. Personer med omfattande och i många fall livslånga funktionsnedsättningar kan genom assistanssättning själva bestämma på vilket sätt och av vem de ska få stöd och service för att kunna leva ett liv som andra. Mycket tyder också på att personer som har rätt till assistans genom denna insats har förbättrat sina möjligheter att delta i samhällslivet och kunna bestämma över sina egna liv. Regeringen anser att personlig assistans ska fortsätta att vara ett effektivt redskap för att förverkliga de handikappolitiska målen. Emellertid har antalet personer som erhåller assistans hela tiden ökat i en omfattning som inte var tanken när reformen infördes. För dem som får assistans är det utan tvivel en insats som har ett stort värde och ger den enskilde en unik valfrihet. Men det är viktigt att personlig assistans inte får bära uppgifter och ansvar som ska ligga på andra insatser.

Regeringen konstaterar därför att det finns goda skäl för att tydliggöra vilka behov som ska tillgodoses inom personlig assistans och därigenom få en enhetligare behovsbedömning över landet. Utgångspunkten ska vara de intentioner som avsågs när assistansreformen infördes. Därigenom kan insatsens legitimitet upprätthållas.

Försöksverksamheten med Fritt Val av hjälpmedel är igång

Regeringen anser att personer med funktionsnedsättning ska få större inflytande vid val av

hjälpmedel. Därför initierade regeringen 2007 en försöksverksamhet i tre landsting som ska pågå i tre år. Av delredovisningen som Hjälpmedelsinstitutet lämnade till regeringen i juli 2008 framgår att försöksverksamheten nu är igång i alla tre landsting men har kommit olika långt. Inledningsvis har enklare hjälpmedel förskrivits med hjälp av Fritt Val modellen men landstingen arbetar för att utöka sortimentet. Ett skäl till att det ännu inte går att erbjuda Fritt Val av alla former av hjälpmedel är att Hjälpmedelsinstitutet som första uppgift, genomfört en kartläggning av vilken betydelse lagstiftningen har som berör hjälpmedelsområdet, och hur det kan påverka systemet för en Fritt Val modell. Det är bra att denna kartläggning rörande lagstiftning görs så att regeringen får ett så allsidigt beslutsunderlag som möjligt inför ett eventuellt förslag om införandet av en Fritt Val modell för hela landet. Regeringen anser emellertid att det är viktigt att arbetet påskyndas så att de som vill verkligen ska kunna erbjudas friare val av hjälpmedel under försöksperioden.

Service och signalhundar – en tjänst för personer med funktionsnedsättning

Regeringen genomför i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting en 3-årig försöksverksamhet för att öka användandet av service- och signalhundar som ett komplement eller alternativ till andra insatser för personer med funktionsnedsättning. Service- och signalhundar är tränade att hjälpa personer med funktionsnedsättningar med olika moment i den dagliga livsföringen. Användningen av dessa hundar är i dag liten och inget organiserat offentligt stöd finns. De tjänster som utförs av service- och signalhundar ligger inom samhällsområden som kommuner och landsting ansvarar för. Särskilt tydlig är kopplingen till hjälpmedelsområdet. Det finns inget formellt hinder för kommuner och landsting att inom ramen för socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ge stöd till service- och signalhundar men i praktiken sker inte det i dag. För att kommuner och landsting i högre grad ska bli intresserade av att ge stöd till service- och signalhundar är det nödvändigt att veta mer om hur användningen av service- och signalhundar påverkar behovet av andra offentliga insatser. Syftet med försöket är att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst för att kunna genomföra en utvärdering av konsekvenserna av en ökad användning. Satsningen

genomförs under tre år och den totala kostnaden beräknas till 6 miljoner kronor. Se vidare anslag 3:2. Hjälpmedelsinstitutet kommer att administrera försöksverksamheten och Socialstyrelsen kommer att få i uppdrag att utvärdera försöket.

Skärpta bestämmelser för kommuner som inte verkställer beslut enligt LSS

Skyldigheten att redovisa ej verkställda beslut enligt SoL har bidragit till att synliggöra bristerna för kommunens politiker. Enligt länsstyrelsens tillsynsrapport har kommunerna vidtagit konkreta åtgärder för att förbättra situationen – särskilt inom äldreområdet, men det finns också kommuner som försöker förbättra förutsättningarna för att kunna rekrytera kontaktpersoner och kontaktfamiljer till personer med funktionsnedsättning. Regeringen har även infört bestämmelser om rapporteringsskyldighet och sanktionsavgift som yttersta påtryckningsmedel för att gynnande beslut ska verkställas inom LSS. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2008. Regeringens förhoppning är att denna regel på samma sätt som inom SoL kommer att innebära att kommunerna verkar för att personer med omfattande funktionsnedsättningar får sina beslut om stöd- och serviceinsatser enligt LSS verkställda i tid.

Personer med psykisk funktionsnedsättning

Under mandatperioden har regeringen inlett ett systematiskt och strategiskt arbete för att förbättra vård- och stödinsatser för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Riksdagen har under 2007 och 2008, efter förslag från regeringen, avsatt 500 miljoner kronor årligen för detta ändamål. Regeringen rekryterade i oktober 2007 en särskild psykiatrikoordinator med uppgift att planera och driva på regeringens satsningar. Utgångspunkten för arbetet är slutbetänkandet *Ambition* och ansvar (SOU 2006:100). Under 2008 har medel bl.a. fördelats till kommuner för fortsatt förstärkning av sociala insatser inför en ny vårdform öppen psykiatrisk tvångsvård (75 miljoner kronor), kompetenssatsning på personal inom socialtjänsten och den psykiatriska hälso- och sjukvården, som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning (130 miljoner kronor), och till förstärkt tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning.

För människor med psykisk funktionsnedsättning är utanförskapet särskilt allvarligt. Regeringens utgångspunkt är att fler personer med funktionsnedsättning ska kunna försörja sig genom eget arbete. De som inte kan delta på den reguljära arbetsmarknaden ska så långt som möjligt erbjudas meningsfull sysselsättning.

Regeringen föreslår att 900 miljoner kronor avsätts för fortsatta satsningar under 2009, 2010 och 2011. Inriktningen ska bl.a. vara arbete och sysselsättning, kompetens och evidens, fortsatt förstärkning av sociala insatser m.m. Regeringen avser att återkomma till riksdagen med en skrivelse om riktlinjer m.m. för det fortsatta arbetet. För utförligare beskrivning se även avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Stöd till anhöriga som stödjer närstående

Regeringskansliet har tagit fram ett förslag till ändring i SoL som syftar till att förtydliga kommunernas ansvar att erbjuda stöd eller avlösning till dem som stödjer eller vårdar en närstående (Ds 2008:18). I promemorian konstateras att behovet av ett gott stöd för de personer som ger stöd-, omsorgs- och vårdinsatser till närstående har blivit alltmer uppenbart. Anhöriga till närstående som har en psykisk sjukdom eller en omfattande psykisk funktionsnedsättning utsätts t.ex. ofta för extraordinära påfrestningar och har svårt att få till stånd de insatser som behövs. Promemorian har remissbehandlats och ärendet bereds nu i Regeringskansliet.

Regeringen avser att öka stimulansbidraget till kommunerna med 15 000 000 kronor för 2009 och med 10 000 000 2010 för att stödja kommunernas arbete med att utveckla varaktiga stödformer för anhöriga.

Tillsyn av socialtjänsten samordnas med hälso- och sjukvården

Regeringen anser att det är viktigt att tillsynen inom det sociala området utgör ett effektivt instrument som ser till att de lagar som riksdagen beslutar om efterlevs och att detta instrument fungerar i en lämplig och effektiv organisation som är enhetlig över landet. De brister som redogörs för i slutbetänkandet *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten* (SOU 2007:82) från Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten (S 2004:12) inger därför oro och kräver åtgärder. Länsstyrelsernas årsredovisningar och rapporten *Social tillsyn* visar dessutom att tillsynen inom missbruksområdet,

verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning, ekonomisk bistånd och familjerätt är eftersatt.

De förslag som lämnas i betänkandet har tagits emot positivt av flertalet remissinstanser och regeringen avser att under 2009 återkomma till riksdagen med förslag på en tillsynsreform inom det sociala området. Grunden för reformen bör vara att tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska slås ihop och samordnas i Socialstyrelsen, att barnperspektivet i tillsynen ska stärkas, att tillsynen ska tydliggöras och att ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen ska öka. Regeringen föreslår därför att tillsynen ska tillföras 30 miljoner kronor från och med 2009.

I samband med reformen kommer regeringen även att föreslå att staten övertar ansvaret för den löpande tillsynen från kommunerna. Finansieringen av denna förändring kommer att regleras genom en förändring i nivån på utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*. Övrig finansiering av reformen kommer ske genom en omfördelning av medel från utgiftsområde 1 Rikets styrelse, anslag 5:1 *Länsstyrelserna m.m.* till utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 9:1 *Socialstyrelsen*.

Överenskommelser mellan regeringen och idéburna organisationer inom det sociala området

De idéburna organisationerna är viktiga när det gäller socialtjänstens olika insatser. Regeringen vill ta tillvara de idéburna organisationernas kunskap och engagemang. De fyller en viktig roll när det gäller att göra det möjligt för människor att påverka såväl sin egen vardag som samhället i stort. Regeringen presenterade under våren 2008 ett förslag till överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de idéburna organisationerna på det sociala området. De åtaganden som föreslagits i överenskommelsen ska fullföljas.

Öppna jämförelser

Regeringen fokuserar starkt på ökad kvalitet i vården och omsorgen. För att stärka kunskapsbasen, höja kvaliteten samt ge bättre underlag för fria val inom socialtjänsten intensifierar regeringen arbetet med utveckling av register, kvalitetsindikatorer, öppna jämförelser samt brukarundersökningar inom socialtjänstområdet (se avsnitt Socialtjänstpolitik). För att påskynda

utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten satsar regeringen 10 miljoner kronor 2009. För 2010 och 2011 avser regeringen att avsätta 5 miljoner kronor per år för detta ändamål.

7.8 Budgetförslag

7.8.1 3:1 Personligt ombud

Tabell 7.10 Anslagsutveckling 3:1 Personligt ombud

Tusental kronor

2007	Utfall	92 621	Anslags- sparande	19 271
2008	Anslag	109 460 ¹	Utgifts- prognos	98 041
2009	Förslag	89 460		
2010	Beräknat	89 460		
2011	Beräknat	89 460		

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Anslaget används för bidrag till verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud fyller en viktig funktion för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska bli delaktiga i samhället. Ombuden har även en betydelsefull uppgift i regeringens hemlöshetsstrategi – Hemlöshet många ansikten mångas ansvar. Den löper under 2007–2009.

Under 2007 och 2008 har anslaget utökats med 20 miljoner kronor per år. Då det tar tid att inrätta och rekrytera nya ombud har endast en del av dessa medel förbrukats. Enligt Socialstyrelsens senaste uppföljning tillkom ytterligare cirka 15 ombudstjänster under 2007 (det fanns då totalt 310 tjänster). Antalet nya tjänster för 2008 beräknades i april 2008 till drygt 20.

Det överskott som uppstått under 2007 och 2008 kommer att täcka kostnader för fortsatt finansiering av nya tjänster under 2009.

Tabell 7.11 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:1 Personligt ombud

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	109 460	109 460	109 460
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-20 000	-20 000	-20 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	89 460	89 460	89 460

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 89 460 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:1 *Personligt ombud* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 89 460 000 kronor vardera år.

7.8.2 3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tabell 7.12 Anslagsutveckling 3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

År	Utfall	Utveckling	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	Utfall	273 350		1 155
2008	Anslag	250 350 ¹		246 623
2009	Förslag	177 850		
2010	Beräknat	237 850		
2011	Beräknat	238 350		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- statsbidrag till tolktjänst
- försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel
- försöksverksamhet med service- och signalhundar

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. Socialsty-

relsen fördelar statsbidraget till landstingen. Tolktjänsten innebär en skyldighet för landstingen att organisera, finansiera och tillhandahålla tolktjänst för vardagstolkning till döva, dövblinda m.fl.

Regeringens överväganden

Från och med den 1 januari 2008 har en ny fördelningsmodell för landstingens tolkverksamhet införts som i högre grad tar hänsyn till landstingens faktiska kostnader för tolkverksamheten. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp resultatet av förändringen. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2008.

När LSS trädde i kraft utökades LSS personkrets i förhållande till Omsorgslagen. Det innebär bl.a. att fler personer fick tillgång till insatsen råd och stöd och därför fanns det också skäl att kompensera landstingen för de kostnader som detta medförde. Sedan 1994 har ett riktat statsbidrag om 200 miljoner kronor utgått till landstingen. Dock har Socialstyrelsen i utvärderingar och uppföljningar av LSS konstaterat att betydligt färre personer än vad som förväntades ingått i den utvidgade personkretsen och långt ifrån alla har fått tillgång till insatsen råd och stöd. I LSS-kommitténs slutbetänkande (SOU 2008:77) finns förslag om vad insatsen råd och stöd ska innehålla och hur statsbidraget ska användas. Regeringen anser att statsbidraget bör minskas under 2009 i avvaktan på att LSS-kommitténs slutbetänkande färdigberetts för att kunna finansiera andra angelägna frågor inom området. Anslaget bör därför minskas med totalt 73 000 000 kronor under 2009. Från och med 2010 bör anslaget minskas med totalt 15 000 000 kronor.

Med anledning av lagändringen som trädde i kraft 1 juli 2008 i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, m.m. (LSS) som innebär att kommunerna är skyldiga att rapportera ej verkställda beslut, ska kommunerna kompenseras för de ökade omkostnader som lagändringen innebär. Den ekonomiska regleringen sker genom en överföring av medel från utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 3:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* till utgiftsområde 25, Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*. Under 2009 överförs 22 500 000 kronor varav 7 500 000 kronor

avser retroaktiva kostnader för 2008. Från och med 2010 överförs 15 000 000 kronor som en följd av lagändringen.

Under 2009 slutförs försöksverksamheten med fritt val av hjälpmedel för personer med funktionshinder. För detta ändamål avsätts 7 000 000 kronor. Under 2009–2011 genomför regeringen även en försöksverksamhet med service- och signalhundar. För detta ändamål avsätts 2 000 000 kronor årligen 2009–2011.

Tabell 7.13 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:2 Vissa statsbidrag inom handikappområdet

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	250 350	250 350	250 350
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	-72 500	-12 500	-12 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	177 850	237 850	238 350

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 177 850 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:2 *Vissa statsbidrag inom handikappområdet* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 237 850 000 kronor respektive 238 350 000 kronor.

7.8.3 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tabell 7.14 Anslagsutveckling 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2007	Utfall	20 398		1 500
2008	Anslag	23 659 ¹	Utgifts-prognos	16 826
2009	Förslag	31 017		
2010	Beräknat	32 248 ²		
2011	Beräknat	33 597 ³		

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 31 017 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 31 017 tkr i 2009 års prisnivå.

Statsbidraget till utrustning av elektronisk kommunikation ska ge personer som är döva, har en grav hörselskada, talskada eller språkstörning möjlighet att kommunicera via ett kommunikationsnät. Bidraget 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.

Antalet personer som har behov av utrustning för elektronisk kommunikation, behovet av utbyte av föråldrad utrustning och prisutveckling för ny teknik är de avgörande faktorerna som styr utgifterna inom anslaget. Landstingen är skyldiga att lämna underlag för granskning till Socialstyrelsen och Riksrevisionen.

Socialstyrelsen administrerar och meddelar grunder för fördelningen av statsbidraget.

Regeringens överväganden

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag sett över och föreslagit förändringar i statens stöd till elektronisk kommunikation i samråd med andra aktörer. Bakgrunden till uppdraget är att produkter och tjänster inom området elektronisk kommunikation har genomgått en snabb teknikutveckling och att det har skett förändringar i målgruppens behov. Socialstyrelsens förslag är att Hjälpmedelsinstitutet i samråd med Post- och telestyrelsen ska få i uppdrag att genomföra en informationssatsning som ska rikta sig till både brukare och förskrivare av hjälpmedel i landstingen. Motivet till en sådan informations-satsning är att området elektronisk kommunikation i förhållande till andra hjälpmedel ofta är tekniskt komplicerat och kräver därför särskild kompetens som är svår att upprätthålla i alla landsting. Med stöd av Hjälpmedelsinstitutet som är ett nationellt kunskapscentrum för hjälpmedel kan förutsättningarna för att få produkter och tjänster anpassade till brukarens behov av kommunikation förbättras. Regeringen avser därför att ge Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag att i samråd med Post- och telestyrelsen genomföra en informationssatsning under 2009 och 2010 för detta ändamål. Informationssatsningen ska följas upp.

I Socialstyrelsens regleringsbrev ställdes 6 500 000 kronor till regeringens disposition med anledning av landstingens minskade förbrukning av medlen till utrustning för elektronisk kommunikation. Regeringen föreslår att viss del av dessa medel ska finansiera uppdraget till Hjälpmedelsinstitutet.

Tabell 7.15 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:3 Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	23 659	23 659	23 659
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	829	1 801	2 866
Beslut			
Överföring till/från andra anslag	6 529	6 788	7 072
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	31 017	32 248	33 597

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 31 017 000 kronor skall anvisas under anslaget 3:3 *Bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 32 248 000 kronor respektive 33 597 000 kronor.

7.8.4 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tabell 7.16 Anslagsutveckling 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Övrigt	Totalt
2007	Utfall	245 123	Anslags-sparande	-1 813
2008	Anslag	235 000 ¹	Utgifts-prognos	212 000
2009	Förslag	247 000		
2010	Beräknat	256 000		
2011	Beräknat	256 000		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera bilstöd till personer med funktionshinder. Stödet ska ge bl.a. personer med funktionshinder under 65 år som är beroende av motorfordon för förvärvsarbete eller arbetslivsinriktad utbildning/rehabilitering och föräldrar till barn med funktionshinder och personer i åldern 18–49 år som varken förvärvsarbetar eller genomgår yrkesutbildning möjlighet att anskaffa, anpassa och ändra motorfordon. Bidrag kan lämnas i form av grundbidrag, inkomstprövat anskaffningsbidrag och anpassningsbidrag.

Antalet personer som har rätt till bilstöd, omfattningen av fordonets anpassningsbehov, prisutvecklingen på marknaden för anpassning av fordon samt inkomstutvecklingen är de faktorer som framför allt styr utgifterna.

Regeringens överväganden

Bilstödet, som beslutas av Försäkringskassan, är en viktig insats för att uppnå målen för handikappolitiken. Stödet ska möjliggöra ett självständigt och oberoende liv med arbete, sociala kontakter, offentlig och kommersiell service etc.

Nya regler gäller för bilstödet fr.o.m. den 1 januari 2007. Dessa innebär bl.a. följande:

- Föräldrar till barn med funktionshinder får 60 000 kronor i stället för 30 000 kronor i grundbidrag för införskaffande av motorfordon.
- Föräldrabegreppet utvidgas till att omfatta även vårdnadshavare som inte är föräldrar samt personer som tagit emot barn för adoption eller för stadigvarande vård och fostran.
- Ett nytt grund- och anskaffningsbidrag kan beviljas tidigast efter nio år, men med möjlighet att få bidrag tidigare om fordonet framförts minst 18 000 mil sedan det senaste bidraget beviljades.

De förändrade reglerna beräknas innebära en något lägre efterfrågan på stödet än normalt under 2007, 2008 och 2009 men en högre efterfrågan 2010 och 2011.

Tabell 7.17 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:4 Bilstöd till personer med funktionshinder

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	235 000	235 000	235 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	21 000	21 000	21 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar			
Volym	-9 000		
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	247 000	256 000	256 000

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 247 000 000 kronor ska anvisas under anslaget 3:4 *Bilstöd till personer med funktionshinder* 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 256 000 000 kronor vardera år.

7.8.5 3:5 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 7.18 Anslagsutveckling 3:5 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	14 673 902	-224 544	
2008	16 208 000 ¹		15 935 000
2009	Förslag	17 785 000	
2010	Beräknat	19 473 860	
2011	Beräknat	21 284 820	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslagets ändamål är att finansiera kostnader för statlig assistansersättning. Assistansersättning lämnas till personer med omfattande funktionsnedsättning 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 inte utökas därefter. Kommunen där den ersättningsberättigade är bosatt skall ersätta kostnaderna för de första 20 assistanstimmarna per vecka. Genom ersättningen avlastar staten kommunerna kostnader för mer omfattande insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (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

Kostnader för personlig assistans fortsätter att öka. Kostnaderna påverkas både av att antalet assistansberättigade och det genomsnittliga antalet timmar per person ökar. Den schablon på timersättningen som infördes 1997 har däremot haft en dämpande effekt på kostnadsökningen.

I LSS-kommitténs slutbetänkande (SOU 2008:77) ingår förslag om åtgärder som kan dämpa och stabilisera kostnadsutvecklingen och förslag om lämpliga former för tillsyn av och tillstånd till enskild verksamhet med personlig assistans samt om ökad uppföljning och kontroll av assistansersättningen. Betänkandet ska remissbehandlas. Kommittén har tidigare lämnat ett delbetänkande, Kostnader för personlig assistans (SOU 2007:73) och fr.o.m. den 1 juli 2008 infördes ändringar i lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) som ska säkerställa en starkare kontroll av assistansersättningen. Regeländringarna beräknas inte medföra att kostnaderna minskar men bör motverka missbruk av hur ersättningen används.

Tabell 7.19 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 3:5 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	16 208 000	16 208 000	16 208 000
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Övriga makroekonomiska förutsättningar	703 000	1 462 860	2 360 820
Volym	874 000	1 803 000	2 716 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	17 785 000	19 473 860	21 284 820

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 785 000 000 kronor skall anvisas under anslaget 3:5 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 19 473 860 000 kronor respektive 21 284 820 000 kronor.

8 Äldrepolitik

8.1 Omfattning

Äldrepolitiken omfattar insatser som syftar till att ge äldre kvinnor och män förutsättningar att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Många av dessa insatser utförs inom ramen för en generell politik som riktar sig till fler målgrupper än äldre varför de ofta finansieras och redovisas i andra delar än under äldrepolitik. De insatser som i detta sammanhang redovisas som äldrepolitik är huvudsakligen sådana som kommunerna ansvarar för inom ramen för äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen, (2001:453, SoL) och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) samt insatser som utförs av myndigheter med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering, främst

Socialstyrelsen och länsstyrelserna. Staten lämnar ekonomiskt bidrag till kommunernas verksamhet inom ramen för utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. Under äldrepolitik redovisas medel för stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken samt bidrag till vissa pensionärsorganisationer. År 2009 föreslås statens utgifter inom området uppgå till cirka 2,1 miljarder kronor.

8.2 Utgiftsutveckling

Tabell 8.1 Utgiftsutveckling inom Äldrepolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Äldrepolitik</i>						
5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 596	2 388	2 090	2 133	1 988	1 959
Summa Äldrepolitik	1 596	2 388	2 090	2 133	1 988	1 959

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

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

8.3 Mål

För 2008 gäller följande mål för äldrepolitiken. 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.

Målet för regeringens insatser är att främja huvudmännens utveckling av god kvalitet i vård och omsorg om äldre kvinnor och män.

Måluppfyllelsen ska följas upp bland annat genom att

- ta fram indikatorer som belyser utvecklingen av hälsofrämjande och ohälsa- och skadeförebyggande insatser,
- följa hur personalens kompetens utvecklas och används,
- följa utvecklingen av inflytande och kvalitet genom brukarundersökningar och statistik,
- följa hur kommunerna utvecklar fritt val för äldre kvinnor och män, samt
- följa hur kommunerna arbetar med etiska frågor.

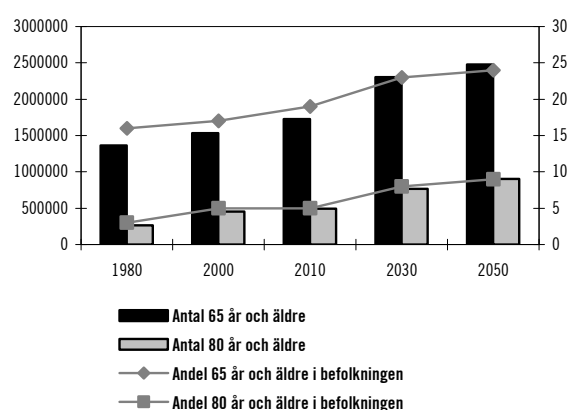
Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnittet 3.4.

