

# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statens budget för 2014

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	15
2	Lagförslag.....	17
2.1	Förslag till lag om upphävande av lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening .....	17
3	Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....	19
3.1	Omfattning.....	19
3.2	Utgiftsutveckling .....	19
3.3	Skatteutgifter.....	20
3.4	Mål för utgiftsområdet .....	21
4	Hälso- och sjukvårdspolitik.....	23
4.1	Omfattning.....	23
4.2	Utgiftsutveckling .....	26
4.3	Mål .....	26
4.4	Resultatredovisning – valfrihet och delaktighet för patienten .....	27
4.4.1	Patienter kan välja vårdgivare i ökad utsträckning.....	27
4.4.2	Nya typer av vårdgivare och tjänster .....	29
4.4.3	Patienter värdesätter valfrihet och gör aktiva val.....	29
4.4.4	Patientens ställning i vården.....	30
4.4.5	Vård av god kvalitet för personer med kronisk eller långvarig sjukdom .....	31
4.5	Resultatredovisning – kunskapsbaserad vård .....	31
4.5.1	Kunskapsstöd och riktlinjer .....	32
4.5.2	Hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	35
4.5.3	En mer kunskapsbaserad psykiatri.....	37
4.6	Resultatredovisning – tillgänglighet till sjukvård.....	38
4.6.1	Vårdgarantin och Kömiljarden har förbättrat tillgängligheten .....	38
4.6.2	Tillgänglighet till psykiatri .....	41
4.6.3	Apotekens tillgänglighet har ökat.....	42
4.6.4	Utvecklade förmåner inom tandvården ökar tillgängligheten .....	43
4.6.5	Tillgången till personal i hälso- och sjukvården fortsätter öka .....	46
4.6.6	Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd .....	47
4.7	Resultatredovisning – uppföljning av vårdens resultat .....	47

4.7.1	Öppna jämförelser ger bättre resultat .....	48
4.7.2	Uppföljning av patienternas perspektiv – nationell patientenkät.....	49
4.7.3	Vårdutveckling genom register.....	51
4.7.4	Vårdanalys följer upp och analyserar vården.....	52
4.7.5	En ny tillsynsmyndighet för vård och omsorg har bildats.....	53
4.8	Resultatredovisning – kvalitetsutveckling och systematisk förbättring.....	53
4.8.1	Fortsatt fokus på patientsäkerhet.....	54
4.8.2	En förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre .....	55
4.8.3	En mer jämlik vård.....	56
4.8.4	Ännu bättre cancervård.....	57
4.8.5	E-hälsa .....	58
4.8.6	Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle .....	61
4.8.7	Medicinteknik och speciallivsmedel.....	64
4.9	Årlig revision.....	65
4.10	Politikens inriktning.....	65
4.10.1	Satsningar på ökad valfrihet, tillgänglighet och kvalitet.....	65
4.10.2	Investeringar i framtidens hälso- och sjukvård.....	71
4.11	Budgetförslag .....	77
4.11.1	1:1 Myndigheten för vårdanalys .....	77
4.11.2	1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering.....	78
4.11.3	1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	79
4.11.4	1:4 Tandvårdsförmåner .....	79
4.11.5	1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....	80
4.11.6	1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	81
4.11.7	1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	83
4.11.8	1:8 Bidrag till psykiatri.....	85
4.11.9	1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	86
4.11.10	1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	87
4.11.11	1:11 Läkemedelsverket .....	87
4.11.12	1:12 E-hälsomyndigheten.....	88
4.11.13	8:1 Socialstyrelsen.....	89
4.11.14	8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....	91
4.12	Övrig verksamhet .....	92
4.12.1	Läkemedelsverket .....	92
4.12.2	Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn .....	93
5	Folkhälsopolitik .....	95
5.1	Omfattning .....	95
5.2	Utgiftsutveckling.....	96
5.3	Mål.....	96
5.4	Folkhälsans utveckling är god.....	97
5.5	Resultatredovisning: Start – barns och ungas uppväxtvillkor.....	100
5.5.1	Förskolans och skolans hälsofrämjande roll lyfts fram.....	101
5.5.2	Stärkta förutsättningar för nationella vaccinationsprogram .....	102
5.6	Resultatredovisning: Stöd – för att underlätta hälsosamma val.....	103
5.6.1	HälsaFörMig ger den enskilde stöd i att hantera hälsoinformation.....	103
5.6.2	Hälsofrämjande samhällsplanering stimuleras.....	103
5.6.3	Fysisk aktivitet och bra matvanor främjas inom flera områden .....	104

5.6.4	Nationellt strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.....	106
5.6.5	Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.....	106
5.6.6	Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.....	107
5.7	Resultatredovisning: Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot .....	108
5.7.1	Antibiotikaresistens är ett globalt hälsohot .....	108
5.7.2	Beredskap och hantering av hälsohot ska vila på gedigen planering .....	110
5.7.3	Säkra miljöer och produkter främjas av insatser på bred front .....	112
5.8	Resultatredovisning: Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa .....	112
5.8.1	Forum för hälsofrämjande.....	112
5.8.2	Samverkansinitiativ inom flera områden .....	113
5.9	Resultatredovisning: Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete .....	113
5.9.1	En ny folkhälsomyndighet bildas.....	113
5.9.2	Ett mer kunskapsbaserat hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården.....	113
5.9.3	Utveckling av öppna jämförelser, evidensgradering och hälsoekonomisk metodik.....	114
5.10	Årlig revision.....	115
5.11	Politikens inriktning .....	115
5.11.1	Start – barns och ungas uppväxtvillkor.....	116
5.11.2	Stöd – för att underlätta hälsosamma val.....	116
5.11.3	Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot .....	117
5.11.4	Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa.....	118
5.11.5	Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete .....	119
5.11.6	Samhällsekonomi – en god folkhälsa är en investering för Sverige.....	120
5.12	Budgetförslag .....	120
5.12.1	2:1 Folkhälsomyndigheten .....	120
5.12.2	2:2 Insatser för vaccinerberedskap .....	121
5.12.3	2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV .....	122
5.12.4	2:4 Bidrag till WHO .....	123
5.12.5	2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	124
6	Funktionshinderspolitik .....	125
6.1	Omfattning.....	125
6.2	Utgiftsutveckling .....	125
6.3	Mål .....	126
6.4	Resultatredovisning .....	126
6.4.1	Indikatorer och andra bedömningsgrunder för redovisningen .....	127
6.4.2	Resultat.....	127
6.5	Analys och slutsatser .....	131
6.6	Politikens inriktning .....	131
6.7	Förslag till lag om upphävande av lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening .....	136
6.7.1	Ärendet och dess beredning.....	136
6.8	Budgetförslag .....	136

6.8.1	3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	136
6.8.2	3:2 Bidrag till handikapporganisationer .....	137
7	Politik för sociala tjänster .....	139
7.1	Omfattning .....	139
7.2	Utgiftsutveckling .....	139
7.3	Mål .....	140
7.4	Resultatredovisning .....	140
7.4.1	Omsorg om äldre .....	143
7.4.2	Barn- och ungdomsvården .....	149
7.4.3	Familjerätt .....	153
7.4.4	Ekonomiskt bistånd .....	155
7.4.5	Missbruks- och beroendevården .....	158
7.4.6	Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden .....	160
7.4.7	Stöd till våldsutsatta personer och offer för människohandel .....	161
7.4.8	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning .....	163
7.4.9	Assistansersättningen .....	166
7.4.10	Bilstödet .....	169
7.4.11	Övriga statliga stöd .....	170
7.4.12	Föräldrastöd .....	171
7.4.13	Internationellt och EU .....	171
7.5	Politikens inriktning .....	172
7.5.1	Viktiga utvecklingsområden och målgrupper .....	173
7.5.2	Omsorg om äldre .....	176
7.5.3	Den sociala barn- och ungdomsvården .....	179
7.5.4	Familjerätt .....	181
7.5.5	Ekonomiskt bistånd .....	182
7.5.6	Missbruks- och beroendevården .....	183
7.5.7	Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden .....	185
7.5.8	Stöd till våldsutsatta personer och offer för människohandel .....	185
7.5.9	Föräldrastöd .....	187
7.5.10	Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning .....	187
7.5.11	Stödinsatser enligt LSS och assistansersättning .....	189
7.6	Budgetförslag .....	191
7.6.1	4:1 Personligt ombud .....	191
7.6.2	4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	192
7.6.3	4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....	193
7.6.4	4:4 Kostnader för statlig assistansersättning .....	194
7.6.5	4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	196
7.6.6	4:6 Statens institutionsstyrelse .....	197
7.6.7	4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	198
7.6.8	4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården .....	200
7.6.9	4:9 Ersättningsnämnden .....	201
7.6.10	4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor .....	202
8	Barnrättspolitik .....	203
8.1	Omfattning .....	203
8.2	Mål .....	203
8.3	Utgiftsutveckling .....	203
8.4	Resultatredovisning .....	204

8.4.1	Analys och slutsatser .....	207
8.5	Politikens inriktning .....	207
8.6	Budgetförslag .....	210
8.6.1	5:1 Barnombudsmannen .....	210
8.6.2	5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	211
9	Alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel .....	213
9.1	Omfattning.....	213
9.2	Utgiftsutveckling .....	213
9.3	Mål .....	214
9.4	Resultatredovisning .....	214
9.4.1	Indikatorer och andra bedömningsgrunder .....	214
9.4.2	Resultat .....	214
9.4.3	Analys och slutsatser .....	217
9.5	Politikens inriktning .....	218
9.6	Budgetförslag .....	221
9.6.1	6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....	221
9.6.2	6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel .....	221
10	Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning ....	223
10.1	Omfattning.....	223
10.2	Utgiftsutveckling .....	223
10.3	Mål .....	224
10.4	Resultatredovisning .....	224
10.4.1	Resultat .....	224
10.4.2	Analys och slutsatser .....	226
10.5	Budgetförslag .....	226
10.5.1	7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning....	226
10.5.2	7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning .....	227

## Tabellförteckning

---

Anslagsbelopp.....	16
3.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	19
3.2 Härledning av ramnivån 2014–2017. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	20
3.3 Ramnivå 2014 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg .....	20
3.4 Skatteutgift .....	20
4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av bruttonationalprodukten (BNP), 2007–2011 .....	24
4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2011 .....	24
4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2008–2012.....	25
4.4 Utgiftsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet .....	26
4.5 Tandvårdsutgifter, 2007–2011 .....	44
4.6 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2008–2012 .....	45
4.7 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vårdanalys .....	77
4.8 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:1 Myndigheten för vårdanalys .....	78
4.9 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	78
4.10 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering .....	78
4.11 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	79
4.12 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	79
4.13 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner.....	79
4.14 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:4 Tandvårdsförmåner.....	80
4.15 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	80
4.16 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....	81
4.17 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....	81
4.18 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....	83
4.19 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....	83
4.20 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....	84
4.21 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri.....	85
4.22 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.....	85
4.23 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:8 Bidrag till psykiatri.....	86
4.24 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	86
4.25 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti .....	87



4.26	Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....	87
4.27	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....	87
4.28	Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket .....	87
4.29	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:11 Läkemedelsverket .....	88
4.30	Anslagsutveckling 1:12 E-hälsomyndigheten.....	88
4.31	Offentligrättslig verksamhet.....	88
4.32	Uppdragsverksamhet .....	89
4.33	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:12 E-hälsomyndigheten.....	89
4.34	Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen.....	89
4.35	Offentligrättslig verksamhet.....	90
4.36	Uppdragsverksamhet .....	90
4.37	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 8:1 Socialstyrelsen.....	91
4.38	Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg .....	91
4.39	Offentligrättslig verksamhet.....	91
4.40	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg .....	92
4.41	Offentligrättslig verksamhet.....	92
5.1	Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik .....	96
5.2	Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten .....	120
5.3	Uppdragsverksamhet .....	121
5.4	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:1 Folkhälsomyndigheten .....	121
5.5	Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	121
5.6	Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....	122
5.7	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:2 Insatser för vaccinberedskap.....	122
5.8	Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV.....	122
5.9	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV .....	123
5.10	Anslagsutveckling 2:4 Bidrag till WHO .....	123
5.11	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:4 Bidrag till WHO .....	123
5.12	Anslagsutveckling 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	124
5.13	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....	124
6.1	Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik.....	125
6.2	Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	137
6.3	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning .....	137
6.4	Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer.....	137
6.5	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer.....	138
7.1	Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster.....	139
7.2	Antal personer med insatser från socialtjänsten inom olika områden samt antal vårdtygn i frivillig institutionsvård för missbruksvård 2006, 2009, 2010, 2011 och 2012 .....	141
7.3	Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre .....	143
7.4	Antalet kommuner med serviceinsatser till anhöriga, 2012.....	147
7.5	Kommunens kostnader för insatser till barn och unga,.....	149
7.6	Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2007–2012 .....	157
7.7	Kommunens kostnader för missbruksvård.....	159

7.8	Kommunens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning.....	163
7.9	Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2012 .....	167
7.10	Antal personer som beviljats bilstöd 2008–2012, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper .....	169
7.11	Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud .....	191
7.12	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:1 Personligt ombud .....	192
7.13	Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	192
7.14	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....	193
7.15	Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	193
7.16	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....	194
7.17	Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	194
7.18	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....	195
7.19	Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	196
7.20	Beställningsbemyndigande 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken.....	196
7.21	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken .....	197
7.22	Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse .....	197
7.23	Offentligrättslig verksamhet .....	198
7.24	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:6 Statens institutionsstyrelse.....	198
7.25	Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.....	198
7.26	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....	200
7.27	Anslagsutveckling 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården .....	200
7.28	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården.....	201
7.29	Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden.....	201
7.30	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:9 Ersättningsnämnden.....	201
7.31	Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	202
7.32	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.....	202
8.1	Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 8 Barnrättspolitik .....	203
8.2	Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen .....	210
8.3	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 5:1 Barnombudsmannen .....	211
8.4	Anslagsutveckling 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige.....	211
8.5	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige .....	211
9.1	Utgiftsutveckling inom Alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel.....	213
9.2	Anslagsutveckling för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden.....	221
9.3	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....	221
9.4	Anslagsutveckling för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel.....	221

9.5	Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel.....	222
10.1	Utgiftsutveckling Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....	223
10.2	Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	226
10.3	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....	227
10.4	Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	227
10.5	Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	227
10.6	Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....	228

## Diagramförteckning

---

4.1	Landstingens intäkter 2012, procentuellt fördelade efter intäktsslag.....	23
4.2	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2012, procentuellt fördelade efter verksamhetsområde.....	24
4.3	Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2003–2012 .....	25
4.4	Antal privat och offentligt drivna vårdcentraler, 2005–2012.....	28
4.5	Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2002–2011 .....	32
4.6	Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, åldersgruppen över 20 år, 2002–2011 .....	32
4.7	Andel patienter som får besökstid i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012.....	40
4.8	Andel patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012 .....	40
4.9	Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till besök och behandling är rimliga, 2010–2012.....	40
4.10	Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2010–2012 .....	41
4.11	Antal försäljningsställen för receptfria och receptbelagda läkemedel, 2008–2012.....	42
4.12	Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist, 2009–2012 .....	44
4.13	Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister, 2009–2011 .....	48
4.14	Patientupplevd kvalitet i primärvård, 2009–2012.....	50
4.15	Patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård samt inom akutmottagningar, 2012 .....	50
4.16	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, per 100 000 invånare, åldersgruppen 1–79 år, 2002–2011 .....	53
4.17	Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare, 2002–2011 .....	54
4.18	Minskning av olämplig läkemedelsförskrivning bland äldre, 2012 .....	56
5.1	Återstående medellivslängd vid födseln, 1993–2012.....	97
5.2	Jämförelse mellan länder av hur jämn befolkningens medellivslängd är .....	97
5.3	Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, per 100 000 invånare, 2002–2011 .....	98
5.4	Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, per 100 000 invånare, 2002–2011 .....	98
5.5	Sjukdomsburda, 1990 och 2010 .....	99
5.6	Risikfaktorers bidrag till sjukdomsburdan, 1990 och 2010.....	100
5.7	Andel som anger att de har en stillasittande fritid, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2012.....	105
5.8	Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2012.....	105
5.9	Antal fall av hivinfektion som anmälts, 2003–2012 .....	106
5.10	Antal fall av klamydiainfektion som anmälts, 2003–2012 .....	107

5.11	Antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) som anmälts, 2003–2012.....	108
5.12	Antal antibiotikarecept per 1 000 invånare, 2003–2012 .....	109
7.1	Kommunens kostnader fördelat efter vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning 2012 .....	140
7.2	Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1990–2012.....	155
7.3	Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2012.....	158
9.1	Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9, 1992–2012 .....	215
9.2	Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder, 2012.....	215
Figur 4.1 Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården.....		26



# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

---

1. antar förslaget till lag om upphävande av lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening (avsnitt 2.1 och 6.7),
2. bemyndigar regeringen att under 2014 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 22 300 000 kronor 2015–2017 (avsnitt 4.11.8),
3. bemyndigar regeringen att under 2014 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 170 000 000 kronor 2015–2016 (avsnitt 5.12.2),
4. godkänner att anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* den 1 maj 2014 ändrar namn till 3:1 *Myndigheten för delaktighet* och godkänner den föreslagna användningen av anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* (avsnitt 6.8.1),
5. bemyndigar regeringen att under 2014 för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2015–2017 (avsnitt 7.6.5),
6. bemyndigar regeringen att under 2014 för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 973 000 000 kronor 2015–2018 (avsnitt 10.5.2),
7. för budgetåret 2014 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt följande uppställning:

**Anslagsbelopp***Tusental kronor*

Anslag		
1:1	Myndigheten för vårdanalys	29 715
1:2	Statens beredning för medicinsk utvärdering	58 091
1:3	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	133 363
1:4	Tandvårdsförmåner	5 684 540
1:5	Bidrag för läkemedelsförmånerna	21 230 000
1:6	Bidrag till folkhälsa och sjukvård	1 732 251
1:7	Sjukvård i internationella förhållanden	658 025
1:8	Bidrag till psykiatri	849 948
1:9	Prestationsbunden vårdgaranti	1 000 000
1:10	Bidrag för mänskliga vävnader och celler	74 000
1:11	Läkemedelsverket	123 190
1:12	E-hälsomyndigheten	109 440
2:1	Folkhälsomyndigheten	356 819
2:2	Insatser för vaccineredskap	85 000
2:3	Bidrag till Nordic school of public health NHV	20 502
2:4	Bidrag till WHO	34 665
2:5	Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	145 502
3:1	Myndigheten för handikappolitisk samordning	39 187
3:2	Bidrag till handikapporganisationer	182 742
4:1	Personligt ombud	104 460
4:2	Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	338 929
4:3	Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	346 995
4:4	Kostnader för statlig assistansersättning	23 235 000
4:5	Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 744 780
4:6	Statens institutionsstyrelse	878 119
4:7	Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	519 715
4:8	Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården	365 000
4:9	Ersättningsnämnden	44 350
4:10	Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	15 154
5:1	Barnombudsmannen	23 796
5:2	Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	33 261
6:1	Alkoholsortimentsnämnden	232
6:2	Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	298 629
7:1	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	28 564
7:2	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	512 442
8:1	Socialstyrelsen	470 688
8:2	Inspektionen för vård och omsorg	653 674
<b>Summa</b>		<b>62 160 768</b>



## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

### **2.1 Förslag till lag om upphävande av lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening**

Härigenom föreskrivs att lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening ska upphöra att gälla vid utgången av april 2014.



## 3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

### 3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik, Funktionshinderspolitik, Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning, Barnrättspolitik samt Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitik.

Utgiftsområdet omfattar även anslagen 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* och 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning*.

### 3.2 Utgiftsutveckling

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

Miljoner kronor

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
Hälso- och sjukvårdspolitik	32 373	34 353	32 254	<b>32 807</b>	31 675	31 671	31 651
Folkhälsopolitik	198	286	191	<b>642</b>	657	664	673
Funktionshinderspolitik	204	203	203	<b>222</b>	236	237	238
Politik för sociala tjänster	24 837	26 548	25 946	<b>27 593</b>	28 258	29 371	30 746
Barnrättspolitik	35	46	36	<b>57</b>	58	58	53
Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spel- politik	251	299	280	<b>299</b>	299	114	114
Forskningspolitik	439	500	494	<b>541</b>	548	557	569
Äldreanslag	352	329	331	<b>0</b>	0	0	0
<b>Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg</b>	<b>58 690</b>	<b>62 564</b>	<b>59 735</b>	<b>62 161</b>	<b>61 731</b>	<b>62 672</b>	<b>64 044</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2014–2017. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>62 252</b>	<b>62 252</b>	<b>62 252</b>	<b>62 252</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	67	112	172	248
Beslut	433	-1 701	-2 461	-2 812
Övriga makroekonomiska förutsättningar	706	1 601	2 349	3 299
Volymer	-21	484	1 375	2 069
Överföring till/från andra utgiftsområden	-773	-513	-512	-510
Övrigt <sup>3</sup>	-503	-503	-503	-503
<b>Ny ramnivå</b>	<b>62 161</b>	<b>61 731</b>	<b>62 672</b>	<b>64 044</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Vissa anslag minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2014 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

	2014
Transfereringar <sup>1</sup>	57 850
Verksamhetsutgifter <sup>2</sup>	4 294
Investeringar <sup>3</sup>	17
<b>Summa ramnivå</b>	<b>62 161</b>

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2012 samt kända förändringar av anslagens användning.

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

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

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

### 3.3 Skatteutgifter

Samhällets stöd till företag och hushåll inom utgiftsområde 9 redovisas i huvudsak på 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 skattelätt-

nad 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 budgetens saldo och kan därför jämsättas med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna har redovisats i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2013 (skr. 2012/13:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

**Tabell 3.4 Skatteutgift**

Miljoner kronor

	Prognos 2013	Prognos 2014
Nedsatt förmånsvärde alkoholås	10	10
Läkemedel	1 710	1 820
Förmån av privat hälso- och sjukvård	-	-
<b>Totalt för utgiftsområde 9</b>	<b>1 720</b>	<b>1 830</b>

Ett "-" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

#### Nedsatt förmånsvärde alkoholås

Enligt 11 kap. 1 § IL ska förmåner som erhålls på grund av tjänst tas upp till beskattning i inkomstlaget tjänst. Bilförmån är en sådan förmån som ska tas upp till beskattning, och extrautrustning i bilen höjer förmånsvärdet. För att få till stånd en ökad användning av alkoholås i fordon undantas alkoholås från den extrautrustning som höjer förmånsvärdet. Skatteutgiften utgörs av skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

#### Läkemedel

För läkemedel som utlämnas enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt enligt 3 kap. 23 § och 10 kap. 11 § ML. Det innebär att försäljningen är undantagen från mervärdesskatt men att ingående mervärdesskatt är avdragsgill. (Icke receptbelagda läkemedel beskattas med normalskattesats.) Skattebefrielsen ger upphov till en skatteutgift avseende mervärdesskatt.

#### Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård

Förmån av hälso- och sjukvård ska inte tas upp till beskattning om förmånen avser vård i Sverige som inte är offentligfinansierad eller vård utom-

lands (11 kap. 18 § II). Arbetsgivaren har å andra sidan ingen avdragsrätt för kostnaden (16 kap. 22 § II). Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

### 3.4 Mål för utgiftsområdet

Följande mål gäller för Hälsovård, sjukvård och social omsorg:

Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 4)

- Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Folkhälsopolitik (avsnitt 5)

- Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Funktionshinderspolitik (avsnitt 6 och 7)

- En samhällsgemenskap med mångfald som grund (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).
- Att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).
- Jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning (prop. 2012/13:1, bet. 2012/13:SoU1, rskr. 2012/13:115).

Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning (avsnitt 7)

- 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 (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

- Att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).
- Att stärka skyddet för utsatta barn (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Barnrättspolitik (avsnitt 8)

- Barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitik (avsnitt 9)

- Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203).
- Att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning (avsnitt 10). Mål för Forskningspolitik redovisas under utgiftsområde 16.

Resultatredovisningarna presenteras under respektive avsnitt.



## 4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

### 4.1 Omfattning

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

Vidare omfattar området myndigheterna Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket och Myndigheten för vårdanalys samt den nya E-hälsomyndigheten, som inrättas den 1 januari 2014. Socialstyrelsen och den nya myndigheten Inspektionen för vård och omsorg, som inrättades den 1 juni 2013, har av praktiska skäl placerats i detta avsnitt. Dessa myndigheters verksamhet rör många olika områden, framför allt inom utgiftsområde 9, och har därför ingen självklar hemvist inom något speciellt verksamhetsområde. Området omfattar även de statligt ägda bolagen Apotekens Service AB och Apotek Produktion & Laboratorier AB.

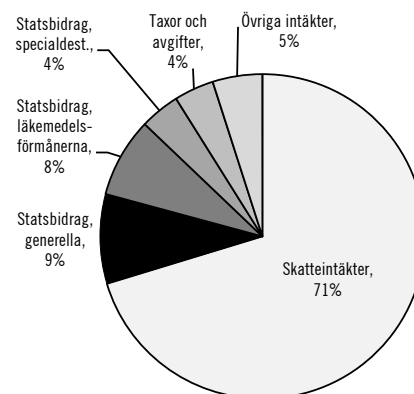
Huvudansvaret för planering, finansiering och drift av hälsa- och sjukvården innehas av landstingen och i viss utsträckning kommunerna. Hälsa- och sjukvården utgör ca 90 procent av landstingens verksamhet mätt som andel av landstingens totala kostnader.

I diagram 4.1 redovisas landstingens intäkter fördelade på olika slags intäkter. Landstingsskatten utgjorde under 2012 drygt 70 procent av landstingens totala intäkter. Statens bidrag till landstingen utgörs av både generella och specialdestinerade statsbidrag, varav statens

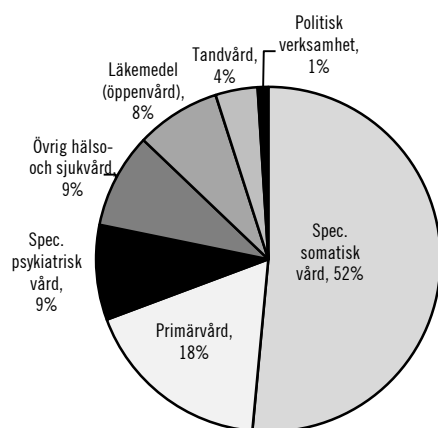
bidrag för läkemedelsförmånerna är exempel på ett specialdestinerat statsbidrag. Statens bidrag till landstingen uppgick under 2012 till drygt 20 procent av landstingens intäkter, vilket motsvarar ca 56,5 miljarder kronor.

I diagram 4.2 redovisas landstingens kostnader för hälsa- och sjukvård fördelade på verksamhetsområde. Landstingens kostnader för hälsa- och sjukvård uppgick till ca 240 miljarder kronor under 2012. Drygt hälften av kostnaderna för hälsa- och sjukvård kan hänföras till den specialiserade somatiska vården. Motsvarande andel var ca 18 procent för primärvården och ca 9 procent för den specialiserade psykiatriska vården.

**Diagram 4.1 Landstingens intäkter 2012, procentuellt fördelade efter intäktsslag**



Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

**Diagram 4.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2012, procentuellt fördelade efter verksamhetsområde**

Källor: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.  
Anm.: Kostnader för regionalutveckling samt trafik och infrastruktur har exkluderats. Dessa kostnader uppgick 2012 till ca 29 miljarder kronor.

**Tabell 4.1 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter samt andel av bruttonationalprodukten (BNP), 2007–2011**

Miljarder kronor	2007	2008	2009	2010	2011 <sup>1</sup>
Hälso- och sjukvårds-kostnader	278,8	295,7	308,7	316,0	331,3
Andel av BNP	8,9%	9,2%	9,9%	9,5%	9,5%

<sup>1</sup> Uppgifterna för 2011 baseras på preliminära årsberäkningar ur nationalräkenskaperna.

Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsöräkenskaperna, tabell 1).

Under 2011 uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna till drygt 331 miljarder kronor, enligt preliminära beräkningar från Statistiska centralbyrån. Det innebär, i löpande priser, en ökning med ca 5 procent jämfört med 2010. Som andel av BNP uppgick hälso- och sjukvårdsutgifterna preliminärt till 9,5 procent 2011.

Av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna utgjordes drygt 270 miljarder kronor av offentliga utgifter, varav landstingen stod för ca 238 miljarder kronor. Landstingens andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna uppgick därmed till ca 72 procent och landstingens andel av de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna till ca 88 procent 2011.

Privata utgifter för hälso- och sjukvård uppgick 2011 till ca 60 miljarder kronor, varav hushållen stod för den allra största delen, knappt 54 miljarder kronor. Övriga utgifter stod privata försäkringsbolag, ideella organisationer och andra bolag för.

Av hälso- och sjukvårdsutgifterna utgjordes ca 62 procent av botande och rehabiliterande

sjukvårdstjänster, vilket motsvarar knappt 206 miljarder kronor. Dessa utgifter kan i sin tur delas upp på slutenvård, dagsjukvård, öppenvård och hemsjukvård.

Andra utgifter inom hälso- och sjukvården inkluderar långtidsomvårdnadstjänster, som t.ex. hälso- och sjukvård inom äldreomsorg och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning samt s.k. tilläggstjänster inom sjukvården, t.ex. laborativ verksamhet, sjukgymnastik och ambulans- och sjuktransport.

I hälso- och sjukvårdsutgifterna ingår också utgifter för medicinska varor till öppenvårdspatienter. Under 2011 uppgick dessa utgifter till drygt 49 miljarder kronor varav ca 29 miljarder kronor utgjordes av receptföreskrivna läkemedel, dvs. i första hand läkemedelsförmånerna och patienters egenavgifter.

Folkhälsotjänster och utgifter för prevention inom hälso- och sjukvården uppgick under 2011 till 11,9 miljarder kronor, vilket är en viss ökning jämfört med 2010. I dessa utgifter ingår bl.a. utgifter för mödrahälsovård, barnhälsovård samt prevention mot smittsamma och icke smittsamma sjukdomar.

**Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter ändamål, 2011**

Miljarder kronor	2011
<b>Botande och rehabiliterande sjukvårdstjänster</b>	206,0
Långtidsomvårdnadstjänster	24,7
Tilläggstjänster inom sjukvård	14,1
<b>Medicinska varor som lämnas ut till öppenvårdspatienter</b>	49,3
<i>Varav</i>	
Receptföreskrivna mediciner inkl. egenavgifter	28,9
<b>Prevention och folkhälsotjänster</b>	11,9
<b>Administration och övrigt</b>	6,7
<b>Totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	312,6
<b>Hälso- och sjukvårdsproducenternas investeringar</b>	18,7
<b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b>	<b>331,3</b>

Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsöräkenskaperna, tabell 1).

Anm.: Uppgifterna baseras på preliminära årsberäkningar ur nationalräkenskaperna.

#### Kostnader för läkemedel

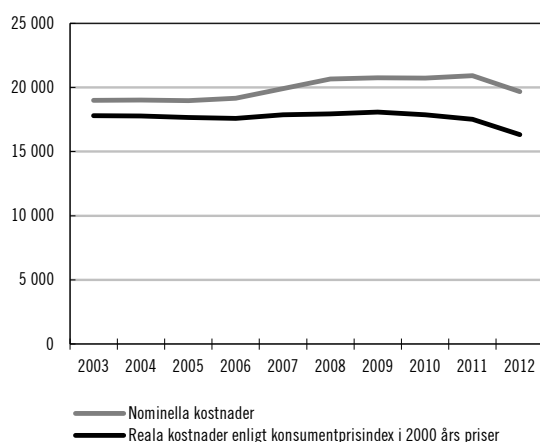
Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick 2012 till ca 19,7 miljarder kronor medan kostnaderna för rekvisitionsläkemedel, dvs. läkemedel som i första hand används inom slutenvården, uppgick till ca 7 miljarder kronor. De totala offentliga kostnaderna uppgick därmed till



ca 26,7 miljarder kronor 2012, vilket innebär en minskning med ca 4,6 procent jämfört med 2011. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna sjönk med närmare sex procent mellan 2011 och 2012 medan kostnaderna för läkemedel på rekvisition minskade med två och en halv procent. Slutenvårdskostnaderna är dock svåra att jämföra mellan 2011 och 2012, eftersom flera landsting har gått över till att redovisa nettopriser under 2012 jämfört med 2011 samt att vissa kostnader saknas på grund av brister i inrapporteringen. Kostnaderna för läkemedel och förbrukningsartiklar m.m. på recept inom förmånerna och patienternas egenavgifter uppgick till ca 25 miljarder kronor, varav patienterna stod för ca 5,3 miljarder vilket motsvarar en egenavgiftsandel på 21,3 procent. De totala läkemedelskostnaderna, dvs. de offentliga kostnaderna samt patienternas egenavgifter och kostnader för receptfritt, uppgick 2012 till 36,8 miljarder kronor, vilket innebär en minskning med 2,5 procent jämfört med 2011.

**Diagram 4.3 Utveckling av kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2003–2012**

Miljoner kronor



Källor: Apoteket AB och Apotekens Service AB.

**Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel i relation till de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård samt patienternas egenavgiftsandel, 2008–2012 (inkl. moms)**

Miljoner kronor

	2008	2009	2010	2011	2012
Läkemedelsförmånerna	20 667	20 744	20 737	20 909	19 676
Egenavgift	5 176	5 115	5 089	5 033	5 324
Andel egenavgift <sup>1</sup>	20,0%	19,8%	19,7%	19,4%	21,3%
Slutenvård <sup>2</sup>	6 255	6 713	6 902 <sup>3</sup>	7 173	6 992 <sup>4</sup>
Receptfritt <sup>5</sup>	3 879	4 182	4 521	4 623	4 816
<b>Total</b>	<b>35 977</b>	<b>36 754</b>	<b>37 249</b>	<b>37 737</b>	<b>36 808</b>
Andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaderna	12,2%	11,9%	11,8%	11,4% <sup>6</sup>	– <sup>7</sup>

<sup>1</sup> Som andel av förmån och egenavgift.

<sup>2</sup> Avser humanläkemedel på rekvisition inom sluten- och öppenvård.

<sup>3</sup> För att göra kostnaderna för slutenvård 2010 jämförbara med tidigare år ska ca 400 miljoner kronor adderas.

<sup>4</sup> Slutenvårdskostnaderna är svåra att jämföra mellan 2012 och 2011 eftersom flera landsting har gått över till att redovisa nettopriser under 2012 jämfört med 2011 samt att vissa kostnader saknas på grund av brister i inrapporteringen.

<sup>5</sup> Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandel.

<sup>6</sup> Preliminära uppgifter.

<sup>7</sup> Uppgift om totala hälso- och sjukvårdskostnader enligt nationalräkenskaperna saknas.

Källor: Apoteket AB, Apotekens Service AB och Statistiska centralbyrån (Nationalräkenskaperna).

## 4.2 Utgiftsutveckling

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

Miljoner kronor

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
<i>Hälso- och sjukvårdspolitik</i>							
1:1 Myndigheten för vårdanalys	25	29	29	<b>30</b>	30	31	31
1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering	57	57	57	<b>58</b>	62	63	64
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	108	113	111	<b>133</b>	134	135	138
1:4 Tandvårdsförmåner	4 950	6 207	5 439	<b>5 685</b>	5 908	6 123	6 346
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	22 151	22 200	21 093	<b>21 230</b>	20 960	20 715	20 525
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	1 313	1 712	1 654	<b>1 732</b>	682	719	710
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	698	868	808	<b>658</b>	622	592	580
1:8 Bidrag till psykiatri	916	863	800	<b>850</b>	849	849	849
1:9 Prestationsbunden vårdgaranti	1 000	1 000	1 000	<b>1 000</b>	1 000	1 000	1 000
1:10 Bidrag för mänskliga väpnader och celler	74	74	74	<b>74</b>	74	74	74
1:11 Läkemedelsverket	113	113	113	<b>123</b>	123	123	123
1:12 E-hälsomyndigheten	0	0	0	<b>109</b>	115	115	115
8:1 Socialstyrelsen	968	741	694	<b>471</b>	482	490	500
8:2 Inspektionen för vård och omsorg	0	376	382	<b>654</b>	635	643	596
<b>Summa Hälso- och sjukvårdspolitik</b>	<b>32 373</b>	<b>34 353</b>	<b>32 254</b>	<b>32 807</b>	<b>31 675</b>	<b>31 671</b>	<b>31 651</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## 4.3 Mål

Målet för hälso- och sjukvårdsområdet inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet (se avsnitt 3.4). Regeringens målsättning för de statliga insatserna inom området är att hälso- och sjukvården ska ge patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Den ska bedrivas på ett så effektivt sätt och med ett så gott utfall för patienterna att den får ett högt förtroende bland allmänheten. Hälso- och sjukvården ska också vara hälsofrämjande genom att arbeta för att förebygga ohälsa. Arbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet ska särskilt inriktas på att:

- säkerställa att patienterna ges möjlighet till delaktighet och självbestämmande
- säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad
- säkerställa en god tillgänglighet och valfrihet bland en mångfald av vårdgivare
- 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.

Dessa områden påverkas av varandra och hänger tätt samman, vilket illustreras i figur 4.1.

**Figur 4.1** Aktuella utvecklingsområden i hälso- och sjukvården



Även tandvården omfattas av de ovan beskrivna målsättningarna. För det statliga tandvårdsstödet finns särskilda mål. Tandvårdsstödet ska:

- stimulera den vuxna befolkningen till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte

- möjliggöra att patienterna med de största tandvårdsbehoven får en kostnadseffektiv vård efter vars och ens behov och till en rimlig kostnad.

Syftet med den följande redovisningen är att presentera ett informativt beslutsunderlag för riksdagen, där det framgår hur de statliga insatserna bidrar till utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet och till uppfyllelsen av de mål och målsättningar som beskrivits ovan.

#### 4.4 Resultatredovisning – valfrihet och delaktighet för patienten

Att vården ska utgå från den enskildes behov och önskemål har länge varit ett prioriterat område för regeringen. För att medborgaren ska ha en stark ställning i sjukvårdssystemet är det avgörande att ha kunskap om vad sjukvården kan erbjuda och om sin egen hälsa. Alla har rätt att bli respektfullt bemötta och få information som gör att de kan vara delaktiga i sin egen vård och behandling.

Delaktighet innebär också möjligheten att, utifrån egna villkor, kunna välja den vård som passar den enskilde bäst. En majoritet av befolkningen, ca 75 procent, anser att det är viktigt att få välja mellan olika utförare i vården. Studier visar dessutom att patienter som gör aktiva val generellt sett är mer nöjda med vården. Att göra ett aktivt val förutsätter emellertid tillgång till god och relevant information om bl.a. möjligheten att välja samt att det finns ett varierat utbud av utförare att välja mellan. Regeringen har vidtagit åtgärder för att utveckla vårdvalsinformation om primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård till medborgare och patienter.

Regeringens reformer och initiativ på området har lett till goda resultat. Den enskildes möjlighet att välja vård, såväl nationellt som inom EU, har förbättrats. Antalet vårdcentraler i landet har ökat med 19 procent sedan 2010 och flera landsting har infört eller börjat utveckla vårdval inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Därutöver har regeringen bl.a. initierat ett arbete med att utveckla en nationell tjänst som ska ge medborgarna möjlighet att digitalt lagra sin egen hälso- och vårdinformation, HälsaFörMig (se avsnitt 4.4.4).

##### 4.4.1 Patienter kan välja vårdgivare i ökad utsträckning

Under de senaste åren har patienternas valfrihet i hälso- och sjukvården stärkts. Det beror bl.a. på att landstingen har en skyldighet att erbjuda vårdvalssystem inom primärvården. Vårdvalssystemen innebär en ökad valfrihet eftersom patienterna får möjlighet att utifrån egna behov och önskemål välja vårdgivare. Valfrihet driver även på utvecklingen inom hälso- och sjukvården genom att fler och nya utförare konkurrerar utifrån tillgänglighet och kvalitet.

##### Större valfrihet för primärvårdens patienter

Från och med den 1 januari 2010 är alla landsting skyldiga att införa vårdvalssystem i primärvården, med den bärande principen att patienten fritt kan välja vårdgivare. Samtliga landsting har också sedan 2010 vårdvalssystem i primärvården. Det finns dock regionala variationer, både när det gäller antalet nyetableringar av vårdcentraler och hur landstingen valt att utforma vårdvalssystemen. En central målsättning med vårdvalsreformen har varit att stärka patientens ställning och att öka effektiviteten och kvaliteten i primärvården. Regeringen bedömer att utvecklingen inom primärvården hittills i stort sett infriat målsättningarna med reformen.

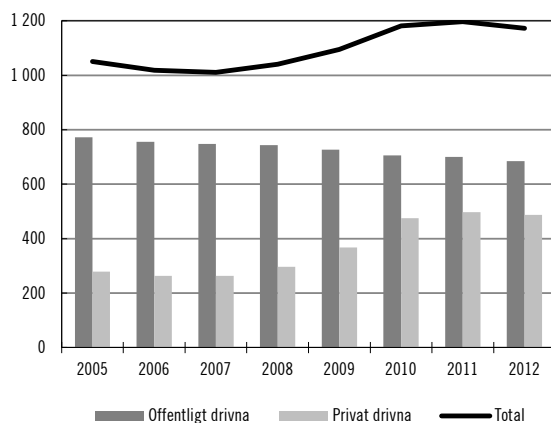
Framför allt tillgängligheten har förbättrats kraftigt genom etableringar av fler vårdcentraler och genom generösare öppettider. Sedan vårdvalets införande har antalet vårdcentraler ökat med 190 stycken, en ökning med 19 procent.

Enligt en rapport från Konkurrensverket om val av vårdcentral (2012) kan vårdvalsreformen ses som en relativt lyckad reform, med goda förutsättningar att bidra till en fortsatt kvalitetskonkurrens och mångfald i primärvården. Grundläggande förutsättningar för att ett vårdvalssystem ska leda till konkurrens är, enligt Konkurrensverket, att invånarna måste känna till att de har möjlighet att välja vårdcentral, de måste ha minst två alternativ att välja mellan och de måste ha tillräcklig information om alternativen. Enligt Konkurrensverket är dessa förutsättningar uppfyllda i stora delar av landet. I genomsnitt känner 92 procent till möjligheten att välja vårdcentral. De flesta har dessutom minst två vårdcentraler inom nära avstånd. Rapporten visar också att tre av fyra tillfrågade

personer anser sig ha gjort ett aktivt val av vårdcentral. Kännedomen om reformen är följaktligen hög och en stor majoritet har använt sig av möjligheten att välja vårdcentral.

**Diagram 4.4 Antal privat och offentligt drivna vårdcentraler, 2005–2012**

Antal vårdcentraler



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling).  
Anm.: Offentligt driven avser sjukvårdshuvudmännens egen produktion medan privat driven avser annan vårdgivare än egen förvaltning och landstings/regionägt bolag.

#### *Antalet besök i primärvården har ökat för samtliga grupper*

Av Myndigheten för vårdanalys rapport *Vem har vårdvalet gynnat?* (2013) framgår det att antalet besök i primärvården har ökat relativt kraftigt för samtliga grupper efter införandet av vårdval. Detta gäller såväl patienter med stort vårdbehov som befolkningen i allmänhet. Myndigheten för vårdanalys konstaterar att alla grupper gynnas av vårdvalet och att förbättringen av tillgängligheten för befolkningen i allmänhet inte har skett på bekostnad av att andra grupper fått det sämre. Myndigheten visar också att reformen har ett mycket starkt stöd hos både personer med stora vårdbehov och befolkningen i stort. En klar majoritet, 75 procent, av alla patienter ansåg att möjligheten att själv byta vårdgivare är goda. Endast två procent var negativt inställda till denna förändring. Myndighetens studie visar även att patienter med kroniska sjukdomar tenderar att vara mer positiva till primärvårdens utveckling än befolkningen i allmänhet, bl.a. avseende tillgänglighet och att deras medicinska behov tillgodoses.

#### **Utveckling av valfrihetssystem inom den specialiserade vården**

För att stimulera utvecklingen av vårdval också inom den specialiserade hälso- och sjukvården har regeringen avsatt medel under perioden 2012–2014 till insatser, både nationellt och i landstingen, för att fortsätta stärka patientens ställning genom ett utvecklat vårdval. En nationell vårdvalssamordnare har dessutom tillsatts för att stimulera till en positiv vårdvalsutveckling. En viktig del i samordnarens uppdrag är att bidra till att vårdvalssystem utvecklas i den öppna specialiserade vården och till att sammanhållna vårdkedjor utvecklas över gränserna mellan olika vårdnivåer och huvudmän, t.ex. mellan primärvård, specialistvård och äldreomsorg.

Regeringens vårdvalssatsning har inneburit att flera landsting har infört eller börjat utveckla vårdval inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Hur många och vilka områden som omfattas varierar mellan landstingen. År 2012 hade sju landsting infört vårdvalssystem i den specialiserade vården. Flest vårdvalssystem 2012 fanns i Stockholms läns landsting, där vårdval hade införts inom 25 områden. I ytterligare åtta landsting har beslut fattats om att införa vårdval i den specialiserade vården under 2013. Utredningar av ytterligare vårdvalssystem för den specialiserade vården pågår i en majoritet av landstingen.

#### **Patientrörlighet inom Europeiska unionen**

Sverige har genom propositionen Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning (prop. 2012/13:150, bet. 2012/13:SoU23, rskr. 2012/13:269) genomfört det s.k. patientrörlighetsdirektivet.

Patientrörlighetsdirektivet syftar till att göra det lättare för EU-medborgare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet. Rätten att välja vårdgivare över medlemsstatsgränserna och söka ersättning för denna utlandsvård från sitt bosättningsland är väl förankrad i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt. Den grundar sig i rätten till fri rörlighet för tjänster och individer och kan ses som ett led i utvecklingen mot större valmöjligheter för patienterna. Den nya lagstiftningen träder i kraft den 1 oktober 2013.

#### 4.4.2 Nya typer av vårdgivare och tjänster

Förutom att det finns flera vårdgivare att välja mellan är det också av betydelse att det finns ett varierat utbud av utförare att välja mellan, vilket förutsätter att det finns en mångfald av vårdgivare i form av privata eller ideella organisationer och vårdgivare i landstingens egen regi. Det förutsätter i sin tur att det finns utrymme för innovation och entreprenörskap. En följd av vårdvalsreformen är att antalet vårdcentraler, särskilt privatdrivna vårdcentraler, har ökat och fortsätter att öka. Andelen privata vårdcentraler uppgår till ca 40 procent.

Tillgängligheten och servicen har inte bara ökat genom fler vårdcentraler utan också genom längre och mer anpassade öppettider, jourtider etc.

#### Stöd till utveckling av ersättningssystem och värdepisodersättningssystem

En avgörande faktor för effekterna av vårdval är ersättningssystemens utformning. Få av dagens ersättningssystem premierar en sammanhängande vård. Under 2012 har regeringens nationella vårdvalssamordnare därför initierat två utvecklingsprojekt kring ersättningssystem. Syftet med projekten är att åstadkomma ökad kvalitet för patienterna och minskade kostnader för vården genom bättre fungerande ersättningssystem. I det ena av projekten deltar tio landsting i ett samarbete som syftar till att utveckla och implementera nya ersättningssystem, som stödjer ett omhändertagande av grupper med stora vårdbehov i samarbete mellan primärvård och specialiserad vård. Alla deltagande landsting i projektet har etablerat egna strategier för att göra vården mer sammanhållen för dessa grupper och för att minska återinskrivningarna. Arbetet har bl.a. lett fram till att landstingen har ändrat sitt sätt att ersätta vårdgivarna. Projektet avslutas under hösten 2013.

Under 2013 kommer dessutom sju landsting att ingå i ett samverkansprojekt för att under 2013 och 2014 gemensamt utveckla s.k. värdepisodersättningssystem på nya områden. Med detta avses ersättningssystem som ger vårdgivare ersättning för en hel vårdprocess, inklusive ett ekonomiskt ansvar för komplikationer och med delar av ersättningen kopplade till utfallet för patienten.

#### Främjande av innovationer och entreprenörskap

För att skapa ökade förutsättningar för innovation, entreprenörskap och ökad mångfald har regeringen tagit initiativ till ett flertal insatser. Tillväxtverket har bl.a. fått i uppdrag att utarbeta och genomföra en pilotsatsning med s.k. utvecklingscheckar för att främja tillkomst av innovationer inom vård och omsorg. Utvecklingscheckarna ska kunna användas av mottagaren för finansiering av externa kostnader för utveckling, rådgivning eller kommersialisering av innovativa idéer eller lösningar. Uppdraget löper under perioden 2011–2013. Tillväxtverket och Skolverket har även haft i uppdrag att genomföra informations- och kunskapshöjande insatser som främjar entreprenörskap i vård- och omsorgsutbildningar under 2010–2012. Studerande och läkare har fått kunskaper om vilka möjligheter det finns att bedriva verksamheter inom vård- och omsorgssektorn i egen regi, hur man går tillväga för att utveckla en verksamhet och vilka möjliga karriärvägar det finns inom branschen. Uppdraget slutredovisades i januari 2013. Regeringen har vidare avsatt särskilda forskningsmedel för att stärka vårdforskningens koppling till vård- och omsorgsverksamheternas behov och till innovativ praktiktäna forskning.