8.4 Resultat

Omfattningen av äldreomsorgen

Under de senaste 50 åren har antalet personer som är 65 år eller äldre mer än fördubblats, och ökningen beräknas fortsätta. Även andelen personer i befolkningen som är över 65 år kommer att växa under de närmaste decennierna och 2030 beräknas var femte svensk vara ålderspensionär. Förändringar i behovet av äldreomsorg är i högre grad relaterat till antalet personer över 80 år än till antalet personer över 65 år. Antalet personer som är över 80 år beräknas vara i det närmaste oförändrat den närmaste tioårsperioden för att sedan öka dramatiskt under 2020-talet.

Diagram 8.1 Antal och andel äldre 1980-2050



Det totala antalet personer över 65 år som fått äldreomsorg i form av särskilt boende eller hemtjänst har varit cirka 240 000 per år under perioden 2000–2006. I oktober 2007 hade ungefär 249 000 personer någon av insatserna hemtjänst eller särskilt boende. År 2007 infördes ett nytt sätt att samla in statistik på äldreområdet vilket till stor del förklarar förändringen mellan 2006 och 2007.

Tabell 8.2 Hemtjänst respektive särskilt boende. Insatser för personer 65 år och äldre, 2002–2007. Antal och andel av befolkningen i samma åldersgrupp

År	Hemtjänst				Särskilt boende			
	Kvinnor	Procent	Män	Procent	Kvinnor	Procent	Män	Procent
2002	87 700	9,9	37 400	5,7	81 100	9,2	34 400	5,2
2003	89 700	10,1	38 300	5,7	78 000	8,8	32 900	4,9
2004	92 400	10,4	39 900	5,9	73 800	8,3	31 000	4,6
2005	93 900	10,5	41 100	6,0	70 600	7,9	29 800	4,4
2006	97 100	10,8	43 200	6,2	69 400	7,7	29 300	4,2
2007	105 400	11,6	47 900	6,7	66 800	7,4	28 100	4,0

* Fr.o.m. 2007 ingår även personer som enbart har matdistribution och/eller snöröjning
Källa: Socialstyrelsen

Utvecklingen mot att en allt större del av äldreomsorgen bedrivs i det egna hemmet i form av hemtjänst fortsätter. Mellan 2002 och 2007 har andelen personer som fått hemtjänst ökat med cirka 23 procent från 125 200 personer till 153 700 personer. Under samma period minskade antalet personer i särskilt boende från 115 500 till 95 200, en minskning med 18 procent. År 2007 fick drygt 15 procent av befolkningen 65 år och äldre hemtjänst eller boende i särskilt boende. Ungefär 203 500 personer över 80 år hade i oktober 2007 hemtjänst eller särskilt boende vilket motsvarar 38 procent av alla personer i denna åldersgrupp. Andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst eller särskilt boende är oförändrad jämfört med 2002. Kvinnors längre medellivslängd och det faktum att äldre kvinnor oftare är ensamstående än äldre män innebär att av de personer som får insatser från kommunens äldreomsorg är en majoritet kvinnor. Av de som får hemtjänst eller särskilt boende utgör kvinnorna ungefär 70 procent och har så gjort de senaste fem åren.

Tabell 8.3 Antal personer 65 år och äldre som beviljats vissa insatser enligt SoL den 1 oktober 2007 samt antal personer 65 år och äldre som under september 2007 erhöll kommunal hälso- och sjukvård enligt HSL

Insats	Kvinnor	Män	Totalt
Trygghetslarm i ordinärt boende	106 000	38 600	145 000
Dagverksamhet	6 800	3 800	10 600
Korttidsvård/korttidsboende	5 700	5 300	11 000
Anhörigbidrag/Hemvårdsbidrag	2 500	2 900	5 400
Kontaktperson/kontaktfamilj	450	250	700
Kommunal hälso- och sjukvård	98 200	47 600	146 900

* I totalen ingår även personer för vilka fullständigt personnummer saknas.

Dessa personer kan inte fördelas utifrån kön.

Källa: Socialstyrelsen

Trygghetslarm till äldre personer i ordinärt boende är en vanligt förekommande insats, omkring 145 000 personer hade beviljats biståndsbeslut om larm 1 oktober 2007. Antalet personer som får korttidsvård har varit relativt konstant sedan år 2000 men mellan oktober 2003 och oktober 2007 har antalet boendedygn i korttidsvården ökat med cirka 12 procent. Det innebär att det är färre personer som vistas allt längre tider i korttidsvård. Besluten om dagverksamhet till äldre personer enligt SoL har minskat från knappt 15 500 år 2000 till drygt 10 600 år 2007. Samtidigt bedrivs dagverksamhet även som öppen verksamhet utan beslut och omfattningen av denna öppna verksamhet är inte

känd. Totalt fick cirka 146 900 personer i åldern 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård någon gång under september 2007 och av dessa var 67 procent kvinnor.

Sedan 2000 har andelen insatser inom äldreomsorgen som utförs av enskilda vårdgivare ökat från 9,5 procent till 12 procent 2006. Även 2007 var denna andel 12 procent. Det är något vanligare att särskilda boenden (14 procent) bedrivs i enskild regi än hemtjänst (11 procent).

Valfrihet inom äldreomsorgen

Runt om i landet pågår en utveckling mot ökad valfrihet inom äldreomsorgen. År 2003 hade tio kommuner infört någon form av valfrihetssystem inom äldreomsorgen. Hösten 2007 genomförde Sveriges Kommuner och Landsting en enkätundersökning som visade att 32 kommuner infört valfrihetssystem när det gäller servicetjänster inom hemtjänsten och att 18 kommuner infört valfrihetssystem inom socialtjänstens omvårdnadsinsatser. Inom särskilt boende hade 8 kommuner valfrihetssystem. I 38 kommuner planerade man för att införa valfrihetssystem för servicetjänster och i 29 kommuner för omvårdnadsinsatser. I 15 kommuner planerade man för att införa valfrihetssystem för särskilt boende.

Regeringen beslutade 2007 att tillsätta en utredning för att utreda förutsättningarna för ökad valfrihet när det gäller vård, omsorg och service inklusive särskilt boende enligt socialtjänstlagen för äldre och personer med funktionsnedsättning. Betänkandet LOV att välja – Lag om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) överlämnades under våren till regeringen och förslagen är under beredning. För att stödja utvecklingen av fria val inom äldreomsorgen och stödet till personer med funktionsnedsättning avsatte regeringen totalt 300 miljoner kronor för perioden 2008–2009. Av dessa är 280 miljoner kronor avsatta till kommunerna som bidrag för de kostnader som uppkommer vid övergången till valfrihetssystem. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och beskriva utvecklingen avseende valfrihetssystem, särskilt i de delar som direkt berör brukaren. Resterande medel används för att upprätta en råd- och stödfunktion för kommunerna samt för att upprätta en nationell databas där kommuner som har, eller väljer att införa, valfrihetssystem ska annonsera förfrågningsunderlag och annan information.

Kvalitet i vården och omsorgen om äldre

En förutsättning för att människor ska kunna göra väl underbyggda val är att de har tillgång till information om de verksamheter som de kan välja mellan. För att utveckla kvaliteten behöver huvudmännen även kunna mäta de resultat som olika insatser ger.

Socialtjänstens insatser ska enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453 SoL) vara av god kvalitet. Under de senaste åren har Socialstyrelsen arbetat med att förtydliga och informera om de ram- och regelverk som gäller för kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. Myndigheten gav 2006 ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11 S) om ledningssystem inom bl.a. äldreomsorgen och har under 2007, tillsammans med länsstyrelserna, bedrivit informationsarbete kring föreskrifterna. I mars 2008 publicerade Socialstyrelsen handboken *God kvalitet i socialtjänsten*. I handboken förtydligas vad föreskrifterna kräver av kommunerna för att utveckla och säkra kvaliteten inom bl.a. äldreomsorgen.

Öppna jämförelser

Regeringen gav 2007 Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre samt landstingens hemsjukvård. I mars 2008 publicerades resultaten i elektronisk form på databasen Äldreguiden som nås via Socialstyrelsens hemsida. Äldreguiden är en vägledning för äldre och närstående som vill ha information om äldreboenden och äldreomsorgen i kommunerna. Den innehåller bl.a. uppgifter om kvaliteten på cirka 2 100 äldreboenden.

Av Äldreguiden framgår bl.a. att:

- Mindre än var tredje brukare har varit delaktiga i att utforma en plan för genomförande av hjälpen inom hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet
- Sex av tio som bor i äldreboende har en nattfasta som är längre än 11 timmar vilket är ett för långt uppehåll mellan det sista målet på kvällen och det första dagen därpå.
- Drygt två av tre i omvårdnadspersonalen har yrkesutbildning. Andelen är nästan 80 procent i äldreboende vilket är högre andelar än tidigare studier visat.

Inom projektet *Öppna jämförelser* utarbetas nationella kvalitetsindikatorer. De kvalitetsindikatorer som hittills tagits fram berör bl.a. förebyggande arbete mot undernäring, trycksår och fall, vård i livets slutskede, läkemedel, munhälsa och vårdplanering. I projektet ingår även att följa upp hur äldreomsorgens brukare upplever verksamhetens kvalitet och tillgänglighet genom återkommande nationella brukarundersökningar. Resultaten av brukarundersökningarna kommer att presenteras i Äldreguiden första kvartalet 2009.

Tillsyn

Både kommuner och länsstyrelser bedriver tillsyn av äldreomsorgen. Länsstyrelserna har meddelat kritik eller påtalat brister i 56 procent av verksamhetstillsynsärendena och i 23 procent i individtillsynsärendena. En stor del av tillsynen ägnas åt beslut som inte verkställs. Många ansökningar om särskild avgift och anmälningskyldigheten bidrar till många ärenden. Tillsynen har bland annat visat följande (Socialtillsyn, länsstyrelsernas iakttagelser under 2006 och 2007. Socialstyrelsen och länsstyrelserna 2008):

- Riktlinjer styr i hög grad vilka insatser som kommunen beviljar – inte den enskildes behov eller önskemål.
- Det planeras och byggs särskilda boendeformer samtidigt som nedläggningarna har avstannat. Flera kommuner bygger också seniorbostäder.
- Bristen på särskilda boendeformer leder till att många istället vistas allt längre tid i korttidsboende. Det har en negativ påverkan på både den som behöver särskilt boende och den som har behov av korttidsboende. Platser räcker exempelvis inte till för växelvård eller rehabilitering efter sjukhusvistelse.
- Kunskapen om Lex Sarah blir allt bättre. Men det finns brister, bl.a. är kunskapen om vad som ska anmälas bristfällig.
- Kompetensstegen har bidragit till att den formella utbildningsnivån har höjts men brister kvarstår.
- De äldre får inte delta i planeringen av sina insatser i tillräcklig omfattning.
- Hälften av länsstyrelserna har uppmärksammat att kommuner börjat tillämpa en

förenklad biståndshandläggning för hemtjänstinsatser, där det i beslutet exempelvis inte framgår vad insatserna ska omfatta.

- Få kommuner har ett jämställdhetsperspektiv i verksamheten.

Socialstyrelsen tillsynar hälso- och sjukvården. Av denna tillsyn framgår bl.a. följande (Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2007. Socialstyrelsen 2008):

- Patienter med demenssjukdomar bor och vårdas i stor utsträckning i ordinarie äldreboenden med låg bemanning och där personalen inte alltid har kompetens för dessa.
- Fortfarande finns många brister i läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård.
- Föreskrifter som reglerar samverkan när patienter i slutenvård ska skrivas in eller ut följs inte alltid.
- Dokumentationen av vården har brister som sekretesshinder och tekniska problem med IT-system.
- Uppföljning av 2006 års tematiska tillsyn av hur äldre tas om hand på akutmottagningar visar, genom ett projekt i norra regionen, att akutmottagningarna där blivit mer medvetna om riskfaktorerna hos äldre.

Regeringen vill göra tillsynen inom äldreområdet tydligare, mer enhetlig och mer förutsägbar för brukare och användare. Därför har Socialstyrelsen fått i uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna ta fram nationella bedömningskriterier för tillsyn inom äldreomsorgen. Under 2007 har bedömningskriterier tagits fram för tillsyn inom mathållnings- och nutritionsområdet samt för jämställdhet ur ett brukarperspektiv.

Stimulansbidrag till vård och omsorg om äldre personer

För andra halvåret 2006 avsattes 600 miljoner kronor i stimulansbidrag till kommuner och landsting för att höja kvaliteten inom vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

År 2007 och 2008 avsatte regeringen knappt 1,4 miljarder kronor årligen i stimulansbidrag till kommuner och landsting med avsikt att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre

kvinnor och män. Regeringen prioriterar insatser inom sju områden: läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, demensvård, rehabilitering, kost och nutrition samt det sociala innehållet. Stimulansbidraget har fördelats av Socialstyrelsen efter ansökan med 70 procent till kommunerna och 30 procent till landstingen.

Alla landsting och praktiskt taget alla kommuner har sökt stimulansbidrag för dessa år. Många av de satsningar som påbörjades med 2006 års medel har fortsatt med 2007 och 2008 års medel vilket kan tyda på en kontinuitet i satsningarna över tid. Av kommunerna uppger mer än tre fjärdedelar och fyra av fem landsting att de har kommit igång med alla sina projekt och satsningar som planerat. Projekt har dock försenats bland annat beroende på rekryteringssvårigheter och att det tar mer tid än planerat att komma igång med projekt som rör flera huvudmän eller intressenter vilket en majoritet av projekten gör. Alla landsting och nästan tre fjärdedelar av kommunerna samarbetar med annan huvudman eller intressent.

Medlen har gjort det möjligt för huvudmännen att anställa personal med kompetens som man i dag helt eller delvis saknar, i första hand dietister och rehabiliteringspersonal. Medlen har även gett möjlighet att utbilda baspersonalen i exempelvis kost, läkemedel och rehabiliterande arbetssätt. Redovisningen av 2007 års stimulansbidrag visar att de tre områden som både kommuner och landsting använder mest medel till är rehabilitering, läkemedelsgenomgångar och demensvård. Kommunerna satsar också på kost och nutrition, att utveckla det sociala innehållet samt uppsökande verksamhet. Landstingen satsar även på förstärkt läkartillgång, kost och nutrition samt förebyggande hembesök och på att utveckla det sociala innehållet t.ex. i den palliativa vården. En mindre del av stimulansbidraget har använts för att kompensera kommunerna för kostnader för införandet av individbaserad statistik och för att besvara enkäter om öppna jämförelser.

Nationella kompetenscentra

Kunskaperna om demensfrågor och anhörigfrågor behöver samlas nationellt och spridas till personal inom vård och omsorg, beslutsfattare, äldre personer samt anhöriga.

För att främja detta har två nationella kompetenscentrum skapats. Socialstyrelsen har i

oktober 2007 utsett Svenskt demenscentrum som ligger i Stockholm, till det nationella kompetenscentrat för demensfrågor och Fokus, Regionförbundet Kalmar län som ligger i Kalmar, till det nationella kompetenscentrat för anhörigfrågor.

Stöd till anhöriga

År 2007 fanns totalt 125 miljoner kronor i stimulansbidrag för att utveckla stödet till anhöriga som vårdar och stödjer närstående. Av dessa användes 5 miljoner kronor till det nationella kompetenscentrumet för anhörigfrågor och fem miljoner kronor till anhörig- och pensionsorganisationer. Länsstyrelserna har haft i uppdrag att fördela resterande medel efter ansökan från kommunerna. En femtedel av bidraget ska användas för att kommunerna ska utveckla samverkan med frivilligorganisationer och ideella krafter. Socialstyrelsen har i uppdrag att årligen följa upp utvecklingen av kommunernas anhörigstöd. Hittills har cirka 108 miljoner kronor fördelats till 256 kommuner och 49 kommundelar och den största delen av de kvarvarande beloppen är in-tecknade och kommer att betalas ut.

Socialstyrelsen rapporterar att det pågår ett omfattande utvecklingsarbete i landet. 95 procent av kommunerna arbetar med att utveckla anhörigstödet och det är den högsta andelen sedan 2002. Kommunerna samarbetar med landstingen liksom med frivilliga och ideella organisationer i högre grad än tidigare. Den mest utbredda formen av anhörigstöd är avlösning som finns i nästan alla kommuner och där kostnadsfri avlösning i hemmet har blivit vanligare. Den största ökningen av individuella former för anhörigstöd är utbildning av anhöriga, må-bra-aktiviteter och anhörig-central/träffpunkt för anhöriga. Det finns en eller flera anhörigcentraler/träffpunkter i 177 av landets kommuner och kommundelar och 58 procent av dem har startats med hjälp av stimulansbidragen. I 65 procent av kommunerna bedrivs uppsökande verksamhet då de bl.a. informerar om möjligheten att få anhörigstöd.

Anhörigstöd är en prioriterad fråga för regeringen och inom Regeringskansliet har det tagits fram ett förslag till ändring i socialtjänstlagen (2001:453) som syftar till att förtydliga kommunernas ansvar att erbjuda stöd eller avlösning till dem som stödjer eller vårdar en närstående (Ds 2008:18). I promemorian

konstateras att behovet av ett gott stöd för de personer som ger stöd-, omsorgs-, och vårdinsatser till närstående har blivit alltmer uppenbart. Promemorian har remissbehandlats och bereds nu i Regeringskansliet.

Stöd till forskning för utveckling av äldres vård och omsorg

En del i regeringens äldresatsning består av medel som är särskilt riktade till forskning inom äldreområdet. I budgetpropositionen för 2008 utökades satsningen till 35 miljoner kronor per år för perioden 2008 till 2010. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) riktar med dessa medel långsiktigt stöd till två centra för äldreforskning, fleråriga programstöd och forskarskolor.

Regeringens satsning på stöd till lokala och regionala centra för forskning och utveckling administreras av Socialstyrelsen. År 2007 fick 25 centra del av satsningen som totalt omfattade 10 miljoner kronor. Kommunerna och landstingen satsar i genomsnitt cirka 3 miljoner kronor per år på FoU-verksamhet. Andra intäkter kommer via externt finansierade projekt m.m. FoU-ledarna är disputerade inom verksamhetsområdet liksom många av medarbetarna. I åiterrapporteringen till Socialstyrelsen beskriver FoU-enheterna en verksamhet som är nära praktiken. Det kan handla om att utveckla det sociala innehållet i de äldres vardag, medverka till att näringsriktiga och anpassade måltider blir höjdpunkter i vardagen för de äldre eller att göra dagliga utevistelser möjliga och meningsfulla. Preventionsarbete, eller projekt kring t.ex. sårvård eller munhygien rapporteras också. Socialstyrelsen pekar på flera hot för FoU-enheterna i form av brister i samverkan mellan kommun och landsting, alltför små enheter och kort planeringshorisont.

Personalens kompetens

Enligt en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna jämförelser 2007, har i genomsnitt 64 procent av undersköterskor och vårdbiträden i den kommunala äldreomsorgen och i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning omvårdnadsutbildning. I mindre kommuner är genomsnittet högre, närmare 70 procent. I större kommuner är genomsnittet omkring 60 procent. Det lägsta redovisade värdet är 30 procent och det högsta

90 procent. Av de nyanställda har 58 procent omvårdnadsutbildning.

Med stöd av de medel som tidigare utbetalats fortsätter de flesta kommuner arbetet med Kompetensstegen under 2008. Cirka 118 000 personer anställda inom vård och omsorg om äldre har på ett eller annat sätt deltagit i Kompetensstegen, vilket motsvarar 62 procent av det totala antalet anställda. Av deltagarna var cirka 111 000 kvinnor och 7 000 män. Könsfördelningen bör ses mot bakgrund av att personalen inom äldreomsorgen till cirka 90 procent består av kvinnor. Omkring 101 000 av deltagarna arbetar som vårdbiträden eller undersköterskor. Cirka 4 900 personer från annan organisation har deltagit. Kommunernas egen insats uppgår enligt kommunernas egna beräkningar till minst 1 miljard kronor, framför allt i form av deltagarnas arbetstid.

Över 150 kommuner arbetar inom ramen för Kompetensstegen med bemötande, etik och värdegrund, ungefär lika många med demenssjukdom och drygt 100 kommuner med rehabilitering. Fler än 80 kommuner genomför aktiviteter som berör vård i livets slutskede och ungefär lika många bedriver aktiviteter kring måltid och nutrition.

Rättssäkerhet

Beslut enligt socialtjänstlagen som inte verkställs inom rimlig tid är ett problem för människors rättsäkerhet, bland annat inom äldreomsorgen. För att komma till rätta med detta problem infördes den 1 juli 2006 nya bestämmelser i fråga om beslut enligt socialtjänstlagen som inte verkställs inom rimlig tid. Beslut som inte verkställts inom tre månader ska rapporteras till kommunfullmäktige, kommunens revisorer och till länsstyrelsen. Dessutom infördes sanktionsavgifter som yttersta påtryckningsmedel för att kommunerna ska verkställa sina beslut inom rimlig tid. I de årsredovisningar för 2007 som länsstyrelserna lämnat saknas uppgifter om rapporteringsskyldigheten från Stockholms län och Västra Götalands län. För övriga län rapporterades sammanlagt 2 100 ärenden första kvartalet 2007, 2 117 andra kvartalet och 2 156 tredje kvartalet. Omkring 58 procent av ärendena avser kvinnor. Rapporteringen omfattar både äldre och personer med funktionsnedsättning. Ett datoriserat ärenderapporteringsystem beräknas tas i drift vid halvårsskiftet 2008.

Särskilt boende

Den 1 oktober 2007 bodde 95 200 personer 65 år eller äldre i särskilt boende. Jämfört med 2006 var det 3 400 personer färre. Länsstyrelserna rapporterar från sin tillsyn 2006 och 2007 att omstruktureringen som ledde till många nedläggningar i början av 2000-talet har avstannat. Fortfarande satsar kommunerna på att bygga om för att förbättra standarden och då minskar ofta antalet platser. Samtidigt rapporterar länsstyrelserna om att fler kommuner nu planerar för och bygger särskilda boendeformer. Det finns dock fortfarande en bristsituation på flera håll.

Kommunernas bedömningar av behoven och planering kring särskilt boende framgår av Boverkets årliga bostadsmarknadsenkät. Andelen kommuner som bedömer att behovet av särskilt boende är täckt har minskat från 61 procent 2006 till 46 procent 2008. Andelen kommuner som menar att bristen kommer att kvarstå även efter genomförd utbyggnad de närmaste två åren är 14 procent 2008 jämfört med 10 procent 2006. Rapporteringsskyldigheten och möjligheten att döma kommuner till sanktionsavgifter för beslut som inte verkställs inom rimlig tid kan ha bidragit till kommunernas ändrade bedömningar. Bland kommunerna i Stockholmsområdet och i Göteborgsområdet är bristen på särskilt boende för äldre mer utbredd.

Investeringsstödet

Det statliga investeringsstödet till särskilt boende för äldre infördes den 1 juni 2007. Stödet söks hos länsstyrelserna. Fram till den 21 juli 2008 hade 78 ansökningar om totalt 2 344 lägenheter beviljats investeringsstöd med sammanlagt 266,5 miljoner kronor. Vid samma tid fanns 47 ännu inte beslutade ärenden med ansökningar om totalt 187 miljoner kronor för 1 643 lägenheter. Hittills har 28 ärenden avslagits av länsstyrelserna. Summan av beviljade ärenden och inkomna ännu ej beslutade ansökningar är 3 987 lägenheter och ett totalt belopp om 453,5 miljoner kronor.

Teknik för äldre

Regeringen satsar 22 miljoner kronor per år 2007–2009 för att stimulera utveckling av teknik för äldre. Hjälpmedelsinstitutet (HI) har uppdraget att stödja satsningar inom teknik i boendet, teknik för anhöriga och lättillgänglig information om teknik och hjälpmedel. Det är

nödvändigt att utveckling av teknik för äldre bygger på analyser av äldre personers beskrivning av problem och hinder i vardagen och önskemål om teknikförbättringar. Regeringens satsning bidrar till att stärka marknadsfunktionerna där efterfrågan på och utbud av teknik för äldre möts. Samtidigt som den tekniska utvecklingen ska bejakas och stimuleras är det viktigt att den inte används som ursäkt för att minska personaltätheten inom vård och omsorg.