#### 4.4.3 Patienter värdesätter valfrihet och gör aktiva val

Patienter uppfattar att valfrihet i vården har ett positivt värde och en majoritet av patienterna vill själva välja vårdgivare inom primärvården, enligt Myndigheten för vårdanalys rapport Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård (2012). Myndigheten slår fast att en förutsättning för att ett vårdvalssystem ska leda till önskade effekter är att invånarna känner till att de har möjlighet att välja och att de har tillräcklig information om alternativen. Av den uppföljning av vårdvalsreformen i primärvården som genomförts på regeringens initiativ framgår det också att kännedomen om reformen är mycket stor i befolkningen. Regionala variationer finns dock, men även där kännedomen är som lägst känner drygt 80 procent av befolkningen till möjligheten att välja. I vissa landsting känner mer än 95 procent av de tillfrågade till möjligheten att välja vårdcentral. Cirka 75 procent tycker sig dessutom ha gjort ett aktivt val av vårdcentral. De

patienter som gör aktiva val är generellt mer nöjda med vården.

#### Utveckling av vårdvalsinformation

Det är angeläget att medborgare och patienter får ändamålsenligt stöd i att välja vårdgivare. Myndigheten för vårdanalys har i en studie (Vad vill patienten veta för att välja?) pekat på att allmänheten hittar merparten av den eftersökta vårdvalsinformationen, men att det också finns en viss efterfrågan på information som inte är tillgänglig i dag.

Enligt uppföljningen av vårdvalsreformen i primärvården anser knappt två av tre att de haft tillräckligt med information för att kunna göra ett aktivt val av vårdcentral. Mot bakgrund av detta har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fått medel till att utveckla en vårdvalsfunktion på 1177.se som ska innehålla information om både primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. I det här arbetet ingår att se över vilken information medborgare och patienter efterfrågar, hur de önskar få den presenterad och vilket ytterligare stöd de anser sig behöva för att kunna göra informerade val. Vårdvalsfunktionen ska vara utvecklad och samtliga landsting ska ha erbjudits att ansluta sig senast den 1 december 2013.

#### 4.4.4 Patientens ställning i vården

Regeringen har under ett antal år genom ändrad lagstiftning och satsningar inom ramen för olika överenskommelser med landstingen tagit initiativ till viktiga reformer som bidragit till att stärka patientens ställning, t.ex. genom att införa vårdval inom primärvården och Kömiljarden. Detta arbete har gett resultat. Myndigheten för vårdanalys har under 2012 presenterat en studie av hur patientcentrerad svensk hälso- och sjukvård är som visar att svensk hälso- och sjukvård har tagit flera steg för att utveckla och förbättra informations- och utbildningsinsatser riktade till patienterna. Studien visar dock på det fortfarande finns vissa brister, som t.ex. att patienterna inte tillräckligt känner till och informeras om vad lagstiftningen innebär.

För att ytterligare stärka patientens ställning beslutade regeringen 2011 att tillsätta en utredning med uppdrag att bl.a. föreslå hur patientens

valmöjligheter i vården ytterligare kan förbättras, t.ex. genom vårdval över länsgränser, samt lämna förslag till en ny patientlag där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas. I delbetänkandet Patientlag (SOU 2013:2) föreslår utredningen att det ska införas en patientlag där bestämmelser från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som tydliggör patienters möjligheter till inflytande i hälso- och sjukvården eller har direkt betydelse för vårdens utformning, samlas. Patientlagen innehåller även bestämmelser om information, delaktighet, tillgänglighet och val av utförare. I juni 2013 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44) till regeringen.

#### E-tjänster nära medborgare och patienter

För de allra flesta är det i dag självklart att ha elektronisk tillgång till personlig vårdinformation på samma sätt som man har tillgång till uppgifter om sin egen ekonomi och hanterar ärenden med myndigheter. För att möta denna utveckling har regeringen genom Apotekens Service AB påbörjat arbetet med att ta fram den tekniska grunden för en nationell tjänst som ska ge den enskilde möjlighet att digitalt lagra sin egen hälso- och vårdinformation. Tjänsten kommer att kallas HälsaFörMig. Utgångspunkten i arbetet är att enskilda personer via HälsaFörMig ska ges möjlighet att, i den mån uppgifterna får lämnas ut, hämta information både från vårdgivare som han eller hon har besökt eller behandlats hos och från myndigheter, som har uppgifter som berör den egna hälsan av värde för den enskilde. Den enskilde ska vidare inom ramen för HälsaFörMig ha möjlighet att föra in egen information så att han eller hon kan dokumentera och följa sin hälso-utveckling. Den enskilde ska ha möjlighet att själv besluta vilken information som man vill dela med andra personer, t.ex. en nära anhörig. Informationen ska kunna lagras under den enskildes livstid och grundprincipen är att denne äger all information som lagras inom ramen för tjänsten. Utvecklingsarbete kring HälsaFörMig sker under 2013 med planerad lansering under 2014.

I 2012 års Dagmaröverenskommelse enades regeringen och SKL om att invånare ska erbjudas hälsofrämjande tjänster som stödjer den enskildes möjlighet att själv kunna dokumentera och

aktivt följa sin hälsosituation. Enligt överenskommelsen kommer regeringen och SKL gemensamt att prioritera arbetet med att utveckla den nationella tjänst, som ska göra det möjligt för den enskilde att digitalt lagra sin egen hälso- och vårdinformation. Staten ansvarar för en säker infrastruktur för lagring av information samt tillgång till egen patientöversikt och läkemedelsinformation. SKL ansvarar för framtagandet och utvecklingen av de tjänster som bygger på landstingens verksamheter och för att säkra att dessa tjänster kan kopplas mot den nationella tjänsten. Apotekens Service AB och Center för eHälsa i samverkan (CeHis) – som har i uppdrag att koordinera landstingens samarbete för att utveckla och införa gemensamma e-hälsotjänster, teknisk infrastruktur samt gemensamma regelverk och standarder – har under våren 2013 ingått ett avtal där de riktlinjer som dragits upp i Dagmaröverenskommelsen 2012 förtydligats och fastställts.

Patientmaktsutredningen lämnade i juni 2012 promemorian Patientens tillgång till sin journal. I promemorian analyserades utifrån olika perspektiv vissa frågeställningar kring tjänster av den typ som HälsaFörMig avses bli.

Det finns i dag ett antal e-hälsotjänster för patienter, närstående och hälsointresserade som är tillgängliga dygnet runt. Ett exempel är webbplatsen 1177.se, som har information och tjänster inom hälsa, sjukvård och tandvård för allmänheten. Regeringen har på olika sätt bidragit till att stödja uppbyggnaden av tjänsten, bl.a. genom Dagmaröverenskommelserna. Under hösten 2012 genomfördes bl.a. en kampanj för att öka kännedomen om den särskilda avdelning på 1177 som berör cancer (1177.se/cancer).

#### 4.4.5 Vård av god kvalitet för personer med kronisk eller långvarig sjukdom

Allt fler personer lever länge med långvarig eller kronisk sjukdom vilket ofta medför långvarig kontakt med vården. Kostnaderna för samhället och den enskilde är höga.

Sveriges Kommuner och Landsting redovisar i rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting (2012) att det finns stora skillnader i vården när det gäller långvarig eller kronisk sjukdom. En internationell undersökning

från 2011, the International Health Policy Study som genomförts av The Commonwealth Fund, menar att patienters medverkan och inflytande över vården behöver förbättras. Det saknas enhetliga system för överföring av information mellan olika vårdenheter vilket försvårar kommunikationen mellan patient och vårdgivare. Patienterna uppfattas inte som experter på sin egen sjukdom och det finns ett motstånd mot att involvera patienten i vården. Bara två av tio personer med kronisk sjukdom i Sverige anser sig delaktiga i vården.

Regeringen genomför flera insatser när det gäller tillgänglighet, valfrihet och delaktighet som bidrar till en bättre vård för personer med långvarig sjukdom. Regeringens satsning på en nationell tjänst som gör det möjligt för individen att digitalt lagra sin egen hälso- och vårdinformation, vilket bl.a. ska underlätta kontakterna med vården och möjligheterna att följa upp och förbättra den egna hälsan, är av särskild betydelse för personer med kronisk sjukdom.

Under 2013 har regeringen också tagit initiativ till en särskild satsning på kvalitetsregister för kroniska sjukdomar. Inom ramen för satsningen har bl.a. Socialstyrelsen fått i uppdrag att identifiera och föreslå generella mätinstrument och indikatorer för patientrapporterade utfall för kroniska sjukdomar. Måtten ska kunna användas för att samla information om patienternas upplevelse av sitt hälsotillstånd inom ramen för kvalitetsregister.

#### 4.5 Resultatredovisning – kunskapsbaserad vård

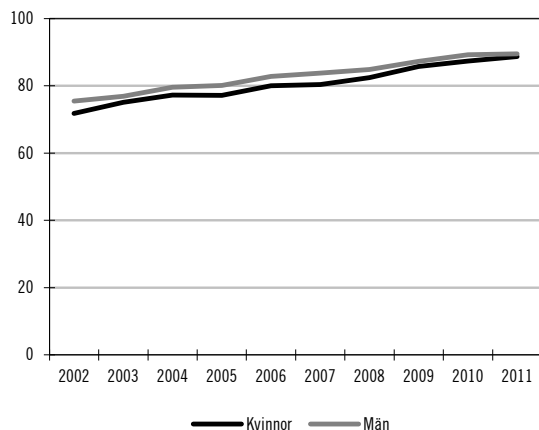
Sverige har mycket goda resultat vad gäller överlevnaden i de stora folksjukdomarna såsom cancer och hjärt- och kärlsjukdom. Svensk sjukvård står sig i dessa avseenden, väl vid en internationell jämförelse. En stor del av förklaringen ligger i att hälso- och sjukvården har blivit alltmer kunskapsbaserad. Det har bl.a. åstadkommits genom den statliga styrningen, som är inriktad på att stödja insatser som baseras på evidens och beprövad erfarenhet. Den statliga kunskapsstyrningen utformas bl.a. i form av nationella riktlinjer, vägledningar, föreskrifter och öppna jämförelser.

Huvudmännen och vårdgivarna är en del av kunskapsstyrningen och ansvarar för implemen-

teringen av ny kunskap och utmönstringen av ineffektiva metoder.

**Diagram 4.5 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2002–2011**

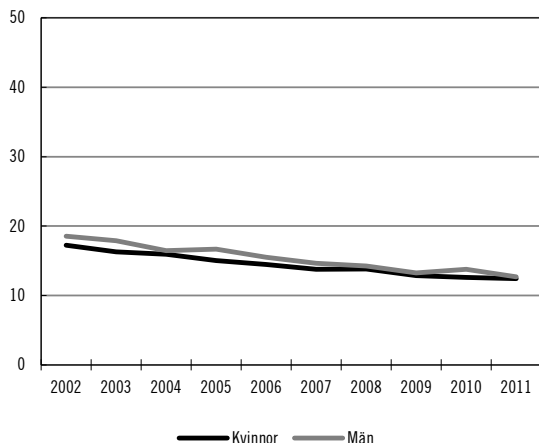
Procent



Källa: Riks-Stroke, det nationella kvalitetsregistret för stroke.

**Diagram 4.6 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, åldersgruppen över 20 år, 2002–2011**

Procent



Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret och Dödsorsaksregistret).  
Anm.: Åldersstandardiserade data.

I diagram 4.5 visas andelen strokepatienter som vårdats på strokeenhet under perioden 2002–2011. Vård på strokeenhet är en insats som ökar överlevnaden, minskar komplikationerna och som är prioriterad i de nationella riktlinjerna. Utvecklingen under perioden har varit positiv för både män och kvinnor.

I diagram 4.6 visas andelen personer som under perioden 1997–2011 dött inom 28 dagar efter att ha vårdats på sjukhus för hjärtinfarkt. Utvecklingen är positiv, mycket till följd av förbättrade behandlingsmetoder. Inga skillnader mellan män och kvinnor kan iakttas.

## 4.5.1 Kunskapsstöd och riktlinjer

Nationella riktlinjer är viktiga verktyg för en kunskapsbaserad vård. Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för flertalet av de stora folksjukdomarna, t.ex. diabetes, stroke, hjärtsjukvård och vissa cancerformer. Inom dessa områden minskar variationer i praxis samtidigt som det sker en positiv utveckling av resultaten.

### Riktlinjer och kunskapsstöd tas fram inom allt fler områden

Under 2012 och 2013 tog Socialstyrelsen fram ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Stödet omfattar nationella riktlinjer och annan vägledning för den palliativa vården med syfte att bl.a. ge stöd för regionala och lokala vårdprogram. Även definitioner av termer inom området, nationella indikatorer och en vägledning för hur olika aktörer kan samverka ingår.

Under 2012 och 2013 har Socialstyrelsen utvärderat och uppdaterat de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. I samband med detta tillämpades även en modell för att fastställa målnivåer för indikatorer i de nationella riktlinjer som tagits fram inom cancervården. Under 2013 fortsatte Socialstyrelsen också sitt påbörjade arbete med en modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram (se även avsnitt 4.8.4). Vidare har Socialstyrelsen under samma period genomfört en uppdatering av nationella riktlinjer och indikatorer av tandvård samt en öppen jämförelse och utvärdering av tandvården utifrån tidigare framtagna indikatorer.

Under 2012 och 2013 har Socialstyrelsen utvärderat sjukvården för personer med depression, ångest eller schizofreni utifrån de nationella riktlinjerna. Under 2013 revideras även riktlinjerna för missbruksvård och för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Regeringen har också avsatt särskilda medel för att stödja implementeringen av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.



## **Flera myndigheter samarbetar kring kunskapsstyrning**

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och tillämpa bästa tillgängliga kunskap för att göra bästa möjliga nytta för brukare och patienter. Flera myndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn har under senare år intensifierat sitt arbete med kunskapsstyrning.

År 2008 bildades den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK). I NSK samarbetar flera aktörer i urvalet av vårdområden för kunskapsunderlag. Gruppen samarbetar också för att sprida och införa nya kunskapsunderlag. I NSK ingår Socialstyrelsen, landstingen och sjukvårdsregionerna, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Läke-medelsverket, Statens berednings för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut. De sex sjukvårdsregionerna planerar att etablera nationella programråd i syfte att vidareutveckla och öka samverkan inom kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. handla om att utveckla nationella vårdprogram, baserade på bästa tillgängliga kunskap, för att utjämna skillnader i praxis såväl regionalt som över landet.

## **Den nationella funktionen för sällsynta diagnoser har intensifierat sitt arbete**

Sällsynta diagnoser definieras som sjukdomar eller skador som finns hos högst 100 personer per miljon invånare och som leder till en omfattande funktionsnedsättning. Under 2013 har arbetet fortsatt med den nationella funktion för sällsynta diagnoser som på regeringens uppdrag inrättades av Socialstyrelsen 2012. Syftet med funktionen, som Ågrenska stiftelsen för närvarande ansvarar för, är att den ska underlätta för personer med en sällsynt diagnos i samhället och öka kunskapen hos olika samhällsinstanser. Socialstyrelsen har också på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag till en nationell strategi på området.

## **Överenskommelse om en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård**

Inom ramen för överenskommelsen om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013 har staten och SKL enats om insatser som syftar till att hälso- och sjukvården ska bli mer kunskapsbaserad och att resultaten ska bli mer transparenta och jämförbara samtidigt som patientnyttan stärks.

Landstingen genomförde 2012 en kartläggning av sina respektive strukturer för kunskapsstyrning som ger en beskrivning av nuvarande organisation, samverkan, styrkor och svagheter. Kartläggningen har legat till grund för 2013 års arbete som dels fokuserat på att identifiera faktorer som bidrar till en lyckad implementering av kunskapsunderlag, dels på att utveckla verktyg för att systematisera och sprida sådan kunskap som har genererats i vården. Under 2012 etablerades det första nationella programrådet för diabetes som syftar till att samverka nationellt för en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård. Under 2012 fokuserades arbetet på att identifiera, prioritera och ge förslag på förbättringsområden vilka man sedan arbetar vidare med under 2013.

## **Arbetet med utvärdering av vårdens metoder utvecklas vidare**

SBU bidrar i hög utsträckning till statens kunskapsstyrningsarbete. På regeringens uppdrag har SBU under 2013 publicerat ett flertal underlag som ger en samlad bild av den aktuella kunskapen inom ett antal områden, däribland akutsjukvård för multisjuka äldre, internetbaserad psykologisk behandling vid ångest och depression, mat vid fetma samt diagnostik och behandling av ADHD och autism.

SBU har även haft regeringens uppdrag att se över och utveckla nätverket för vetenskaplig utvärdering av vårdens metoder, det s.k. Health Technology Assessment-nätverket. Myndigheten har också arbetat med att ta fram kunskapsunderlag om utmönstring av vårdmetoder, eftersom arbetet med att mönstra ut metoder med ingen eller mycket begränsad effekt, med osäker evidens eller som innebär risker för patienter måste intensifieras i takt med att nya och mer effektiva metoder införs i vården.

### **Förstudie om ett nationellt hälsobibliotek**

Regeringen gav under 2012 SBU i uppdrag att föreslå hur ett webbaserat nationellt hälsobibliotek som är tillgängligt för hela hälso- och sjukvården, tandvården och den kommunala vården och omsorgen skulle kunna inrättas. Uppdraget redovisades i april 2013 genom förstudien Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek. Av rapporten framgår att ett hälsobiblioteks viktigaste funktion skulle vara att samla, strukturera och förmedla praktiskt användbar och enkelt sökbar vetenskapligt grundad kunskap på ett ställe på webben. SBU bedömer att ett hälsobibliotek kan bidra till att förbättra beslut som rör vård och omsorg genom att ge berörda enkel och snabb tillgång till vederhäftiga och användbara kunskapsunderlag. Enligt SBU skulle hälsobiblioteket innebära nytta för vården, patienter, närstående och allmänheten samt för utbildning och forskning.

### **Riktlinjer ses över för att förstärka arbetet för jämlik vård**

I regeringens strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016 beskrivs att det finns stora utmaningar inom områdena cancervård, vård vid hjärt- och kärlsjukdom, vård vid psykisk ohälsa, missbruksvård samt tandvård. För samtliga dessa vårdområden finns nationella riktlinjer.

Enligt Socialstyrelsen visar utvärderingar generellt på förbättrade och i många fall goda resultat i vården där nationella riktlinjer används. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över de nationella riktlinjerna för dessa områden ur ett jämlikhetsperspektiv och vid behov uppdatera dessa. Uppdraget ska redovisas i oktober 2014. Regeringens bedömning är att ett stärkt perspektiv på jämlik vård i de nationella riktlinjerna kan få goda effekter när det gäller att minska ojämlikhet i vården inom dessa vårdområden.

### **Planeringsunderlag tas fram för traumavård vid större händelser**

Landstingen organiserar traumavård vid större händelser för att på bästa sätt erbjuda vård till dem som är bosatta i landstinget. Samtidigt finns det behov av att vid en allvarlig händelse sam-

ordna landstingens resurser för att kunna tillgodose de behov som finns på nationell nivå. Regeringen har därför uppdragit åt Socialstyrelsen att utarbeta ett planeringsunderlag för traumavård inom hälso- och sjukvården. Planeringsunderlaget ska stödja landstingens arbete med att upprätta planer och bygga upp en beredskap för att kunna omhänderta ett större antal svårt skadade vid en allvarlig händelse i Sverige. I uppdraget ingår att kartlägga landstingens förmåga till traumavård och vilka förutsättningar som finns för samverkan mellan landstingen och på nationell nivå. I uppdraget ingår också att beskriva strategiska vägval bl.a. för att kunna möta framtida krav på medicinsk kompetens. Uppdraget ska redovisas i november 2014.

### **Katastrofmedicinska insatser utomlands**

Mot bakgrund av de senaste årens snabba utveckling mot ett ökat internationellt samarbete inom civil krisberedskapshantering har behov funnits att se över rättsliga frågeställningar som aktualiseras vid internationella katastrofmedicinska insatser. Socialdepartementet har utarbetat promemorian Om katastrofmedicin som en del av svenska insatser utomlands m.m. (Ds 2013:7). I promemorian förslås bl.a. en utvidgning av den personkrets som kan komma att beröras av katastrofmedicinska insatser utomlands. Vidare föreslås att Socialstyrelsen tecknar avtal med lämpligt landsting avseende huvudmannskapet och vårdgivaransvaret för sådana hälso- och sjukvårdsinsatser som ges utomlands. Promemorian innehåller också slutsatser och klarlägganden inom ett antal områden av betydelse för katastrofmedicinska insatser. Det handlar bl.a. om jurisdiktionsfrågor, om rättsligt skydd av personal, om tillsyn och om ersättning för vård- och läkemedelsskada. Promemorian har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### **Frågeställningar kring organdonation och transplantation ses över**

Donationsviljan i Sverige är bland de högsta inom Europeiska unionen. Av befolkningen är 80 procent positivt inställda till att donera organ efter sin död. Genom transplantation av organ,

donerade från en avliden eller från en levande givare, kan många människor få ett förlängt liv och en bättre livskvalitet. Behovet av organ för transplantation är emellertid avsevärt större än tillgången.

För att säkerställa en fortsatt välfungerande donations- och transplantationsverksamhet i Sverige samt möjliggöra ett ökat antal donatorer och tillgängliga organ har regeringen tillsatt en utredning om donations- och transplantationsfrågor (dir. 2013:25). Utredningen ska bl.a. lämna förslag på hur informationen till allmänheten om donation och transplantation kan förbättras och hur förutsättningarna för enskilda personer att göra sin vilja känd kan förenklas, bedöma vårdgivarnas behov av kunskapsstöd avseende organisation och arbetssätt samt bedöma förutsättningarna för donationsfrämjande insatser i vården. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande senast den 13 januari 2015.

#### 4.5.2 Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård

Ett strukturerat arbete med fokus på att sammanställa och sprida kunskap om effektiva metoder och arbetssätt samt stödja införandet av dessa är ett viktigt stöd för landstingens utvecklingsarbete. Regeringen har därför vidtagit ett flertal åtgärder för att stimulera ett förbättringsarbete kring hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i landstingen.

##### Införandet av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Ett viktigt led i regeringens utvecklingsarbete är Socialstyrelsens uppdrag att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna omfattar metoder som kan användas för att stödja beteendeförändring vid tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. I uppdraget, som pågår t.o.m. 2014, ingår att tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna. Socialstyrelsen ska även kartlägga behovet av och stödja metodutveckling på området, skapa en interaktiv utbildning samt utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av riktlinjerna. Av Socialstyrelsens delrapportering i maj 2013

framgår att en struktur har byggts upp för att stödja landstingens och kommunernas arbete med riktlinjerna. Det pågår fem studier om metodutveckling. En förstudie har genomförts om en uppdatering av fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). Det pågår också diskussioner med några landsting om förbättringsarbete när det gäller metoder för kvalificerat samtal om matvanor. En förstudie har genomförts för en webbutbildning om samtal om matvanor som ska produceras under hösten 2013. En mätning av attityder hos chefer, professioner och befolkning till sjukdomsförebyggande arbete har också genomförts. Socialstyrelsen kommer under 2014 att presentera en utvärdering av följsamheten till riktlinjerna.

Regeringen kan vidare konstatera att ett effektivt utvecklingsarbete förutsätter lokal förankring. En aktör som har en viktig strategisk roll som stöd för detta är Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. Detta nätverk, som under en uppbyggnads- och utvecklingsfas ekonomiskt fått stöd av regeringen, omfattar i dag huvuddelen av den svenska hälso- och sjukvården. Nätverkets arbete med att utveckla kunskap, kompetens och rutiner för en hälsoorientering av hälso- och sjukvården är nära kopplat till Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Nätverket utgör därmed en viktig resurs som stöd för införandet av dessa riktlinjer.

##### Stöd till hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete

Regeringen gav under 2012 Livsmedelsverket i uppdrag att stödja ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor. Uppdraget omfattar att samla in och till personalen i hälso- och sjukvården tillhandahålla den bästa tillgängliga kunskapen om bra matvanor. För att genomföra uppdraget har Livsmedelsverket startat projektet Stöd till vården, och arbetar med att ta fram anpassat stöd som underlättar för hälso- och sjukvårdspersonalen att motivera patienter till bra matvanor. Stödet består i konkreta verktyg och material att använda vid patientsamtal.

## Åtgärder som främjar barns och ungas hälsa

Grunden för hälsan läggs till stor del redan i barndomen. De verksamheter som byggts upp inom mödravården, barnhälsovården och elevhälsan är viktiga i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Regeringen har gett Socialstyrelsen flera uppdrag i syfte att främja barns och ungas hälsa. Myndigheten ska bl.a. stödja ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan vad gäller goda matvanor och fysisk aktivitet. Uppdraget ska redovisas senast i september 2013. Socialstyrelsen har även regeringens uppdrag att se till att vägledning, rekommendationer och kunskapsöversikter för förlossnings-, nyföddhets-, barn- och elevhälsa finns utarbetade, tillgängliggörs och hålls uppdaterade.