Satsningen Teknik för äldre sker inom tre områden – anhöriga, information och tillgänglighet till bra produkter, samt boende. Under 2007 beviljades 40 projekt stöd. Inom anhörigområdet genomförs bland annat behovsstudier om anhöriga som är yrkesverksamma, de allra äldsta, samt anhörigvårdare. Utvecklingsstöd har också lämnats till projekt som trådlöst trygghetssystem och ACTION tjänst i glesbygd vilket är ett system för kommunikation med bland annat webbkamera mellan brukare och personal. Inom området information om och tillgänglighet till bra produkter och tjänster stöds en försöksverksamhet i Halland och kartläggningar om produkter inom kök och badrumsbranschen, digital TV, samt försäljningskanaler. Andra projekt som beviljats stöd är t.ex. teknik för att betala räkningar, tjänsteutveckling och uppbyggnad av information och utveckling av försäljningsställen i Dalarna. Inom boendeområdet genomförs bland annat kartläggningar om målgrupper för tillgänglighetsportal, samt framtida behov av befintliga och framtida tjänster.

8.5 Analys och slutsatser

Valfrihet inom äldreomsorgen

Regeringen bedömer att de insatser som gjorts för att stimulera tillkomsten av valfrihetssystem inom äldreomsorgen kommer att bidra till att stärka individens inflytande över den egna vardagen. Mångfald, valfrihet och kontinuitet gynnas om omsorgstagaren kan välja vem som ska utföra insatserna. Ökad valfrihet kan också bidra till ökad tillgänglighet, kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgen.

Av de enkäter som Sveriges Kommuner och Landsting genomfört under 2006 och 2007 framgår att det runt om i landet finns ett stort

intresse för ökad valfrihet inom äldreomsorgen. Den utredning som regeringen tillsatte 2007 för att utreda förutsättningarna för ökad valfrihet konstaterar i sitt betänkande att det inledningsvis uppstår kostnader med att införa valfrihetssystem. Mot denna bakgrund kan regeringens satsning om totalt 300 miljoner kronor för perioden 2008–2009 anses väl avvägd.

Öppna jämförelser

Det är angeläget att underlag för öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet utvecklas och kvalitetssäkras samt att utvecklingsarbetet på nationell nivå koordineras bättre. Statistik om verksamheternas kvalitet, resultat och kostnader är ett nödvändigt underlag för öppna jämförelser. Tillgången på statistik är även avgörande för en kunskapsbaserad styrning och utveckling av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Idag råder dock brist på statistik och kunskap om vilka resultat som åstadkoms inom flera verksamhetsområden.

Samtidigt kan regeringen konstatera att insatserna för att få till stånd öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre börjar ge resultat. Medborgare och brukare börjar successivt få tillgång till kvalitetssäkrad information som underlättar fria val inom vården och omsorgen. Regeringen konstaterar vidare att det idag pågår många försök lokalt, regionalt och nationellt att genom öppna jämförelser verka för att kvaliteten och effektiviteten utvecklas och säkras såväl inom socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Det är angeläget att en samordnad utveckling av öppna jämförelser kommer till stånd även inom socialtjänstens övriga verksamhetsområden.

Det krävs en bättre samordning på nationell nivå för att effektivt driva på utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det arbete som har initierats i samverkan mellan Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting är ett viktigt led i denna utveckling. Det finns tre grundläggande syften med de öppna jämförelserna: De ska stödja medborgare att göra informerade fria val, utgöra underlag för nationella policybeslut och oberoende granskning samt stödja verksamhetsnära beslutsfattande, systematiskt förbättringsarbete och forskning. Arbetet sker i nära samverkan med hälso- och sjukvårdsområdet så att uppföljningen kan utvecklas utifrån ett helhetsperspektiv.

En samordnad och tydlig tillsyn

Socialstyrelsen och länsstyrelserna förmedlar genom tillsynen värdefull kunskap om förbättringsområden inom vården och omsorgen om äldre. Regeringen konstaterar att den kommunala hälso- och sjukvården utgör en integrerad del av kommunernas socialtjänstverksamhet på äldreområdet. En samordnad och tydlig tillsyn framstår som en viktig förutsättning för fortsatt kvalitetsutveckling inom området.Utförligare analys av tillsynen redovisas i kapitel 9 Socialtjänstpolitik.

Forskning och utveckling

Regeringen bedömer att satsningarna på äldreforskning, SNAC – studierna (uppbyggnad av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet) och regionala FoU-centra är värdefulla för äldreomsorgens fortsatta utveckling. Möjligheterna att bedriva kraftfull forskning med stöd av bra statistik och forskningsdata har förbättrats. För att äldreomsorgens verksamheter ska få stöd av forskningsbaserade kunskaper i sin utveckling krävs att huvudmännen arbetar med långsiktiga perspektiv i t.ex. samverkan om FoU-verksamhet.

Personalens kompetens

Fler bland den personal som nyanställs saknar omvårdnadsutbildning jämfört med hela personalstyrkan. Kompetensstegen har möjliggjort för cirka 118 000 personer anställda inom äldreomsorgen att delta i kompetenshöjande utbildning. Frågan hur personalens kompetens inom vården och omsorgen om äldre kan tryggas behöver belysas. Regeringen har därför tillsatt en utredning med uppdraget att lämna förslag på en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre.

Särskilt boende för äldre

Regeringen konstaterar att minskningen av särskilt boende för äldre fortsatt under 2007. Allt fler med omfattande behov får sin vård och omsorg där de redan bor vilket förutsätter en kvalificerad hemtjänstorganisation som också klarar att ge ett gott stöd och avlastning till anhöriga. Regeringen oroas av att bristen på särskilt boende leder till att vistelsetiderna på korttidsplatserna ökar. Förutom brister i bostadsstandard på korttidsboenden och bristande medicinsk säkerhet finns en risk för att personer

med behov av rehabilitering och avlastning trängs undan.

Investeringsstödet

Regeringen införde 2007 ett stöd om 500 miljoner kronor årligen till nybyggnad och ombyggnad för att det ska bli fler platser i särskilt boende för äldre. Det statliga stödet antas ha påskyndat planeringen och beslutsfattandet i många kommuner. Eftersom planering och byggande är fleråriga processer så är det inte redan nu möjligt att avläsa vilka effekter investeringsstödet får för det totala antalet bostäder i särskilt boende.

Teknik för äldre

Det stora intresset för projektet Teknik för äldre visar på ett genombrott i synen på äldre människor och deras behov och önskemål om tekniskt stöd i vardagen. Äldre har på ett nytt sätt synliggjorts som kravställare, användare och konsumenter av teknik.

Stimulansbidragen

Regeringen konstaterar att stimulansbidraget till kommuner och landsting gör det möjligt för huvudmännen att mer långsiktigt koncentrera arbetet och samarbeta inom eftersatta områden. De sju prioriterade områdena för stimulansbidraget till kommuner och landsting för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer bedöms också av huvudmännen som de mest angelägna. Att höja kvaliteten i vården och omsorgen tar tid och det är därför viktigt med långsiktiga satsningar för att åstadkomma en förbättring för äldre personer. När allt fler äldre med sammansatta behov vårdas hemma har satsningar på exempelvis rehabilitering, kost- och nutrition, det sociala innehållet och läkarmedverkan stor betydelse för att åstadkomma en god vård och omsorg. En god demensvård och regelbundna läkemedelsgenomgångar är andra satsningar som kan medföra ett ökat kvarboende och förebygga behov av vård och omsorg. Att arbeta förebyggande så att äldre personer har möjlighet att bibehålla och kanske förbättra sin hälsa är av strategisk betydelse för att undvika att behov av hjälp uppstår och att öka välbefinnandet. En god vård och omsorg kan också vara ett bra stöd till anhöriga.

8.6 Politikens inriktning

Regeringens satsningar inom äldreområdet tar sin utgångspunkt i äldre personers önskan att kunna åldras i trygghet och med bibehållen värdighet. Satsningarna innefattar också situationen för de anhöriga. Det är i det nära mötet mellan den äldre och dennes anhöriga och den professionella yrkesutövaren som kvalitet skapas. Regeringen menar att det i denna situation är grundläggande att förbättra förutsättningarna för att den enskilde brukaren ska kunna utöva reell makt och inflytande. Samtidigt behöver kommunernas och de privata utförarnas förutsättningar för att åstadkomma insatser med god kvalitet stödjas och utvecklas. En trygg och värdig äldreomsorg av god kvalitet och med betydande valfrihet för de äldre är utgångspunkten för regeringens åtgärder.

För att de personer som är i behov av äldreomsorg och deras anhöriga ska kunna bevara sitt självbestämmande och stärka sitt inflytande måste de ha tillgång till reella valmöjligheter. Regeringen stödjer införandet av valfrihetssystem för att bidra till utvecklingen av en äldreomsorg som tydligare utgår från individens behov och önskemål. För att kunna göra ett informerat val behöver de äldre och deras anhöriga också tillgång till relevant och lättillgänglig information om vad äldreomsorgen ska åstadkomma och information om hur bra äldreomsorgens olika verksamheter fungerar. Centralt för att åstadkomma detta är regeringens fortsatta satsning på utvecklandet av öppna jämförelser och statistik. Även de förslag som värdighetsutredningen lämnade, och som för närvarande bereds inom Regeringskansliet, kan komma att utgöra ett viktigt underlag för att förverkliga regeringens målsättning. Under hösten 2008 kommer den första nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen att genomföras. En del av undersökningen kommer ske genom att Socialstyrelsen skickar ut mer än 140 000 enkäter till brukare inom äldreomsorgen. Resultaten av brukarundersökningarna kommer att göras tillgängliga för allmänheten. En förbättrad statistik, uppföljning och möjlighet till jämförelser är också viktiga förutsättningar för kvalitetsutvecklingen inom äldreomsorgen. Andra viktiga åtgärder inom äldreområdet är befintliga stimulansmedel för utveckling av stöd till anhöriga och stödet till utveckling av teknik för äldre. För att försäkra

sig om att de lagar som riksdagen beslutar om efterlevs betonar regeringen vikten av en effektiv tillsyn inom det sociala området.

Kommunerna och de utförare de väljer att anlita behöver starkare och tydligare strukturer för att kunna ge insatser med god kvalitet som motsvarar önskemål och behov hos allt fler äldre i mycket hög ålder. Förslagen i det kommande betänkandet från utredningen om yrkeskrav i äldreomsorg (S2007:12) väntas bidra till en fortsatt professionell utveckling inom äldreomsorgen. De olika satsningarna på forskning, utveckling och kunskapsspridning bidrar också till denna utveckling. På samma sätt påskyndar stimulansbidragen till kommuner och landsting utvecklingen av god kvalitet. Regeringens investeringsstöd till byggande av fler platser inom särskilt boende stimulerar också utvecklingen av god kvalitet samt stärker tryggheten och rätts säkerheten för den enskilde.

En värdig och trygg äldreomsorg

Äldre personer som behöver vård och omsorg ska kunna vara trygga i att äldreomsorg finns när man behöver den och att den håller en god kvalitet som gör att såväl den enskilde som anhöriga känner sig trygga.

Äldre personer som har insatser från äldreomsorgen ska så långt det är möjligt kunna leva som de själva önskar. Därför behöver äldreomsorgen inriktas så att äldre kvinnor och män får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. De äldres och deras anhörigas inflytande över vilka hjälpinsatser som behövs, hur de bör utföras, när och av vem eller vilka har grundläggande betydelse i detta sammanhang. Äldre personer ska bemötas på ett värdigt sätt. Det behövs därför en gemensam och tydlig värdegrund inom äldreomsorgen. Regeringen tillsatte i mars 2007 en särskild utredare med uppdrag att lägga fram förslag om en värdighetsgaranti för vård och omsorg om äldre kvinnor och män. Utredaren lämnade sitt betänkande den 30 maj 2008. Utredningen föreslår bland annat att en nationell värdegrund för äldreomsorgen införs i socialtjänstlagen som ska tydliggöra hur omsorgen ska inriktas på att den äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Den föreslagna värdegrunden innebär ett perspektivskifte i synen på den äldre personen och tydliggör hur högre kvalitet inom den svenska äldreomsorgen ska uppnås. Vidare föreslår utredningen att en värdegrundsmärkning på

frivillig basis införs för verksamheter inom äldreomsorgen. Värdegrundsmärkningen ska definiera godkända nivåer/minimivåer på verksamheten. Utredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Regeringen avser att stödja införandet av förslagen vilket sträcker sig över de närmaste tre åren. För 2009 avsätts 30 000 000 kronor, för 2010 avsätts 90 000 000 kronor och för 2011 avsätts 80 000 000 kronor. För att en nationell värdegrund ska få genomslag måste den delas av såväl brukare och allmänhet som politiker, chefer och anställda. Det är ett omfattande arbete som kräver både tid och engagemang. Den lagreglerade nationella värdegrunden utgör en plattform för fortsatta förbättringar av äldreomsorgen.

Valfrihet

Brukarnas fria val och inflytande över det stöd och den hjälp som socialtjänsten ger måste stärkas. En prioriterad fråga för regeringen är därför att stödja införandet av valfrihetssystem för att bidra till utvecklingen av en socialtjänst som tydligare utgår från individens behov och önskemål. En ökad valfrihet inom socialtjänsten leder till ökad mångfald och större variation av utförare vilket i sin tur bidrar till ökade möjligheter för individen att få sina behov och önskemål tillgodosedda. Genom att skapa nya möjligheter för företagande och flexibla lösningar bidrar en ökad valfrihet också till att stärka den utvecklingskraft och tillväxtpotential som finns i gles- och landsbygder, små och medelstora städer samt storstadsområden. Ett viktigt steg i utvecklingen mot ökad valfrihet i socialtjänsten är att skapa ett tydligt regelverk för valfrihetssystem. Under hösten 2008 beslutade regeringen att överlämna förslag till lag för valfrihetssystem till lagrådet för yttrande. Syftet med lagstiftningen är att ge brukare större möjlighet att välja utförare av insatser. Lagförslaget omfattar omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvårdstjänster.

För perioden 2008–2009 har regeringen avsatt sammanlagt 300 miljoner kronor för att på olika sätt stödja utvecklingen mot valfrihetssystem inom äldreomsorgen och stödverksamheter för personer med funktionsnedsättning. Merparten av dessa medel fördelas genom stimulansbidrag till kommunerna som stöd för att förbereda införande av valfrihetssystem.

Höjd kvalitet i vården och omsorgen om äldre genom stöd till kommuner och landsting

Regeringens syfte med stimulansbidrag till kommuner och landsting är att stödja huvudmännen i arbetet med att höja kvaliteten i omsorgen och vården av äldre. Den långsiktiga satsningen fortsätter under kommande år. Det är angeläget att den medicinska säkerheten för äldre personer ökar bl.a. genom förbättrad läkartillgång, regelbundna läkemedelsgenomgångar och att demensutredningar görs så tidigt som möjligt för att rätt behandling ska kunna ges. Rehabiliteringsinsatser, ett socialt innehåll i vardagen och förebyggande arbete är exempel på insatser som har stor betydelse för äldre personers möjlighet att bo kvar i sin ordinära bostad. Genom förebyggande hembesök och aktiviteter i vardagen kan ohälsa och skador förebyggas, inte minst viktigt är arbetet med fallprevention för äldre. Personer med psykisk ohälsa kan uppmärksammas och ges möjlighet till gemenskap. Maten och måltidssituationen har en central funktion i livet och behöver fortsatt uppmärksamhet för att öka äldre personers välbefinnande. Det är angeläget att huvudmännen fortsätter att utveckla samverkan i omsorgen och vården med den enskilda individen i fokus. Flera av regeringens satsningar inom det sociala området, inte minst vad avser satsningar inom ramen för stimulansbidraget till kommuner och landsting bidrar också till att främja tillgången till en god och säker vård för äldre. Regeringen har för avsikt att inom ramen för befintliga satsningar inom stimulansbidraget verka för en mer samlad politik med utökad samverkan mellan olika aktörer. Regeringen har angivit mål för stimulansmedlen inom områdena läkartillgång, läkemedelsgenomgång och förebyggande arbete. Av Socialstyrelsens nationella uppföljning och utvärdering ska framgå hur verksamheterna inom de prioriterade områdena har utvecklats bl.a. i förhållande till de mål som regeringen antagit.

Anhörigstöd

För många äldre kvinnor och män är hjälpen från en anhörig en viktig förutsättning för att kunna bo kvar i det ordinära boendet. Många gånger upplever både den som ger och den som får hjälp en tillfredsställelse i detta men i vissa situationer kan dock uppgiften bli den anhörige övermäktig. Anhöriga måste känna förtroende för att äldreomsorgen har insatser att erbjuda när sådana

behövs. Stöd till anhöriga måste kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet. Under det senaste decenniet har stimulansbidrag utgått till kommunerna för att utveckla stödformer för anhöriga. Under de år då inga särskilda riktade bidrag utgått har anhörigstödet minskat i kommunerna. Stödet till anhöriga måste vara varaktigt för att kunna ge önskvärda resultat. Inom Regeringskansliet har det tagits fram ett förslag till ändring i socialtjänstlagen (2001:453) som syftar till att förtydliga kommunernas ansvar att erbjuda stöd eller avlösning till dem som stödjer eller vårdar en närstående (Ds 2008:18). Promemorian har remissbehandlats och ärendet bereds nu i Regeringskansliet.

Regeringen avser att öka stimulansbidraget till kommunerna med 15 000 000 kronor för 2009 och med 10 000 000 kronor 2010 för att stödja kommunernas arbete med att utveckla varaktiga stödformer för anhöriga.

Utveckling av bostäder och boende

Regeringen ser allvarligt på situationen att inte alla kommuner kan erbjuda särskilt boende inom rimlig tid till de äldre som behöver det. Regeringen har med det investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende för äldre som infördes 2007 tagit ett viktigt steg för att stimulera en högre utbyggnadstakt. Stödet till kommunerna kommer att fortsätta under 2009.

Äldreboendedelegationen (S 2006:03) lämnar sin slutrapport före 2008 års slut. Förslagen kommer sedan att beredas under 2009. Regeringen kommer att noggrant följa utvecklingen av boendeformer för äldre. Det är angeläget att utbudet av bostäder för äldre ökar och utvecklas med kunskap om äldre personers önskemål och behov. En viktig förutsättning för att tillgodose behoven hos den åldrande befolkningen är att den generella tillgängligheten i bostäder, service och kommunikationer förbättras. En god generell tillgänglighet minskar behovet av individuella stödinsatser. Samtidigt måste de särskilda boendeformerna för äldre enligt socialtjänstlagen finnas i tillräckligt antal för dem som inte längre kan bo kvar i den vanliga bostaden.

Kunnig personal ger trygghet

För att äldre personer i behov av vård och omsorg ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg är personalens kompetens och engage-

mang av central betydelse, inte minst för de många sköra personer som har svårt att föra sin egen talan. Idag söker sig allt färre till omsorgen via de reguljära utbildningsvägarna. På tio års sikt kommer pensionsavgångarna från äldreomsorgen och ett ökande antal äldre som behöver vård och omsorg att leda till kraftigt ökat rekryteringsbehov.

För att klara de framtida behoven av personal med rätt kompetens måste arbetet göras mer attraktivt och statusen höjas. Personal som redan arbetar inom äldreomsorgen behöver få möjlighet till kompetensutveckling och alla utbildningsvägar som kan leda till arbete inom äldreomsorgen måste utnyttjas. Flexibla och individuella lösningar behöver utvecklas. För att underlätta för huvudmännen och de myndigheter som ska utöva tillsyn behöver de krav på personalens kompetens som stadgas i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) förtydligas. Mot denna bakgrund tillkallade regeringen i november 2007 en särskild utredare med uppdraget att lämna förslag på en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Utredningen ska redovisa sitt arbete den 30 november 2008.

Öppna jämförelser, statistik och evidensbaserad praktik

För att främja utvecklingen av kvalitet inom vården och omsorgen krävs en öppen redovisning av dess resultat och prestationer. Regeringen konstaterar att det idag pågår många försök lokalt, regionalt och nationellt att genom öppna jämförelser verka för kvalitets- och effektivitetsutveckling inom vården och omsorgen men att det krävs tydligare nationell samordning. För att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten satsar regeringen 10 miljoner kronor 2009. För 2010 och 2011 avser regeringen att avsätta 5 miljoner kronor per år för detta ändamål. En arbetsgrupp med medverkande från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har tillsatts för att utforma en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Strategin ska vara klar under våren 2009 då genomförandet av strategin också ska påbörjas. Målet är ett nationellt system för öppna jämförelser som stärker medborgarens

ställning och stödjer socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kvalitets- och effektivitetsutveckling. Det innebär att systemet ska stödja:

- medborgare att göra informerade fria val
- nationella policybeslut och oberoende granskning
- verksamhetsnära beslutsfattande, systematiskt förbättringsarbete och forskning

Det är dock, enligt regeringen, viktigt att understryka att det inte är tillräckligt att enbart följa upp, redovisa och jämföra värden och omsorgens prestationer. Analyser av kvalitet och resultat måste ske och kunskap som genereras utifrån den öppna redovisningen måste på ett systematiskt sätt tas tillvara och leda till förändringar, som ger en förbättrad kvalitet och effektivitet. I betänkandet (SOU 2008:18) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, som är föremål för remissbehandling, lämnas förslag som syftar till att ytterligare främja att ny kunskap tas fram, sprids och tillämpas inom socialtjänsten. Regeringen har redan tagit initiativ till att börja ett försök i enlighet med det avtal som slutits med Sveriges Kommuner och Landsting för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning i missbruks- och beroendevården (se kapitel 9 Socialtjänstpolitik). Under våren 2009 kommer Socialtjänstdatautredningen (S2007:09) att lämna sitt betänkande. Utredningen har i uppdrag att se över behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten och komma med förslag i syfte att förbättra möjligheterna att framställa statistik och göra verksamhetsuppföljning. Betänkandet kommer att utgöra ett viktigt underlag för det fortsatta statistikutvecklingsarbetet.

Arbetet med öppna jämförelser inom äldreomsorgen kommer att under 2009 inriktas bland annat på att genomföra landsomfattande brukarundersökningar för att följa upp hur äldreomsorgens brukare upplever verksamhetens kvalitet och tillgänglighet. Satsningen på nationella kommunundersökningar avseende kvalitet inom äldreomsorgen fortsätter och kommer att utvidgas till att omfatta även hemtjänst och dagverksamhet. Målsättningen är att resultaten av undersökningarna ska göras lättillgängliga via Socialstyrelsens databas Äldreguiden.

Äldre behöver bättre tillgång till teknik

Regeringens satsning på utvecklingsprogrammet Teknik för äldre innebär att viktiga framsteg nu kan göras som stärker en utveckling där äldre personers behov av hjälpmedel och tjänster tas tillvara och leder till att bra och säker teknik för äldre finns lättillgänglig. Utvecklingen av teknik har hittills bedrivits utan särskilt fokus på äldre personers behov, önskemål eller efterfrågan. Den ökande andelen äldre i befolkningen och de äldres samlade köpkraft till trots är utvecklingen av teknik ofta inriktad mot yngre målgrupper.

Regeringens satsning om 22 miljoner kronor per år under åren 2007 till och med 2009 är strategiskt viktig för att stimulera utveckling av teknik för äldre. Hjälpmedelsinstitutet (HI) har uppdraget att stödja satsningar inom områdena teknik i boendet, teknik för anhöriga och lätt tillgänglig information om teknik och hjälpmedel. De informationsmöten som HI inbjudit till har varit välbesökta och intresset för att ansöka om de projektmedel som HI utlyst har varit stort.

Ökad kunskap genom forskning och utveckling

Ökad kunskap är en viktig förutsättning för att klara de utmaningar som vård och omsorg om äldre står inför. I takt med att antalet äldre ökar och särskilt antalet äldre i de högsta åldrarna, ställs krav på nya kunskaper. Kraven på kvalitet i verksamheten och att de offentliga resurserna används effektivt fortsätter att öka. Prioriteringsarbetet inom vården och omsorgen underlättas av strukturerad uppföljning och utvärdering. Ett ökande kunskapsinnehåll i verksamheterna bidrar också till att höja statusen för utbildning och arbete inom vård och omsorg om äldre kvinnor och män. Genom regeringens satsning på äldreforskning har Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) kunnat rikta långsiktiga stöd till forskningsmiljöer, till fleråriga programstöd samt på åtgärder för att möta generationsväxlingen inom forskarkåren de närmaste åren. Tillgång till goda forskningsdata är en förutsättning för en kraftfull forskning inom äldreområdet. Förutsättningarna har förbättrats för den långsiktiga kunskapsstillväxten inom området vård och omsorg om äldre. Swedish National Study of Aging and Care (SNAC) driver långsiktig uppbyggnad av områdesbaserade data och forskning om äldre kvinnors och mäns hälsa och vårdkonsumtion. Studien finansieras av staten och de lokala

huvudmännen. Regeringen bedömer att anslaget 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken för 2009 behöver ökas med 2 miljoner kronor till totalt 14 miljoner kronor för att bidra till täckning av ökade löne- och administrationskostnader. Regeringens stöd till FoU-enheter inom äldreområdet stärker på ett strategiskt sätt kopplingen mellan de lokala verksamheterna och ett systematiskt utvecklingsarbete med stöd av aktuell och kritiskt prövad kunskap. FoU-enheterna stimulerar och främjar genom sin verksamhet vård- och omsorgspersonalens lärande i arbetet.