Socialstyrelsen redovisade i mars 2013 ett uppdrag att kartlägga ungdomsmottagningarnas verksamhet. Kartläggningen visar bl.a. att så gott som alla ungdomsmottagningar erbjuder rådgivning om t.ex. födelsekontroll, preventivmedel och graviditetstest. Flertalet mottagningar erbjuder provtagning av sexuellt överförbara sjukdomar och smittspårar. Vidare framgår att ungdomsmottagningarna har goda möjligheter att tidigt upptäcka psykisk ohälsa. De flesta mottagningar erbjuder någon typ av samtalsstöd och drygt hälften av mottagningarna har gruppverksamhet för unga med särskilda behov. En annan viktig del av ungdomsmottagningarnas verksamhet är det uppsökande och utåtriktade arbetet. Kartläggningen visade också att hbt-kompetensen inom ungdomsmottagningarna generellt var god. Många av mottagningarna hade även haft kompetensutveckling inom hbt-frågor under det senaste året.

Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att kartlägga, sammanställa och sprida kunskap som kan stödja och underlätta hälso- och sjukvårdens bemötande och omhändertagande av barn och unga som misstänks fara illa eller riskera att fara illa. Uppdraget pågår t.o.m. september 2013.

## Uppföljning av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag redovisat en samlad öppen jämförelse av den

hälsoinriktade hälso- och sjukvården (Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting). Av rapporten framgår att hälso- och sjukvården bl.a. har goda förutsättningar att arbeta med frågor som rör levnadsvanor.

Av rapporten framgår också att rökstopp är en av de viktigaste åtgärderna för att minska risken att en patient återinsjuknar i stroke. Vid tre månaders uppföljning anger nästan hälften av de patienter som var rökare vid insjuknandet att de har slutat att röka. Rapporten visar även på en positiv nedåtgående trend när det gäller rökning i samband med graviditet och rökning i hemmiljön hos nyblivna föräldrar med barn yngre än en månad, som mellan åren 1999 till 2010 minskat från 18 till 13 procent.

Metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR®), som används i hälso- och sjukvården som ett led i att förebygga eller behandla sjukdom, har utvecklats med stöd av regeringen. Enligt Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2013 (Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut 2013) visar svenska studier att FaR® leder till ökad fysisk aktivitet hos ca 50 procent av de vårdsökande som har fått ett sådant recept. Förskrivningen av FaR® ser också ut att fortsätta öka i Sverige.

Socialstyrelsen har genomfört en studie för att få kunskap om inställningen till att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården och om hur väl sjukvården är förberedd för att stärka det sjukdomsförebyggande arbetet (Sjukdomsförebyggande arbete inom hälso- och sjukvården – en enkätstudie hösten 2012). Av enkätstudien framgår bl.a. följande:

- När frågor ställs till befolkningen framgår att var tredje person skulle vända sig till sjukvården om de skulle känna behov att ändra sina matvanor, var fjärde skulle göra det för stöd att ändra alkohol- och motionsvanor och var femte vad gäller tobaksvanor.
- 15 procent av de svarande hade diskuterat levnadsvanor med läkare eller annan vårdpersonal under de senaste 6 månaderna varav en övervägande andel var mycket positiva till samtalet.
- I stort sett samtliga svarande ansåg det vara viktigt att sjukvården generellt ger råd om levnadsvanor. Både chefer och professioner var eniga om att hälso- och sjukvården

borde arbeta mer med sjukdomsförebyggande rådgivning än vad man gör i dag.

- På frågan till de som arbetar i vården om det finns rutiner för att arbeta med rådgivning kring levnadsvanor på arbetsplatsen är det knappt 40 procent av de svarande som anser att så är fallet.
- Personalens kunskap om riktlinjerna är störst inom primärvården där tre av fyra känner till de nationella riktlinjerna vilket kan jämföras med dem som arbetar inom den slutna specialiserade vården där hälften känner till dem.

Regeringen kan med anledning av dessa resultat konstatera att förutsättningarna för att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder är goda.

#### 4.5.3 En mer kunskapsbaserad psykiatri

Personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet som personer med somatisk ohälsa. Kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete är ett prioriterat område i regeringens särskilda satsning PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016.

##### En struktur för kunskapsstyrning utvecklas

För att säkerställa att den vård som erbjuds personer med psykisk ohälsa är kunskapsbaserad har regeringen under 2012 gett Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans med relevanta myndigheter som SBU, TLV och Läke-medelsverket, skapa en struktur för att långsiktigt säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Socialstyrelsen ska även utveckla, förstärka och behovsanpassa de insatser som bedrivs inom ramen för den struktur för uppföljning och utvärdering inom området som myndigheten presenterade 2012. Under 2013 har Socialstyrelsen inventerat behoven av kunskap på vissa områden som t.ex. ADHD och barn och unga. Syftet med inventeringarna är att säkerställa att kunskapsstyrningen blir ändamålsenlig och relevant för huvudmän, patienter och anhöriga.

Utifrån detta bör det kommande arbetet med kunskapsstöd planeras.

##### Nya kunskapsstöd tas fram

För närvarande utarbetar Socialstyrelsen vägledning om läkemedelsbehandling och stöd till personer med ADHD, om indikation för elektrokonvulsiv behandling (ECT) vid depression och om förebyggande åtgärder och behandling av barn och unga med psykisk ohälsa. Vägledningarna skapar bättre förutsättningar för huvudmännen att erbjuda kunskapsbaserade vård- och stödsatser.

##### Behovet av tvångsåtgärder har minskat

Regeringen fortsätter tillsammans med SKL satsningen på stöd till riktade insatser för att förbättra vården och omsorgen för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad problematik. I överenskommelsen med SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013 finns bl.a. en satsning på fortsatt utveckling av den psykiatriska heldygnsvården. Satsningen bygger på erfarenheterna från projektet Bättre vård – mindre tvång, som avslutades 2012 och som visade goda resultat med en halvering av behovet av tvångsåtgärder i de deltagande klinikererna. Under 2013 har 44 team deltagit i fyra s.k. genombrottsutbildningar varav två med särskild inriktning på självskadebeteende.

##### Regionalt stöd för att minska självskador

Ett tydligt delmål i regeringens PRIO-satsning är att skapa förutsättningar för att minska förekomsten av självskadebeteende. I Sverige har antalet unga människor (15–25 år) som tagits in på sjukhus på grund av avsiktligt självförvållade skador ökat markant de senaste tio åren. För att stärka vården och skapa förutsättningar för en god och jämlik vård vid självskadeproblematik har regeringen och SKL sedan 2011 en överenskommelse om en struktur för att öka kunskapen lokalt och regionalt. Under 2013 har tre kunskapsnoder etablerats i Stockholm, Göteborg respektive Malmö. Dessa ansvarar för den regionala kunskapspridningen och för hand-

ledning och konsultation till vårdgivare inom respektive upptagningsområde.

#### **Tillgången på specialister inom psykiatri ökar**

Antalet läkare som väljer att göra sin specialiseringstjänstgöring inom vuxenpsykiatri och inom barn- och ungdomspsykiatri har stadigt ökat de senaste åren. En bidragande orsak har varit det s.k. METIS-projektet som Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) ansvarat för fram till 2012. Under 2013 har erfarenheterna från METIS tillvaratagits och införts i ordinarie strukturer på Socialstyrelsen. I samband med detta har också Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att ta fram målbeskrivningar och kompetenskrav för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri för att säkerställa tillgången på kompetens på området.

Regeringen har även satsat på att öka kunskapen om psykiatri i bristområden genom en fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare inom de norra och sydöstra sjukvårdsregionerna. Den sammanlagda tjänstgöringstiden inom psykiatri har ökat och satsningen har gett möjlighet att förbättra psykiatriutbildningen för samtliga AT-läkare. Satsningen pågår t.o.m. 2014 och en förhoppning är att den fördjupade psykiatriutbildningen, förutom att ge generellt ökade kunskaper inom psykiatriområdet, också ska leda till att flera läkare väljer att göra sin specialisttjänstgöring inom psykiatri.

Även när det gäller tillgången på psykologisk behandling har regeringens satsning på att öka antalet anställda med adekvat kompetens i effektiva psykoterapeutiska behandlingsmetoder haft effekt. Satsningen pågår och 190 anställda inom hälso- och sjukvården utbildas/har utbildats varav de flesta inom vuxen och barn- och ungdomspsykiatri, där landstingen uppfattar att de största behoven finns. I drygt hälften av landstingen uppskattas nu tillgången till psykologisk behandling som god eller relativt god.

#### **Den långsiktiga satsningen på forskartjänster och forskarskolor fortsätter**

Vetenskapsrådet har regeringens uppdrag att inrätta ca 30 forskartjänster för kliniskt verkssamma inom psykiatri. Satsningen, som är långsiktig och pågår t.o.m. 2018, syftar till att höja

kompetensnivån inom psykiatri och utforma goda forskningsmiljöer för forskare och doktorander. Tretton forskartjänster på deltid har kommit igång och ytterligare tjänster kommer att inrättas under 2013.

## **4.6 Resultatredovisning – tillgänglighet till sjukvård**

Tillgängligheten till sjukvård har under flera år varit en prioriterad fråga för regeringen. Resultatet har blivit en ökad tillgänglighet. Dessutom mäts numera väntetider för alla patienter under årets alla dagar.

Regeringen har lagstiftat om en vårdgaranti, fortsatt en prestationsbaserad satsning på tillgänglighet (Kömiljarden), förbättrat informationen till patienten och ökat tillgängligheten genom apoteksomregleringen och tandvårdsreformen. Samtliga insatser har bidragit till förbättringarna av tillgängligheten.

### **4.6.1 Vårdgarantin och Kömiljarden har förbättrat tillgängligheten**

Vårdköerna har minskat och tillgängligheten till hälso- och sjukvården har förbättrats under de senaste åren. Det innebär att de insatser som regeringen har vidtagit för att förbättra tillgängligheten, t.ex. den nationella vårdgarantin och Kömiljarden, har gett goda och varaktiga resultat. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2013 är många patienter nöjda med vårdens tillgänglighet, särskilt när det gäller primärvården.

#### **Vårdgarantin ställer krav på landstingen**

Genom den lagstadgade vårdgarantin är landstingen skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård inom en viss tid. Landstingen ska erbjuda kontakt med primärvården samma dag som personen söker hjälp och inom sju dagar ska primärvården erbjuda läkarbesök. Besök i den specialiserade vården ska erbjudas inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller att den enskilde sökt kontakt med vården och behandling ska påbörjas inom 90 dagar efter beslutsdatum. Om landstinget inte klarar av att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser ska landstinget

aktivt bistå patienten med att ordna vård hos någon annan vårdgivare, utan extra kostnad för patienten.

En positiv effekt med vårdgarantin är, enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2013, att patienternas inflytande över hur och när vården ges har ökat. Andra positiva effekter är att garantin har bidragit till en ökad motivation att effektivisera landstingens arbete med att korta väntetiderna och till ett ökat samarbete i vårdkedjorna. Att allmänhet, patienter och vårdpersonal känner till regelverket är en förutsättning för att vårdgarantin ska fungera fullt ut. Kunskapen om vårdgarantin och de regler som gäller för den är dock relativt svag, vilket indikerar att landstingens kommunikation om vårdgarantin kan behöva förbättras. De flesta landsting uppger att vårdgarantin är en prioriterad kommunikationsfråga men få har utvärderat effekterna av sina informationsinsatser.

### **Kömiljarden leder till kortare väntetider**

Sedan 2009 har regeringen årligen avsatt ett särskilt statsbidrag om en miljard kronor för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården, den s.k. Kömiljarden. Denna satsning är utöver de ca 5,6 miljarder kronor per år för vårdgaranti och ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården som regeringen tillfört landstinget via det generella statsbidraget. Kömiljarden är en stimulansåtgärd för att landstinget ska korta väntetiderna och regleras i årliga prestationsbaserade överenskommelser mellan regeringen och SKL. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven får ta del av medlen. Kraven har stegvis höjts och är högre än kraven i hälso- och sjukvårdslagen. Orsaken till de höjda kraven är att parterna är eniga om att väntetiderna behöver förkortas ytterligare. De senaste åren har medlen inom ramen för Kömiljarden fördelats till de landsting som klarar att ge vård (besök och behandling inom den specialiserade vården) inom 60 dagar. År 2012 klarade elva landsting att ge specialiserad vård inom 60 dagar till minst 80 procent av patienterna.

Under perioden 2011–2013 har, inom ramen för Kömiljarden, olika projekt bedrivits med syfte att göra det lättare att följa patientens kontakter med vården. Det har bl.a. tagits fram

en modell för att kunna följa ledtider för t.ex. röntgen och återbesök.

Enligt Socialstyrelsen, som har regeringens uppdrag att följa upp vårdgarantin och Kömiljarden, har Kömiljarden varit ett viktigt incitament för att få landstinget att bli mer engagerade i väntetidsfrågan. Uppföljningen visar att de åtgärder som har vidtagits allt mer har varit av långsiktig karaktär, som t.ex. organisatoriska förändringar och arbete med processtyrning.

### **Tillgänglighet till både primärvård och specialiserad vård har förbättrats**

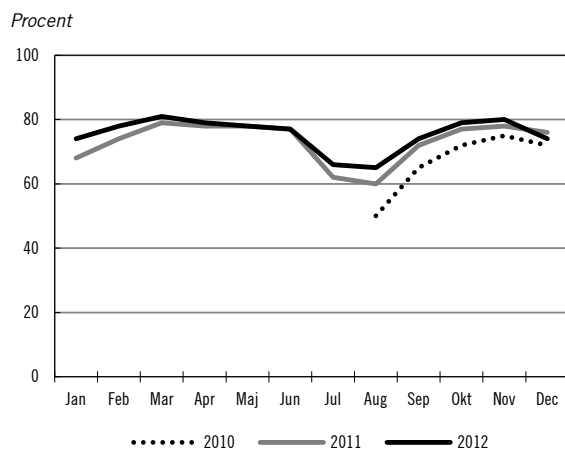
Under den tid vårdgarantin har varit reglerad och Kömiljarden har funnits har tydliga förbättringar skett när det gäller tillgängligheten till primärvården och den specialiserade vården. År 2012 besvarades 89 procent av alla telefonsamtal till vårdcentralerna samma dag till skillnad från 2007, då enbart 80 procent av samtalen besvarades samma dag. Andelen genomförda läkarbesök inom sju dagar ökade från 89 procent 2007 till 93 procent 2012.

Antalet patienter som väntar på ett besök eller en behandling inom specialistvården har minskat de senaste åren och allt färre av de väntande har en väntetid över 90 dagar. År 2007 hade 73 procent av patienterna väntat mindre än 90 dagar på besök eller på behandling. År 2012 fick 90 procent specialistbesök inom 90 dagar. Även om definitionen och omfattningen av vårdgarantin har ändrats något sedan 2007 tyder detta på att fler får vård inom 90 dagar i dag jämfört med 2007.

Landstingens rapportering till den nationella väntetidsdatabasen är av avgörande betydelse för att kunna följa utvecklingen av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Under 2012 hade alla landsting en svarsfrekvens på över 95 procent för alla årets månader. I det följande redovisas indikatorer som har tagits fram för att följa utvecklingen kring tillgängligheten i vården. (För en indikator för tillgängligheten för apoteksområdet se avsnitt 4.6.3.) I diagram 4.7 redovisas utvecklingen av andelen patienter som får besökstid i specialiserad vård inom 60 dagar och i diagram 4.8 utvecklingen av andelen patienter som får behandling i specialiserad vård inom 60 dagar. Båda diagrammen visar jämförelser mellan tre år, 2010–2012. Som tidigare

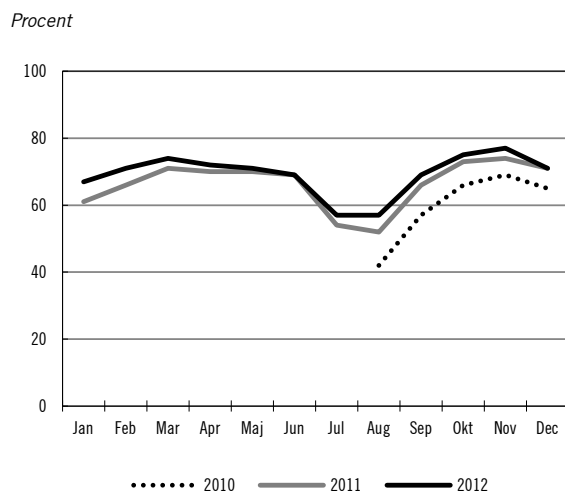
redovisats visar diagrammen att allt fler patienter får vård inom 60 dagar. Det gäller såväl besök som behandling eller åtgärd i specialiserad vård. Motsvarande väntetider under första halvåret 2013 är i stort sett oförändrade.

**Diagram 4.7 Andel patienter som får besökstid i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012**



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Väntetidsdatabasen Signe).  
Anm.: Könsuppdelad statistik finns inte tillgänglig. Väntetidsdata är jämförbara fr.o.m. hösten 2010 på grund av ändrad definition av vilka som räknas som väntande och att fler behandlingar inkluderats i Kömiljarden.

**Diagram 4.8 Andel patienter som erhåller behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 60 dagar, 2010–2012**

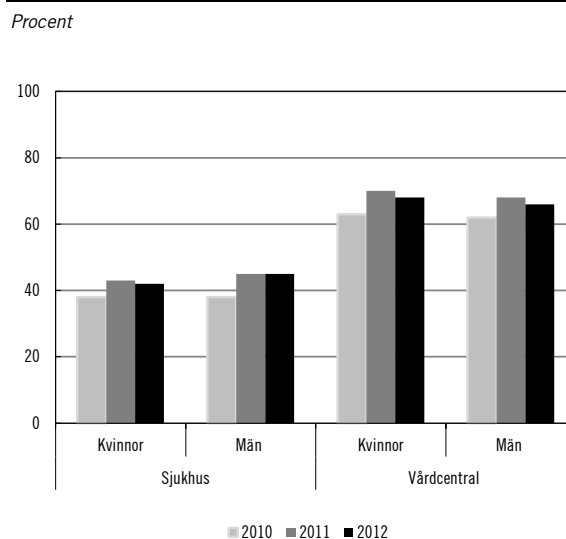


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Väntetidsdatabasen Signe).  
Anm.: Könsuppdelad statistik finns inte tillgänglig. Väntetidsdata är jämförbara fr.o.m. hösten 2010 på grund av ändrad definition av vilka som räknas som väntande och att fler behandlingar inkluderats i Kömiljarden.

Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården varierar mellan landstingen. År 2012 varierade t.ex. andelen besvarade telefonsamtal i primärvården mellan 76 och 100 procent. Inom den specialiserade vården varierade antalet patienter som väntat mindre än 60 dagar på specialistbesök mellan 62 och 88 procent.

Diagram 4.9 visar en indikator på hur befolkningen uppfattar tillgängligheten till hälso- och sjukvården. En högre andel av befolkningen anser att väntetiderna både till besök på vårdcentral och på sjukhus är rimliga 2012 jämfört med 2010. Befolkningen anser i högre grad att väntetiderna till vårdcentraler är rimliga jämfört med väntetiderna till sjukhus. Det är ingen större skillnad mellan kvinnor och män på hur väntetiderna uppfattas.

**Diagram 4.9 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att väntetider till besök och behandling är rimliga, 2010–2012**

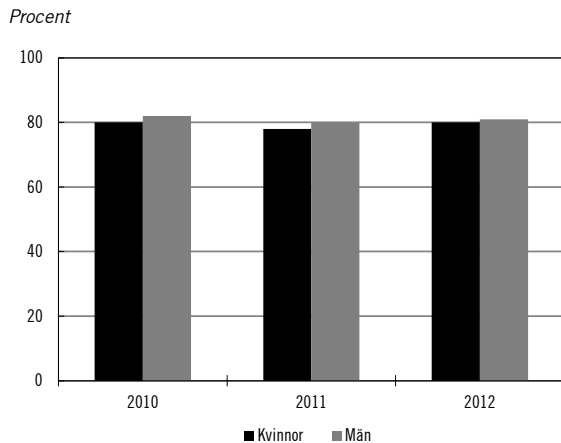


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

Diagram 4.10 visar en indikator på i vilken mån befolkningen instämmer i om de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. År 2012 instämmer ca 80 procent helt eller delvis i att de har tillgång till den vård de behöver. Män instämmer i något högre utsträckning än kvinnor.



**Diagram 4.10 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis med att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2010–2012**



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

### Väntetiderna vid landets akutmottagningar varierar

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett system för att på nationell nivå följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar. Uppdraget ska slutredovisas i december 2013. I april 2013 lämnade myndigheten en delrapport som bl.a. innehåller en kartläggning av väntetider, volymer, arbetssätt och bemanning vid de sjukhusbundna akutmottagningarna. Kartläggningen visar att den genomsnittliga vistelse-tiden på akutmottagningarna varierade stort mellan landstingen under 2012, från två timmar och tio minuter i Norrbottens läns landsting till tre timmar och fyrtio minuter i Uppsala läns landsting. Med vistelsetid menas tiden från ankomst till det att patienten lämnar akutmottagningen. Rapporten visar även att de äldsta patienterna genomgående har en längre total vistelsetid på akutmottagningen men att de där- emot blir snabbare bedömda av läkare.

Regeringen har även beviljat medel till SKL för ett projekt som syftar till att stödja huvudmännen i deras insatser med att förbättra arbetet på akutmottagningarna.

#### 4.6.2 Tillgänglighet till psykiatri

God tillgänglighet till hälso- och sjukvård, såväl i form av förebyggande insatser som av bedömning och behandling i första linjen eller på specialistnivå, är en förutsättning för att barn och unga med psykisk ohälsa ska få tillgång till

rätt insatser så tidigt som möjligt. Regeringen och SKL har sedan 2009 årligen ingått överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Målet är att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri.

Enligt överenskommelserna ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda en tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter en beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.

För att få det prestationsbaserade statsbidraget för 2011 gällde att minst 90 procent får en första bedömning (besök) inom 30 dagar och att minst 80 procent har påbörjat fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. För att få prestationsbidraget för 2012 gällde samma mätmodell som 2011. Uppföljningen av väntetider grundade sig dock på ett genomsnitt för fler månader. Resultatet var något sämre jämfört med 2011 när det gäller första besök och något bättre när det gäller andel som fått fördjupad utredning/behandling. Variationen mellan landsting är fortsatt stor.

Under 2012 uppfyllde 16 landsting kraven för första besök och 15 landsting kraven för fördjupad utredning/behandling. Enligt Socialstyrelsen, som har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera satsningen, har landstingen utökat sina insatser för att förbättra vårdens tillgänglighet.

Tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa ingår fr.o.m. 2013 i psykiatriöverenskommelsen och inte som tidigare i överenskommelsen om Kömiljarden. Det betyder att den förstärkta vårdgarantin nu är en integrerad del av regeringens överenskommelse på psykiatriområdet, som också innehåller satsningar på att identifiera och förstärka insatser i första linjen.

Som stöd bedriver även SKL, i överenskommelse med regeringen, sedan 2012 ett utvecklingsarbete med fokus på synkronisering av samhällets samlade insatser till barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. All hjälp som samhället kan erbjuda, både från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska vara lätt att hitta och ges i rätt tid. Kommuner och landsting medverkar på olika ambitionsnivåer inom olika utvecklingsteman vilka mynnar ut i ett antal lokala förbättringsprojekt. Dessa har särskilt goda förutsättningar att utgöra

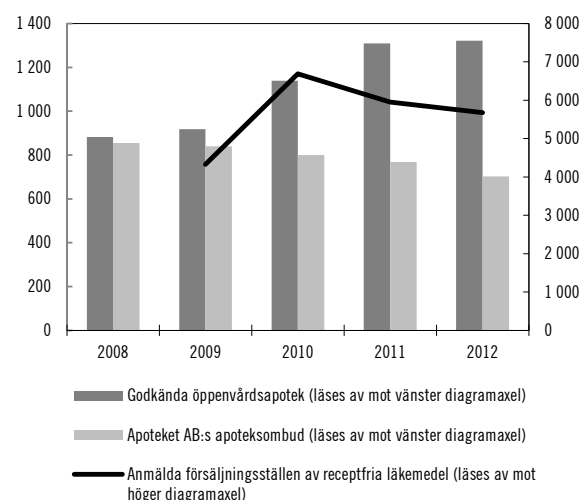
bra exempel på olika metoder och insatser för psykisk ohälsa och rätt insatser på rätt nivå för barn och unga. Inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKL sker också ett arbete med att utveckla mätpunkter för uppföljning av tillgänglighet till första linjen, dvs. den funktion eller verksamhet i kommuner och landsting som först möter ett barn eller en ungdom med ett indikerat problem. Utvecklingsarbetet under 2013 har fokuserat på att genomföra pilotprojekt som beskriver och jämför hur tillgängligheten till första linjen kan mätas. Förslag avseende uppföljning och mätpunkter har lämnats till Socialdepartementet.