Tillsyn av socialtjänsten samordnas med hälso- och sjukvården

Regeringen anser att det är viktigt att tillsynen inom det sociala området utgör ett effektivt instrument som ser till att de lagar som riksdagen beslutar om efterlevs och att detta instrument fungerar i en lämplig och effektiv organisation som är enhetlig över landet. De brister som redogörs för i slutbetänkandet Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (SOU 2007:82) från Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten (S 2004:12) inger därför oro och kräver åtgärder. Länsstyrelsernas årsredovisningar och rapporten Social tillsyn visar dessutom att tillsynen inom missbruksområdet, verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning, ekonomisk bistånd och familjerätt är eftersatt.

De förslag som lämnas i betänkandet har tagits emot positivt av flertalet remissinstanser och regeringen avser att under 2009 återkomma till riksdagen med förslag på en tillsynsreform inom det sociala området. Grunden för reformen bör vara att tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska slås ihop och samordnas i Socialstyrelsen, att barnperspektivet i tillsynen ska stärkas, att tillsynen ska tydliggöras och att ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen ska öka. Regeringen föreslår därför att tillsynen ska tillföras 30 miljoner kronor från och med 2009.

I samband med reformen kommer regeringen även att föreslå att staten övertar ansvaret för den löpande tillsynen från kommunerna. Finansieringen av denna förändring kommer att regleras genom en förändring i nivån på utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnings*. Övrig finansiering av reformen kommer att ske genom en omfördelning av medel från

utgiftsområde 1 Rikets styrelse, anslag 5:1 *Länsstyrelserna m.m.* till utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 9:1 *Socialstyrelsen*.

Överenskommelser mellan regeringen och idéburna organisationer inom det sociala området

De idéburna organisationerna är viktiga när det gäller socialtjänstens olika insatser. Regeringen vill ta tillvara de idéburna organisationernas kunskap och engagemang, bland annat därför att de fyller en viktig roll när det gäller att göra det möjligt för människor att påverka såväl sin egen vardag som samhället i stort. Regeringen presenterade under våren 2008 ett förslag till överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de idéburna organisationerna på det sociala området. De åtaganden som föreslagits i överenskommelsen ska fullföljas.

8.7 Förslag till författningsändringar

8.7.1 Förslag Ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Regeringens förslag: Förbehållsbeloppet vid fastställande av avgifter enligt 8 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) ska höjas. Detta sker genom höjning av minimibeloppet som efter höjningen per månad ska utgöra lägst en tolfteedel av 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående, eller 1,1446 gånger prisbasbeloppet för var och en av sammanlevande makar och sambor.

Ärendet och dess beredning: En promemoria har upprättats inom Socialdepartementet, Ett höjt förbehållsbelopp vid fastställande av avgift enligt socialtjänstlagen (Ds 2008:70). Promemorians lagförslag har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanser samt en remissammanställning av promemorians förslag finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2008/5782/ST).

Promemorians förslag: Överensstämmer med regeringens, dock skulle minimibeloppet efter höjningen per månad utgöra lägst en tolfteedel av 1,3412 gånger prisbasbeloppet för ensamstående eller 1,1312 gånger prisbasbeloppet

pet för var och en av samlevande makar och sambor.

Remissinstanserna: Överlag instämmer remissinstanserna i bedömningen att förbehållsbeloppet bör justeras för att det förhöjda grundavdraget ska ge den enskilde en inkomstförstärkning utan att avgiften för hemtjänst ökar lika mycket. *Sveriges Kommuner och Landsting* menar att eftersom dagens regelverk för att ekonomiskt stödja äldre personer är så komplext går det inte att överblicka utfallet vare sig för enskilda individer eller samhället. Remissinstanserna menar också att kommunsektorn behöver kompenseras genom en höjning av utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*.

Skälen för regeringens förslag:

Bakgrund och behov av en lagändring

I regeringens satsning på pensionärerna ingår förutom ett förhöjt grundavdrag (se volym 1, kapitel 6 Inkomster och skattefrågor) också höjningar av normen för skälig levnadsnivå för särskilt bostadstillägg till pensionär och för äldreförsörjningsstöd (se utgiftsområde 11) samt förbehållsbeloppet för avgift enligt socialtjänstlagen.

Förslaget om ett höjt förbehållsbelopp vid fastställande av avgifter enligt socialtjänstlagen syftar till att delvis motverka att den inkomstförbättring som uppkommer genom det förhöjda grundavdraget samt den höjda normen leder till motsvarande höjning av avgifter enligt socialtjänstlagen. Höjningen av förbehållsbeloppet motsvarar vad den föreslagna skattesänkningen ger för en ensamstående garanti-pensionär. Baserat på räkneexempel i den föreslagna promemorian om skattesänkningen föreslås att förbehållsbeloppet höjs med motsvarande 216 kronor per månad, ca 2 600 kronor per år. Förbehållsbeloppet per månad kommer efter en sådan höjning att utgöra lägst en tolfteedel av 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående, eller 1,1446 gånger prisbasbeloppet för var och en av sammanlevande makar och sambor.

De personer som omfattas av socialtjänstlagens bestämmelser om avgift är de som har hemtjänst i ordinarie bostad, bor i särskilt boende, har dagverksamhet eller har kommunal hemsjukvård. För de personer som bor i särskilt

boende ska kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda hälso- och sjukvård. Även avgifter för den kommunala hälso- och sjukvården ska beaktas vid fastställande av avgifter enligt socialtjänstlagen.

Socialtjänstens verksamheter är till för alla, oavsett ålder, som bedöms ha behov av stöd. Socialtjänstlagen är från grunden uppbyggd för att tillgodose den enskilde individens behov så att en skälig levnadsnivå kan uppnås. Begreppet skälig levnadsnivå är knutet till normala levnadskostnader. Av Konsumentverkets beräknade utgifter för hushållsbudget framgår att yngre personer vanligen har högre levnadskostnader än äldre. Dessutom ska socialtjänsten vid beräkning av den enskildes avgiftsutrymme ta hänsyn till de merkostnader för livsföringen som den enskilde kan ha. Många av dem som beviljats stödinsatser har till följd av godkända merkostnader fått ett högre förbehållsbelopp och därmed ett lägre avgiftsutrymme.

Bland synpunkterna från remissinstanserna finns önskemål om förtydligande av om höjningen av förbehållsbeloppet innebär en ändring av tidigare uttalanden om ett generellt högre förbehållsbelopp för yngre personer med funktionsnedsättningar. Regeringen menar att den höjning av förbehållsbeloppet som nu föreslås inte innebär någon ändring av tidigare uttalanden. Yngre personer med funktionsnedsättningar bör således även i fortsättningen ges ett högre förbehållsbelopp och individuell prövning av högre förbehållsbelopp till följd av skäliga merkostnader bör ske.

Ekonomiska konsekvenser

En höjning av förbehållsbeloppet enligt 8 kap. 7 § socialtjänstlagen bedöms påverka avgiften för cirka 60 000 personer, direkt eller inom hushållet. Det är personer som i dag inte betalar full avgift eller har ett utrymme om upp till 216 kronor över förbehållsbeloppet. Dessa kommer att betala mindre i avgift eftersom dessa kommer att kunna förbehålla sig ett högre belopp innan avgift kan tas ut.

Ungefär 280 000 personer hade 2006 hemtjänst i ordinärt boende, boende i särskild boendeform eller kommunal hemsjukvård. Av dessa var cirka 250 000 personer 65 år eller äldre. Förslaget om höjning av förbehållsbeloppet kommer att medföra ett bortfall av avgiftsintäkter för kommunerna. Avgifterna inom såväl äldreomsorgen och verksamheter till personer

med funktionsnedsättning som inom den kommunala hälso- och sjukvården används dels som styrinstrument, dels som finansieringskälla. Avgiftsfinansieringsgraden inom omsorgen till äldre och stödet till personer med funktionsnedsättning uppgår till cirka fyra procent. En förändring av förbehållsbeloppet bedöms kunna leda till att avgifternas styrande effekt på efterfrågan av insatser inom socialtjänsten respektive den kommunala hälso- och sjukvården minskar genom att antalet personer som inte behöver betala avgift ökar något. Förslaget bedöms inte få till effekt att kommunerna visar ökad restriktivitet när det gäller att bedöma merkostnader som läggs till ett individuellt bestämt förbehållsbelopp. Förslaget om höjning av förbehållsbeloppet med motsvarande 216 kronor per månad medför att kommunernas avgiftsintäkter minskar med cirka 100 miljoner kronor per år. Enligt kommunala finansieringsprincipen ska kommunerna kompenseras för denna tillkommande kostnad. Regeringen avser därför öka anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 med 100 miljoner kronor.

Konsekvenser för jämställdhet

En fördelningspolitisk analys visar att förslagen har störst betydelse för omsorgstagare med de allra lägsta inkomsterna. Bland dessa dominerar ensamstående kvinnor som är 80 år eller äldre. Förslaget kommer därför att gynna kvinnor i större utsträckning än män. Förslaget innebär att ett av de jämställdhetspolitiska målen påverkas, nämligen det mål som handlar om ekonomisk jämställdhet. Därtill bidrar förslaget till att minska inkomstklyftorna mellan äldre omsorgstagare och övriga ålderspensionärer.

Ikraftträdande

Regeringen föreslår att lagändringen träder i kraft den 1 januari 2009.

8.8 Budgetförslag

8.8.1 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Anslaget omfattar regeringens satsning på vård och omsorg om äldre. Dessutom innehåller anslaget medel för åtgärder inom äldreområdet såsom bidrag till pensionärsorganisationer och anhängigorganisationer, medel till utveckling av longitudinella områdesdatabaser samt stimulansbidrag till regionala FoU-centrum.

Tabell 8.4 Anslagsutveckling 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor				
2007	Utfall	1 596 282	Anslags-sparande	538 264
2008	Anslag	2 388 137 ¹	Utgifts-prognos	2 089 941
2009	Förslag	2 133 137		
2010	Beräknat	1 988 137		
2011	Beräknat	1 959 137		

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Bemyndiganden om ekonomiska åtaganden

Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att under anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 1 367 000 000 kronor efter 2009.

Regeringen avser att besluta om bidrag för följande ändamål

- Ett nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg om äldre
- Utveckling av longitudinella områdesdatabaser
- Stöd av regionala forsknings- och utvecklingscentrum
- Stimulansbidrag till kommuner och lands-ting för insatser inom vård och omsorg om äldre
- Investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende för äldre

Tabell 8.5 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2007	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011–
Ingående åtaganden	30 000	30 000	530 000	1 367 000	
Nya åtaganden	20 000	530 000	1 167 000		
Infriade åtaganden	-20 000	-30 000	-330 000	-1 367 000	0
Utestående åtaganden	30 000	530 000	1 367 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	30 000	530 000	1 367 000		

Regeringens överväganden

Regeringen föreslår i denna proposition en särskild satsning på äldreomsorg och socialtjänst. Mot bakgrund av detta föreslås stödet till anhöriga ökas under 2009 och 2010 med 15 000 000 kronor respektive 10 000 000 kronor. För att stödja införandet av en värdighetsgaranti föreslås anslaget ökas med 30 000 000 kronor 2009 och med 90 000 000 kronor 2010. Från och med 2011 beräknas anslaget ökas med 80 000 000 kronor för detta ändamål.

För 2009 beräknar regeringen följande:

- 1 356 000 000 kronor till i stimulansbidrag till kommuner och landsting för att utveckla vården och omsorgen om äldre.
- 500 000 000 kronor till Boverket för investeringsstöd för nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende för äldre.
- 104 850 000 kronor för vidareutveckling av stödet till dem som hjälper och vårdar närstående.
- 30 000 000 kronor för att stödja införandet av förslagen om en nationell värdegrund och värdegrundsmärkning.
- 7 700 000 kronor till Socialstyrelsen för att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser inom vård och omsorg om äldre.
- 22 000 000 kronor till Hjälpmedelsinstitutet för att samordna satsningen Teknik för äldre.
- 35 000 000 kronor till Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap för forskning om äldre.
- 10 000 000 kronor till Socialstyrelsen för Nationellt kompetenscentrum för anhörig- respektive demensfrågor.

- 5 000 000 kronor till Socialstyrelsen för årliga nationella brukarundersökningar inom vård och omsorg om äldre.
- 13 940 000 kronor för stöd till utveckling av longitudinella områdesdatabaser.
- 9 940 000 kronor i stimulansbidrag till FoU-centra inom äldreområdet.
- 7 916 000 kronor till Socialstyrelsen för statsbidrag till pensionärsorganisationer (förordningen, 2003:752, om statsbidrag till pensionärsorganisationer).
- 3 491 000 kronor till Socialstyrelsen för stöd till anhängigorganisationer.
- 2 000 000 kronor till Statistiska centralbyrån att användas för uppdrag att utöka antalet äldre personer i undersökningen om levnadsförhållanden (ULF).
- 2 000 000 kronor för det fortsatta arbetet med Kompetensstegens administration efter kommitténs upphörande.

Under 2008 ökade anslaget engångsvis med 300 000 000 kronor för åtgärder för en ökad mångfald av utförare inom äldre- och handikappomsorgen.

Tabell 8.6 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	2 388 137	2 388 137	2 388 137
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	–255 000	–400 000	–429 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	2 133 137	1 988 137	1 959 137

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 2 133 137 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 1 988 137 000 kronor respektive 1 959 137 000 kronor.

9 Socialtjänstpolitik

9.1 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 kvinnor som utsätts för hot och våld. Ansvar 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 kommunen. Statens insatser inom socialtjänstpolitiken består främst av lagstiftning, tillsyn, uppföljning och utvärdering, vissa stimulansbidrag samt det utvecklingsarbete som bedrivs av myndigheterna.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den statligt bedrivna ungdoms- och missbruksvården som sker utan eget samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Socialstyrelsen är central expert- och tillsynsmyndighet på socialtjänstens område. Myndigheten har bl.a. tillsammans med länsstyrelsen ett tillsynsansvar. Under socialtjänstpolitiken redovisas också bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. och utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa.

År 2009 föreslås statens utgifter inom socialtjänstpolitiken uppgå till cirka 1 miljard kronor.

9.2 Utgiftsutveckling

Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom Socialtjänstpolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Socialtjänstpolitik</i>						
6:1 Statens institutionsstyrelse	741	780	745	792	805	817
6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	598	258	264	223	218	217
2008 18:03 Utvecklingsmedel till åtgärder för hemlösa	11	33	27	0	0	0
Summa Socialtjänstpolitik	1 350	1 071	1 037	1 015	1 024	1 033

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

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

9.3 Mål

För 2008 gäller följande mål för socialtjänstpolitiken:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på en enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnitt 3.4.

9.4 Resultat

Staten institutionsstyrelse

Den 1 juli 2007 förändrade Statens institutionsstyrelse (SiS) sin organisation för att förbättra styrningen och uppföljningen av verksamheten. Landet är nu indelat i fyra regioner med regionchefer som har ansvaret för verksamheten i sina respektive regioner. Regionerna är direkt underställda generaldirektören. SiS bedömer att organisationsförändringen hittills väl har uppfyllt sitt syfte. SiS tillsyn är sedan den 1 juli 2007 en särskild organisatorisk enhet direkt underställd generaldirektören. Tillsynsmandatet utvidgades då till att också omfatta regionkontoren och huvudkontoret. Tillsynen är en del av SiS kvalitetssäkring och syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs lagenligt och på ett i övrigt rättssäkert sätt. Hur den framtida tillsynen ska organiseras bereds för närvarande i Regeringskansliet enligt förslagen i betänkandet (SOU 2007:82) Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten, se avsnitt 10.6 Tillsyn av socialtjänsten samordnas med hälso- och sjukvården

Jämställdhetsintegrering

Följande avsnitt avser även äldrepolitik och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsens har haft i uppdrag att göra en uppföljning av jämställdhetsarbetet inom socialtjänsten. Av Socialstyrelsens rapport Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst som redovisades i mars 2008, framgår att det sedan 2002 blivit vanligare att kommunerna uppmärksammar jämställdhetsperspektivet i hela eller i delar

av socialtjänsten. I cirka 70 procent av kommunerna är intresset riktat mot könsfördelningen bland personalen, och i cirka hälften av kommunerna har man under perioden 2004-2007 genomfört någon eller flera specifika åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare och klienter. Även för länsstyrelserna – som ska bidra till att de jämställdhetspolitiska målen uppfylls – är utvecklingen positiv. I ungefär 20 procent av verksamhetstillsynen är sakområdet jämställdhet uppmärksammat, vilket är en tydlig ökning sedan 2003. Den positiva utvecklingen sker emellertid från tidigare mycket låga nivåer. Cirka hälften av landets kommuner hade under tidsperioden 2004-2007 inte uppmärksammat jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare inom socialtjänsten och i de flesta verksamhetstillsyner som länsstyrelserna genomförde under 2006 uppmärksammades inte jämställdhetsperspektivet alls. Socialstyrelsen har i sitt eget arbete för jämställdhet i socialtjänsten beslutat att alla uppdrag och projekt så långt som möjligt ska ta hänsyn till könsperspektivet för att säkerställa att bl.a. könsperspektivet integreras på ett medvetet sätt i allt arbete. Socialstyrelsen har fortsatt att sprida information och föreläsa om jämställdhetsintegrering vid seminarier och konferenser som landets länsstyrelser har anordnat.

9.4.1 Ekonomiskt bistånd

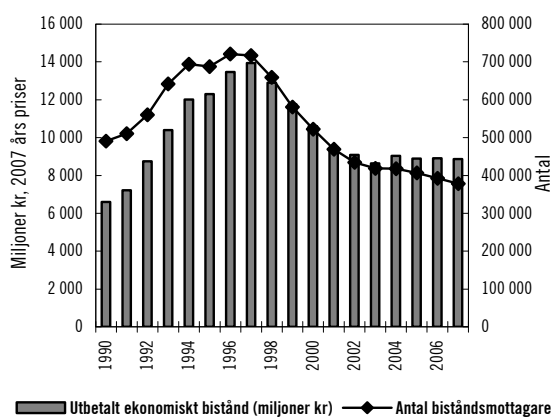
Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och prövas i varje enskilt fall. Ekonomiskt bistånd är tänkt som ett yttersta skyddsnät för personer med tillfälliga försörjningsproblem. För att bli beviljad ekonomiskt bistånd ska individen så gott som helt och hållet ha tömt sina ekonomiska tillgångar, såväl egna som de som finns i det hushåll som individen lever i. Målet är att den enskilde så snabbt som möjligt ska bryta biståndsmottagandet och försörja sig på egen hand. Fortfarande får dock en tredjedel av biståndsmottagarna bistånd under mycket långa perioder.

Antalet biståndsmottagare fortsatte att minska under 2007. Antalet biståndsmottagare har i det närmaste halverats sedan mitten på 1990-talet, då nivån var som högst. Däremot har den genomsnittliga biståndstiden (6 månader under 2007) och det genomsnittligt utbetalda

beloppet (cirka 41 000 under 2007) ökat den senaste tioårsperioden. Det långvariga biståndsmottagandet (minst 10 månader under ett kalenderår) har varit i stort sett oförändrat under perioden 2002–2007.

Under 2007 utbetalades 8,9 miljarder kronor i ekonomiskt bistånd (inklusive introduktionsersättning till flyktingar och vissa andra utlänningar), vilket var i det närmaste oförändrat jämfört med 2006. Antalet biståndsmottagare uppgick till 379 000 personer, vilket motsvarar cirka 4 procent av befolkningen. Under 2007 var det något färre kvinnor än män som mottog ekonomiskt bistånd. Ensamstående mammor, unga och personer födda utomlands är grupper som i högre utsträckning är beroende av ekonomiskt bistånd än t.ex. ensamstående pappor och sammanboende. För ensamstående mammor liksom för unga födda utomlands har utvecklingen ändå varit positiv. Under 2007 hade exempelvis 19 procent av alla ensamstående mammor ekonomiskt bistånd, vilket är en nedgång jämfört med 2002 då andelen uppgick till 23 procent. Cirka 24 procent av de unga i åldrarna 18–24 år födda utomlands mottog ekonomiskt bistånd någon gång under 2007, vilket är en kraftig minskning jämfört med 2002 då andelen uppgick till 32 procent. Antalet asylsökande som fått uppehållstillstånd i Sverige ökade kraftigt under 2006 till följd av den tillfälliga lagstiftningen om ny prövning av avvísings- och utvisningsbeslut som gällde från november 2005 till och med mars 2006. Även under 2007 var flyktingmottagandet högre än tidigare år. Detta har bidragit till att utbetalningar av ekonomiskt bistånd och introduktionsersättning stigit just för denna grupp.

Diagram 9.1 Ekonomiskt bistånd 1990-2007



Tabell 9.2 Biståndsmottagande 2002 och 2007

Andel biståndsmottagare (inkl. introduktionsersättning) av befolkningen i vissa grupper, procent

	2002	2007
Ensamstående män 18–64 år	9	8
Ensamstående kvinnor 18–64 år	11	9
Ensamstående kvinnor med barn	23	19
Ensamstående män med barn	6	7
Kvinnor 18–24 år födda i Sverige	7	6
Män 18–24 år födda i Sverige	6	5
Kvinnor 18–24 år födda utomlands	31	23
Män 18–24 år födda utomlands	32	24
Samtliga hushåll	6	6

För unga vuxna (18–24 år) liksom för personer födda utomlands kan biståndsbehov bero på att de aldrig kommit in på arbetsmarknaden och därför inte heller kvalificerat sig för andra former av ersättning. Dessa personer blir därmed hänvisade till ekonomiskt bistånd för sin försörjning. I syfte att stimulera ungdomars kontakt med arbetslivet infördes den 1 januari 2008 en ändring i SoL som innebar att hemmavarande barns och skolungdomars inkomster av eget arbete, vid prövningen av rätten till ekonomiskt bistånd, endast ska beaktas till den del de överstiger ett halvt prisbasbelopp (ca 20 000 kr) per år. Många av orsakerna till försörjningsproblemen är svåra för socialtjänsten att angripa aktivt, då de ligger utanför socialtjänstens ansvars- och kompetensområde. Kommunerna har dock alltsedan 1990-talets ekonomiska kris tagit på sig ett allt större ansvar för arbetsmarknadsinsatser, t.ex. jobbsökaraktiviteter, praktikinsatser och arbetsförberedande verksamheter (IFAU, Kommunerna och arbetsmarknadspolitiken 2008:13). Dessa insatser organiseras i vissa kommuner inom socialtjänsten, i andra kommuner inom särskilda arbetsmarknadsenheter.

Bred samverkan mellan myndigheterna är nödvändig. Det finns också goda erfarenheter av finansiell samordning mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, länsarbetsnämnd och Försäkringskassan. Vid ingången av 2008 ingick cirka 120 kommuner i 68 samordningsförbund (Finsam). Enligt Statskontoret uppbar 55 procent av deltagarna i rehabiliteringsinsatser inom Finsam ekonomiskt bistånd. Psykisk ohälsa är den enskilt vanligaste orsaken och deltagarna är relativt unga. Cirka en tredjedel har endast grundskoleutbildning. Av deltagarna är 57 pro-

cent kvinnor (Statskontoret, Fyra år med Finsam, 2008:7).

Enligt Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsrapport har kommunerna blivit bättre på att beakta barnperspektivet i handläggningen av ekonomiskt bistånd. Det gäller bl.a. barnfamiljer som beviljas ekonomiskt bistånd under lång tid och barnfamiljer som riskerar att bli vräkta från sina bostäder. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande brister i handläggningen. Vidare framgår att det finns en tendens att socialtjänsten ställer samma rutinmässiga krav på alla hjälpsökande, oavsett faktisk förmåga att klara av arbete, studera eller på annat sätt bli självförsörjande. Iakttagelserna ska dock tolkas med försiktighet då de inte bygger på ett representativt urval av kommuner utan på tillsyn i ett fåtal kommuner under 2007.

9.4.2 Den sociala barn- och ungdomsvården

Den sociala barn- och ungdomsvården regleras av bestämmelserna i SoL och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Förutom 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.

Den 1 november 2007 hade ungefär 28 000 barn och unga en eller flera öppenvårdsinsatser och cirka 15 000 barn och unga var placerade i heldygnsvård.

Tabell 9.3 Antal barn och unga (0–20 år) med insatser den 1 november 2003 och 2007

	2003	2007	Förändring (procent) 2003–2007
Öppenvårdsinsats	28 000	28 100	0,4
<i>varav flickor</i>	12 600	12 670	0,6
<i>varav pojkar</i>	15 000	15 460	0,4
Heldygnsinsats	14 100	14 900	5,7
<i>varav flickor</i>	6 500	7 100	9,2
<i>varav pojkar</i>	7 600	7 800	2,6
– varav i familjehem	10 300	11 000	6,8
<i>varav flickor</i>	4 900	5 400	10,0
<i>varav pojkar</i>	5 400	5 600	3,7
– varav i HVB	2 800	2 800	0,0
<i>varav flickor</i>	1 200	1 300	8,3
<i>varav pojkar</i>	1 600	1 600	0,0
– varav i annan placeringsform*	900	1 100	22
<i>varav flickor</i>	270	400	48
<i>varav pojkar</i>	630	700	11

* annan placeringsform består av placeringar i bl.a. hem med särskild tillsyn samt eget hem

Källa: Socialstyrelsen

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga 2007 var 12 miljarder kronor. Kostnaderna har ökat med 19 procent under den senaste femårsperioden. Den sociala barn- och ungdomsvården är komplex – enligt Socialstyrelsen sker en kontinuerlig utveckling i positiv riktning i vissa kommuner samtidigt som det finns stora problem i andra kommuner. Flertalet kommuner satsar på förebyggande arbete av olika slag och på serviceinsatser, som ibland ges utan föregående utredning och biståndsbeslut. Serviceinsatser kan omfatta allt från s.k. tidiga insatser riktade till barn och familjer till strategier för att undvika institutionsplacering av ungdomar. Många kommuner har utvecklat ett antal olika former av öppna insatser. Det kan t.ex. vara enskilt samtalsstöd, socialpedagogisk insats, programverksamhet, riktad dagverksamhet, skolsocial insats och kvalificerat nätverksarbete. Enligt Socialstyrelsen finns det mycket som tyder på att satsningen på öppenvård på hemmaplan generellt sett haft svårt att ersätta heldygnsvård.

Under 2006 och 2007 har länsstyrelserna fått extra resurser för att förstärka tillsynen inom den sociala barn- och ungdomsvården, det s.k. barnuppdraget. Under 2007 och 2008 finns särskilda medel för tillsyn av samtliga hem för vård eller boende som tar emot barn och unga samt barn och föräldrar. Inom barnuppdraget har mer än 1 000 verksamhetstillsyner genomförts. Dessa visar stora skillnader mellan kommunerna. Skillnaderna gäller inte bara utbudet av insatser utan även hur kvaliteten och grundläggande rättssäkerhet tillgodoses. Det är framförallt socialtjänstens arbete med familjehemsvården som visar stora brister. Det förekommer att barn placeras i familjehem utan rättssäkra beslut och utan att familjehemmet utretts. Vårdplanen är inte alltid utformad så att det går att följa upp placeringen på ett systematiskt sätt. Socialtjänsten besöker inte familjehemmet enligt lagens bestämmelser och det är ingen självklarhet att barnet får möjlighet att träffa och tala med socialsekreteraren i enrum.

Handläggning av barnavårdsärenden

Att utreda och följa upp barn och unga för att avgöra vilket stöd och skydd som behövs är ett svårt uppdrag. Det är viktigt att barn och familjer möter professionella med god kompetens inom området. Under 2006 färdigställde Socialstyrelsen tre allmänna råd som rör frågor om handläggning med kompletterande handböcker. De berör utredning, dokumentation och uppföljning av ärenden som rör barn och unga, vilka kompetenskrav som bör ställas på socialsekreterare som handlägger barnavårdsärenden samt utredningar när ett barn står utan eller behöver en ny vårdnadshavare. För att sprida detta material genomfördes under 2007 flera informationsinsatser, bl.a. konferenser i samverkan med länsstyrelserna.

Barns behov i centrum (BBIC)

Handläggnings- och dokumentationssystemet BBIC är ett väl utprovat system för handläggning och dokumentation som förväntas bidra till nationell enhetlighet i socialtjänsten. BBIC är ett steg på väg mot en kunskapsbaserad praktik. BBIC har bidragit till att barnens situation och behov lyfts fram på ett bättre sätt, att barnens och föräldrarnas delaktighet har ökat och att beslutsunderlagen blivit tydligare och mer allsidiga. Även samverkan mellan socialtjänst och skola vid utredningar och upp-

följningar tycks ha blivit bättre. Vid slutet av 2007 beräknades personal i 226 kommuner ha BBIC-utbildning och i ytterligare 21 kommuner hade sådan utbildning påbörjats. Socialstyrelsen har tagit ansvar för att BBIC bibehålls som ett nationellt kvalitetssäkrat system och kommer att förvalta och följa upp BBIC.

Strategi för samverkan

För att tidigt uppmärksamma och kunna ge barn och unga rätt stöd är samverkan mellan socialtjänsten och andra verksamheter så som förskola, skola och skolbarnsomsorg samt olika delar av hälso- och sjukvården nödvändig. Socialstyrelsen, Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram en strategi för samverkan. Under 2007 har myndigheterna tillsammans publicerat Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Strategin vänder sig till förtroendevalda och personal på olika nivåer inom förskola, skola, hälso- och sjukvårdens verksamheter för barn och unga, polis, socialtjänst och kommunens fritidsverksamhet. Det finns också en projektplan för fortsatt långsiktig samverkan mellan de tre myndigheterna på nationell nivå. Länsstyrelsernas s.k. barnuppdrag visar att det i de flesta kommuner finns samverkan mellan socialtjänsten, förskolan/skolan samt barn- och ungdomspsykiatri.

Insatser för unga lagöverträdare

Lagändringarna för unga lagöverträdare, som trädde i kraft den 1 januari 2007, innebär att delvis nya krav ställs på socialtjänsten. En ny obligatorisk uppgift för socialnämnderna är att ansvara för administration och verkställighet av påföljden ungdomstjänst. Ungdomstjänsten ska bestå av oavlönat arbete och till en mindre andel särskild anordnad verksamhet. Ökade krav ställs också på socialtjänsten att i yttranden till åklagare eller domstol precisera den unges särskilda behov av vård eller andra insatser från socialtjänstens sida. För närvarande saknas nationell statistik över påföljden ungdomstjänst. Från kommunernas sida framkommer dock att antalet domar om ungdomstjänst ökat jämfört med tidigare år.

Erfarenhetsutbyten och samverkan mellan kommunerna pågår i olika konstellationer. Därtill kommer att socialtjänsten i merparten av kommunerna har ett kontinuerligt samarbete med åklagare och polis. Åklagarmyndigheten har

under 2007 haft ett regeringsuppdrag att skapa en lokal struktur för samverkan. Syftet är att uppnå en större enhetlighet vid handläggningen av ärenden som rör unga lagöverträdare. En nationell samverkansgrupp har bildats med representanter från Brottsförebyggande rådet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Åklagarmyndigheten och Rikspolisstyrelsen med uppdrag att följa arbetet.

Statligt bedriven ungdomsvård

Beläggningen inom ungdomsvården vid Statens institutionsstyrelse (SiS) var 87 procent 2007. Väntetiderna inom ungdomsvården var i stort oförändrade jämfört med föregående år. SiS bedömer att balansen mellan utbud och efterfrågan är god, och att verksamheten är differentierad på ett tillfredsställande sätt. Det är emellertid svårt för SiS att klara snabba växlingar i efterfrågan på olika typer av platser för såväl pojkar som flickor. Liksom föregående år låg antalet placerade ungdomar på en hög nivå. Detta beror främst på en ökad efterfrågan från kommunerna på låsbara platser. Antalet låsbara platser ökade med 20 jämfört med föregående år. Andelen låsbara platser var 77 procent av det totala antalet platser, vilket är den högsta andelen sedan SiS bildades. Socialtjänsten har de senaste åren i allt större utsträckning efterfrågat den läsbarhet som bara SiS kan erbjuda samtidigt som efterfrågan på öppna platser har minskat betydligt.

Projektet Mot Våld och Gång, (MVG) omfattar SiS:s särskilda ungdomshem och 15 kommuner, främst i storstadsområdena. Projektets syfte är att genom effektiva samarbetsformer mellan den unge, socialtjänsten och ungdomshemmet utveckla hållbara vårdkedjor. En viktig del är stödet till den unges familj. Kommunerna som ingår i projektet får en subvention av vårdavgifterna under vistelsen hos SiS. Enligt SiS delrapport från projektet har MVG-kommunerna, under projektiden, ökat antalet placeringar vid de särskilda ungdomshemmen, både jämfört med tidigare år och jämfört med övriga kommuner. Det är rimligt att anta att såväl subventionen, samordnarnas arbete och en tätare samverkan mellan SiS och socialtjänsten har bidragit till det ökade antalet placeringar. Projektet löper t.o.m. 2008. Två externa forskningsuppdrag är knutna till MVG, varav en är en effektstudie och en är en studie av samverkansprocessen.

Sluten ungdomsvård

Av de 81 ungdomar som togs in vid SiS:s särskilda ungdomshem för att avtjäna sluten ungdomsvård under 2007 var alla utom två dömda för brott med våldsinslag. Totalt var 49 procent dömda för misshandel eller grov misshandel och 54 procent för rån. Jämfört med 2006 är en högre andel ungdomar dömda för misshandel och rån.

För varje intagen ska en behandlingsplan upprättas. För 63 procent av ungdomarna var målen i behandlingsplanen helt eller i stort sett uppnådda. Mindre god måluppfyllelse berodde t.ex. på att den unge hade en kort påföljd eller att behandlingsinsatserna blev avbrutna vid återfall i missbruk under permission eller på grund av avvikning. Ansträngningarna att i högre grad involvera socialtjänsten i planeringen av vården för de dömda ungdomarna har lett till en viss förbättring. En högre andel har varit involverade i planeringen av behandlingen. Enligt den uppföljning som görs har socialtjänsten varit involverad i planeringen för tiden efter utskrivning vid 75 procent av utskrivningstillfällena.

Trots att det fattades betydligt fler beslut om vistelse utanför institutionen 2007 än året dessförinnan, minskade antalet avvikningar från 31 stycken 2006 till 11 stycken 2007. SiS bedömer att de ombyggnader som gjorts under året, säkerhetssamordnarens arbete och institutionernas förbättrade säkerhetstänkande kan förklara en del av minskningen i antalet avvikningar. Även utvecklingen av behandlingsinnehållet har sannolikt haft en positiv effekt på ungdomarnas benägenhet att avvika liksom en förbättrad riskbedömning.

9.4.3 Familjerätt och familjerådgivning

Familjerätt

Tabell 9.4 Antal barn (0–17 år) vars föräldrar deltagit i samarbetsamtal samt antal barn (0–17 år) som är föremål för utredning om vårdnad, boende och/eller umgänge 2003–2007

År	Antal barn vars föräldrar deltagit i samarbetsamtal	Antal barn föremål för utredning om vårdnad, boende och/eller umgänge
2003	20 500	6 500
2004	19 900	6 800
2005	19 700	6 700
2006	18 800	7 300
2007	18 200	7 200

Antalet barn i åldern 0–17 år vars föräldrar deltagit i samarbetsamtal, 18 200 barn 2007, motsvarar nästan en procent av samtliga barn i denna åldersgrupp.

Under 2006 infördes en bestämmelse i föräldrakollen som innebär att socialtjänsten vid utredningar om vårdnad, boende och umgänge på uppdrag av tingsrätten ska bedöma risken för att barnet eller någon annan i familjen utsätts för övergrepp, att barnet olovligen förs bort eller hålls kvar eller annars far illa. För att ge socialtjänsten vägledning i det arbetet har Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) i uppdrag att sammanställa kunskapsläget och redovisa hur metoder för sådana riskbedömningar kan utvecklas. Socialstyrelsen har publicerat rapporten Hur gör socialtjänstens familjerätt riskbedömningar i utredningar om vårdnad, boende och umgänge? IMS har gjort en systematisk kartläggning av befintlig forskning som redovisas i rapporten Riskbedömningar i samband med utredningar om vårdnad, boende och umgänge. Redovisningarna visar att det finns behov av att mer långsiktigt utveckla och utvärdera riskbedömningsinstrument anpassade till svenska förhållanden.

I samarbete med Rädda Barnen har Socialstyrelsen under 2007 publicerat rapporten, Innerst inne var man rädd, där ett antal uppföljningar av domstolsbeslut om kontaktperson vid umgänge med en förälder har genomförts. Informationen till barnet är ofta bristfällig och det finns brister i hur ärenden följs upp. Det var också sällan som det tänkta syftet, att barnet skulle bygga upp en god kontakt med föräldern, infriades.

Internationella adoptioner

Antalet barn som förmedlats för internationella adoptioner fortsätter att minska. Under 2007 kom 800 barn till Sverige, en minskning med cirka 300 barn jämfört med 2002. Minskningen beror på att några av de största adoptionsländerna har begränsat sin verksamhet med internationella adoptioner i takt med ett ökande välstånd. Kommunerna genomförde under 2007 cirka 2 400 utredningar om medgivande till adoption. De senaste fem åren har antalet medgivandeutredningar varierat från cirka 1 900 till som mest 2 500. Andelen avslag har under samma period varierat mellan cirka 1 och 2 procent.

Socialstyrelsen har tillsammans med Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) tagit fram en handbok för socialtjänsten, Adoption handbok för socialtjänsten. Boken behandlar alla slags adoptioner.

Familjerådgivning

Under 2007 var det totala antalet ärenden inom den kommunala familjerådgivningen cirka 28 000, en ökning med nästan 10 procent jämfört med 2003. Ungefär en tredjedel av ärendena handlar, liksom tidigare år, om rådgivning för att parterna ska lösa sina problem och fortsätta att leva tillsammans. En dryg tiondel handlade om separationsarbete, vilket är en minskning med 3 procent jämfört med året innan.

9.4.4 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att alla våldsutsatta kvinnor som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver. Under 2007 har flera insatser gjorts för att stärka kommunernas arbete på området. Den 1 juli trädde t.ex. en ändring i 5 kap. 11 § socialtjänstlagen i kraft som förtydligar socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor. Ändringen innebär att socialnämnden särskilt ska, istället för som tidigare bör, beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan vara i behov av stöd och hjälp.

Med anledning av, och som ett komplement till, ändringen i socialtjänstlagen har under 2007 ett flertal uppdrag getts till olika aktörer i syfte att bygga en mer heltäckande struktur kring och stärka stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn. De flesta uppdragen pågår för närvarande och finns samlade i den handlingsplan som regeringen presenterade i november 2007, Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer (skr. 2007/08:39). Handlingsplanen är ett resultat av det helhetsgrepp som regeringen tagit om problematiken. På socialtjänstområdet omfattar handlingsplanen främst uppdrag till Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).

Samarbete kring våldsutsatta kvinnor

I februari 2008 lämnade Socialstyrelsen sin årliga lägesrapport. Av den framgår att det finns tendenser till att allt fler kommuner börjar gå samman, eller planerar att göra det, i gemensamma aktiviteter kring kvinnofrid. Exempel ges t.ex. från Kalmar län där sju kommuner i södra delen av länet planerar att gemensamt starta ett center för att ge stöd och hjälp till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Liknande exempel ges från andra län.

Fördelning av statliga medel

Även under 2007 har länsstyrelserna haft i uppdrag att dela ut utvecklingsmedel till kommunerna i syfte att förstärka kvinnojourverksamheten och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor och deras barn på lokal nivå. I enlighet med riktlinjerna måste kommunerna stå som sökande och medlen ska användas för att förstärka och kvalitetsutveckla både kommunal och ideell kvinnojourverksamhet. Kommunerna förväntas stödja frivilligorganisationernas verksamhet.

År 2007 fanns 109 miljoner kronor tillgängliga för satsningen och ytterligare 109 miljoner kronor är avsatta för 2008. En delrapport har lämnats avseende fördelningen av medlen t.o.m. den 18 mars 2008. Av det totala anslaget om 216,5 miljoner kronor hade då cirka 153 miljoner kronor fördelats. Totalt hade 264 av landets 290 kommuner sökt, stått som medsökande eller angetts som samarbetspartner i någon annan kommuns ansökan. Motsvarande satsning 2006 omfattade 77,5 miljoner kronor och 36 av ansökningarna kom då från kommuner och 37 ansökningar från kommuner och kvinnojourer gemensamt.

9.4.5 Hedersrelaterat våld

Flera insatser har gjorts när det gäller hedersrelaterat våld. Länsstyrelsen i Östergötland har t.ex. haft regeringens uppdrag att för 2007 bedöma behovet av insatser vid hedersrelaterat våld. Inventeringen visar bl.a. att utbildningar i form av t.ex. konferenser har ordnats i de allra flesta län. Det har handlat både om yrkesspecifika utbildningar och om utbildningar för en bredare målgrupp. Något som brister är dock samverkan, särskilt mellan socialtjänst och skola. Det har också visat sig att det kan vara svårt att

motivera kommunerna att avsätta resurser för arbete mot hedersrelaterat våld eftersom frågan inte är så vanligt förekommande.

9.4.6 Prostitution och människohandel

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att löpande följa prostitutionens omfattning och utveckling i Sverige. Det är ett komplicerat uppdrag eftersom prostitutionen ofta sker i det fördolda och dessutom är skambelagt. Det gör informationen mycket svårtillgänglig och det handlar till stor del om bedömningar och uppskattningar. Socialstyrelsen presenterade i slutet av 2007 sin tredje rapport på området - Kännedom om prostitution 2007.

Av rapporten framgår att 17 procent av kommunerna vet att prostitution förekommer och ytterligare 17 procent tror att det förekommer i den egna kommunen. I cirka 70 procent av dessa fall uppges att det är kvinnor som säljer sexuella tjänster och cirka 10 procent män. För resterande 20 procent saknas uppgift. Socialtjänsten saknar djupare kunskap om de män som säljer sexuella tjänster. Siffrorna när det gäller antal personer i gatuprostitution är också osäkra. Myndigheterna tror att det finns cirka 200 personer i Stockholm, knappt 70 personer i Malmö och ungefär 30 i Göteborg. Detta innebär ingen större förändring jämfört med föregående kartläggning 2003, möjligtvis en viss minskning i Göteborg och Malmö.

Den tekniska utvecklingen med t.ex. webbkameror och mobiltelefoner verkar ha inneburit att ungdomar lättare kan komma i kontakt med prostitution. Enligt Brottsförebyggande rådet händer det att minderåriga erbjuds pengar eller annan ersättning, t.ex. påfyllt kontantkort till mobiltelefonen i utbyte mot sexuella tjänster. Mörkertalet av barn och ungdomar med erfarenhet av prostitution är osäkert.

När det gäller sociala insatser mot prostitution har Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) haft i uppdrag från regeringen att inventera metoder och arbetssätt inom bl.a. socialtjänsten avseende människor med erfarenhet av prostitution och av offer för människohandel för sexuella ändamål. IMS redovisade uppdraget i en rapport den 15 juni 2008 som visar att flera olika arbetssätt används. Socialtjänstens prostitutionsgrupper har exempelvis psykosocial verksamhet med behandling

och motiverande samtal. Det finns också exempel på samtalsgrupper och på rådgivning via telefon och Internet. Det uppsökande arbetet har en central roll. Inom ramen för detta ges stöd och motivationssamtal samt hänvisning och hjälp till andra typer av verksamheter. Arbetet bedrivs framför allt i gatumiljö, men även via Internet. I rapporten nämns också Statens institutionsstyrelses institutioner och öppenvårdsmottagningar som i sin verksamhet ofta möter kvinnor med erfarenhet av prostitution. Det framgår att dessa verksamheter främst arbetar med helheten där prostitution kan vara ett av många problematiska inslag. Prostitutionserfarenheterna är dock något som sällan beaktas i sig, fokus ligger istället på övrig behandling, exempelvis av missbruk.

9.4.7 Missbruks- och beroendevården

Kommunernas ansvar för att en person med missbruk får den hjälp eller det stöd han eller hon behöver regleras i socialtjänstlagen och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Den 1 november 2007 hade drygt 20 000 personer någon form av insats inom den kommunala missbruks- och beroendevården.

Tabell 9.5 Antalet kvinnor och män med insatser den 1 november 2002 och 2007

	2002	2007	Förändring (%) 2002–2007
Bistånd som avser boende	5 930	5 790	-2
varav kvinnor	1 390	1 340	-4
varav män	4 540	4 440	-2
Individuellt behovsprövad öppenvård	10 980	11 580	+5
varav kvinnor	3 320	3 570	+8
varav män	7 660	8 010	+5
Heldygnsvård	3 400	2 870	-16
varav kvinnor	830	750	-10
varav män	2 570	2 110	-18
– varav tvångsvård på LVM-hem	289	279	-3
varav kvinnor	94	84	-11
varav män	195	195	0
Totalt antal personer med insats	20 310	20 240	-2
varav kvinnor	5 540	5 660	0
varav män	14 770	14 560	-1

Avrundade siffror
Källa: Socialstyrelsen

En jämförelse mellan 2002 och 2007 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 öppenvårdsinsatserna ökat samtidigt som heldygnsvården och bistånd som avser boende minskat. Även om antalet öppenvårdsinsatser är fler 2007 jämfört med 2002 har antalet successivt minskat efter en topp 2005. Något färre personer fick tvångsvård på institution 2007 jämfört med 2002. Det innebär att den ökning av LVM-vården som kunnat noteras 2005 och 2006 tycks ha brutits. Den tidigare ökningen kan sannolikt förklaras av den statliga satsningen ”Ett kontrakt för livet”, som beskrivs nedan. Kommunernas kostnader för insatser inom missbruksvården uppgick till nästan 6 miljarder kronor 2007.

Inom ramen för den treåriga satsning som löpte 2005–2007, för att förstärka vården för personer med tungt missbruk, fördelade länsstyrelserna 242 miljoner kronor till kommunerna 2007. Socialstyrelsen redovisar att sammanlagt 277 projekt fick stöd och dessa har främst inriktats på satsningar för att stärka vårdkedjan samt utbildning i klientbedömningsinstrument. Att inrätta en lokal behandlingsgaranti är ett omfattande åtagande för kommunerna och 18 kommuner/kommundelar fick medel för detta. Den vanligaste samverkansparten är landstingets beroendevård. En utvärdering av satsningen ska lämnas senast den 31 december 2009.

Länsstyrelserna har fördelat 17 miljoner kronor till öppenvårdsprojekt riktade till ungdomar eller vuxna personer med missbruk. De 58 projekt som fått stöd har inriktning mot behandlingsprogram och metodutveckling. För vuxna har hälso- och sjukvården varit samverkanspart och för unga har det varit skola och fritidsverksamheter. Av 41 miljoner kronor som avsatts för tidiga insatser för barn i familjer med missbruk och våld mellan vuxna har 59 verksamheter för barn till föräldrar med missbruk fått stöd. Drygt 5 miljoner kronor har fördelats på 22 verksamheter för insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruk.

Under 2007 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna avser såväl kommunernas som landstingens verksamheter liksom den missbruksvård som tillhandahålls av andra huvudmän, exempelvis inom kriminalvården. För att stödja implementeringen har Social-

styrelsen utarbetat ett särskilt implementerings- och utbildningsstöd. Sex regionala konferenser genomfördes hösten 2007 för att informera om riktlinjerna.

Socialstyrelsen har även utvecklat kvalitets- kriterier för missbruks- och beroendevården som belyser ett antal kvalitetsområden t.ex. tillgänglighet, utredning och dokumentation, personalkompetens, specialisering och styrning. En kartläggning visar att befolkningsmässigt mindre kommuner har svårare att leva upp till kvalitetskriterierna än större kommuner. Exempelvis kan majoriteten av de största kommunerna erbjuda insatser anpassade för olika klientgrupper utifrån kön och ålder medan endast var femte kommun med mindre än 15 000 invånare kunde erbjuda detta. Samverkan tycks förekomma i lägre grad bland de mindre kommunerna. Exempelvis har endast drygt 30 procent av de minsta kommunerna skriftliga avtal med andra huvudmän om samverkan. Motsvarande för de största kommunerna är över 80 procent (Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen, maj 2008).