#### 4.6.3 Apotekens tillgänglighet har ökat

Regeringens mål med omregleringen av apoteksmarknaden är att ge konsumenterna ökad tillgänglighet till läkemedel, bättre service och större tjänsteutbud. Regeringen kan konstatera att tillgängligheten till läkemedel har förbättrats genom fler försäljningsställen och förbättrade öppettider. Av diagram 4.11 framgår att antalet apotek ökat markant till följd av omregleringen. Vidare framgår att ett flertal försäljningsställen anmälde intresse för att sälja vissa receptfria läkemedel direkt efter omregleringen, men att detta intresse minskade något under följande år. I fråga om apoteksombud framgår att den långsiktiga trenden är att dessa blir färre.

**Diagram 4.11 Antal försäljningsställen för receptfria och receptbelagda läkemedel, 2008–2012**

Antal försäljningsställen



Källor: Läke medelsverket och Apoteket AB.

#### God patientsäkerhet och kvalitet på apoteken

I början av 2013 kom Läke medelsverkets första sammanfattande tillsynsrapport gällande öppenvårdsapoteken. Under 2011 och 2012 har 132 apotek inspekterats av Läke medelsverket. Det motsvarar cirka tio procent av landets apotek. Vid samtliga inspektioner noterades avsteg från regelverket, men inga avvikelser bedömdes som kritiska, dvs. som en fara för patientsäkerheten.

Regeringen anser att det är angeläget med ett transparent underlag som visar olika apoteksaktörers kvalitet och säkerhet. Läke medelsverket har därför fått i uppdrag att, i samverkan med Socialstyrelsen, ta fram och utveckla nationella indikatorer för god patientsäkerhet, tillgänglighet och kvalitet på apotek. Framtagandet av indikatorerna ska delvis baseras på arbetet med den svenska standarden för god apotekssed, Good Pharmacy Practice, som lägger en branschgemensam grund för farmaceutiska, kvalitetsrelaterade och etiska frågeställningar. Uppdraget ska redovisas senast den 20 juni 2014.

#### Fler apotek sedan apoteksmarknaden omreglerats

Antalet apotek har ökat väsentligt sedan omregleringen av apoteksmarknaden. I slutet av 2012 presenterade Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) sin slutredovisning av uppdraget att följa och analysera den geografiska tillgängligheten till läkemedel med anledning av omregleringen. Myndigheten konstaterar att 330 nya apotek har tillkommit sedan omregleringen 2009. I september 2012 fanns ett apotek per ca 7 600 invånare, vilket kan jämföras med ett apotek per ca 10 000 invånare i juli 2009. Apotekstätheten har alltså ökat väsentligt sedan apoteksreformen, även om det förekommer regionala skillnader. Detta innebär att det stora flertalet av invånarna har fått en hög eller mycket hög tillgänglighet till apotek. I områden som karaktäriseras av låg eller mycket låg tillgänglighet är situationen dock oförändrad. Tillgängligheten till receptfria läkemedel har väsentligen förbättrats till följd av de ca 6 000 övriga försäljningsställena. Slutligen har apotekens öppettider ökat markant från i genomsnitt 42 till 53 timmar per vecka.

## Stöd till apotek i glesbygd

För att möjliggöra fortsatt drift av apotek i glesbygdsområden har regeringen beslutat införa ett särskilt apoteksstöd. De grundläggande förutsättningarna för att få detta stöd framgår av förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Förordningen bygger på ett förslag från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). De närmare detaljerna om hur beloppets storlek fastställs framgår av föreskrifter från TLV.

## Läkemedelspriserna har inte påverkats av omregleringen

I slutet av 2012 slutredovisade Tillväxtanalys sitt uppdrag att följa prisutvecklingen på läkemedelsmarknaden med anledning av omregleringen. I rapporten redovisas dels vilka pris-effekter de förändrade reglerna för utbyte av läkemedel har lett till, dels hur prisutvecklingen beträffande de receptfria läkemedlen har sett ut. Kostnadssänkningen, mätt per dygnsdos, uppskattas till ungefär tio procent mätt på apotekens försäljningspriser. Sänkningarna förklaras av de sänkta takpriserna på original med konkurrens av generiska läkemedel som genomfördes sommaren 2009.

Prisökningstakten för receptfria läkemedel enligt läkemedelsprisindex (LMPI) har varit något högre än inflationen mätt som KPI från januari 2008 till oktober 2012. LMPI har ökat med ca 8,5 procent medan KPI ökat med ca sju procent under perioden. LMPI ökade dock relativt mer fram till årsskiftet 2009/2010 medan KPI ökat mer än LMPI sedan dess. Annorlunda uttryckt har läkemedelsprisindex huvudsakligen ökat under tiden innan Apoteket AB mötte faktisk konkurrens, men prisökningstakten har sedan dess mattats av.

## Uppföljning av apoteksomregleringen

Statskontoret fick i juni 2010 i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera omregleringen av apoteksmarknaden utifrån målen med reformen. I maj 2013 inkom Statskontoret med sin slutredovisning av uppdraget.

Statskontoret bedömer att målet om ökad tillgänglighet till läkemedel och målet om låga

läkemedelskostnader har uppfyllts i hög grad. Statskontoret bedömer följaktligen att det stora flertalet konsumenter har fått en förbättrad tillgänglighet till läkemedel. Vidare visar flera av de slutsatser och iakttagelser som Statskontoret redovisar på pris- eller kostnadsminskningar.

Statskontoret gör den sammanvägda bedömningen att det övergripande målet om bättre service och tjänsteutbud har uppfyllts till viss del. Statskontoret framhåller att konsumenterna redan före apoteksomregleringen överlag var nöjda med servicen på apoteken, vilket gör att utrymmet för förbättringar i detta avseende har varit begränsat. Konsumenterna ger fortsatt mycket höga betyg till apotekspersonalen för respektfullt bemötande såväl 2013 som 2008, dvs. före apoteksomregleringen.

Målet om bibehållen kompetens och säkerhet i läkemedelsförsörjningen anser Statskontoret endast har uppfyllts till viss del. Statskontoret menar att tillsynen inom samtliga områden, utom partihandeln, kom i gång för sent efter omregleringen av apoteksmarknaden. Statskontoret bedömer därför att efterlevnaden av reglerna brister på vissa områden. Statskontoret gör bedömningen, med utgångspunkt från bl.a. apotekspersonalens och konsumenternas upplevelser, att tillgängligheten till läkemedel inom 24 timmar försämrats efter omregleringen. Samtidigt framhåller myndigheten att det stora flertalet konsumenter får sina läkemedel direkt eller inom 24 timmar trots förändringarna.

Statskontoret anser inte att det har varit möjligt att bedöma måluppfyllelsen för målet om att tillvarata apotekens bidrag till en förbättrad läkemedelsanvändning. Sammantaget bedömer Statskontoret att apoteksmarknaden i maj 2013 överlag fungerar tillfredsställande, men att regeringens uttalade ambition om mångfald och goda förutsättningar för både små och stora aktörer riskerar att inte uppfyllas på längre sikt.

## 4.6.4 Utvecklade förmåner inom tandvården ökar tillgängligheten

### Tandhälsan i Sverige är generellt sett god

I Statens folkhälsoinstituts senaste nationella folkhälsoenkät från 2012 framkom att 90 procent av befolkningen, både kvinnor och män, anser sig ha god tandhälsa. Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvården 2013 visar

att andelen kariesfria barn i olika åldrar är hög och fortsätter att öka. Sverige har näst högst andel kariesfria tolvåringar i de nordiska länderna med 65 procent av tolvåringarna kariesfria, närmast efter Danmark som hamnar överst med 70 procent kariesfria tolvåringar.

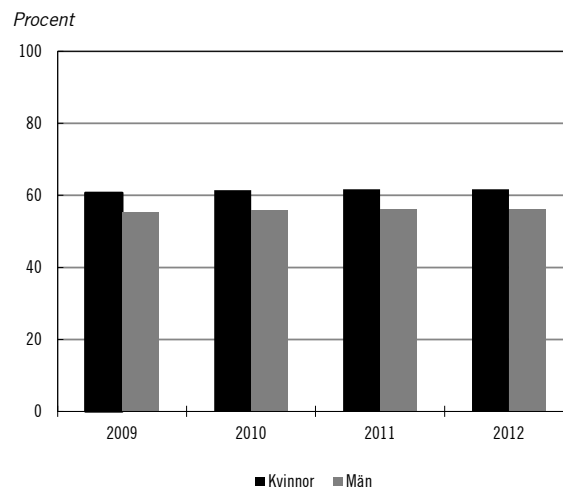
Det förekommer dock problem med skillnader i tandhälsa mellan olika grupper. Exempelvis kan nämnas att 6 procent av yrkesarbetande uppger att de har dålig tandhälsa medan motsvarande andel bland personer med sjukpenning uppgår till 28 procent. Stora skillnader återfinns även när det gäller födelse-land. Andelen personer som uppger sig ha dålig tandhälsa är betydligt mindre bland personer som är födda i Sverige än bland utrikes födda personer.

### De flesta är nöjda med tandvården

De allra flesta är nöjda med tandvården enligt en mätning av nöjdhetsindex 2012 från Svenskt kvalitetsindex. Nöjdhetsindex ligger på 76 av 100 för folktandvården och 86 av 100 för privat-tandvården. Bilden bekräftas av Socialstyrelsens enkätundersökning våren 2012 som visar att 95 procent av befolkningen anser sig ha blivit respektfullt bemötta när de besökt tandvården.

Diagram 4.12 visar andelen vuxna som besökt tandvården fördelat på de senaste fyra åren. Den genomsnittliga besöksfrekvensen per år har under denna period uppgått till ca 61 procent för kvinnor och ca 56 procent för män. Besöksfrekvensen har genom åren legat konstant för både kvinnor och män.

**Diagram 4.12 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist, 2009–2012**



Källa: Försäkringskassan.

Tabell 4.5 visar de totala tandvårdsutgifterna för perioden 2006–2011 vilket inkluderar såväl hushållens konsumtionsutgifter (patientavgifter) samt offentliga utgifter (statens, landstingens och kommunernas utgifter). De totala tandvårdsutgifterna för 2011 uppgick till ca 23 miljarder kronor. Tandvårdspatienternas andel av de totala utgifterna för tandvården uppgick mellan åren 2006–2011 till i genomsnitt 61 procent. I tabell 4.6 visas kostnaderna för det statliga tandvårdsstödet för perioden 2006–2012.

**Tabell 4.5 Tandvårdsutgifter, 2007–2011**

Miljoner kronor

	2007	2008	2009	2010	2011 <sup>1</sup>
<b>Hushållens konsumtionsutgifter för tandvård</b>					
Patientavgifter	12 445	13 100	13 539	13 572	13 641
<b>Offentliga konsumtionsutgifter för tandvård</b>					
Statens, landstingens och primärkommunernas utgifter	7 622	8 523	9 399	8 899	9 079
<b>Summa utgifter</b>	<b>20 067</b>	<b>21 623</b>	<b>22 938</b>	<b>22 471</b>	<b>22 720</b>
<b>Andel patientavgifter</b>	<b>62,0%</b>	<b>60,6%</b>	<b>59,0%</b>	<b>60,4%</b>	<b>60,0%</b>

Källa: Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna).

<sup>1</sup> Uppgifterna för 2011 är preliminära.

**Tabell 4.6 Kostnader för statligt tandvårdsstöd, 2008–2012**

Miljoner kronor

	2008	2009	2010	2011	2012
Statligt tandvårdsstöd	3 749	5 323	4 910	4 882	4 915
Administrationskostnader för försäkringen	205	221	206	195	155

Källa: Försäkringskassan.

### Tandvårdsreformens tredje steg – det särskilda tandvårdsbidraget – är nu infört

Den 1 januari 2013 infördes ett nytt stöd inom ramen för det statliga tandvårdsstödet i form av ett särskilt tandvårdsbidrag, det s.k. tredje steget i tandvårdsreformen. Bidraget ska kunna lämnas till personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa. Målet med det särskilda tandvårdsbidraget är att uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att allvarliga sjukdomar kan undvikas. Bidraget ska, utom när det gäller abonnemangstandvård, enbart kunna användas till förebyggande tandvårdsåtgärder.

Personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar som är så allvarliga för tandhälsan att deras negativa effekter inte kan förhindras enbart med förebyggande tandvård kan efter prövning hos landstinget i vissa fall få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter om särskilt tandvårdsbidrag samt föreskrifter och allmänna råd om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

### Förbättrad ersättning till den vuxna befolkningen

Till 2013 har staten också utvidgat rätten till ersättning för tandvård för den vuxna befolkningen i sin helhet.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har infört referenspriser för specialisttandvård vilket minskar den andel av kostnaden som patienten står för själv. Vidare har TLV infört ersättning för tomografiröntgen samt tandstödd protetik vid entandslucka längre bak i munnen. TLV har även utökat subventions-systemet för långtidstemporära och semi-permanenta konstruktioner på implantat och för ytterligare åtgärder som tidigare inte ersatts. Till-sammans bidrar detta till en förbättrad tillgänglighet till tandvården.

### Insatser för att öka kännedomen om tandvårdsstödet

Majoriteten av befolkningen uppger sig ha regelbunden kontakt med tandvården. Samtidigt hade drygt var femte person inte besökt tandvården under de tre första år som gått sedan det statliga tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008.

Regeringen har därför vidtagit ett antal åtgärder för att öka kännedomen hos befolkningen om det statliga tandvårdsstödet. Åtgärderna är inriktade mot att skapa förutsättningar för tandvårdsgivare att agera och konkurrera på lika villkor men också för att öka kunskapen om det statliga tandvårdsstödet. Sammantaget ska dessa insatser leda till att patienten kan göra medvetna val och på så sätt stå starkt på tandvårdsmarknaden. Inom ramen för Dagmaröverenskommelsen har regeringen initierat en informationsinsats i syfte att öka kunskapen och därmed besöksfrekvensen. Medel som avsatts har använts till en informationsinsats som avser att öka kännedomen om och användningen hos befolkningen av information och tjänster om tandvård på 1177.se. Bland annat är det nu lättare att hitta enskilda tandläkare och tjänsten ”hitta och jämför tandläkare” på internet. Vidare har behoven och incitamenten relaterade till användande av 1177.se av målgruppen unga vuxna som ska välja tandläkare för första gången analyserats, och utveckling av en kampanj- och mediaplan genomförts.

Beträffande tandvårdsreformens tredje steg avsatte regeringen tre miljoner kronor 2012 till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som uppdrog åt Inera AB att genomföra en allmän informationsinsats om det tredje steget riktat till allmänheten, patientgrupper, tandvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Information till allmänheten om det särskilda tandvårdsbidraget publicerades på 1177.se och kompletterades med broschyrer riktade till tandvårdspersonal och patienter. Detta förmedlades även till dagspress, fackpress samt till vård- och patientorganisationer. Informationsinsatsningen samordnades med motsvarande projekt hos Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

### Insatser för förbättrad prisjämförelsetjänst

Ytterligare ett syfte med tandvårdsreformen är att stärka tandvårdspatienternas ställning på

tandvårdsmarknaden. Detta ska bl.a. uppnås genom att göra det lättare för patienter att kunna jämföra priser hos olika vårdgivare. För att uppnå detta syfte lanserades i januari 2012 en prisjämförelsetjänst inom sjukvårdsrådgivningen 1177.se. Under 2013 har regeringen avsatt 1,9 miljoner kronor för stöd till SKL för utveckling och drift av prisjämförelsetjänsten och för att marknadsföra prisjämförelsetjänsten på 1177.se. Långt ifrån alla vårdgivare har dock rapporterat in sina priser, behandlingsalternativ eller tillgänglighet. Därför har regeringen fört en kontinuerlig dialog med de offentliga och privata aktörerna på tandvårdsmarknaden. Dialogerna har lett fram till en gemensam ambitionsförklaring avseende prisjämförelsetjänsten, som undertecknades i juni 2012 av SKL, Privattandläkarna och regeringen (Socialdepartementet). I mars 2013 hade samtliga offentliga tandvårdsgivare och 34 procent av de privata anslutit sig till tjänsten. För 2013 är ambitionen att signifikant öka tandläkarnas anslutning till tjänsten. Andelen vårdgivare som har anslutit sig till prisjämförelsetjänsten följs under 2013 upp av ambitionsförklaringens parter.

#### **4.6.5 Tillgången till personal i hälso- och sjukvården fortsätter öka**

Tillgång på personal med efterfrågad utbildning och kompetens är en förutsättning för att landsingen ska kunna erbjuda befolkningen en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Regeringen ger därför Socialstyrelsen årligen i uppdrag att följa tillgång och efterfrågan på några stora personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

##### **I stort en ökad tillgång men minskning framför allt av specialister**

Den senaste rapporten från Socialstyrelsen om tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal avser perioden 1995–2010. Enligt denna har tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, specialistläkare och tandhygienister ökat. Tillgången på läkare har ökat med 33 procent under perioden, tillgången på sjuksköterskor med 15 procent och tillgången på barnmorskor med 14 procent.

Tillgången på specialiserade sjuksköterskor framför allt inom psykiatri, anestesi och intensivvård, har däremot minskat med 22 procent. Även tillgången på tandläkare har minskat medan tillgången på specialisttandläkare har varit stabil. Tillgången på tandhygienister har ökat kraftigt och antalet tandhygienister per tandläkare har nästan fördubblats sedan 1995.

##### **Förklaringar till förändringarna**

Stigande ålder och ökade pensionsavgångar är en förklaring till minskningen av tillgången till specialistsjuksköterskor. Medianåldern har också ökat för samtliga studerade personalgrupper. Ökningen är störst bland de specialiserade yrkesgrupperna, där medianåldern har stigit med upp till tio år mellan 1995 och 2010.

Det finns två tydliga trender som gett ett påtagligt tillskott till personal inom hälso- och sjukvård och tandvård perioden 1995–2010. Den ena är att andelen personer som utbildats i annat land som är sysselsatta i svensk hälso- och sjukvård har ökat. Den andra är att personal som efter pensioneringen vid 65 års ålder fortsätter att arbeta också har ökat. I den första gruppen utgör läkarna den största andelen, 23 procent, medan andelen utlandsutbildade tandläkare uppgick till 9 procent. I den andra gruppen är det också läkare och tandläkare som står för den största andelen, 9 procent av läkarna och 7 procent av tandläkarna är 65 år eller äldre.

Inom framför allt läkarkåren har andelen med utländsk utbildning ökat. Antalet personer med svensk bakgrund som studerat till läkare utomlands och som fått svensk läkarlegitimation har också ökat varje år sedan 1995. Även antalet personer som studerat till tandläkare utomlands ökade enligt statistik från Centrala studie-stödsnämnden.

##### **Bedömning av arbetsmarknaden**

Socialstyrelsens bedömning är att arbetsmarknaden för samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården är god och att efterfrågan överstiger tillgången på de redovisade yrkena, utom för tandhygienister för vilka det råder balans mellan tillgång och efterfrågan. Rörligheten mellan länderna inom EU-och EES-området har ökat för hälso- och sjukvårdens

personalgrupper mellan 1995 och 2010. De inflyttade är nu lika många eller något fler än de utflyttade. Det positiva nettoflödet är störst för läkare men väsentligt också för tillgången på tandläkare. Socialstyrelsens bedömning är att efterfrågan på läkare och sjuksköterskor med specialistutbildning fortfarande är större än utbudet.

### Regeringens åtgärder

Regeringen har under de senaste åren ökat tilldelningen av resurser för antalet utbildningsplatser på läkar-, tandläkar- och sjuksköterskeutbildningarna. I budgetpropositionen för 2014 föreslår regeringen fortsatt utbyggnad (utgiftsområde 16 avsnitt 4.7.2).

För att öka antalet läkare har regeringen sedan 2006 beslutat att ge ökade medel för en utbyggnad av antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen. Satsningarna kommer att få fullt genomslag 2015 och har då medfört en ökning av antalet platser med 36 procent. Antalet läkare som får sin examen och som kan påbörja sin AT-tjänstgöring ökar därmed och i förlängningen kan fler läkare påbörja specialiseringstjänstgöring.

Regeringen har vidare beslutat att ge Socialstyrelsen 30 miljoner kronor per år under 2013 och 2014 för att utveckla kursverksamheten för läkares specialiseringstjänstgöring. Satsningen syftar till ett förbättrat kursutbud, vilket förväntas ha en positiv effekt på utbudet av specialistläkare.

Inom psykiatrin har det länge rått en brist på specialistläkare. Regeringen har därför gett extra medel för att öka antalet specialister inom psykiatrin genom det s.k. METIS-projektet.

#### 4.6.6 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd

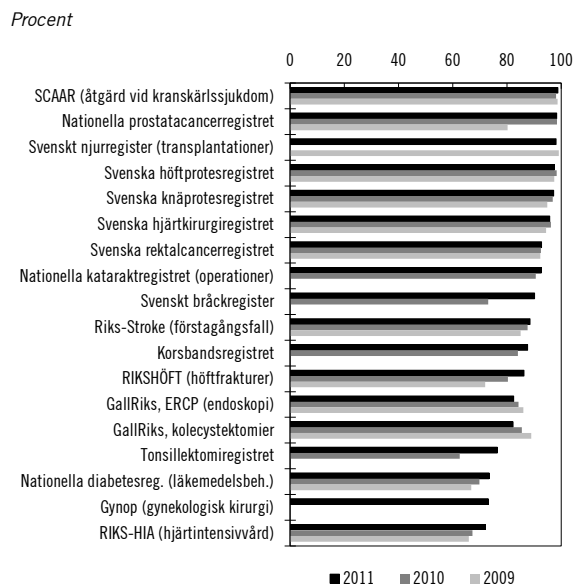
Från och med den 1 juli 2013 ska personer som vistas i Sverige utan tillstånd erbjudas hälso- och sjukvård inklusive tandvård enligt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (prop. 2012/13:109, bet. 2012/13:SoU20, rskr. 2012/13:230). Landstingen ska erbjuda vuxna personer som vistas i landet utan tillstånd samma subventionerade hälso- och

sjukvård som vuxna asylsökande, dvs. vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och vård vid abort. Landstingen ska därutöver ges möjlighet att frivilligt erbjuda vård upp till samma nivå som för bosatta. Barn som vistas i landet utan tillstånd ska erbjudas samma vård som bosatta och asylsökande barn, dvs. subventionerad fullständig hälso- och sjukvård inklusive regelbunden tandvård. Personer som vistas i landet utan tillstånd ska även erbjudas vård som sker med stöd av smittskyddslagen samt en hälsoundersökning.

### 4.7 Resultatredovisning – uppföljning av vårdens resultat

Regeringens inriktning i arbetet med att följa upp hälso- och sjukvården är att skapa goda förutsättningar för att vårdens resultat ska kunna följas upp på ett öppet och jämförbart sätt. En kontinuerlig och systematisk uppföljning är grundläggande för vårdens utveckling och förbättring. Resultatuppföljningar, mätningar, öppna jämförelser och analyser av olika förhållanden är viktiga verktyg i detta arbete. Öppna jämförelser är ett centralt verktyg, som bidrar till att driva utvecklingsarbetet i vården. Ett arbete pågår för att utveckla öppna jämförelser inom nya områden (se avsnitt 4.7.1). Ett annat viktigt verktyg är den nationella patientenkäten som ger en bild av hur patienterna bedömer vården (se avsnitt 4.7.2). De nationella kvalitetsregistren är en unik och viktig källa av data för uppföljning och utveckling av vården (se avsnitt 4.7.3).

Täckningsgraden i de nationella kvalitetsregistren kan ses som en indikator på hur aktiv en verksamhet är i att följa upp sina resultat. I diagram 4.13 redovisas täckningsgrad för några av de nationella kvalitetsregistren för åren 2009–2011. För många av dessa har täckningsgraden förbättrats under perioden. Med täckningsgrad avses här andelen patienter som registrerats i relation till de patienter som återfinns i Socialstyrelsens patientregister.

**Diagram 4.13 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister, 2009–2011**

Källa: Socialstyrelsen (Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren - jämförelser av täckningsgrader, 2012).

Anm.: Täckningsgraden avser förhållandet mellan totala antalet registreringar i aktuellt kvalitetsregister respektive Socialstyrelsens hälsodataregister (Patientregistret, Cancerregistret, Läkemedelsregistret eller Medicinska födelseregistret). Täckningsgraden är inte jämförbar mellan olika år för Nationella prostatacancerregistret, Nationella diabetesregistret och GallRiks ERCP.