Ett viktigt kvalitetsområde är de så kallade klientbedömningsinstrument som används inom missbruksvården (ASI, DOK med flera). Av rapporten Användning av bedömningsinstrument i missbruksvården (Socialstyrelsen, maj 2008) framgår att nästan 75 procent av alla enheter har svarat att de använder något bedömningsinstrument i samband med utredning och bedömning i klientärenden. Något färre, cirka 55 procent, använder instrument i samband med uppföljningar på individnivå medan cirka 30 procent använder instrumenten för olika former av gruppansamlingar. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) har under flera år stött genomförandet av ASI. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport för individ- och familjeomsorgen (februari 2008) har IMS för närvarande kontakt med drygt 75 kommuner och flertalet stadsdelar i de större städerna. Erfarenheten visar att det behövs ett mycket omfattande stöd i form av traditionella utbildningsinsatser och lokalt stöd.

Det har skett en generell ökning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, vilket speglar en större acceptans för denna typ av behandling, inte minst inom socialtjänsten, som enligt Socialstyrelsens föreskrifter har en viktig roll när behandlingen ska utformas. Socialstyrelsen redovisar i sin lägesrapport att

under 2006 fick närmare 2 800 patienter behandling med buprenorfin (subutex) eller metadon. Prognosen för 2007 är över 3 600 patienter. Det antalet kan jämföras med det tak om 1 200 patienter som gällde för 2004 och att antalet patienter då understeg 1 000. Andelen kvinnor i metadonbehandling är 31 procent och motsvarande tal för behandling av buprenorfin är 25 procent, vilket är höga siffror i förhållande till att andelen kvinnor bland tunga narkotikamissbrukare uppgår till cirka 23 procent (Drogutvecklingen i Sverige, CAN, rapport 107, 2007). Senare års forskning har lett till nya läkemedel för behandling av alkoholmissbruk. Denna typ av behandling används dock fortfarande i begränsad omfattning i Sverige.

Statligt bedriven missbruksvård

Antal fastställda platser vid Statens institutionsstyrelses (SiS) LVM-hem ökade från 327 platser 2006 till 352 platser under 2007. Antalet klienter som varit placerade i § 27 vård har under samma tid ökat från 631 till 664 klienter. Många klienter som vårdas med stöd av LVM har så omfattande problem att det kan vara svårt att hitta lämpliga alternativ för § 27-vård. Planeringsarbetet, som genomförs i samarbete med socialtjänsten och den enskilde, tar för klienter med så svåra problem ofta längre tid än tre månader och ett antal klienter stannar tiden ut på LVM-hemmet på socialtjänstens eller eget önskemål.

Många klienter som vårdas vid LVM-hemmen har allvarliga psykiska störningar i kombination med missbruk (dubbeldiagnoser) och det är därför nödvändigt med tillgång till psykiatrisk kompetens på institutionerna. Samtliga LVM-hem har tillgång till läkare och sjuksköterskor för att kunna tillgodose klienternas vårdbehov. Vid majoriteten av LVM-hemmen finns behandlingsassistenter med bl.a. mentalvårdarutbildning.

Satsningen ”Ett kontrakt för livet” fortsatte under 2008. Den enskilde erbjuds avgiftning, utredning, motiverande och behandlande insatser och en planering som omfattar både LVM-tiden och tiden efter utskrivning. En gemensam överenskommelse mellan den enskilde, socialtjänsten och SiS ligger till grund för en långsiktig vård som omfattar LVM-tiden och sex månader därefter. Kommunen erhåller en subvention av § 27-vården när överenskommelse träffats om en mera långsiktig vård. Projektet

lämnade slutrapport den 1 juni 2008 som visar att satsningen inneburit att vården väsentligt förbättrats genom längre behandlingstider och en mer långsiktig vård- och behandlingsplanering. Vid uppföljning angav 67 procent av klienterna att de antingen inte missbrukat alls eller missbrukat en dag per vecka eller mindre under de föregående sex månaderna och nästan hälften av klienterna var kvar i planerad eftervård. Knappt en femtedel hade arbete, var arbetssökande, studerade eller deltog i en kommunal verksamhet. I en tidigare studie av klienter som skrevs ut från LVM-hem 1999-2000 angav 43 procent att de inte missbrukat alls eller i mindre omfattning. Satsningen har även bidragit till att utveckla samarbetet mellan SiS och socialtjänsten. I ett antal kommuner har det även pågått en försöksverksamhet med en modell för en förstärkt vårdkedja.

9.4.8 Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Den senaste kartläggningen av hemlösheten i Sverige genomfördes under en mätvecka 2005. Omkring 17 800 personer var hemlösa då mätningen genomfördes, vilket var en ökning sedan 1999. Tre fjärdedelar av dessa var män och en fjärdedel var kvinnor (Hemlöshet i Sverige 2005, Socialstyrelsen, januari 2006). År 2005 fick Socialstyrelsen i uppdrag att under 2005-2007 fördela 30 miljoner kronor till lokala utvecklingsprojekt för att förebygga hemlöshet och förbättra situationen för hemlösa personer. Stöd utgick till 13 verksamheter. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten Hemlöshetsprojekt 2005-2007 (Socialstyrelsen, juni 2008) att det är svårt att med projektsatsningar åstadkomma långsiktigt hållbara lösningar på det komplexa problem som hemlösheten är. Ett positivt resultat är att en majoritet av projekten i någon form har implementerats i den ordinarie verksamheten och att inget projekt har avslutats i förtid. Projekten har i många fall lett till att situationen för den aktuella målgruppen har förbättrats. Samverkan inom socialtjänsten och mellan socialtjänst och andra aktörer är en framgångsfaktor i arbetet med att motverka hemlöshet.

I februari 2007 beslutade regeringen om en strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2007-2009.

Strategin ställer upp mål för arbetet utifrån de olika hemlöshetssituationer som belyses i kartläggningen. Ett mål är att antalet vräkningar ska minska och att inga barn ska vräkas. I maj 2008 publicerade Socialstyrelsen och Kronofogdemyndigheten en vägledning till stöd för kommunerna i det vräkningsförebyggande arbetet. För att kunna följa utvecklingen har Kronofogdemyndigheten i uppdrag att utveckla statistik över antalet vräkningar där det går att se hushållets sammansättning. Sådan statistik samlas in fr.o.m. 2008. Uppdraget ska redovisas senast den 1 januari 2009.

Hemlöshetsstrategin lyfter även fram behovet av metodutveckling för de mest utsatta t.ex. genom uppsökande arbete med kompetens från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, psykiatri och frivilligorganisationer vid härbärgen. Personliga ombud kan vara en länk mellan det uppsökande fältarbetet och myndighetskontakterna. Kommunen är huvudman för ombuden som ska se till att personer med omfattande psykiska funktionshinder får det stöd de behöver och att insatserna samordnas. Av dem som fick stödinsatsen personligt ombud under 2007 var drygt 300 hemlösa. För drygt 200 av dessa hade bostadssituationen lösts med hjälp av ombuden.

I Boverkets rapport Bostadsmarknaden år 2007-2008, med slutsatser av Bostadsmarknadsenkäten 2007, uppger kommunerna att under 2006 fick något fler hushåll än tidigare bostad genom kommunens försorg. Omkring 20 procent av kommunerna hade behövt fler bostäder att anvisa till personer som inte kan få ett eget förstahandskontrakt. De flesta kommuner samarbetar med allmännyttan, men få med privata fastighetsägare. Av Socialstyrelsens lägesrapport framgår att kommunernas individ- och familjeomsorg allt oftare får gå in som garant och tillhandahålla bostäder med specialkontrakt till hushåll med svag förankring på bostadsmarknaden. Utvecklingen tyder på en successiv utökning av denna s.k. sekundära bostadsmarknad men statistik saknas. I september 2007 presenterade Boverket och Socialstyrelsen en plan för kartläggning av den sekundära bostadsmarknaden. I enlighet med planen kommer Boverket och Socialstyrelsen att var tredje år kartlägga den sekundära bostadsmarknaden med start 2008.

9.5 Analys och slutsatser

Ekonomiskt bistånd

Biståndsmottagandet har halverats sedan mitten på 1990-talet, från som mest cirka 8 procent 1996 till cirka 4 procent 2007 av befolkningen mellan 16–64 år. Biståndsmottagandet, och då särskilt det långvariga, bland unga vuxna födda utomlands liksom personer med funktionsnedsättning är dock fortfarande betydligt högre än för andra grupper i befolkningen.

Orsakerna bakom biståndsbehovet är mångfacetterade, t.ex. arbetslöshet i avsaknad av arbetslöshetsersättning, sjukdom, psykisk ohälsa, bristande grundutbildning, missbruk, och kräver således insatser inte endast inom socialtjänsten utan inom många andra områden. Regeringen har därför vidtagit en mängd åtgärder, bl.a. inom arbetsmarknadspolitiken, utbildningspolitiken, inom psykiatrin och missbruksvården.

Ekonomiskt bistånd ska vara ett tillfälligt stöd och det yttersta skyddsnetet när inga andra försörjningsmöjligheter finns. Det långvariga beroendet av ekonomiskt bistånd är därför ett tecken på att samhällets insatser för att människor ska kunna leva av sitt eget arbete inte varit tillräckliga. Socialtjänsten har ansvar för att stödja människor som har försörjningsproblem att bli självförsörjande men också för att bedöma och besluta om bistånd till försörjning så att den enskildes rätt till skälig levnadsnivå uppnås. Socialstyrelsens pågående arbete med att utveckla statistik över orsaker bakom behovet av ekonomiskt bistånd och vilka insatser som personer med ekonomiskt bistånd erhåller utöver biståndet kommer att förbättra förutsättningarna för det sociala arbetet såväl som för analyser på nationell nivå.

Den sociala barn- och ungdomsvården

Det pågår sedan flera år en utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården, en utveckling som ser olika ut och har nått olika långt i kommunerna. I allmänhet planerar kommunerna för att det ska finnas resurser för socialtjänstens arbete med barn och unga och deras familjer, men det saknas ofta en tydlig koppling mellan mål, resurser och resultat. Det finns ett stort intresse av att evidensbasera det sociala arbetet. Många kommuner förstärker det förebyggande arbetet och utvecklar öppna insatser, som ofta är tillgängliga utan föregående utredning och

beslut. Utredningar har generellt sätt blivit bättre. Införandet av Barns behov i centrum (BBIC), ett system för handläggning och dokumentation i utredning, planering och uppföljning i barnavårdsärenden fortsätter. Socialstyrelsen har ett fortsatt ansvar för detta arbete och för att det utvecklas. Samverkan mellan de olika verksamheter som möter barn finns i de flesta kommuner. Trots denna utveckling finns det fortfarande behov av åtgärder för att stärka skyddet för barn och unga, något som länsstyrelsernas s.k. barnuppdrag 2006–2007 har visat. Framförallt är det inom familjehemsvården som det finns stora brister.

Missbruks- och beroendevården

Det pågår ett omfattande utvecklingsarbete i kommunerna med hjälp av statliga medel, vilket intensifierats med stöd av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Det ökade intresset för en evidensbaserad verksamhet märks bland annat i en ökad användning av standardiserade bedömningsmetoder och systematisk klientdokumentation. Regeringen bedömer att det utvecklingsarbete som de statliga stimulansmedlen bidragit till och det kunskapsstöd som riktlinjerna erbjuder tillsammans med huvudmännens stora intresse skapar goda förutsättningar för en fortsatt utveckling mot en alltmer evidensbaserad missbruks- och beroendevård. Samtidigt är kvaliteten i missbruks- och beroendevården avhängig kommunens befolkningsstorlek. Större kommuner med mer resurser kan erbjuda högre kvalitet i vård och behandling. Sammantaget är missbruks- och beroendevården inne i ett intensivt utvecklingsskede, men det finns kommuner och landsting som inte riktigt hänger med i denna positiva utveckling. Tillsynen av missbruks- och beroendevården har minskat under flera år.

Statens institutionsstyrelse (SiS) konstaterar att effekterna av satsningen på en förstärkt vårdkedja inom LVM-vården lett till en positiv utveckling för både klienter och för missbruksvården i stort. Uppföljningen visar inte några kostnadsdrivande effekter av satsningen avseende vårdkostnaderna.

Hemlöshet

Kommunernas individ- och familjeomsorg arbetar med allt fler insatser som rör boende och boendestöd. Hemlöshet är både ett strukturellt

och ett individuellt problem som kräver lösningar av många samverkande aktörer. Arbetslöshet, brist på utbildning, segregation, missbruk, psykisk sjukdom och fattigdom är många gånger orsaker bakom hemlösheten. Utlandsfödda är överrepresenterade. Ett av de mest effektiva sätten att motverka hemlöshet är ett väl fungerande vräkningsförebyggande arbete. Antalet avhysningar har minskat under de senaste tio åren. Barn är särskilt utsatta och utredningen Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn (SOU 2005:88) uppskattade att minst 1 000 barn drabbas av vräkning varje år. Den vräkningsförebyggande vägledning som Socialstyrelsen tagit fram tillsammans med Kronofogdemyndigheten kommer att utgöra ett värdefullt stöd för kommunerna i utvecklingen av arbetet. Kronofogdemyndighetens utvecklade statistik där det på kommunnivå framgår hur många hushåll som drabbats av vräkning och antalet barn i hushållet, skapar goda möjligheter för att utveckla och följa upp ett sådant arbete. För de allra mest utsatta personerna med omfattande psykisk funktionsnedsättning har insatsen personligt ombud visat sig vara framgångsrik för att motverka hemlöshet, bland annat därför att utskrivning från den slutna vården ibland sker med mycket kort varsel utan att nästa steg i vårdkedjan är planerad på ett tillfredsställande sätt.

Kunskapen behöver öka om i vad mån olika metoder för stöd i boendet, exempelvis boendetrappor och lågtröskelboenden, är verksamma för att slussa in kvinnor och män på den ordinarie bostadsmarknaden. Socialstyrelsen har därför i uppdrag att i samråd med Boverket genomföra en kunskapsöversikt om effekten av olika metoder. Uppdraget ska rapporteras senast den 31 december 2008.

Det är viktigt att kunna följa utvecklingen av hemlösheten kontinuerligt. Hemlösheten är komplex och behöver därför följas med hjälp av statistik från olika källor såsom Kronofogdens statistik över antalet vräkningar, Boverkets återkommande kartläggningar av den sekundära bostadsmarknaden samt antal personer som befinner sig i en hemlöshetsituation. Socialstyrelsen har därför i uppdrag att ta fram en plan för hur utvecklingen av hemlösheten ska följas kontinuerligt. Planen ska lämnas till regeringen senast den 31 december 2008.

Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor

De uppdrag som getts på socialtjänstområdet för att nå den ambitionshöjning som regeringen aviserat när det gäller våld mot kvinnor, pågår för närvarande och det är därför för tidigt att göra någon samlad bedömning av resultatet av dessa. När det gäller ett av uppdragen, satsningen med utvecklingsmedel, har emellertid en delrapport lämnats som visar fördelningen av medel t.o.m. den 18 mars 2008. Även om siffrorna inte är direkt jämförbara med tidigare år kan det ändå konstateras att andelen ansökningar från kommuner och ansökningar där kommuner medverkar på något sätt, var betydligt större 2007 än 2006. Regeringens strävan har varit att kommunerna i större utsträckning skulle ansöka om medel och också att de skulle göra det tillsammans med ideella kvinnojourer. Utifrån den preliminära redovisning som delrapporten utgör, är utvecklingen således positiv.

Även samverkan över kommungränserna tenderar att ha ökat när det gäller arbetet för våldsutsatta kvinnor. Det torde resultera i ett bättre och mer långsiktigt stöd, inte minst bland kommuner där problemen kanske aktualiseras mer sällan och rutiner att arbeta med de här fallen därför saknas. Det kanske inte heller alltid är möjligt eller lämpligt att erbjuda alla kvinnor boende i den egna kommunen, varför samverkan kan vara nödvändig.

Prostitution och människohandel

Prostitution och människohandel förekommer alltjämt och utgör en komplex problematik som ter sig olika exempelvis beroende på geografiskt läge. Migrationsströmmar samverkar också med sexhandeln på olika sätt i regioner som norra Sverige, Öresundsregionen, Västsverige, Mellansverige och Stockholmsområdet.

Det finns ett mörkertal när det gäller de här frågorna och Socialstyrelsen nämner särskilt att det saknas kunskap om barn och ungdomar i prostitution. Prostitution kan vara svår att upptäcka om den finns gömd bakom en annan problematik. Det finns t.ex. ett starkt samband mellan prostitution och missbruk där prostitutionen kan utgöra ett sätt att finansiera missbruket. En person med sådan komplex problematik söker kanske hjälp eller kommer i kontakt med myndighet eller annan aktör för något annat än just prostitutionen och det är då mycket viktigt att även prostitutionen blir uppmärksammas. Kunskap kring detta måste

spridas till aktuell personal för att öka deras förutsättningar att upptäcka och uppmärksamma det.

Flera olika arbetssätt används idag inom socialtjänsten och andra verksamheter när det gäller prostitution och människohandel. Få utvärderingar har dock gjorts avseende effekten av arbetssätten och det är därför svårt att dra några slutsatser kring vad som fungerar och inte. Mer kunskap behövs således kring hur väl de olika metoderna fungerar.

En samordnad och tydlig tillsyn

Riksdagens och regeringens viktigaste instrument för att se till att lagar, förordningar och föreskrifter efterlevs samt att ansvariga huvudmän strävar efter att leva upp till de mål och intentioner som anges i dessa är tillsynen. Det är därför viktigt att tillsynen är stark och fungerar effektivt. Det gör den inte idag. Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten konstaterar i slutbetänkandet (SOU 2007:82) att länsstyrelsernas tillsyn av socialtjänsten har allvarliga brister. Kritiken sammanfattas i att det är för lite, för svagt, för sårbart, för dåligt samordnat och för olika. Denna kritik av hur tillsynen av socialtjänsten fungerar har under många år framförts från flera håll. Trots att en del förbättringar har skett under senare år är dessa enligt utredningens uppfattning inte tillräckliga. Att samordna tillsynen av socialtjänsten med tillsynen av hälso- och sjukvården när det gäller frågor som rör vård, stöd och omsorg till äldre, personer med funktionsnedsättning, barn och unga och personer med missbruksproblematik samt att stärka, tydliggöra och effektivisera tillsynen är därför nödvändigt.

9.6 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i Statens institutionsstyrelses årsredovisning 2007.

9.7 Politikens inriktning

Evidensbaserad praktik och öppna jämförelser

Regeringen fokuserar starkt på ökad kvalitet i vården och omsorgen. Socialtjänsten präglas av att kunskapsbasen för insatserna är outvecklad.

Det finns därför behov av insatser till stöd för en fortsatt kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Kunskap om sociala insatser, resultat och vad som ger god kvalitet och avsedd effekt är på många sätt en förutsättning för en väl fungerande socialtjänst.

För att stärka kunskapsbasen, höja kvaliteten samt ge bättre underlag för fria val inom socialtjänsten intensifierar regeringen arbetet med utveckling av register, kvalitetsindikatorer, öppna jämförelser samt brukarundersökningar inom socialtjänstområdet (se avsnitt 8.6). För att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser satsar regeringen 10 miljoner kronor 2009. För 2010 och 2011 avser regeringen att avsätta 5 miljoner kronor per år för detta ändamål.

I betänkandet (SOU 2008:18) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten lämnas förslag på en gemensam långsiktig strategi för kunskapsutvecklingen i form av återkommande avtal mellan staten och de kommunala huvudmännen. Det är angeläget att statens bidrag till kunskapsutvecklingen sker på ett mer enhetligt och långsiktigt sätt i nära samverkan med huvudmän och andra intressenter. Regeringen föreslår därför att 5 miljoner kronor 2009 och 5 miljoner kronor 2010 samt 15 miljoner kronor 2011 avsätts för detta ändamål.

Ekonomiskt bistånd

Ett av regeringens övergripande och viktigaste mål är att minska utanförskapet. En stor del av de som är beroende av ekonomiskt bistånd är det på grund av arbetslöshet. Därför är de åtgärder som regeringen vidtagit inom arbetsmarknadspolitiken såsom jobb- och utvecklingsgarantin, jobbgarantin för ungdomar, nystartsjobb och instegsjobb av största betydelse för att ytterligare minska behovet av bistånd. Dessutom avser regeringen att senare i höst återkomma med förslag om ytterligare sänkta avgifter för ungdomar under 26 år.

Utbildning har en avgörande betydelse för arbetsmarknadsetablering och regeringen avser att genomföra en genomgripande gymnasie-reform som redan hösten 2008 inleds med en försöksverksamhet med lärlingsutbildning. Satsningar inom psykiatriområdet och insatser för att ungas arbetsförmåga ska tas tillvara på bästa sätt pågår också. Regeringen har dessutom beslutat om en strategi för att utveckla missbruksvården (se avsnittet Missbruks- och beroendevård). En samlad integrationspolitisk strategi

med generella åtgärder mot utanförskap föreslås också i en skrivelse till riksdagen under hösten 2008.

Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården

Den 1 april 2008 trädde lagändringar i kraft som tillkommit för att stärka skyddet av utsatta barn. De handlar bl.a. om barns och ungas rätt att få relevant information i samband med utredning, beslut om, genomförande av och uppföljning av insatser inom socialtjänsten samt om ett tydligt ansvar för att tillgodose de behov som en flicka eller pojke kan ha när en placering upphör. Med anledning av lagändringarna har Socialstyrelsen fått i uppdrag att senast den 30 juni 2009 ha utarbetat stöd till socialtjänsten i deras arbete med att ge stöd till barn och unga efter avslutad placering. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen har fått i uppdrag att senast den 31 december 2008 ta fram en systematisk kunskapsöversikt över förekomsten av internationellt vetenskapligt stöd för utrednings- och bedömningsinstrument för familjehem. Med utgångspunkt i det arbetet ska IMS senast den 31 december 2010 anpassa och pröva eventuella lämpliga metoder till svenska förhållanden alternativt påbörja ett arbete med att från grunden utveckla ett utrednings- och bedömningsinstrument för svenska förhållanden.

Projektet MVG som pågår vid Statens institutionsstyrelse (SiS) avslutas 2008 och ska därefter utvärderas. Det handlar bl.a. om vilka erfarenheter man kan dra när det gäller att få till stånd en sammanhållen vård med hållbara vårdkedjor och effektivt samarbete mellan SiS och kommunerna. När det gäller slutna ungdomsvård finns det behov av att utveckla innehållet i utslussningen. Även här handlar det om att förbättra samarbetet mellan SiS och kommunerna för att de dömda ungdomarna ska få vårdinsatser som motsvarar deras behov och förebygger fortsatt kriminalitet.

Samhället har ett stort ansvar när det gäller att skydda och stödja barn inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det är därför angeläget att lagstiftningen är tydlig och att den är anpassad till den utveckling som skett i samhället sedan socialtjänstreformerna i början av 1980-talet. Socialtjänstlagen och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) har förändrats vid ett flertal tillfällen under den

senaste tioårsperioden i syfte att stärka skyddet för barn och för att utveckla arbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården. En särskild utredare har fått i uppdrag att se över samtliga bestämmelser till skydd och stöd för barn och unga i SoL och LVU och senast den 15 juni 2009 lämna förslag på de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till den utveckling som har skett.

Den förstärkta tillsyn som länsstyrelserna genomfört under 2006 och 2007 inom ramen för det så kallade barnuppdraget har visat på allvarliga brister i den sociala barn- och ungdomsvården. Regeringen har för avsikt att förtydliga och förstärka tillsynen över socialtjänsten (se nedan). Bristerna inom den sociala barn- och ungdomsvården är dock av en sådan art att en ny tillsynsorganisation inte kan avväntas. Regeringen förslår därför att 10 miljoner kronor avsätts för vardera åren 2009 och 2010 för en fortsatt förstärkning av tillsynen över den sociala barn- och ungdomsvården.

Familjerätt

Det är angeläget att utveckla arbetet med riskbedömningar i samband med utredningar om vårdnad, boende och umgänge. Regeringen avser att ge IMS i uppdrag att långsiktigt utveckla och utvärdera riskbedömningsinstrument anpassade till svenska förhållanden.

Internationella adoptioner

Den 1 januari 2005 trädde lagändringar om socialtjänstens arbete med ärenden om internationella adoptioner i kraft. De syftade till att stärka barnets rätt i adoptionsprocessen. För att ta reda på hur lagändringarna slagit igenom i kommunerna avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av lagändringarna. Det handlar bl.a. om den föräldrautbildning inför adoption som kommunerna ska hänvisa blivande adoptivföräldrar till.