#### 4.7.1 Öppna jämförelser ger bättre resultat

Genomslaget och användningen av öppna jämförelser är stort i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården har skapat bättre möjligheter för uppföljning och jämförelser av vårdens resultat och har bidragit till ett ökat fokus på kvalitet och utfall för patienterna. Genom att olika verksamheter jämförs med varandra, över tid och även utifrån mål som formulerats för verksamheterna sporrar de till att nå bättre resultat. Variationerna blir även föremål för nationella, regionala och lokala analyser. Analyserna fungerar sedan som grund för att kunna prioritera och driva verksamhetsutvecklingen framåt. Öppen publicering av jämförelser främjar dessutom en mer faktabaserad debatt och kan på så sätt bidra till att stärka medborgarnas förtroende för verksamheterna.

#### Strategi för öppna jämförelser

Genom en strategi för öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten 2009 uttalade regeringen, Socialstyrelsen, SKL, Vård-

företagarna och Famna målsättningen att ytterligare stärka kvalitetsutvecklingen med hjälp av öppna jämförelser. Inriktningen var dels att stärka bl.a. patienternas och medborgarnas ställning, dels att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten stöd i arbetet med att utveckla kvalitet och effektivitet. Visionen för strategin är: aktuell kunskap när du vill ha den och som du vill ha den.

Enligt strategin ska öppna jämförelser stödja:

- beslutsfattande som är nära den aktuella verksamheten,
- systematiskt förbättringsarbete och forskning,
- medborgarnas informerade och fria val, samt
- nationella policybeslut och oberoende granskning.

#### Jämförelser av kvalitet och effektivitet

Under 2012 publicerade Socialstyrelsen och SKL för sjunde gången rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. I rapporten redovisas jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Resultaten visar på förbättringar inom flera områden, t.ex. visar i stort sett samtliga indikatorer som speglade överlevnad på en positiv utveckling.

Öppna jämförelser har bidragit till att utveckla landstingens strukturer för styrning. De utgör bl.a. ett underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras. Myndigheten för vårdanalys gjorde 2012 en utvärdering av öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Utvärderingen visar bl.a. att öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården och indikationer pekar på att de särskilt bidragit till att höja lägstånivån.

#### Nya områden för öppna jämförelser

Med syfte att stimulera till ökat förbättringsarbete har arbetet med öppna jämförelser spridits till flera områden. Under 2012 och 2013 har ett utvecklingsarbete påbörjats inom områden som t.ex. jämlik vård, läkemedel och folkhälsa. I slutet på 2012 redovisades en första omgång av



öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården.

#### Öppna jämförelser inom läkemedelsområdet

Socialstyrelsen har sedan 2012 regeringens uppdrag att, tillsammans med SKL, ta fram och redovisa öppna jämförelser inom läkemedelsområdet samt att föreslå hur öppna jämförelser på området ska utvecklas i framtiden. I den nationella läkemedelsstrategin anges att öppna jämförelser för läkemedel är ett viktigt led i att följa utvecklingen inom läkemedelsområdet och effekterna av strategin. Den första jämförelsen inom läkemedelsområdet publicerades den 15 juni 2013. Socialstyrelsen lämnade i en rapport den 1 september 2013 förslag till fortsatt utveckling av öppna jämförelser inom läkemedelsområdet.

#### Öppna jämförelser för jämlikhet i vården

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla öppna jämförelser för jämlik vård inom det samlade uppdraget att utveckla och publicera öppna jämförelser avseende hälso- och sjukvård, läkemedel och jämlik vård. Publiceringen ska ske minst en gång per år.

Socialstyrelsen ska inom ramen för uppdraget också genomföra analyser av om och hur skillnaderna i vården påverkar hälsan för patienten. I uppdraget ingår också att sprida kunskapen till aktörer i hälso- och sjukvården, patientorganisationer och andra intresserade. I regeringens strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016 redogörs för de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför när det gäller att nå en mer jämlik hälso- och sjukvård, vilket utgör grunden för uppdraget.

Regeringens bedömning är att den pågående utvecklingen av indikatorer för jämlik vård tillsammans med de analyser som genomförs ger en god grund och drivkraft för ökad jämlikhet inom hälso- och sjukvården.

#### 4.7.2 Uppföljning av patienternas perspektiv – nationell patientenkät

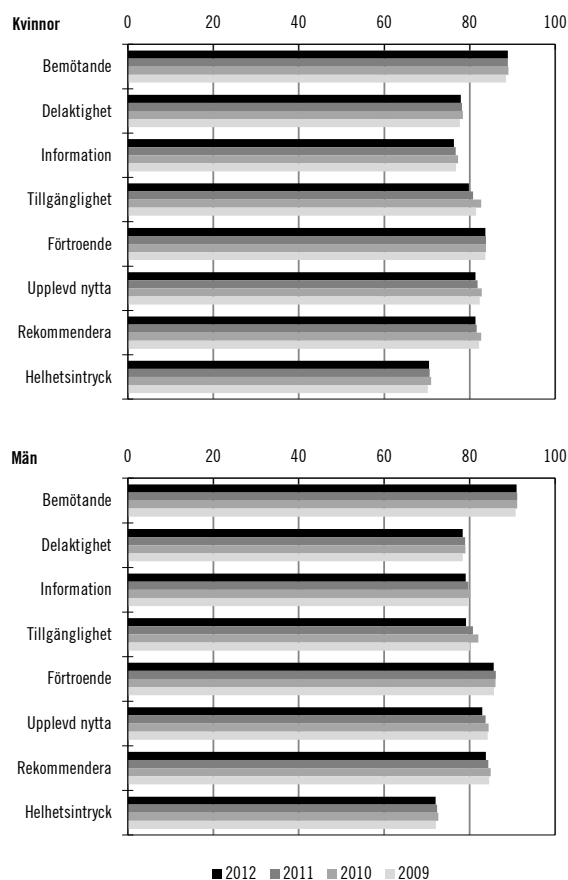
En central utgångspunkt för regeringens politik är att hälso- och sjukvården ska vara patientcentrerad. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att bästa möjliga hälsa uppnås effektivt och för patienterna. Detta betyder att god vård ska genomföras i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vården och behandlingen uppnås och att säkerhetsrisker förebyggs. En viktig markering av detta är de kompletteringar som under senare år har gjorts i lagstiftningen när det gäller vårdens skyldigheter att informera och göra patienten delaktig. I vilken utsträckning vården kan anses vara patientcentrerad mäts regelbundet med olika enkäter.

Nationell patientenkät är en återkommande mätning av hur patienterna bedömer vården inom olika verksamheter. Under uppstartsåren delfinansierade regeringen patientenkäten. Enligt de mest aktuella resultaten i patientenkäterna ger patienterna relativt goda omdömen för bemötandet inom de flesta områden av hälso- och sjukvården. Bäst omdöme får den specialiserade öppenvården där 89 procent anser att de har fått ett bra bemötande. Sämst omdömen får den psykiatriska slutenvården.

När det gäller patienternas bedömning av erhållen information är resultaten inte fullt lika goda. Resultaten från enkäterna visar att mellan 62 och 73 procent av patienterna anser att de fått tillräcklig information om sitt tillstånd inom de flesta verksamheter. Den specialiserade öppenvården uppvisar genomgående bäst resultat.

**Diagram 4.14 Patientupplevd kvalitet i primärvård, 2009–2012**

Patientupplevd kvalitet (PUK-värde)

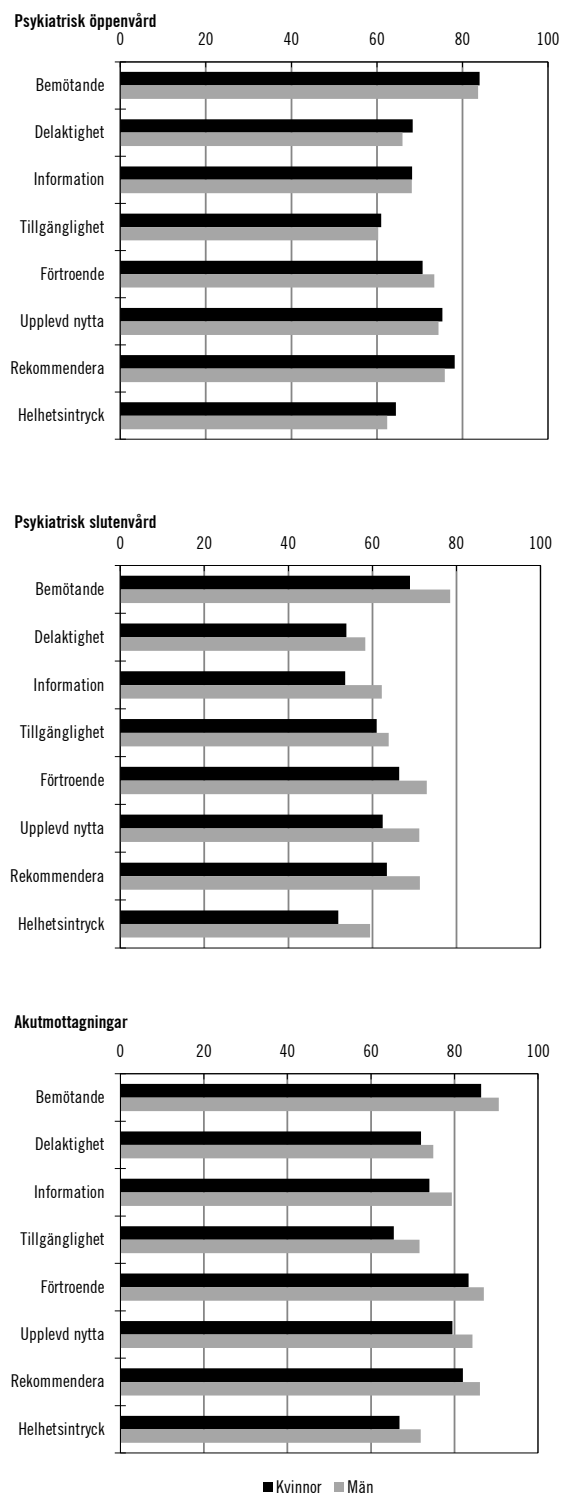


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät).  
Anm.: Resultaten presenteras i form av ett viktat värde, patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ett PUK-värde ligger mellan 0 och 100 och ett högre värde innebär högre patientupplevd kvalitet. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort såsom "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje svarsalternativ ges en vikt i förhållande till sin allvarlighetsgrad. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

I diagram 4.14 illustreras hur patienterna bedömer primärvården utifrån olika perspektiv för åren 2009–2012. Måttet som används här är patientupplevd kvalitet, s.k. PUK-värde. Bemötandet i vården får högst värde av både män och kvinnor. För aspekterna delaktighet och information finns dock fortfarande utrymme för förbättringar. Inga avgörande skillnader återfinns mellan könen eller över tid. I diagram 4.15 visas patientupplevd kvalitet från de nationella patientenkäterna för psykiatrisk öppen respektive slutna vård samt vid akutmottagningar för 2012. Dessa verksamheter uppvisar generellt något lägre värden för de flesta aspekter jämfört med primärvård eller specialiserad vård (specialiserad kroppssjukvård visas ej i diagram). Särskilt stora utmaningar finns för den slutna psykiatriska vården. Inom dessa verksamheter är svarsfrekvensen emellertid låg.

**Diagram 4.15 Patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård samt inom akutmottagningar, 2012**

Patientupplevd kvalitet (PUK-värde)



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Nationell patientenkät).  
Anm.: Resultaten presenteras i form av ett viktat värde, patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ett PUK-värde ligger mellan 0 och 100 och ett högre värde innebär högre patientupplevd kvalitet. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort såsom "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje svarsalternativ ges en vikt i förhållande till sin allvarlighetsgrad. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

## Kontinuitet, koordination och delaktighet är fortsatta utmaningar

När det gäller aspekter som delaktighet och koordination och hur olika delar i vården hänger ihop visar tillgängliga underlag, inklusive den nationella patientenkäten, på fortsatta utmaningar.

En indikator för patientens delaktighet är att patienten får delta i planering och genomförandet av vård och behandling. Den kan mätas med frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?” där svaren ger en viss uppfattning om graden av delaktighet. Den specialiserade öppenvården uppvisar högst värden, där 69 procent av patienterna, såväl män som kvinnor, upplever att de är delaktiga. Det finns dock skillnader över landet mellan olika grupper av patienter och mellan vårdcentraler. Myndigheten för vårdanalys konstaterar i rapporten Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård (2012) att den nationella patientenkäten visar på utmaningar särskilt när det gäller koordination mellan olika vårdgivare och verksamheter.

Sammanfattningsvis kan konstateras att patienterna generellt förefaller nöjda med olika aspekter av vården – detta gäller framför allt i vilken mån de anser sig ha blivit bemötta med respekt etc. Samtidigt finns utmaningar på andra områden, t.ex. hur pass delaktiga patienterna upplever sig vara i planeringen av vården och vilken information de får. Arbetet med de regelbundna enkäterna fortsätter under 2013 och 2014.

## Internationella jämförelser visar på både framgångar och utmaningar

För att få kunskap om hur svensk hälso- och sjukvård står sig i förhållande till andra länder krävs internationella jämförelser. Flera internationella organisationer, bl.a. WHO och OECD, genomför sådana jämförelser. I internationella jämförelser av kvalitet och resultat i olika hälso- och sjukvårdssystem tillhör Sverige i de flesta avseenden de ledande länderna.

Sverige ingår på regeringens initiativ i den internationella jämförelsen som arrangeras årligen av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. I den senaste undersökningen för 2012 intervjuades primär-

vårdsläkare i elva jämförbara länder. Ett område som utvecklats sedan 2009 är hur uppföljning av verksamheterna sker. Mätningar och utvärderingar är numera en naturlig del för de flesta intervjuade. Åtta av tio primärvårdsläkare säger att de i dag mäter och följer upp verksamhetens behandlingsresultat. Nio av tio säger att de mäter patienternas upplevelse och att de regelbundet eller ibland får information om den egna verksamhetens prestation i förhållande till andras. En majoritet av läkarna säger att det sistnämnda sker regelbundet.

När det gäller samverkan mellan olika aktörer inom sjukvården ligger Sverige däremot fortfarande sämre till jämfört med de flesta andra länder i undersökningen. Skillnaderna från den förra mätningen när det gäller de frågor som ställs om samarbetet med specialister och sjukhusen är överlag små. Vårdkoordination är alltså fortfarande en stor utmaning för den svenska hälso- och sjukvården. Det finns dock ett resultat som bryter mönstret och visar på en avsevärd förbättring under de senaste tre åren. Tiden för att få information om hur läkaren ska fortsätta vårda sin patient efter att hon eller han skrivits ut från sjukhuset är t.ex. betydligt kortare nu jämfört med för tre år sedan.

Specifikt för Sverige ställdes frågor kring patientens inflytande i vården. Överlag är läkarna positiva till det som sker i syfte att öka patientens vårdinflytande. Nästan samtliga läkare anser att de har ett stort ansvar för att vården är jämlik. Enligt undersökningen bedömer primärvårdsläkarna att det finns relativt betydande utmaningar när det gäller samarbetet mellan olika aktörer och verksamheter i vården. Sverige ligger dock i framkant när det gäller användning av elektroniska stödsystem.

Sammanfattningsvis ligger Sverige bra till när det gäller vissa typer av jämförelser av vårdens kvalitet, men de internationella jämförelserna visar också på utmaningar.

### 4.7.3 Vårdutveckling genom register

De nationella kvalitetsregistren utgör datainsamlingssystem för uppföljning av resultat för patienter med samma diagnos eller patienter som genomgått samma medicinska ingrepp. Resultatuppföljningen möjliggör att på ett effektivt sätt driva på ett förbättrings- och utvecklingsarbete i vården som ger patienterna tillgång till

en vård av hög kvalitet. Alla nationella kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter och kan därför samköras med andra register, t.ex. olika hälsodataregister. Genom att kvalitetsregistren kan kopplas ihop med andra register kan frågeställningar avseende klinikresultat, hälsoekonomi och patientsäkerhet besvaras, vilket inte är möjligt i andra länder. Kvalitetsregistren är också den främsta datakällan till öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården (se vidare avsnitt 4.7.1).

### **Överenskommelse om utveckling av de nationella kvalitetsregistren**

Regeringen och SKL träffade under 2011 en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg. Överenskommelsen är femårig och sträcker sig över åren 2012–2016. Överenskommelsen skiljer sig från de flesta andra överenskommelser mellan staten och SKL i bemärkelsen att båda parter bidrar till finansieringen. Det är en gemensam satsning både vad gäller finansieringen och den nationella besluts- och stödstrukturen för kvalitetsregistren. För 2012 avsattes 260 miljoner kronor och för 2013 och påföljande år avsattes 320 miljoner kronor per år. Av dessa medel motsvarar statens andel 70 procent för respektive år.

Det övergripande målet med satsningen är att förbättra och utveckla verksamheterna i vården och därmed kunna ge en mer säker och jämlik vård för patienterna. Satsningens inriktning är bl.a. ökad kvalitet på data i registren, bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbete i vården, ökad tillgång till och användning av kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål samt ökad öppenhet och tillgång till data även för patienter.

#### *Arbetet intensifieras under 2013*

För 2013 beviljades medel till 78 kvalitetsregister och 28 registerkandidater. Åtta nya register certifierades 2013.

Täckningsgraden i registren förbättras kontinuerligt. Målet för utgången av 2016 är att 40 procent av de nationella kvalitetsregistren ska ha en täckningsgrad på över 95 procent. Drygt en fjärdedel av registren når denna nivå redan 2013. Av registren har 85 procent data online för verksamheterna, som genom direktåtkomst kan

användas i förbättringsarbetet. Nästan samtliga av de register som har 80 procents täckningsgrad har öppna redovisningar mellan kliniker eller landsting beroende på registrets karaktär. Målet för utgången av 2013 är att samtliga register ska ha öppna redovisningar. Dessutom är flera satsningar initierade för att öka tillgängligheten till resultaten för patienterna.

Utvecklingen på området leder till att möjligheterna för kontinuerligt förbättringsarbete i vården ökar, och till en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

För att ytterligare stödja utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren beslutade regeringen under 2011 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla och driva en nationell register-service. I enlighet med uppdraget etablerades servicen under 2012. Servicen riktar sig huvudsakligen till de nationella kvalitetsregistren, forskare som använder register och huvudmännen för hälso- och sjukvård och omsorg.

För att stimulera ökad internationell samverkan, kunskapsutbyte och jämförelse av behandlingsmetoder och resultat har Socialdepartementet lett ett arbete med ta fram en nationell strategi för internationellt arbete med kvalitetsregisterfrågor. Aktiviteter inom ramen för strategin kommer huvudsakligen att påbörjas 2014.

### **4.7.4 Vårdanalys följer upp och analyserar vården**

En förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna förbättra sin kvalitet och effektivitet är att verksamheter och förhållanden inom vården följs upp, utvärderas och analyseras ur ett patientperspektiv. År 2011 inrättades därför Myndigheten för vårdanalys, som har i uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Myndigheten för vårdanalys genomför framför allt analyser och granskningar inom områden där det finns en tydlig förbättringspotential för patienter, brukare och medborgare. Det handlar t.ex. om att se över i vilken mån patienter, brukare och medborgare har tillgång till den information de behöver. Myndigheten utvärderar även olika reformer, som t.ex. vårdvalsreformen och PRIO-satsningen. Under 2012 publicerade

Vårdanalys sju rapporter och under 2013 kommer myndigheten publicera ca 15 rapporter.

#### 4.7.5 En ny tillsynsmyndighet för vård och omsorg har bildats

Den 1 juni 2013 inrättades den nya tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg. Myndigheten ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. I myndighetens arbete ingår också att redovisa resultat till de granskade verksamheterna och att ge kunskapsåterföring, rådgivning och vägledning kring tillsynen samt att följa upp att brister och missförhållande rättas till. Den nya tillsynsmyndigheten har inrättats för att tillgodose krav på mer effektiv tillsyn i takt med en utveckling mot en ökad mångfald och hög förändringstakt inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Regeringen bedömer att den nya renodlade tillsynsmyndigheten, som står självständig från normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning, kan utveckla en effektiv och strategiskt inriktad tillsyn med långsiktig planering och tydligare prioriteringar.

#### 4.8 Resultatredovisning – kvalitetsutveckling och systematisk förbättring

Kvalitetsutveckling och systematisk förbättring handlar ytterst om att vården för den enskilde ska bli bättre vad gäller medicinska resultat. Men det innefattar även att utveckla och förbättra processerna i vården så att vården kan utföras på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Det är därför viktigt att strukturer, processer och styrsystem inom vården uppmuntrar till kvalitetsutveckling i alla dess dimensioner. Det är även grundläggande att förbättringsarbete ses som en integrerad del i allas arbete, varje dag och i alla delar av sjukvårdssystemet.

Regeringen arbetar brett med insatser för att driva på kvalitetsutvecklingen i vården. Det

handlar bl.a. om insatser för att förbättra patient-säkerheten i vården, där även insatser för att förbättra läkemedelsanvändningen ingår. Dessutom har regeringen satsat kraftfullt för att förbättra vården för de mest sjuka äldre samt att förbättra cancervården.

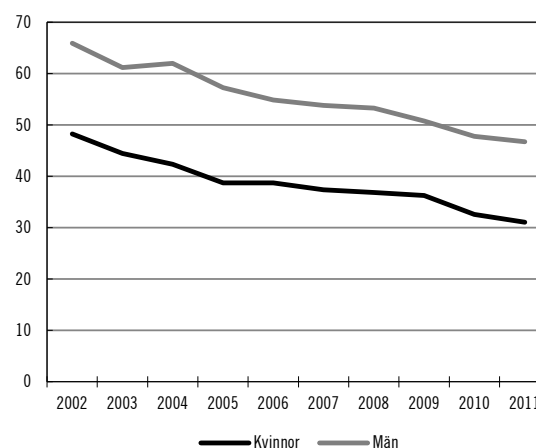
Resultaten i hälso- och sjukvården skapas där patienter och professioner möts. Landstingen har ansvar för att detta kan ske på ett så effektivt och värdeskapande sätt som möjligt. Landstingen har därmed även en stor del i hur framgångsrika flera av regeringens reformer blir i praktiken.

Regeringen kan konstatera att reformerna får genomslag i landstingen och att det pågår ett aktivt arbete kring reformerna.

Nedan redovisas några av indikatorerna kring kvalitetsutvecklingen i vården. I diagram 4.16 redovisas sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Indikatorn avser att spegla huruvida den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet omsätts till handling. Indikatorn består av död i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Indikatorn visar att dödligheten kontinuerligt minskar. Män har under hela perioden en högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet än kvinnor.

**Diagram 4.16 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, per 100 000 invånare, åldersgruppen 1–79 år, 2002–2011**

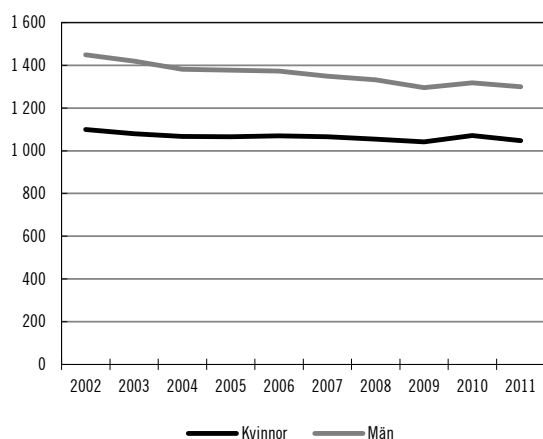
Antal dödsfall per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret).  
Anm.: Åldersstandardiserade data.

**Diagram 4.17 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, per 100 000 invånare, 2002–2011**

Antal personer per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret).  
Anm.: Åldersstandardiserade data.

I diagram 4.17 redovisas indikatorn undvikbara slutenvårdstillfällen. Indikatorn undvikbar slutenvård avser att belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, som t.ex. förebyggande insatser och primärvård. Antagandet är att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. Den senaste tioårsperioden finns endast en svag minskning av antalet undvikbara slutenvårdstillfällen. Det är under hela perioden fler män än kvinnor med undvikbara slutenvårdstillfällen.

#### 4.8.1 Fortsatt fokus på patientsäkerhet

Regeringens omfattande satsning på patientsäkerhet under perioden 2011–2014 har hittills varit framgångsrik och lett till ett ökat fokus på patientsäkerhetsarbetet på både nationell och lokal nivå. Landstingens stigande engagemang för frågorna har varit avgörande för satsningen. Gemensamma definitioner och metoder har tagits fram liksom system för datainsamling, sammanställning och analys. Det har bidragit till att stärka patientsäkerhetsarbetet inom flera viktiga områden. Regeringens satsning avser att bidra till minskat mänskligt lidande och till sparade liv. Samtidigt kan förbättrad patientsäkerhet frigöra vårdplatser och resurser inom vården.

#### Patientsäkerhetslagen är en utgångspunkt för förbättringsarbetet

Den 1 januari 2011 trädde den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) i kraft, med syftet att skapa en säkrare vård. Lagen utgör en grund för en förbättrad patientsäkerhetskultur där patienterna är mer delaktiga i arbetet. Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt för att säkerställa att patientens behov och önskemål tillgodoses. Patienten kan även bidra till det systematiska patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer inom vården.

#### Patientsäkerhetsatsningen omfattar ett brett spektrum av åtgärder

Lagen åtföljs av en omfattande patientsäkerhetsatsning för vilken regeringen avser avsätta ca 2,5 miljarder kronor för perioden 2011–2014. Utgångspunkten för satsningen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet skador. Merparten av medlen används till överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Utöver det används medlen till att stärka SKL:s arbete med patientsäkerhet, t.ex. vad gäller att tillhandahålla olika former av stöd för landstingen inom de områden som ingår i överenskommelsen. Satsningen innefattar även olika uppdrag inom bl.a. e-hälso-, läkemedels-, och antibiotikaresistensområdena.

Vidare har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att ta fram årliga lägesbeskrivningar inom patientsäkerhetsområdet. Syftet är att följa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet på vägen mot en nollvision. Socialstyrelsen har under 2013 fortsatt arbetet med att ta fram ett kunskapsunderlag om metoder för patientsäkerhetsarbete. Under 2013 redovisade Socialstyrelsen även uppdraget om en fortsatt utveckling av patienthandboken *Min guide till säker vård*. Patientsäkerheten främjas vidare av att den statliga tillsynen inom vård- och omsorgsområdet under 2013 stärktes genom inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) bidrar också till arbetet med patientsäkerheten. HSAN har till uppgift att pröva s.k. behörighetsärenden i enlighet med 8 kap 1–12 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), dvs. ärenden

om främst provotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet samt begränsning i förskrivningsrätten. HSAN lämnar varje år en redogörelse om sin verksamhet till regeringen.

### **Överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet ger resultat**

Genom årliga överenskommelser mellan staten och SKL får landstingen möjlighet att ta del av prestationsbaserade stimulansbidrag. Den utveckling av patientsäkerhetsarbetet som har skett under 2011 och 2012 har i stor utsträckning varit en effekt av överenskommelserna mellan staten och SKL, enligt Socialstyrelsens bedömning.

Det finns flera exempel på goda resultat. Alla landsting har t.ex. inrättat lokala strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (s.k. Stramagrupper). Samtliga landsting har också gjort framsteg vad gäller införandet av nationella patientöversikter (NPÖ) och it-stödet Infektionsverktyget. Alla landsting använder strukturerad journalgranskning, vilket främjar kunskapsuppbyggnad som kan omsättas i ett förbättringsarbete.

Överenskommelserna har även uppmärksammat följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, förekomst av trycksår, patientsäkerhetskultur och överbeläggningar. Mätningar bidrar till att uppmärksamma och åtgärda områden som behöver förbättras samt följa utvecklingen över tid. För att betona vikten av att använda resultaten i ett förbättringsarbete har överenskommelserna omfattat krav på handlingsplaner inom flera av dessa områden.

Regeringen bedömer att patientsäkerhets-satsningen har varit värdefull och gett ett ökat fokus på patientsäkerhetsfrågor. Satsningen har också mottagits väl av landstingen.

### **Utveckling av läkemedelslagstiftningen inom EU**

Ett EU-direktiv till skydd mot förfälskade läkemedel i den lagliga försörjningskedjan antogs under 2011. Syftet med direktivet var bl.a. att införa säkerhetsdetaljer som kan användas för att säkerställa att ett läkemedel inte är förfälskat och att införa ansvar för alla som befattar sig med läkemedel i distributionskedjan. Direktivet införlivades i svensk rätt den 1 mars 2013.

Till följd av ett EU-direktiv infördes regler beträffande säkerhetsövervakning av läkemedel i svensk rätt under 2013. Reglerna innebär bl.a. att den som marknadsför ett humanläkemedel utan dröjsmål ska meddela Läkemedelsverket varje åtgärd som har vidtagits för att dra in eller inte längre tillhandahålla läkemedlet, begära att godkännandet för försäljning dras in eller inte ansöka om förnyat godkännande för försäljning.

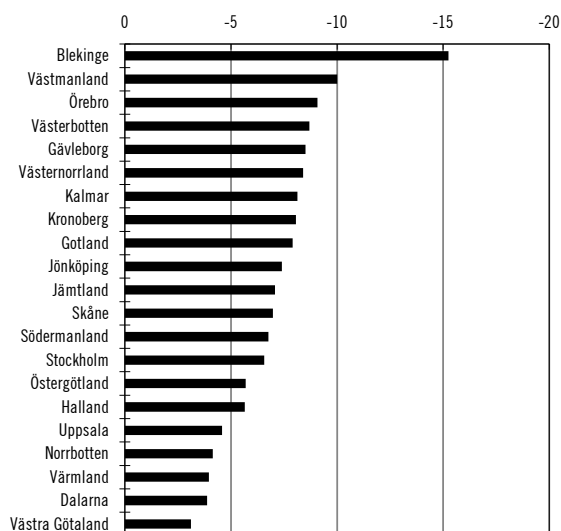
### **4.8.2 En förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre**

Under mandatperioden genomför regeringen en stor satsning på att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Under perioden satsar regeringen sammanlagt 4,3 miljarder kronor.

Regeringens fokus på att förbättra samordningen och helhetsperspektivet i vården och omsorgen om de äldre har frambringat ett stort gensvar hos landsting och kommuner. Ett intensivt förbättringsarbete har därför påbörjats, vilket hitintills bl.a. har resulterat i att sådana läkemedel som är olämpliga för äldre personer förskrivs i allt mindre omfattning. Samtliga län har minskat den olämpliga läkemedelsförskrivningen kraftigt. Allt fler äldre får även sin demensdiagnos i ett tidigt skede via primärvården. Landstingens och kommunernas kunskap har ökat kring vilka åtgärder som förbättrar huvudmännens samordning avseende vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Vidare kartläggs de äldres vårdprocesser i syfte att kunna erbjuda en god vård i ett tidigt skede för att därmed minska risken för onödiga inskrivningar på sjukhus.

**Diagram 4.18 Minskning av olämplig läkemedelsförskrivning bland äldre, 2012**

Procentuell minskning



Källa: Socialstyrelsen (Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 - Bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL).

Det övergripande målet med regeringens arbete är att de äldre ska kunna åldras i trygghet och värdighet med tillgång till god vård och omsorg. Målgruppen för regeringens insatser är personer som är 65 år eller äldre och har omfattande ned-sättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom och därmed har ett omfattande behov av omsorg och vård.

Till regeringens hjälp finns en nationell äldresamordnare, vars uppgift är att driva arbetet genom debatt och konkreta förslag.

Som ett led i förbättringsarbetet sluts årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Överenskommelsen syftar till att premiera landsting och kommuner efter i huvudsak prestation och resultat. De primära fokusområdena i överenskommelsen är en god vård i livets slutskede, preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god läkemedels-behandling och en sammanhållen vård och omsorg. Det är områden där det finns stor förbättringspotential och som har identifierats som särskilt angelägna för målgruppen.

För att överenskommelsen verkligen ska kunna stödja en långsiktig hållbar förbättring i landsting och kommuner, har målvärdet för några av indikatorerna individualiserats inom ramen för 2013 års överenskommelse. Målvärdena ska på så sätt bättre återspegla varje läns utmaningar. Ersättning utbetalas först när det

har skett en förbättring som bedöms vara varaktig och inte bero på slumpen.

För ytterligare information om regeringens satsning på de mest sjuka äldre, se avsnitt 7.4.1.

### 4.8.3 En mer jämlik vård

Regeringen bedriver sedan länge ett omfattande arbete för minskade skillnader i vård och behandling. Under 2011 och 2012 genomfördes dessutom en särskild satsning på jämlik vård och för det fortsatta arbetet har regeringen beslutat om en strategi för jämlik vård 2012–2016.

Strategin handlar om att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården. Särskild vikt läggs vid skillnader i hälso- och sjukvården när det gäller bemötande vid vård och behandling av olika grupper i befolkningen.

I strategin presenterar regeringen sin värdegrund. Vidare slås fem fokusområden för genomförandet och arbetet för ökad jämlikhet i vården fast:

- synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt resultat
- system, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda
- strategier och åtgärder inom särskilda områden
- stöd och stimulans till utveckling i vården
- samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter.

Regeringens bedömning är att med strategin för jämlik vård som grund stärks arbetet för att komma tillrätta med omotiverade skillnader i vården.

### Insatser för ökad kunskap om ojämlik vård

I strategin för en god och mer jämlik vård 2012–2016 redogör regeringen för områden där vården inte är jämlik. I strategin konstateras att det finns omotiverade skillnader i vården, såväl geografiska som mellan olika grupper i befolkningen och inom vissa vårdområden. Exempelvis beskrivs skillnader i vård, behandling och bemötande när det gäller barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, utrikes födda, homo- och bisexuella



samt transpersoner respektive för kvinnor och män och för personer med psykisk sjukdom samt olika socioekonomiska grupper. Mot denna bakgrund gav regeringen 2012 Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Diskrimineringsombudsmannen, ta fram ett utbildningspaket om bemötande som kan användas inom vården.

Regeringen anser att det är angeläget att analysera de bakomliggande orsakerna till skillnader i vård och behandling och har därför gett Myndigheten för vårdanalys i uppdrag att göra fördjupade analyser av skillnaderna ur ett patientperspektiv samt vid behov lämna förslag till åtgärder för att nå en mer jämlik vård. Analyserna ska leda till en ökad kännedom och kunskap om vad i vårdens finansiering, organisation och genomförande m.m. som förklarar skillnaderna. Uppdraget ska slutredovisas senast i oktober 2014. Regeringens bedömning är att ökad kunskap om och förklaringar till ojämlikheter i vården, tillsammans med en bedömning av vilka åtgärder som kan vidtas, blir viktiga beslutsunderlag för utvecklingen och styrningen inom hälso- och sjukvården.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ur ett perspektiv som gäller jämlik vård analysera de nationella riktlinjerna inom de vårdområden som visar på stora utmaningar för att nå en mer jämlik vård, se vidare avsnitt 4.5.1.

I strategin konstateras också att personer med låg utbildningsnivå riskerar att få en vård och behandling som inte är likvärdig den vård som ges personer med hög utbildningsnivå. Personer med låg utbildningsnivå har dessutom ofta en sämre hälsa än personer med högre utbildningsnivå. Regeringen har därför gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att analysera vilken betydelse förändringarna av utbildningsnivån i befolkningen har för folkhälsan och för hälso- och sjukvården samt hur sammansättningen i gruppen med låg utbildningsnivå har förändrats över tid. I uppdraget ingår att utreda hur grupper med låg utbildningsnivå kan stärkas i syfte att nå en bättre hälsa genom åtgärder inom hälso- och sjukvården samt främjas av insatser övrigt. Uppdraget ska slutredovisas i september 2015.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla öppna jämförelser för jämlik vård inom det samlade uppdraget att utveckla och publicera öppna jämförelser avseende hälso- och sjukvård, läkemedel och jämlik vård (se även avsnitt 4.7.1).

## Utveckling av metoder och strategier för jämlik vård i resurssvaga områden

Regeringens överenskommelse med SKL om fortsatta insatser för en mer jämlik vård 2013 avser fortsatt genomförande av lärandeprojektet Vård på lika villkor. Projektet startades i samband med den första överenskommelsen om en mer jämlik vård 2011, som även omfattade flera andra insatser som t.ex. stöd till landstingsvisa analyser av öppna jämförelser och stärkt kunskapsstyrning. Lärandeprojektet handlar om utveckling av metoder och strategier i första linjens vård i resurssvaga områden. Nio verksamheter deltar i utvecklingsarbetet som leds av SKL. Arbetet ska slutredovisas i maj 2014.

Regeringen bedömer att de resultat som nås i projektet kan spridas och få betydelse för att nå en mer jämlik vård inom första linjens vård i resurssvaga områden i landet.

### 4.8.4 Ännu bättre cancervård

Svensk cancervård är i världsklass. Den medicinska kvaliteten är hög och svenska överlevnadssiffror står sig bra i internationell jämförelse. Med utgångspunkt i regeringens nationella cancerstrategi har ett mycket omfattande, kraftfullt och brett utvecklingsarbete skett de senaste åren. Satsningen på att genomföra förslagen i strategin har skapat förändringskraft på många håll i svensk cancervård. Gemensamt och nydanande för alla insatser har varit att arbetet skett utifrån ett patientperspektiv och med omfattande och systematiskt deltagande av företrädare för patienter och närstående.

#### Den nationella cancerstrategin

Sverige står inför stora utmaningar på cancerområdet, då cancerprevalensen förväntas öka relativt kraftigt fram till 2030. För att möta utvecklingen har regeringen vidtagit en rad åtgärder de senaste åren med utgångspunkt i den nationella cancerstrategin. Strategin fokuserar på frågor av gemensamt och nationellt intresse. Insatser sker inom en rad områden såsom prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, kunskapsbildning och kunskapsstyrning.

### Regionala cancercentrum

En central del av cancerstrategin är inrättandet av sex regionala cancercentrum (RCC) – ett i varje sjukvårdsregion. Syftet med RCC är dels att skapa förutsättningar för en likvärdig vård av hög kvalitet för patienter i hela landet, dels att förbättra förutsättningarna för cancerforskning på hög internationell nivå. Beslutet att utveckla RCC är det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för cancervården i ett framtidsperspektiv, då det på ett konkret sätt ska stärka kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervården.

*Samordnande funktion för klinisk cancerforskning*  
Under 2012 och 2013 har det inom respektive RCC pågått ett arbete med att bygga upp och utveckla en samordnande funktion för klinisk cancerforskning. Detta sker mot bakgrund av att ökad samverkan på regional, nationell och internationell nivå bl.a. möjliggör ett snabbare genomförande av stora och högkvalitativa forskningsprojekt. Det förbättrar också förutsättningarna för att patienter med cancer snabbt ska få tillgång till nya diagnos- och behandlingsmetoder och att särskilt stora samordningsvinster kan uppnås för mindre vanliga cancersjukdomar.

### Patientcentrerad och sammanhållen cancervård

Under 2013 slutrapporterade SKL det omfattande arbete som de bedrivit inom ramen för årliga överenskommelser med staten under åren 2010–2012. Av rapporten framgår att strategin bl.a. bidragit till flera intressanta försöksverksamheter för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård, vilka nu knyts närmare regionala cancercentrum för fortsatt arbete. Bland försöksverksamheterna finns t.ex. insatser mot tobaksrökning och åtgärder för tidig upptäckt av cancer genom ökat deltagande i screeningprogram. Dessutom återfinns arbete med kontaktsjuksköterskor och individuella vårdplaner.

Överenskommelsen mellan staten och SKL under 2013 fokuserade främst på fortsatt stöd för samordning av RCC. Varje RCC har behov av att samarbeta inte bara med sjukhus och vårdenheter utan även med andra RCC bl.a. för att uppnå en ändamålsenlig uppdelning av ansvar

för diagnostik och behandling av cancer. En samverkansgrupp har flera nationella arbetsgrupper med specifika uppdrag.

### Kunskapsbaserad cancervård

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen under 2012 och 2013 utvärderat och uppdaterat de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. I samband med detta tillämpades även den generiska modell för att sätta målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer som tagits fram inom cancervården.

Under 2013 fortsatte också Socialstyrelsen sitt påbörjade arbete med en modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram. Modellen prövades i ett pilotprojekt i samband med uppdatering av de nationella riktlinjerna inom bröst-, kolorektal- och prostatacancer.

Under 2013 slutrapporterade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) uppdraget om metoder för tidig upptäckt av cancer. Enligt den nationella cancerstrategin är en av de viktigaste prognostiska faktorerna för cancer i vilket skede en tumör diagnostiseras. Möjligheterna till tidig upptäckt av begynnande cancer har stor betydelse för sjukdomsförloppet. SBU har gjort en systematisk litteraturgranskning och bedömt om det utöver screening finns metoder som har vetenskapligt dokumenterat gynnsamma effekter för tidig upptäckt av cancer.

Regeringen bedömer att satsningen på en nationell strategi och insatserna inom ramen för den har fallit mycket väl ut. Ännu återstår dock arbete, då det tar tid att genomföra och utvärdera nya strukturer och större projekt.

### 4.8.5 E-hälsa

Den nationella eHälsostrategin är fortsatt en viktig beståndsdel i regeringens arbete för att öka kvalitet, effektivitet och säkerhet i vården. Arbetet inom strategin inriktas på att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper: individen, vård- och omsorgspersonalen samt beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Grundtanken i strategin är att it-projekt aldrig har ett egenvärde i sig, utan ska ses som en integrerad

del av utvecklingen av kvalitet, effektivitet och service i hela vård- och omsorgssektorn.

Arbetet i strategin drivs och samordnas via två grupperingar: högnivågruppen och samrådsgruppen. Högnivågruppen utgör den övergripande ledningsnivån inom strategin. I denna grupp ingår representanter för regeringen (Socialdepartementet), Socialstyrelsen, SKL samt branschorganisationerna Vårdföretagarna och Famna. Högnivågruppen tar fram övergripande riktlinjer för hur arbetet inom strategin ska genomföras. I samrådsgruppen ingår ett drygt 30-tal aktörer och gruppen är en viktig arena för dialog och diskussion. Båda grupperna har varit aktiva under 2013. Inom ramen för samrådsgruppen har bl.a. personalgruppernas organisationer med stöd av regeringen (Socialdepartementet) genomfört ett arbete för att analysera användbarheten i vårdens och omsorgens it-system.

Den nationella strategin är ett uttryck för en samsyn mellan de centrala aktörerna. Huvudansvaret för finansieringen av vård och omsorg ligger på kommuner och landsting som ansvariga huvudmän för att tillhandahålla hälso- och sjukvård och socialtjänst. Privata företag och idéburna organisationer spelar i dag en allt större roll som utförare av vård och omsorg. Ansvaret för beslut om investeringar i nya e-hälsotjänster vilar på huvudmännen och utförarna. Staten ansvarar för att skapa förutsättningar bl.a. genom lagar och regelverk som möter teknikens möjligheter och verksamhetens behov.

Flertalet av de insatser som omnämns i den nationella eHälsostrategin från 2010 är i dag integrerade i pågående nationella satsningar från regeringen, bl.a. i patientsäkerhetsatsningen (se avsnitt 4.8.1), i den nationella läkemedelstrategin (se avsnitt 4.8.6) och i uppbyggnaden av en nationell tjänst som gör det möjligt för individen att digitalt lagra sin egen hälso- och vårdinformation (se avsnitt 4.4.4) och regeringen kan konstatera att dessa satsningar har gett effekter av olika slag.

I det följande beskrivs några utvalda insatser som staten gör för att uppnå målsättningarna i strategin utifrån det ansvar som ligger på den nationella nivån.

### **Ny myndighet på e-hälsoområdet**

I propositionen Ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (prop. 2012/13:128, bet. 2012/13:SoU26, rskr. 2012/13:279) gör regeringen bedömningen att en ny myndighet vars verksamhet ska utgå från de uppgifter som utgjort verksamheten i Apotekens Service AB ska bildas. Det innebär att den nya myndigheten ska verka för sådana funktioner och system som främjar en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsdistribution på en omreglerad apoteksmarknad. Myndigheten ska även bl.a. ansvara för att sammanställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik som i dag ligger på Apotekens Service AB. Den nya myndigheten ska inleda sin verksamhet den 1 januari 2014. Förändringen innebär att Apotekens Service AB ska avvecklas. Myndigheten bör i framtiden kunna få ansvar för uppgifter utöver de som i dag utförs av Apotekens Service AB. För ställningstagande till framtida uppgifter krävs dock ytterligare analyser.

En särskild utredare har tillsatts för att förbereda bildandet av den nya myndigheten (dir 2013:15).

### **Fortsatta insatser för att stödja införandet av nationella e-tjänster**

Den nationella patientöversikten (NPÖ), som syftar till att göra det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare, har för första gången under 2012 införts i samtliga landsting. Detta kan jämföras med 2011 då enbart sex landsting var anslutna till tjänsten. Vid ingången av 2013 hade även drygt 40 kommuner anslutit sig till tjänsten.

Regeringen stöttade införandet av NPÖ genom 2012 års patientsäkerhetsöverenskommelse mellan staten och SKL. Ett av grundkraven i överenskommelsen var att de enskilda landstingen skulle ha anslutit sig till NPÖ. Detta område ligger kvar i 2013 års överenskommelse men kraven har där höjts ytterligare. Landstingen ska under 2013 ha anslutit sig till och också fortsättningsvis kunnat visa på en bred användning av NPÖ vilket bl.a. innebär att minst 25 procent av vårdenheterna i landstinget ska kunna dela uppgifter, dvs. både lämna ut till och ta emot uppgifter från andra vårdgivare. För att tjänsten ska

tillgodose det behov av delad information som finns måste den dock utnyttjas i högre grad än i dag, av vårdgivare i både landsting och kommun.

Inom ramen för 2013 års patientsäkerhetsöverenskommelse har regeringen även stöttat införandet av det s.k. Infektionsverktyget, som är ett nationellt enhetligt it-stöd som ska användas i lokalt förbättringsarbete. Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra kvaliteten i användningen av antibiotika. Inom ramen för patientsäkerhetsöverenskommelsen fördelas medel till de landsting som har påbörjat arbetet med att införa Infektionsverktyget genom att ha tagit väsentliga steg till en organisation för införandet på samtliga sjukhus. Det innebär att respektive landsting skriftligen ska ha utsett ansvariga för detta samt avsatt budgetmedel. Vidare ska landstinget ha upprättat en tidplan för införandet. Samtliga landsting hade under 2012 uppfyllt detta krav i överenskommelsen.

Regeringen och SKL har även inom ramen för Dagmaröverenskommelsen för 2012 avtalat att det under året ska genomföras två till tre samarbetsprojekt kring användandet av NPÖ inom och mellan landsting och kommun för att uppnå dokumenterad nytta av NPÖ-användning inom och mellan dessa aktörer.

### **Samordning för förvaltning och spridning av en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation**

Regeringen vill se att en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation används inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Regeringen kan konstatera att det är nödvändigt att etablera ett tydligt nationellt ledarskap för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och Socialstyrelsen har fått detta uppdrag. Samordningsansvaret omfattar det som myndigheten gör inom ramen för både nationellt fackspråk och nationell informationsstruktur.

Socialstyrelsen lämnade en slutrapport för arbetet under 2012 till regeringen i maj 2013. I rapporten framgår att myndigheten genomför insatser för att stärka förvaltningsorganisationen kring den gemensamma informationsstrukturen med syfte att på ett bättre sätt stödja bl.a. vård- och omsorgsgivare samt utvecklare av dokumentationssystem och nationella tjänster. En viktig aspekt i detta arbete är att Social-

styrelsen ska få bättre förutsättningar att leverera produkter och stöd som motsvarar användarnas behov och krav. Socialstyrelsen bedömer i rapporten att det nationella utvecklingsarbetet framöver bör fokusera på ett begränsat antal strategiska projekt för avgränsade områden. Ambitionen är att också inkludera praktiska försök och pilotverksamheter.

Av rapporten framgår också att Socialstyrelsen i enlighet med tidigare uppdrag inrättat ett särskilt nationellt råd för e-hälsa. Rådet ska vägleda myndigheten och verka för en nationell samsyn och ett agerande som ligger i linje med den nationella eHälsostrategin. Med stöd från rådet kan Socialstyrelsen ta beslut som gör den gemensamma informationsstrukturen användbar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsens generaldirektör är rådets ordförande och i rådet ingår ledamöter från bl.a. SKL, Skåne läns landsting, Uppsala universitet, Svensk sjuksköterskeförening och Famna.

I uppdraget för 2012 framgick att myndigheten bl.a. skulle besluta om försöksverksamheter för användning av nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk samt tilldela medel till dessa försöksverksamheter. Sammanlagt fick verksamheter i sex landsting ta del av medlen som uppgick till 8 miljoner kronor. Regeringen avser att följa detta arbete för att se vilka möjligheter och ytterligare utvecklingsbehov som finns när informationsstrukturen och fackspråket ska föras ut vid genomförandet av det arbete som myndigheten genomfört i praktisk verksamhet.

Regeringen har även inom ramen för Dagmaröverenskommelsen för 2012 avsatt 3 miljoner kronor för genomförande av den gemensamma informationsstrukturen. I överenskommelsen framgår att Center för eHälsa i samverkan (CeHis) ska vara en aktiv part i arbetet med att ta fram förslag till gemensam förvaltningsorganisation för att stärka användningen av en gemensam informationsstruktur.