Våldsutsatta kvinnor

Problematiken med våld mot kvinnor är omfattande och drabbar, förutom kvinnorna, även barn i förekommande fall. Det har under åren visat sig att socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor skiljer sig åt runtom i landet. Detta är naturligtvis oacceptabelt. Våld mot kvinnor är en högt prioriterad fråga av regeringen och under 2007 gavs en rad uppdrag på socialtjänstens område när det gäller just

detta. Det handlar om utbildning och kompetenshöjning, utarbetande av bedömningsinstrument och vägledning för att landets kommuner ska göra enhetliga bedömningar, utvecklingsmedel för att förstärka kvinnojoursverksamheten m.m. De övergripande målen med uppdragen kan sägas vara att våldsutsatta kvinnor som söker stöd och hjälp ska få det oberoende av i vilken kommun de bor samt att socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld ska förbättras och kvalitetssäkras. Satsningen pågår och fortsätter under mandatperioden.

Prostitution och människohandel

I juli 2008 presenterade regeringen sin handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (skr. 2007/08:167). Det är en bred skrivelse (se vidare under utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet) och omfattar bl.a. flera åtgärder på socialtjänstens område till stöd och skydd för de utsatta.

Behovet som har lyfts tidigare, av att utvärdera de metoder och arbetssätt som används inom bl.a. socialtjänsten när det gäller prostitution och människohandel för sexuella ändamål, har beaktats i handlingsplanen. Den omfattar t.ex. uppdrag till Socialstyrelsen att utvärdera arbetet vid socialtjänstens prostitutionsgrupper gentemot personer som befinner sig i prostitution. Även kommunernas arbete riktade till dem som köper sex ska utvärderas, vilket är viktigt för att sedan kunna utveckla och sprida goda exempel.

Insatser för att öka kunskap och utbildning (t.ex. hos ungdomsmottagningar och socialtjänst) för att bli bättre på att uppmärksamma prostitution finns också med i regeringens handlingsplan. Det gäller att kunna upptäcka problemet även om det ligger gömt bakom en annan problematik. Det finns t.ex. ett starkt samband mellan prostitution och missbruk. Regeringen avser därför att ge SiS ett uppdrag som syftar till att uppmärksamma just prostitutionserfarenheter hos dem som befinner sig på SiS boenden, såväl vuxna missbrukare som ungdomar. SiS ska förstärka arbetet med personer inom sin verksamhet som har varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål. Vidare ska SiS i samråd med socialtjänsten utveckla ett arbetssätt som minskar risken för återfall i

prostitution efter det att personerna lämnat SiS institutioner.

Missbruks- och beroendevården

I april 2008 beslutade regeringen om en strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården fram till och med 2010. Strategin anger tre övergripande mål: 1. Förbättrad kvalitet 2. ökad likvärdighet och 3. ökad tillgång till insatser för grupper som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Öppna jämförelser är ett sätt för socialtjänsten att förbättra sina resultat och lära av andra. Socialstyrelsen har utvecklat kvalitetskriterier och indikatorer som gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten i missbruksvården. Dessa ingår i pågående utvecklingsarbete med öppna jämförelser. För att även kunna utveckla kvalitetsindikatorer som belyser resultatet av olika insatser krävs individbaserad statistik. En utredning (dir. 2007:92) har i uppdrag att se över förutsättningarna för att utveckla sådan statistik inom socialtjänstens område. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2009.

För att stärka kvalitet och likvärdighet i missbruks- och beroendevården har Socialstyrelsen och länsstyrelserna fått i uppdrag att under 2008–2010 genomföra en fördjupad tillsyn av både socialtjänstens och landstingens verksamhet, vilket är avgörande för att se hela vårdkedjan. För detta ändamål avsätts totalt 40 miljoner kronor. Under 2008 utbetalades 10 miljoner kronor och för 2009 avsätter regeringen 20 miljoner kronor och under 2010 ytterligare 10 miljoner kronor för detta ändamål. Uppdraget ska avrapporteras senast 1 mars 2011.

De nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som Socialstyrelsen publicerade 2007 skapar helt nya möjligheter för en evidensbaserad vård och behandling inom både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet liksom den vård som ges inom kriminalvården och SiS. Under 2008 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting tecknat en överenskommelse om implementering av riktlinjerna i både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting leder arbetet och utgångspunkten är att ta tillvara och utveckla den kompetens som finns lokalt och regionalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Överenskommelsen gäller för 2008, men ut-

gångspunkten är att arbetet ska vara långsiktigt. Den 1 oktober 2008 ska Sveriges Kommuner och Landsting rapportera till regeringen hur arbetet fortskrider, vilka insatser som vidtagits på lokal nivå samt ange hur det utvecklingsarbete som huvudmännen påbörjat kan stödjas. Utifrån denna rapport och andra underlag avser parterna att diskutera formerna för ett eventuellt fortsatt samarbete.

Utvecklingen av missbruks- och beroendevården bör ses som en del av en långsiktig utveckling av socialtjänstens arbete bl.a. utifrån förslagen i betänkandet Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren (SOU 2008:18).

Ansvar för missbruks- och beroendevården åvilar i dag såväl kommuner som landsting. Detta överlappande ansvar innebär en risk att den enskilde faller mellan stolarna. Personer med tungt missbruk har särskilda behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Därför har regeringen tillsatt en utredning för att se över lagstiftningen på området (dir. 2008:48). Det handlar bl.a. om att tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010. Regeringen överväger hur de positiva resultaten från missbruksvårdssatsningen Ett kontrakt för livet kan bibehållas.

Hemlöshet

Arbetet inom ramen för regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden sträcker sig fram till och med 2009. Under 2008 har utvecklingsmedel utbetalats till ett antal lokala utvecklingsprojekt som kommer att löpa även under 2009 och avrapporteras som en del av den samlade utvärdering mot uppsatta mål, som ska lämnas till regeringen senast den 1 juli 2010.

Tillsyn av socialtjänsten samordnas med hälso- och sjukvården

Regeringen anser att det är viktigt att tillsynen inom det sociala området utgör ett effektivt instrument som ser till att de lagar som riksdagen beslutar om efterlevs och att detta instrument fungerar i en lämplig och effektiv organisation som är enhetlig över landet. De brister som redogörs för i slutbetänkandet

Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten (SOU 2007:82) från Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten (S 2004:12) inger därför oro och kräver åtgärder. Länsstyrelsernas årsredovisningar och rapporten Social tillsyn visar dessutom att tillsynen inom missbruksområdet, verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning, ekonomisk bistånd och familjerätt är eftersatt.

De förslag som lämnas i betänkandet har tagits emot positivt av flertalet remissinstanser och regeringen avser att under 2009 återkomma till riksdagen med förslag på en tillsynsreform inom det sociala området. Grunden för reformen bör vara att tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska slås ihop och samordnas i Socialstyrelsen, att barnperspektivet i tillsynen ska stärkas, att tillsynen ska tydliggöras och att ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen ska öka. Regeringen föreslår därför att tillsynen ska tillföras 30 miljoner kronor från och med 2009.

I samband med reformen kommer regeringen även att föreslå att staten övertar ansvaret för den löpande tillsynen från kommunerna. Finansieringen av denna förändring kommer att regleras genom en förändring i nivån på utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning*. Övrig finansiering av reformen kommer ske genom en omfördelning av medel från utgiftsområde 1 Rikets styrelse, anslag 5:1 *Länsstyrelserna m.m.* till utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 9:1 *Socialstyrelsen*.

Överenskommelser mellan regeringen och idéburna organisationer inom det sociala området

De idéburna organisationerna är viktiga när det gäller socialtjänstens olika insatser. Regeringen vill ta tillvara de idéburna organisationernas kunskap och engagemang, bl.a. därför att de fyller en viktig roll när det gäller att göra det möjligt för människor att påverka såväl sin egen vardag som samhället i stort. Regeringen presenterade under våren 2008 ett förslag till överenskommelse om framtida relationer mellan regeringen och de idéburna organisationerna på det sociala området. De åtaganden som föreslagits i överenskommelsen, gällande bl.a. uppföljning av och samverkan med idéburna aktörer, ska fullföljas.

9.8 Budgetförslag

9.8.1 6:1 Statens institutionsstyrelse

Tabell 9.6 Anslagsutveckling 6:1 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2007	740 913	53 880	
2008	Anslag	779 842 ¹	745 247
2009	Förslag	791 607	
2010	Beräknat	805 252 ²	
2011	Beräknat	816 540 ³	

¹ Inklusivt tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 791 607 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 791 607 tkr i 2009 års prisnivå.

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.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 9.7 Offentligrättslig verksamhet

Tusental kronor

	Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2007			1 201 080	1 941 987	-740 907
Prognos 2008			1 227 500	1 983 000	-755 500
Budget 2009			1 270 000	2 062 000	-792 000

Tabell 9.8 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt kostnad)
Utfall 2007	29 649	29 649	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2008	28 793	28 793	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2009	20 000	20 000	0
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Statens institutionsstyrelse (SiS) har i uppdrag att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom SiS verksamhetsområde. Regeringen föreslår därför att riksdagen bemyndigar regeringen att under 2009 för anslaget 6:1 *Statens institutionsstyrelse* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag om högst 2 000 000 kronor efter 2009.

Tabell 9.9 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2007	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011–
Ingående åtaganden	2 058	0	2 000	2 000	
Nya åtaganden	0	2 000	2 000		
Infriade åtaganden	-2 058	0	-2 000	-2 000	
Utestående åtaganden	0	2 000	2 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande	5 000	3 500	2 000		

Regeringens överväganden

Tabell 9.10 Härlledning av ramnivån 2009–2011. för 6:1 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	779 842	779 842	779 842
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	11 619	25 261	36 547
Beslut	146	149	151
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	791 607	805 252	816 540

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Regeringen föreslår att 791 607 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Statens institutionsstyrelse* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 805 252 000 kronor respektive 816 540 000 kronor.

9.8.2 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tabell 9.11 Anslagsutveckling 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	598 441		36 217
2008	258 481 ¹		264 284
2009	Förslag	223 481	
2010	Beräknat	218 481	
2011	Beräknat	216 821	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget omfattar medel till utveckling av socialt arbete, höjd ambitionsnivå för den sociala tillsynen, bidrag till statistiska undersökningar, bidrag till organisationer som arbetar för utsatta barn och deras familjer, bidrag till organisationer som arbetar för att motverka våld mot kvinnor och barn samt medel för andra insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor.

Regeringens överväganden

Regeringen föreslår i denna proposition en särskild satsning på äldreomsorg och socialtjänst.

Regeringen avser att under 2009 föreslå en tillsynsreform inom det sociala området. Grunden för reformen bör vara att tillsynen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska slås ihop och samordnas i Socialstyrelsen, att barnperspektivet i tillsynen ska stärkas, att tillsynen ska tydliggöras och att ambitionsnivån och effektiviteten i tillsynen ska öka. Regeringen föreslår därför att tillsynen ska tillföras 30 miljoner kronor från och med 2009.

För en fortsatt förstärkning av tillsynen över den sociala barn- och ungdomsvården ökas anslaget med 10 000 000 kronor per år 2009–2010.

För att främja kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten genom avtal med Sveriges Kommuner och Landsting ökas anslaget med 5 000 000 kronor 2009–2010. Från och med 2011 beräknas anslaget ökas med 15 000 000 kronor för detta ändamål.

För att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten ökas anslaget med 10 000 000 kronor 2009. Från och med 2010 beräknas anslaget ökas med 5 000 000 kronor per år för detta ändamål.

Mot bakgrund av detta föreslås anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med totalt 55 000 000 kronor 2009. Regeringen beräknar att anslaget från och med 2010 ökas med totalt 50 000 000 kronor i förhållande till beräkningen i 2008 års ekonomiska vårproposition (2007/08:100).

För 2009 beräknar regeringen följande:

- 30 000 000 kronor för en tillsynsreform inom det sociala området.
- 10 000 000 kronor för fortsatt förstärkning av tillsynen över den sociala barn- och ungdomsvården.
- 19 550 000 kronor för att främja kunskapsutveckling och vetenskapliga metoder inom socialtjänsten genom avtal med Sveriges kommuner och landsting.
- 10 000 000 kronor för att påskynda utvecklingen av öppna jämförelser inom socialtjänsten.
- 109 000 000 kronor till Socialstyrelsen för regeringens insatser för våldsutsatta kvinnor och deras barn.

- 7 000 000 kronor till Socialstyrelsen för verksamheten vid Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
- 27 180 000 kronor till Socialstyrelsen för bidrag till organisationer på det sociala området (förordningen, 1998:1814 om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området).
- 1 980 000 kronor för utveckling av den sociala välfärdsstatistiken.
- 6 235 000 kronor till Statistiska centralbyrån för statistiska levnadsundersökningar. Fr.o.m. 2011 minskas anslaget med 1 660 000 kronor för detta ändamål.

År 2008 avslutades den treåriga satsningen på att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedja inom ungdomsvården. Anslaget minskas därför med 90 000 000 kronor från och med 2009.

Under 2007–2008 fick Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) i uppdrag att förstärka och utveckla förbundets brotts-offerverksamhet för HBT-personer. Anslaget minskas därför med ytterligare 1 400 000 kronor från och med 2009.

Tabell 9.12 Härledning av ramnivån 2009–2011. för 6:2 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.¹

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	258 481	258 481	258 481
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut	–33 600	–38 600	–40 260
Överföring till/från andra anslag	–1 400	–1 400	–1 400
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	223 481	218 481	216 821

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 223 481 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 218 481 000 kronor respektive 216 821 000 kronor.

10 Barnrättspolitik

10.1 Omfattning

Regeringens politik för barnets rättigheter syftar till att ta tillvara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). För att förtydliga detta syfte avser regeringen att fortsättningsvis rubricera området som barnrättspolitik i stället för som tidigare barnpolitik. Då det i texten nedan redogörs för genomförda uppdrag och dylikt används emellertid, då det bedöms lämpligt, termen barnpolitik. Med barn avses varje flicka och pojke under 18 år. Barnrättspolitik är till sin karaktär sektorsövergripande eftersom barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik som berör barn liksom alla verksamheter som berör barn. För att barnkonventionens intentioner ska realiseras krävs det att insatser vidtas inom politiken på alla andra områden där barn är

berörda. Barnrättspolitik omfattar också vissa frågor som rör internationella adoptioner.

Inom ramen för barnrättspolitikens område finns myndigheterna Barnombudsmannen och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Barnombudsmannen har till uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner samt utövar tillsyn över dessa sammanslutningar. Vidare ansvarar myndigheten för information i frågor rörande internationella adoptioner.

Vid sidan av området barnrättspolitik utgår bidrag till kostnader för internationella adoptioner under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn.

10.2 Utgiftsutveckling

Tabell 10.1 Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik

Miljoner kronor

	Utfall 2007	Budget 2008 ¹	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011
<i>Barnrättspolitik</i>						
7:1 Barnombudsmannen	18	17	17	18	18	18
7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	11	12	12	12	12	12
7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige	5	9	9	9	9	9
Summa Barnrättspolitik	33	38	37	38	39	40

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

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FIU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

10.3 Mål

Det nuvarande målet för barnpolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Målet är beslutat av riksdagen (prop. 2002/03:1, utgiftsområde 9, bet. 2002/03:SoU1, rskr. 2002/03:81).

Från och med denna budgetproposition avskaffas kraven på en enhetlig verksamhetsstruktur med indelning i politikområden, verksamhetsområden och verksamhetsgrenar. Regeringens förslag angående mål inom utgiftsområde 9 återfinns i avsnitt 3.4. I enlighet med detta ska målet för barnrättspolitikerna vara att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

10.4 Resultatredovisning

I mars 2008 lämnade regeringen skrivelsen Barnpolitiken - en politik för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) till riksdagen. I skrivelsen lämnar regeringen en redogörelse för inriktningen beträffande politiken för barnets rättigheter och för prioriteringarna under de närmaste åren. Regeringen redogör i skrivelsen för hur politiken på området ska utformas för att stärka barnets rättigheter och tillämpningen av barnkonventionen utifrån ett antal prioriterade områden:

- ett förstärkt strategiskt arbete,
- stöd i föräldraskapet,
- bekämpandet av våld mot barn, och
- främjandet av barns psykiska hälsa.

I mars 1999 beslutade riksdagen om en nationell strategi för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (se prop. 1997/98:182, bet. 1998/99:SoU6, rskr. 1998/99:171). Utgångspunkten för strategin är att barnkonventionens anda och intentioner ska beaktas i allt beslutsfattande som rör barn.

10.4.1 Indikatorer

En arbetsgrupp har tagit fram ett förslag till uppföljningssystem för att mäta effekterna av gjorda insatser för att förverkliga barn-

konventionen och följa upp barnpolitiken. Slutrapporten (Ds 2007:9) har remissbehandlats och regeringen överväger för närvarande förslaget. Som beskrivs närmare nedan har regeringen presenterat en plan för uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen i Sverige. Förslaget till ett uppföljningssystem bör utgöra ett viktigt underlag i detta arbete.

10.4.2 Resultat

Barnrättspolitikerna är ett tvärsektorielt område inom statsbudgeten vilket innebär att insatser för att förverkliga barnkonventionen genomförs inom flera områden och av många olika aktörer i samhället. Såväl statliga myndigheter som kommuner och landsting bidrar genom sina verksamheter till att uppfylla målet för politiken. Frivilligorganisationers insatser spelar en viktig roll som komplement till de insatser som utförs av offentliga huvudmän för att säkerställa och stärka barnets rättigheter.

Resultat av statliga insatser

Strategiska insatser för att genomföra barnkonventionen

Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannen (BO) har vidareutvecklat sitt metodutvecklingsarbete och i samarbete med några kommuner bl.a. utvecklat Nöjt Barn-Index (NBI) på lokal nivå. NBI är en statistikmetod för att samla in barns och ungas åsikter om sina liv. På temat "att samtala genom konsten" har BO och Nationalmuseum utifrån ett antal konstverk genomfört workshops där man låtit barn och unga diskutera frågor om trygghet, föräldrastöd och psykisk ohälsa.

Som ett led i arbetet med att driva på genomförandet av barnkonventionen har BO bl.a. också utifrån sitt stödmaterial *Rustad för revision* genomfört utbildningsinsatser för revisorer på kommunal nivå liksom stöd- och utbildningsinsatser för länsstyrelser. BO har också under året i samarbete med Statistiska centralbyrån (SCB) givit ut rapporten Upp till 18 som innehåller fakta om barns och ungas levnadsförhållanden.

Barnrättsakademin

Örebro universitet har på regeringens uppdrag etablerat en verksamhet, Barnrättsakademin, för att erbjuda skraddarsydda utbildningar om barnkonventionens tillämpning för yrkesgrupper som arbetar med eller för barn. Barnrättsakademin har under året skapat en resurspool bestående av cirka 100 specialister med bred kompetens som kan anlitas i utbildningsverksamheten. Akademin har anordnat utbildningstillfällen för kommunala tjänstemän samt lokala, regionala och nationella konferenser och seminarier om barnets rättigheter inom olika områden. På regeringens uppdrag har Barnrättsakademin dessutom anordnat en nationell konferens om hur barnrättsfrågorna belyses inom högskoleutbildningen.

Barnrättsforum

För att ytterligare öka möjligheterna till samsyn och samordning kring barnets rättigheter utifrån barnkonventionen har regeringen anordnat Barnrättsforum 2008 – en öppen mötesplats för bl.a. berörda statliga myndigheter, kommuner, landsting, frivilligorganisationer samt barn och ungdomar. Barnrättsforum 2008 har fokuserat på arbetet med att stoppa vuxnas våld mot barn. Barnrättsforum 2008 utgör en utgångspunkt för regeringens fortsatta arbete med att ta fram ett underlag för att ge en samlad bild av de mest effektiva tillvägagångssätten och för att identifiera de lämpliga aktörerna i det framtida arbetet för att bekämpa våld mot barn.

Statistik

Regeringen har givit fortsatt ekonomiskt stöd till SCB för att ta fram årlig demografisk basstatistik om barn och deras familjer. Statistiken omfattar barns levnadsförhållanden ur olika perspektiv, bl.a. på områdena befolkningsförändringar, boende och familjeekonomi.

Handbok om barnkonventionen

UNICEF Sverige har redovisat sitt arbete, som har finansierats av regeringen, med att ta fram en svensk handbok om genomförandet av barnkonventionen. Handboken är avsedd att bidra till att skapa en samstämmighet om uttolkningen av konventionen och vad som krävs för att leva upp till konventionens åtaganden. Ett särtryck ur handboken som behandlar tre av konventionens centrala bestämmelser och som riktar sig till be-

slutsfattare inom framför allt kommuner och landsting har tagits fram under 2008.

Övriga sakpolitiska insatser*Internationella adoptionsfrågor*

Sex sammanslutningar har under 2007 haft auktorisation av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) för att förmedla internationella adoptioner i sammanlagt 31 länder. Under året förmedlades sammanlagt 681 barn – 394 flickor och 287 pojkar – genom dessa sammanslutningar i jämförelse med 765 barn året innan.

Myndigheten har utarbetat en tillsynsplan för 2007 och har tagit fram en tillsynsrapport för de fem sammanslutningar som haft auktorisation under hela 2007. Som ett led i sin tillsyn har myndigheten besökt Kina, Republiken Korea och Ryssland och bl.a. analyserat kostnadsutvecklingen i dessa länder. Myndigheten har även besökt Filippinerna och Indien. Myndigheten har också genomfört en enkät bland familjer som fick barn för adoption genom adoptionsammanslutningarna. Myndigheten har under året genomfört utbildningsinsatser för berörda yrkesgrupper, bl.a. hos länsstyrelser och kommuner och för hemutredare. Vidare har MIA medverkat i ett Sidauppdrag med att ta fram riktlinjer för sådan biståndsverksamhet som adoptionsammanslutningarna kan bedriva med medel från Sida, eller Sidas ramorganisationer. Dessa riktlinjer fastställdes av Sida under 2007 och utgör en del av MIA:s underlag för analys av biståndsprojektens relation till förmedlingsverksamheten.

Myndigheten har den 1 april 2008 redovisat ett uppdrag som myndigheten fick i regleringsbrevet för 2008 om hur samarbetet med de auktoriserade adoptionsorganisationerna fungerar och behovet av eventuella förändringar i administrativa rutiner. I denna redovisning framhåller MIA sitt uppdrag att skapa hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige och sin tillsynsroll gentemot organisationerna samt konstaterar att samarbetet med organisationerna fungerar väl och att det utvecklas kontinuerligt. MIA har utvecklat administrativa rutiner för att underlätta för och ge stöd åt de auktoriserade sammanslutningarna och haft möten med dessa för att klargöra olika frågor i samband med auktorisationsansökningar.

MIA har fått särskilda medel från regeringen för att ta fram en skrift om de internationella adoptionernas historia. Skriften ska redovisas till regeringen senast den 31 augusti 2010.

Omskärkelse av pojkar

I samband med att lagen (2001:449) om omskärkelse av pojkar antogs tillkännagav riksdagen att regeringen bör följa lagens tillämpning under fyra år från ikraftträdandet av lagen och återkomma till riksdagen med en redovisning av erfarenheterna av lagregleringen.

I juli 2006 fick Socialstyrelsen i uppdrag att närmare analysera varför vissa pojkar, företrädesvis pojkar i förskoleåldern, omskärts av personer utanför hälso- och sjukvården samt lämna förslag på åtgärder som syftar till att förebygga att ingen pojke far illa i omskärseverksamheten som helhet. Förslagen i den rapport som Socialstyrelsen har redovisat bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Sexuell exploatering av barn

I december 2007 beslutade regeringen om en uppdaterad nationell handlingsplan mot sexuell exploatering av barn. Regeringens mål, som framgår av handlingsplanen, är att inget barn i Sverige ska utsättas för sexuell exploatering, att inga barn i andra länder ska utsättas för sexuell exploatering av personer från Sverige, att barn som drabbas av sexuell exploatering ska få det stöd och den hjälp de behöver och att Sverige ska bidra till ett effektivt internationellt samarbete i frågan. I handlingsplanen presenteras ett antal åtgärder som regeringen vill initiera för att ytterligare driva på arbetet med att förebygga och bekämpa sexuell exploatering av barn. Bland de åtgärder som hittills har genomförts kan nämnas att regeringen har beviljat Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för att fortsätta sprida kunskap om sexuell exploatering av barn till relevanta yrkesgrupper och lämna förslag på hur ett samlat ansvar för att hålla kunskap och information på området uppdaterad och tillgänglig ska organiseras. Regeringen har också inlett en dialog med berörda aktörer inom rese- neringen och aktörer med ansvar för turistut- bildningar om hur sexuell exploatering av barn i samband med turism och resande ytterligare kan förebyggas och bekämpas.

Resultat av kommunala insatser

De flesta beslut som påverkar barns liv och vardag fattas i kommunerna och landstingen. Det finns många goda exempel på strategiskt utvecklingsarbete i form av utbildningar och informationsinsatser för att öka kunskapen om barns rättigheter på kommunal nivå. De flesta kommuner och landsting hänvisar till barnkonventionen i styrdokument och verksamhetsstrategier. Det finns således ofta en generell kunskap om konventionens existens och dess utgångspunkter. BO:s kartläggningar liksom andra uppföljningar visar dock att kunskapen om hur konventionen ska tillämpas brister. Det kan handla om bristande kunskaper om hur barnets rättigheter ska konkretiseras i en specifik verksamhet eller i ett beslut som direkt eller indirekt rör ett barn, eller hur dessa rättigheter förhåller sig till de styrdokument som gäller för verksamheten.

Resultat av frivilliga insatser

Det arbete som bedrivs av frivilligorganisationer är viktigt för att barnkonventionen ska få ett brett genomslag i samhället. Många organisationer har ett stort kunnande och engagemang som kompletterar det offentliga insatser. Vissa arbetar brett med olika frågor som rör barns rättigheter, medan andra fokuserar på en eller ett par särskilda frågeställningar. Barnkonventionen är ett av de områden som är prioriterade i Allmänna Arvsfondens arbete och flera projekt som fått stöd rör därmed barns rättigheter. Under 2007 beslutade Arvsfondsdelegationen om att bevilja knappt 60 miljoner kronor till 66 projekt inom verksamheter för barn i åldrarna 0-12 år.

10.4.3 Analys och slutsatser

Det finns idag en utbredd kunskap om barnkonventionen som rättighetsdokument och en medvetenhet om att barn har särskilda rättigheter utifrån konventionen. På kommunal nivå finns goda exempel på strategiskt utvecklingsarbete för att öka kunskapen om barns rättigheter. Detsamma gäller för statliga verksamheter. De kartläggningar och uppföljningar som har gjorts visar emellertid att det alltfjämt finns

brister i kunskapen om hur konventionen ska tillämpas.

Regeringen följer särskilt de statliga myndigheternas tillämpning av barnkonventionen genom återrapporteringskrav och uppdrag i regleringsbrev. Dessa uppföljningar ger dock endast en begränsad bild av och information om läget och utvecklingen på statlig nivå. Regeringen har i budgetpropositionen för 2008 konstaterat att det underlag som regeringen har till sitt förfogande för att få kunskap om utveckling och resultat av barnkonventionsarbetet i stat och kommun har brister, vilket försvårar bedömningar av vilka insatser och styrmedel som såväl regeringen som BO ska prioritera.

Statskontoret har haft i uppdrag att se över myndighetsstrukturen för barnpolitiken. I översynen har ingått att överväga hur såväl insatser som styrmedel kan effektiviseras för att få ett ökat genomslag för barnkonventionen på statlig och kommunal nivå. Statskontoret har presenterat sina överväganden och förslag i rapporten Barnpolitikens myndighetsstruktur och styrning (2007:15). Statskontoret har analyserat hur politiken på området styrs och organiseras och lämnar olika alternativ på hur genomförandet av barnkonventionen kan utvecklas i dessa avseenden. Genomgående pekar Statskontoret på behovet av att förbättra och utveckla systematisk uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen. Också Riksrevisionen har i sin granskning av genomförandet av den nationella strategin för att förverkliga barnkonventionen (RIR 2004:30) pekat på att det finns brister i regeringens uppföljning och utvärdering.

Mot bakgrund av detta har regeringen i sin ovan nämnda skrivelse till riksdagen i mars 2008 presenterat en plan för uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen i Sverige. Planen innehåller följande moment:

- BO får ett förtydligt uppföljnings- och utvärderingsansvar.
- Uppföljnings- och utvärderingsverksamheten stärks.
- Systematisk uppföljning av lagstiftning och dess tillämpning.

Planen är ett ramverk och regeringen kommer löpande att se över såväl den som behovet av insatser.

Inom området internationella adoptioner kan konstateras att antalet förmedlade barn har minskat väsentligt under senare år. Minskningen i barnens ursprungsländer beror på att några av de största adoptionsländerna har begränsat sin verksamhet med internationella adoptioner i takt med ett ökande välstånd samtidigt som intresset för att adoptera också ökar i många andra mottagarländer. En konsekvens av denna utveckling är att adoptionssammanslutningarna försöker finna nya länder att samarbeta med, vilket påverkar MIA:s insatser i auktorisationsprövningen. Myndigheten anför vidare att kvaliteten i föräldrautbildningen inför adoption varierar mellan olika kommuner.

I promemorian Vissa internationella adoptionsfrågor (Ds 2008:44) som nyligen har remissbehandlats lämnas förslag till vissa ändringar i lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling. Där föreslås bl.a. att kravet på balans i storlek mellan de auktoriserade sammanslutningarna, de s.k. balanskravet, avskaffas. Avsikten är att regeringen ska återkomma med en proposition till riksdagen under senhösten 2008.

10.5 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar i revisionsberättelserna för 2007 avseende BO och MIA.

Riksrevisionen granskade år 2004 om den tidigare regeringen och de statliga myndigheterna har följt strategin för att förverkliga barnkonventionen i Sverige (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 förslag till 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 bereder frågan.

10.6 Politikens inriktning

Regeringens politik för barnets rättigheter syftar ytterst till att realisera barnets rättigheter med utgångspunkt i barnkonventionen. För att för-

tydliga detta syfte avser regeringen, som ovan nämnts, att fortsättningsvis rubricera området barnrättspolitik i stället för barnpolitik.

Barnrättspolitiken ska verka för att ett barnrättsperspektiv ska genomsyra politiken på alla områden inom statsbudgeten där barn är berörda, liksom alla verksamheter som berör barn. Det innebär bl.a. att barnets rätt till omsorg, till skydd och deltagande i samhället samt stöd till föräldrar i deras roll och ansvar för sina barn ska präglade regeringens insatser.

Barn lever i en verklighet som ständigt förändras och som också ställer beslutsfattarna inför nya frågor och utmaningar. Regeringens barnrättspolitik ska uppmuntra, uppmärksamma och vid behov stödja de initiativ och processer som på bästa sätt bemöter denna utveckling med barnets rättigheter som grund. Eftersom frågor om barnets rättigheter påverkar och berör så gott som alla samhällsområden utgör barnrättspolitiken också ett stöd för regeringens övriga insatser som berör eller kan beröra barns livsvillkor.

För närvarande finns några områden som regeringen ser som särskilt viktiga att prioritera i de närmaste årens arbete för att ta tillvara och stärka barns rättigheter och intressen. Dessa områden är:

- det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen, innefattande förstärkt uppföljning, samordning och kompetensutveckling i syfte att förbättra tillämpningen av barnkonventionen,
- stöd i föräldraskapet, innefattande stöd- och utbildningsinsatser för föräldrar med barn i olika åldrar och med olika förutsättningar och behov,
- arbetet med att bekämpa våld mot barn, innefattande åtgärder för att bekämpa alla former av våld mot barn, samt
- arbetet med att främja barns psykiska hälsa, innefattande åtgärder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

Som ovan nämnts lämnade regeringen i mars 2008 skrivelsen Barnpolitiken - en politik för barnets rättigheter till riksdagen. I skrivelsen beskrivs närmare hur regeringen avser att ta sig an de prioriterade områdena.

Det strategiska arbetet med att genomföra barnkonventionen i det svenska samhället behöver utvecklas och förbättras på olika sätt.

Genom förbättrad uppföljning och utvärdering av hur barnkonventionen tillämpas såväl i olika verksamheter som i förhållande till lagstiftning kan barnets rättigheter stärkas och genomslaget för barnkonventionen på statlig och kommunal nivå öka. Regeringen har därför tagit fram en plan för uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen i Sverige, som bl.a. innebär att regeringen avser att förtydliga BO:s uppföljnings- och utvärderingsansvar. Uppföljnings- och utvärderingsverksamheten bör vara en viktig utgångspunkt för såväl BO:s uppdrag att företräda barns rättigheter och intressen som för att driva på genomförandet av barnkonventionen.

Barn har rätt till skydd mot alla former av fysiskt och psykiskt våld – såväl inom som utanför familjen. Staten har ett ansvar för att garantera denna rättighet för varje flicka och pojke som lever i vårt land. Trots många olika åtgärder och verksamheter för att motverka våld mot barn utsätts barn dagligen för våld i olika sammanhang – i hemmet, i skolan, på gatan och på andra platser. En kartläggning som genomförts av Stiftelsen Allmänna Barnhuset tyder på att förekomsten av kroppslig bestraffning inte tycks minska. Kartläggningen bekräftar att vissa bakgrundsfaktorer, exempelvis svag familjeekonomi, ökar risken för barn att utsättas för kroppslig bestraffning. En annan grupp som löper ökad risk är barn med funktionsnedsättning. Det krävs ett samlat och koordinerat strategiskt arbete för att våldet mot barn ska kunna bekämpas. Regeringen kommer ta fram ett underlag som ger en samlad bild av de mest effektiva tillvägagångssätten och de lämpliga aktörerna i det framtida arbetet för att bekämpa våld mot barn i alla sammanhang. Underlaget syftar till att utgöra grund för en nationell handlingsplan, alternativt en strategi för att bekämpa våld mot barn i alla sammanhang. För att komplettera denna långsiktiga åtgärd presenterar regeringen i skrivelsen till riksdagen också åtgärder på kortare sikt, bl.a. att bevilja medel till projekt för att förebygga våld mot barn i olika sammanhang. Dessutom avser regeringen att under 2009 uppmärksamma att den s.k. anti-agalagstiftningen har varit i kraft i 30 år och i detta sammanhang förstärka arbetet för att motverka våld mot barn i alla sammanhang.

Varje barn har rätt till omvårdnad och omsorg och att i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar få växa upp under goda och trygga

förhållanden. Föräldrarna är i regel de viktigaste personerna i barnets liv, och har huvudansvaret för barnets omvårdnad, uppfostran och utveckling. Regeringen anser att föräldrar bör ges en ökad möjlighet att själva välja lösningar som passar dem och deras barn bäst. Samhällets uppgift är att garantera, stödja och vid behov komplettera föräldrarnas insatser så att barnets rättigheter och intressen tillvaratas under barnets hela uppväxt. Regeringen vill på olika sätt förbättra det stöd som ges till föräldrar, och har därför tillsatt en särskild utredare som ska ta fram ett förslag till en nationell strategi för en kvalitetshöjande kompetensuppbyggnad och utveckling av samhällets stöd och hjälp till föräldrar.

I olika situationer, exempelvis vid konflikter med barnet eller om barnet utsätts för mobbing, kan föräldrar behöva snabb rådgivning och hjälp. Om föräldrar får stöd i krisartade situationer kan det förhindra att barn utsätts för våld eller kränks på andra sätt. Regeringen avser därför att bevilja BRIS (Barnens Rätt I Samhället) ekonomiskt stöd i arbetet med att skapa en interaktiv webbplats för att ge råd och stöd till i föräldrar. En ytterligare åtgärd som regeringen kommer vidta, är att ge BO i uppdrag att ta fram lämplig och anpassad information om barnets rättigheter för föräldrar och blivande föräldrar. Informationen ska också göras tillgänglig på andra språk för att också kunna användas som stöd för nyanlända invandrarföräldrar.

Barn har rätt till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa. Förutsättningarna för en god hälsa grundläggs tidigt i barndomen, och de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna inom hälso- och sjukvården är därför viktiga. I det sammanhanget vill regeringen också betona vikten av en väl fungerande skolhälsovård och elevhälsa. Generellt sett är hälsoläget gott bland barn i Sverige. Det är emellertid oroväckande att allt fler barn mår psykiskt dåligt och inte får det stöd de behöver. Regeringen har i den ovan nämnda skrivelsen till riksdagen redogjort för vilka initiativ som tagits och som kommer att tas med sikte på barns hälsa.

Det är också viktigt med ett internationellt samarbete och engagemang kring barnrättsfrågorna. Under det svenska ordförandeskapet i Europarådets ministerkommitté är en av de svenska prioriteringarna att stärka arbetet för barnets rättigheter. Regeringen har tagit initiativ till en högnivåkonferens i Stockholm i

september 2008 med syftet att ta fram en ny europarådsstrategi för barnets rättigheter, som ska gälla mellan 2009 och 2011. Sverige innehar ordförandeskapet i EU:s ministerråd under andra halvåret 2009. Sverige kommer i samband med detta anordna ett möte med fokus på barnets rättigheter och intressen inom ramen för den informella grupp för barnfrågor inom Europa som har etablerats mellan medlemsstaterna.

10.7 Budgetförslag

10.7.1 7:1 Barnombudsmannen

Tabell 10.2 Anslagsutveckling 7:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

År	Slagslag	Utvald	Anslags-sparande	Utgifter-prognos
2007	Utfall	17 620	-30	
2008	Anslag	17 318 ¹		16 952
2009	Förslag	17 586		
2010	Beräknat	18 116 ²		
2011	Beräknat	18 494 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 17 586 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 17 586 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för Barnombudsmannens (BO) förvaltningskostnader. BO ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen samt driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen i samhället. BO ska särskilt uppmärksamma att lagar och författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och vid behov föreslå författningsändringar.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 10.3 Uppdragsverksamhet

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2007			
(varav tjänsteexport)	2 760	2 760	0
Prognos 2008			
(varav tjänsteexport)	3 200	3 200	0
Budget 2009			
(varav tjänsteexport)	3 300	3 300	0

Avgiftsintäkterna omfattar ett internationellt projekt om barns rättigheter.

Barnombudsmannen får disponera intäkterna.

Regeringens överväganden

BO har ett brett uppdrag att företräda barns rättigheter och intressen, driva på genomförandet av barnkonventionen och bevaka efterlevnaden av konventionen. En sammantagen bedömning av BO:s verksamhet för 2007 är att mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet i allt väsentligt är uppfyllda.

Regeringen konstaterar i den ovan nämnda skrivelsen om politiken för barnets rättigheter (skr. 2007/08:111) att uppföljning och utvärdering av tillämpningen av barnkonventionen behöver förbättras och förstärkas. BO kommer därför att, inom ramen för nuvarande lagstiftning, få ett preciserat uppföljnings- och utvärderingsansvar. Regeringen bedömer att detta gör BO mer kraftfull som språkrör för barns rättigheter och intressen och skapar förutsättningar för ett bättre genomslag av barnkonventionens tillämpning på kommunal och statlig nivå. Regeringen avser att förtydliga uppföljnings- och utvärderingsansvaret i myndighetens instruktion.

Tabell 10.4 Härlledning av anslagsnivån 2009–2011, för 7:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	17 318	17 318	17 318
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	265	795	1 173
Beslut	3	3	3
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	17 586	18 116	18 494

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 17 586 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Barnombudsmannen* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 18 116 000 kronor respektive 18 494 000 kronor.

10.7.2 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tabell 10.5 Anslagsutveckling 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

2007	Utfall	11 047	Anslags-sparande	768
2008	Anslag	11 549 ¹	Utgifts-prognos	11 522
2009	Förslag	11 701		
2010	Beräknat	12 075 ²		
2011	Beräknat	12 338 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 11 701 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 11 701 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslaget används för förvaltningskostnader för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) samt för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterades organisationer. Myndigheten ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. Myndigheten är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

Regeringens överväganden

MIA arbetar aktivt med tillsyn över och uppföljning av de auktoriserade adoptionssammanslutningarna, följer upp kostnadsutvecklingen och adoptionsverksamheten i olika adoptionsländer samt utbildar och informerar. En sammantagen bedömning av myndighetens verksamhet är att mål och återrapporteringskrav i regleringsbrevet i allt väsentligt är uppfyllda.

Tabell 10.6 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 7:2 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	11 549	11 549	11 549
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	150	524	787
Beslut	2	2	2
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	11 701	12 075	12 338

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

² Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel i 2008 års statsbudget. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 11 701 000 kronor anvisas under anslaget för 7:2 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 12 075 000 kronor respektive 12 338 000 kronor.

10.7.3 7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tabell 10.7 Anslagsutveckling 7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2007	4 589		3 141
2008	8 961 ¹		9 007
2009	Förslag	8 961	
2010	Beräknat	8 961	
2011	Beräknat	8 961	

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

Anslaget används för insatser för att förverkliga barns rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen. Det handlar om utbildningar, informations spridning, kunskapsinsamling och metodutveckling samt uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser på området. Vidare används anslaget för insatser som främjar och skyddar barns rättigheter inom olika områden.

Regeringens överväganden

Regeringen har i mars 2008, i skrivelsen till riksdagen redogjort för inriktning och prioriteringar under de kommande åren vad gäller politiken. I skrivelsen presenterar regeringen fyra särskilt prioriterade områden där regeringen avser att genomföra insatser för att stärka barnets rättigheter och intressen.

Tabell 10.8 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 7:3 Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	8 961	8 961	8 961
<i>Förändring till följd av:</i>			
Beslut			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	8 961	8 961	8 961

¹ Statsbudget enligt riksdagens beslut i december 2007 (bet. 2007/08:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut på tilläggsbudget under innevarande år.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 8 961 000 kronor anvisas under anslaget 7:3 *Insatser för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige* för 2009. För 2010 och 2011 beräknas anslaget till 8 961 000 kronor för respektive år.

11 Forskning under utgiftsområde 16

Utbildning och universitetsforskning

11.1 Resultatredovisning

Inom området verkar myndigheten Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS. Den forskning som FAS stödjer delas av FAS in i sex huvudområden; arbete och hälsa, arbetsorganisation, arbetsmarknad, folkhälsa, välfärd och omsorg och sociala relationer. Under 2007 fördelade FAS ca 330 miljoner kronor i forskningsstöd. Huvudkriteriet för urval av ansökningar är vetenskaplig kvalitet, men FAS ska även beakta samhällsrelevansen inom sitt område. FAS har ett mycket högt söktryck och beviljningsgraden har, beroende på huvudområde, varierat mellan 10 och 18 procent under året. Männan svarar för 59 procent av inkomna projektansökningar och har en något högre beviljningsgrad jämfört med kvinnliga sökanden. FAS har tillsatt en jämställdhetskommitté med uppdrag att särskilt uppmärksamma genus- och jämställdhetsfrågor. Skillnader mellan beviljningsgrad mellan män och kvinnor varierar relativt stort mellan olika huvudområden. Som ett resultat av att särskilda medel tillfördes under året har FAS gjort utlysningar inom forskningsområdena kvinnors hälsa samt äldre och åldrande. En viktig händelse under året har varit beviljande av forskningsmedel till tio starka forskningsmiljöer, s.k. FAS-centra. Syftet med satsningen är att stödja forskning som är av högsta kvalitet och som kan konkurrera med internationell forskning. Satsningen omfattar drygt 50 miljoner kronor per år under en tioårsperiod och är den största satsning som FAS har gjort.

FAS deltar aktivt i den löpande dialog som äger rum mellan de fyra statliga forskningsfinansiärerna. FAS har även ett regelbundet samarbete med VINNOVA inom arbetslivsforskningens område. Under 2007 har FAS slutfört en gemensam satsning tillsammans med Vetenskapsrådet inom området barns hälsa. FAS samverkar även tillsammans Vetenskapsrådet i satsningen på kvinnors hälsa. I samarbete med Riksbankens jubileumsfond och Skatteverket har FAS gjort en satsning på skatteforskning. FAS medverkar även i ett program om skolbarns hälsa, initierat av Kungliga Vetenskapsakademien.

FAS har under året arbetat för att främja det internationella arbetet främst genom deltagande i EU:s ramprogram för forskning och utveckling och aktiviteter inom ramen för European Science Foundation. FAS deltog även aktivt i planeringen och genomförandet av den svensk-kinesiska vetenskapsveckan som ägde rum i Peking i oktober 2007.

FAS arbetar aktivt för att sprida resultat av 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. Man har även gett ut två kunskapsöversikter i rådets populärvetenskapliga pocketserie.

11.2 Revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har inte haft några invändningar vad gäller FAS årsredovisning för 2007.

11.3 Budgetförslag

11.3.1 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tabell 11.1 Anslagsutveckling 8.1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2007	Utfall	23 581		652
2008	Anslag	23 880 ¹	Utgifts-prognos	24 024
2009	Förslag	24 260		
2010	Beräknat	25 006 ²		
2011	Beräknat	25 536 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 24 260 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 24 260 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera förvaltningskostnader för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Regeringens överväganden

Regeringen anser att FAS verksamhet fungerar väl och att rådet uppfyller de mål som finns för myndigheten. På grund av kommande pensionsavgångar är nyrekryteringar att vänta i framtiden, det är viktigt att FAS noga planerar för dessa så att viktig kompetens och erfarenhet tas tillvara. FAS ska även beakta jämställdhetsaspekten vid kommande nyanställningar.

Anslaget har för perioden 2009-2011 beräknats enligt följande.

Tabell 11.2 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 8:1 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008 ¹	23 880	23 880	23 880
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	376	1 122	1 652
Beslut	4	4	4
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	24 260	25 006	25 536

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 24 000 000 kronor anvisas år 2009 under anslaget 8:1 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Förvaltning*. För åren 2010 och 2011 beräknas anslaget till 25 000 000 kronor respektive 25 536 000 kronor.

11.3.2 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tabell 11.3 Anslagsutveckling 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

År	Utfall		Anslags-sparande	
2007	Utfall	322 965		2 893
2008	Anslag	342 007 ¹	Utgifts-prognos	338 205
2009	Förslag	392 275		
2010	Beräknat	411 581 ²		
2011	Beräknat	428 388 ³		

¹ Inklusive tilläggsbudget enligt 2008 års tilläggsbudgetproposition (bet.2007/08:FiU21) och förslag till tilläggsbudget i samband med denna proposition.

² Motsvarar 396 176 tkr i 2009 års prisnivå.

³ Motsvarar 396 176 tkr i 2009 års prisnivå.

Anslagets ändamål är att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Den forskningsverksamhet som FAS finansieras i form av fleråriga stödformer. Det innebär att myndigheten behöver göra åtaganden för en längre period än kommande budgetår. Rådets bemyndigande syftar till att möjliggöra sådana satsningar. Regeringen föreslår att riksdagen bemyndigar regeringen att besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov på högst 758 000 000 kronor efter 2009.

Tabell 11.4 Särskilt bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Tusental kronor

	Utfall 2007	Prognos 2008	Förslag 2009	Beräknat 2010	Beräknat 2011–
Ingående åtaganden		657 000	616 000	758 000	
Nya åtaganden		374 000	523 000		
Infriade åtaganden		-415 000	-381 000	-400 000	-358 000
Utestående åtaganden		616 000	758 000		
Erhållet/föreslaget bemyndigande		616 000	758 000		

Regeringens överväganden

FAS är ett särskilt forskningsråd som tillkommit för att möta de kunskapsbehov som finns inom arbetslivsområdet, socialvetenskap och folkhälsovetenskap. Rådet ska fördela forskningsmedel inom sina områden med utgångspunkt i vetenskaplig kvalitet men även beakta samhällsrelevansen. Rådet ska även göra strategiska satsningar inom områden där särskilda behov föreligger. Regeringen ser positivt på den samverkan FAS har med andra aktörer samt den ökande aktiviteten på det internationella området.

År 2009 får FAS disponera en anslagspost på anslag 24:1 Särskilda jämställdhetsåtgärder om 30 000 000 kronor för forskning om kvinnors hälsa. Till anslagsposten har knutits ett bemyndigande som möjliggör beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång. Rådet får även rekvirera 30 000 000 kronor för forskning om äldre och åldrande från anslag 09 05 001 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, dessutom utbetalas 5 000 000 kronor till området från samma anslag. Beslut om stöd till forskning som innebär utgifter efter budgetårets utgång ingås med stöd av bemyndigandet till anslag 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*.

I enlighet med vad som kommer att beskrivas närmare i Forsknings- och innovationspropo-

sitionen, som regeringen avser att presentera under hösten 2009, förslår regeringen i denna proposition att anslaget ökar med 41 000 000 kronor 2009. Från och med 2010 beräknas anslaget öka med 46 870 000 kronor.

Anslaget har för perioden 2009-2011 beräknats enligt följande.

Tabell 11.5 Härledning av anslagsnivån 2009–2011, för 8:2 Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning

Tusental kronor

	2009	2010	2011
Anvisat 2008¹	342 007	342 007	342 007
<i>Förändring till följd av:</i>			
Pris- och löneomräkning ²	9 268	22 927	37 828
Beslut	41 000	46 647	48 552
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	392 275	411 581	428 388

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 392 000 007 kronor anvisas år 2009 under anslaget 8:2 *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap: Forskning*. För åren 2010 och 2011 beräknas anslaget till 411 581 000 kronor respektive 428 000 000 kronor.