Under 2012 genomförde Socialstyrelsen en enkätstudie i syfte att få aktuell kunskap om landstingens förutsättningar, planer, utvecklingsarbeten och behov av stöd inom området, i införandet och användandet av den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket i sina dokumentationssystem. Studien visade att samtliga landsting arbetar med fackspråk och informationsstruktur men med skiftande ansats och omfattning. I

undersökningen framkom även en önskan om starkare styrning från nationell nivå inom området fackspråk och informationsstruktur, dels genom föreskrifter men också i form av krav på information som ska dokumenteras för att möjliggöra uppföljning av processer.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2013 fortsätta arbetet med den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppdraget under 2013 har samma inriktning som föregående års uppdrag, dvs. Socialstyrelsen ska vidareutveckla och kvalitetssäkra den nationella informationsstrukturen så att den stödjer och leder till målen om en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

#### **En nationell källa för ordinationsorsak ökar patientsäkerheten**

I juni 2012 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en nationell källa för ordinationsorsak, i form av ett strukturerat kodsysteem för ordinationer. Uppdraget avser ordinationer från såväl öppen som slutenvård. I uppdraget ingår att analysera och lämna förslag till hur en sådan källa skulle kunna införas i hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för uppdraget är de bedömningar och förslag som finns i myndighetens rapport Projekt för dokumentation av ordinationsorsak och analys av samspel med närliggande kunskapsstöd. I uppdraget ingick även att förbereda för att ett framtida kodsysteem ska kunna tillgängliggöras i den nationella ordinationsdatabasen (NOD) och ordinationsverktyget Pascal. Projektet slutredovisades den 1 juli 2013. Av slutredovisningen framgår att Socialstyrelsen genomfört arbetet i nära samverkan med olika berörda organisationer, bl.a. Center för eHälsa i samverkan (CeHis). Socialstyrelsen föreslår att myndigheten får ansvaret för den innehållsmässiga förvaltningen av den nationella källan utifrån myndighetens nuvarande uppdrag kring kunskapsstyrning, kunskapsutveckling och nationellt fackspråk. Socialstyrelsen föreslår också att det med ett sådant ansvar ska komma med ett uppdrag att bl.a. sätta upp riktlinjer och krav för användningen av kodsysteem med särskilt beaktande av aspekterna informations- och patientsäkerhet, integritet och användarnytta samt i samråd med berörda organisationer

utreda hur olika system som hanterar indikationer och ordinationsorsaker kan harmoniseras. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### **Ökade förutsättningar för att utbyta information över landsgränser**

Regeringen stödjer det europeiska projektet Smart Open Services for European patients (epSOS) som syftar till att möjliggöra att viss hälsoinformation följer patienten inom Europa. Projektet syftar till att det ska bli lättare för den som rör sig över Europas landsgränser att få samma goda vård i de länder som deltar i projektet, då åtkomst till information från hemlandet blir lättare. SepSOS är den svenska delen av projektet som utöver att bygga upp det svenska systemet i enlighet med nationella tjänster även bidrar till det europeiska projektet med expertis och erfarenheter. Sammanlagt 23 länder samarbetar inom ramen för epSOS-projektet. Projektet arbetar för att definiera, specificera, testa de gränsöverskridande tjänsterna e-recept och patientöversikt.

Från och med maj 2012 fram till i dag har projektets pilotdrift successivt gjort tjänster i olika omfattning tillgängliga för invånare och vårdgivare i Danmark, Frankrike, Italien, Malta, Portugal, Schweiz, Spanien, Tjeckien och Österrike. I Sverige arbetar man för att införa e-recept som pilotområde inom epSOS. Den svenska pilotsatsningen syftar till att möjliggöra för svenskar att hämta ut sina e-recept på epSOS-godkända apotek i andra länder samt för utländska medborgare att ha möjligheten att hämta ut sina recept i Sverige.

Utöver epSOS-projektet är regeringen aktiv i det e-hälsoarbete som sker på europeisk nivå.

#### **4.8.6 Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle**

##### **Fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden**

Den prismodell för öppenvårdsläkemedel som tillämpas i Sverige har betydelse för möjligheterna att uppnå målen om en modern hälso- och sjukvård som är tillgänglig på lika villkor. Regeringen menar att en prismodell så långt det

är möjligt bör bidra till tidig tillgång till nya och innovativa läkemedel. Samtidigt bör den också möjliggöra god kostnadskontroll i landstingen och säkerställa att Sveriges läkemedelspriser ligger i nivå med andra jämförbara länder.

Regeringen fortsätter arbetet med att utveckla läkemedels- och apoteksmarknaden. Regeringen beslutade den 16 juni 2011 om kommittédirektiv för Läkemedels- och apoteksutredningen (dir. 2011:55). Den 30 oktober 2012 överlämnade utredningen betänkandet Pris, tillgång och service (SOU 2012:75) till regeringen. I detta betänkande redovisade utredningen sina förslag i de delar som rör prissättningen på läkemedel utan generisk konkurrens, vissa frågor som rör generiska läkemedel, skyldigheten att leverera och tillhandahålla förordnade läkemedel och varor samt vissa övriga frågor.

Syftet med utredningens förslag är bl.a. att presentera en långsiktigt hållbar prismodell för läkemedel som kan möta de växande utmaningarna på läkemedelsområdet. En viktig utgångspunkt för utredningen var att förslagen ska skapa förutsättningar för en god kostnadskontroll men också säkerställa god tillgång till effektiva läkemedel som skapar förutsättningar för att bedriva en modern hälso- och sjukvård. Till detta ska förslagen även säkerställa att den forskande läkemedelsindustrin även fortsättningsvis har goda förutsättningar att forska fram nya läkemedel.

Läkemedels- och apoteksutredningen lämnade i april 2013 sitt andra delbetänkande, Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmånerna (SOU 2013:23). Utredningen konstaterar att det finns ett behov av att förbättra den enskildes skydd vid läkemedelsskador och föreslår bl.a. att en patient ska, utan merkostnad, få motsätta sig utbyte till ett läkemedel som har ett sämre ersättningskydd vid läkemedelsskador än det förskrivna läkemedlet. I betänkandet berörs även det statliga ägandet av Apoteket Farmaci AB och vissa frågor om läkemedel och miljö. Betänkandet har remitterats.

### Nationell läkemedelsstrategi

Regeringen och SKL tog, tillsammans med en rad aktörer på läkemedelsområdet, 2011 fram en nationell läkemedelsstrategi. Strategin innefattade ett trettiotal planerade aktiviteter inom sju insatsområden. Redan i utarbetandet av den

nationella läkemedelsstrategin framhölls behovet av uppföljning av strategin på såväl insats- som målnivå. Uppföljningen av insatserna 2012 visade att tre aktiviteter hade kommit i mål och kunde avslutas. Bland annat hade samtliga landsting inrättat lokala stramagrunder som arbetar för en rationell läkemedelsanvändning och minskad antibiotikaresistens. Arbetet med att tillförsäkra de mest sjuka äldre en säker och ändamålsenlig läkemedelsbehandling hade också framskridit. Detta hade bl.a. skett genom att en vägledning har utarbetats om hur de mest sjuka äldre bör beaktas i tillämpningen av nationella riktlinjer för olika sjukdomsgrupper. Dessutom har föreskrifter om när läkemedelsgenomgångar ska erbjudas äldre med många läkemedel färdigställt. De insatser som genomförts inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin och dess handlingsplan 2011–2013 har varit omfattande och tillsammans lett till att Sverige kommit ett steg närmare att förverkliga strategins mål:

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

Under 2013 har arbetet inom den nationella läkemedelsstrategin främst fokuserat på att genomföra de aktiviteter som beslutades i 2012 års handlingsplan. Nya aktiviteter som framför allt berör apotekens verksamhet och läkemedelsutbildning för yrkesverksamma läkare har tillförts handlingsplanen, samtidigt som arbetet med en jämlik läkemedelsbehandling för hela befolkningen har utvecklats och intensifierats. Under 2013 har strategins mål och indikatorer utvecklats, förankrats, validerats och samordnats med berörda aktörer på läkemedelsområdet. Uppföljningen av handlingsplanen visar att det fortfarande finns utmaningar som kräver ett ambitiöst, samordnat och transparent samarbete mellan samtliga aktörer på läkemedelsområdet för att komma närmare visionen om rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle.

### **Nationell införandeprocess för nya och innovativa läkemedel**

En sammanhållen nationell introduktionsprocess för nya innovativa läkemedel är ett viktigt steg för att säkerställa en jämlik och tidig användning av nyintroducerade, innovativa och kostnads-effektiva läkemedel. Introduktion av nya läkemedel bör alltid ske ordnat och användningen av nya läkemedel kopplas till systematiska uppföljningar. Flera initiativ har tagits för bättre samordning och planering av introduktionsprocessen, hit hör bl.a. bildandet av en nationell beredningsgrupp för nya läkemedel, NLT-gruppen, vid SKL och det landstingsledda Horizon scanning-projektet, ett projekt för tidig identifiering av nya läkemedel.

Samtliga dessa aktiviteter är av stort värde för att utveckla ett ordnat införande. För att påskynda utvecklingen har regeringen tillsammans med SKL inom ramen för överenskommelsen om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013 enats om ett antal centrala insatser som ett led i att upprätta en nationell process mellan myndigheter, landsting och industri rörande ett ordnat införande av nya läkemedel. I detta arbete ingår att under 2013 bilda ett forum för horizon scanning på nationell nivå i syfte att öka samsyn och samverkan kring introduktionen av nya läkemedel.

### **Översyn av regelverket för kliniska prövningar**

Europeiska kommissionen antog sommaren 2012 ett förslag till förordning om kliniska prövningar. Förordningen är tänkt att ersätta nuvarande direktiv om god klinisk sed vid kliniska prövningar av humanläkemedel. Syftet med förslaget är bl. a. att förbättra förutsättningarna för att genomföra kliniska prövningar i Europa, t.ex. genom att underlätta och förbättra ansökningsförfarandet för att starta en klinisk prövning. Förslaget till förordning förväntas bli färdigförhandlat under 2014.

### **Förstärk läkares kunskap om läkemedelsanvändning**

En anledning till att patienter skadas i vården är felaktig läkemedelsanvändning. Av patient-

säkerhetsskäl är det därför viktigt att verka för en säkrare ordinationsprocess. Regeringen har därför uppdragit åt Socialstyrelsen att utveckla ett koncept för grundkurser (SK-kurser) för läkare under specialistutbildning med fokus och inriktning på läkemedel och läkemedelsanvändning. I dag saknas angelägen kunskap om läkemedel och riktlinjer för läkemedelsbehandling av vissa patientgrupper. De grupper som ofta lyfts fram är äldre, multistjuka och barn. Risken för felmedicinering eller en olämplig kombination av olika läkemedel är en av de mest konkreta riskerna som patienter möter i sina kontakter med hälso- och sjukvården. Med hjälp av rätt verktyg, både i form av bättre beslutsstöd i vården och ökad kunskap, skulle många felbehandlingar kunna undvikas. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla utbildningsmoduler inom läkemedelsområdet riktade till läkare som inte påbörjat sin specialistutbildning. I uppdraget ingår att utveckla och driftsätta den första av flera tänkta utbildningsmoduler inom området äldre och läkemedel senast den 20 december 2013.

### **Utvidga kunskapen om barns läkemedelsanvändning**

I dag saknas angelägen kunskap om läkemedelsbehandling av barn. En svensk studie från 2008 visade att närmare hälften av all förskrivning av läkemedel till barn utgjordes av för barn otillräckligt dokumenterade läkemedel. I rapporten Utvidga kunskapen om barns läkemedel och dess användning från juni 2012 har Läke-medelsverket beskrivit genomförda kartläggningar av barns läkemedelsanvändning med fokus på otillräckligt dokumenterade läkemedel inom slutenvård och öppenvården samt beskrivit det fortsatta arbetet med att utveckla terapi-rekommendationer där vetenskaplig dokumentation saknas. Arbetet syftar till att på lång sikt och på bred front öka kunskapen om barns läkemedel och deras användning samt verka för säkrare läkemedelsanvändning inom barnsjukvården.

Regeringen anser att det behövs dels ny kunskap, dels sammanställningar av befintlig kunskap för att stärka patientsäkerheten inom barnsjukvårdens läkemedelshandling och har därför gett Läke-medelsverket i uppdrag att under 2013 fördjupa kartläggningen av läke-

medelsanvändningen med fokus på nyfödda barn och användningen av smärtläkemedel till barn på sjukhus. I uppdraget ingår även att identifiera riskläkemedel för barn. Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2013 och bl.a. innehålla en tidplan för framtagande av terapi-rekommendationer inom de områden där kunskapsluckor identifierats.

#### **Överenskommelse om statens ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m.**

Landstingen har sedan 1998 ersatts för kostnaderna för läkemedelsförmånerna genom ett särskilt statsbidrag som reglerats i överenskommelser mellan staten och SKL. I avtalet ersätts landstingen inte bara för läkemedelsförmånernas kostnader utan parterna åtar sig också att vidta vissa åtgärder för att uppnå en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning. År 2012 fanns inget läkemedelsavtal och landstingen ersattes i form av tillfälliga beslut. I avvaktan på ett eventuellt avtal för 2013 har landstingen även hittills ersatts i form av tillfälliga beslut.

#### **Myndigheten för vårdanalys utvärderar arbetet med att värdera slutenvårdsläkemedel**

Regeringen arbetar vidare med att öka kunskapen om det hälsoekonomiska värdet på läkemedel. Regeringen har gett Myndigheten för vårdanalys i uppdrag att utvärdera nyttan med att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som används inom slutenvården. Myndigheten ska bl.a. utvärdera om nationell hälsoekonomisk bedömning av rekvisitionsläkemedel har lett till en mer kunskapsstyrd och likvärdig läkemedelsanvändning av läkemedel anpassade för slutenvården hos sjukvårdshuvudmännen. Regeringen gav 2010 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i uppdrag att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som rekvireras till slutenvården.

#### **Individdata i slutenvården**

För att kunna ge en helhetsbild av befolkningens läkemedelsbehandling kan det finnas ett behov

att, förutom att följa upp receptföreskrivna läkemedel uthämtade på apotek, även kunna följa upp den behandling som getts till patienter vid vårdavdelningar och mottagningar på sjukhus.

Socialstyrelsen fick 2012 i uppdrag av regeringen att i en förstudie redovisa vad som måste utredas vidare för att göra uppgifter om individdata för rekvisitionsläkemedel tillgängliga från olika journalsystem. Uppdraget redovisades i april 2012. Socialstyrelsen bedömde att ett fortsatt utvecklingsarbete på området förutsätter insatser, dels av myndigheten själv, dels av verksamhetsföreträdare i landstingen, och föreslog att ett antal arbetsmoment skulle utredas vidare. Socialstyrelsen fick därför i uppdrag att värdera alternativa hälsodataregister för integrering av individbaserade data utifrån både legala och praktiska aspekter. Detta inkluderade även en rättsutredning gällande de olika alternativen. Socialstyrelsen redovisade detta uppdrag i april 2013. I rapporten konstaterade Socialstyrelsen att det finns möjligheter att skapa ett nationellt register för individbaserade uppgifter om rekvisitionsläkemedel och bedömde att sådana uppgifter bör integreras i läkemedelsregistret.

Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013 kom parterna överens om att SKL/CeHis skulle inleda en förstudie för att klargöra hur slutenvårdsordinationer kan göras tillgängliga, dels i arbetet med läkemedelsuppföljning och prognoser, dels för de kliniska behoven i den samlade läkemedelslistan i Nationell ordinationsdatabas (NOD). I denna förstudie ingår att kartlägga hälso- och sjukvårdens och journalsystemleverantörernas förutsättningar för automatisk datahantering och lagring av uppgifter om administrerade rekvisitionsläkemedel. Resultatet från förstudien ska redovisas i oktober 2013.

#### **4.8.7 Medicinteknik och speciallivsmedel**

##### **Hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter**

Till skillnad mot läkemedel görs i dag ingen systematisk granskning på nationell nivå av medicintekniska produkter utifrån patientnytta och kostnadseffektivitet. Därmed finns en risk att patienter går miste om effektiv och kostnads-effektiv behandling, att kostsamma behandlingar



införs för tidigt eller utan att tillföra någon patientnytta samt att tillgången till medicintekniska produkter varierar mellan landsting. Regeringen har därför gett Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet med hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter, varav insulinpumpar ska utgöra en produktgrupp.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 oktober 2013 och bl.a. innehålla kunskapsunderlag i form av hälsoekonomiska utvärderingar av de utvalda medicintekniska produkterna.

#### **Förordningar om medicintekniska produkter**

Europeiska kommissionen presenterade hösten 2012 två nya förordningar om medicintekniska produkter och en förordning om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik. Syftet med förordningarna är enligt förslaget att främja innovation och konkurrenskraft inom det medicintekniska området samtidigt som folkhälsan ska säkerställas. Det är också viktigt att nya kostnadseffektiva medicintekniska produkter snabbt når ut på marknaden.

#### **Subventionering av speciallivsmedel**

Läkemedelsverket har på uppdrag av regeringen kartlagt subventioneringen av speciallivsmedel för personer över 16 år samt beskrivit arbetsprocessen för när ett livsmedel förs upp på förteckningen över de livsmedel som omfattas av prisnedsättning. Rapporten visar att samtliga landsting erbjuder någon form av subvention av speciallivsmedel för personer över 16 år. Livsmedelsverket har på uppdrag av regeringen beskrivit utvecklingen av området speciallivsmedel under de senaste åren. I uppdraget ingick att särskilt beskriva utvecklingen av och tillgången till speciallivsmedel för sådana sjukdomar som berättigar till prisnedsättning av livsmedel enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. En slutsats av rapporten är att det har skett en kraftig ökning av antalet anmälningar av s.k. ”fri-från” produkter. Rapporterna redovisades i december 2012.

## **4.9 Årlig revision**

I årsredovisningen för 2012 för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har Riksrevisionen funnit en viss misstämning mellan kostnader och avräknade intäkter. SBU har avräknat förvaltningsanslaget med ett för högt belopp, kostnader som istället skulle belastat mottagna bidrag. Riksrevisionen rekommenderade därför SBU att se över sina rutiner avseende projektens finansiering vid projektstart, uppföljning och avslut i syfte att säkerställa att projektens kostnader belastar rätt finansieringskällor. Med anledning av Riksrevisionens rekommendation kommer SBU att ha en särskild kontroll av samtliga projekt under 2013 för att säkerställa att de belastar rätt finansieringskälla.

## **4.10 Politikens inriktning**

Regeringens hälso- och sjukvårdspolitik syftar till en god vård för hela befolkningen och ett ökat inflytande för patienter och medborgare. I fokus står patientens behov och önskemål om hög tillgänglighet, information och stöd för att bibehålla och förbättra hälsan.

Nedanstående avsnitt beskriver vad regeringen avser göra framöver, vilka politiska mål som finns och vilka satsningar som föreslås i denna proposition.

I den första delen (4.10.1) redogörs för hur regeringen vill utveckla kvaliteten i svensk vård med tonvikt på kvalitetsaspekter som är viktiga och märkbara, på kort och lång sikt, för den enskilda patienten.

I den andra delen av texten (4.10.2) beskrivs åtgärder som kan betraktas som investeringar i det framtida hälso- och sjukvårdssystemet och som syftar till ökad innovation, effektivitet och långsiktig hållbarhet.

### **4.10.1 Satsningar på ökad valfrihet, tillgänglighet och kvalitet**

Regeringen fortsätter att prioritera satsningar på att utveckla såväl kvaliteten i hälso- och sjukvården som tillgängligheten och valfriheten för patienten. Det handlar bl.a. om insatser för att förbättra vården för personer med långvariga

eller kroniska sjukdomar, öka patientsäkerheten, förbättra vården för personer med psykisk ohälsa och om ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård, bl.a. genom vårdgarantin. Ambitionen är också att utöka patientens valmöjligheter i vården och att införa en patientlag. Sammantaget bidrar detta till regeringens övergripande prioritering att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

### Ökad valfrihet och stärkt ställning för patienten

#### *Fritt vårdval är fortsatt prioriterat*

Valfrihet ger den enskilde inflytande över vården. Makt att välja mellan olika utförare liksom makt att välja bort bidrar till att stärka patientens ställning. Med en blandning av privat, ideellt och offentligt drivna vårdcentraler och specialistkliniker där patienten har full valfrihet stimuleras förbättringar. Regeringen kommer därför att fortsätta satsningen på vårdval bl.a. genom fortsatt stöd till insatser som förnyar och vidareutvecklar vårdvalen, inte minst inom den specialiserade vården.

#### *En patientlag som förtydligar och stärker positionen för patienten*

Patientmaktsutredningen har haft i uppdrag att föreslå hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas och i delbetänkandet Patientlag (SOU 2013:2) föreslår utredningen bl.a. en ny patientlagstiftning. Den nya patientlagen kommer innehålla bestämmelser om bl.a. förnyad medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och vårdgarantin. Utredningen föreslår att den nya lagen ska träda i kraft den 1 januari 2015.

Regeringen anser att patientens ställning behöver stärkas och förtydligas genom en ny patientlag. Regeringen avser därför att återkomma till riksdagen med ett förslag till ny patientlag. Den nya patientlagen ska på ett lättillgängligt sätt tydliggöra patientens ställning bl.a. när det gäller information, delaktighet och valfrihet. Regeringens ambition är att genom den nya patientlagen ge patienter möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialistvård inom hela landet.

Det finns behov av förberedande insatser för att lagförslagen ska kunna genomföras på ett effektivt sätt. Regeringen kommer därför stödja

olika insatser för att informera om och följa upp den nya lagen.

#### *Etisk plattform för vården och omsorgen*

Antalet utförare i vården och omsorgen har successivt ökat under de senaste åren. Vården och omsorgen bedrivs inte längre bara av landsting och kommuner utan även av privata och idéburna utförare. Eftersom huvuddelen av vården finansieras med offentliga medel är det viktigt att öka öppenheten och insynen kring kvalitet och effektivitet hos utförare med offentlig finansiering. Öppenhet bidrar till att värna och utveckla en hög kvalitet i vården och omsorgen. Regeringen har därför bjudit in arbetsgivar-, bransch- och fackliga organisationer inom vård och omsorg till ett gemensamt arbete för att ta fram en etisk plattform, som ska förbättra medborgarnas möjlighet till god insyn i vården och omsorgen och därigenom bidra till ökad kvalitet i verksamheten.

#### *Förbättrad information till patienten*

Regeringen anser att det finns anledning att fortsätta att utveckla strukturerna för hur information om hälso- och sjukvårdens utbud och prestationer ska göras tillgänglig för den enskilde, så att valmöjligheterna inom vården ska kunna utnyttjas fullt ut.

Även landstingens informationsplikt avseende bl.a. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, vårdgarantin och patientens möjlighet att välja vårdgivare och utförare ska förtydligas. Förslag på detta bereds inom ramen för den nya patientlagen.

Vidare har Kommunallagsutredningen (dir. 2012:105) i delbetänkandet Privata utförare – kontroll och insyn (SOU 2013:53) lämnat ett förslag på en generell informationsplikt för kommuner och landsting när enskilda kan välja en särskild utförare av en tjänst. Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### Ökad tillgänglighet

#### *Fortsatt arbete för att korta värdköerna*

Väntetiden för patienten har kortats väsentligt de senaste åren. Den nationella vårdgarantin och den s.k. Kömiljarden har varit starkt bidragande till den positiva utvecklingen. Tillgängligheten behöver dock förbättras ytterligare och därför avser regeringen att fortsätta prioritera frågan. Kömiljarden syftar till att genom ekonomiska

incitament uppmuntra och stärka tillgänglighetsarbetet i landstingen. Ambitionen är att en ökad andel av patientens kontakter med vården ska stödjas av incitamentsstrukturen i Kömiljarden. Regeringen stödjer flera projekt som syftar till att följa en större del av patientens väg genom vården. Ett projekt syftar bl.a. till att utveckla en modell för uppföljning av återbesök. Väntetidsuppföljningen och kraven i Kömiljarden kommer således att vidareutvecklas under 2014. I uppföljningen ingår även att se över primärvårdens förmåga att erbjuda en högre tillgänglighet.

Socialstyrelsen har i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. På så sätt kan erfarenheter och kunskaper spridas om hur väntetiderna kan kortas, vilket i sin tur kan leda fram till att vårdens samlade kvalitet och resultat förbättras. Myndigheten för vårdanalys har dessutom fått i uppdrag att göra en samlad uppföljning av regeringens reformer på tillgänglighetsområdet, t.ex. den nationella vårdgarantin, Kömiljarden och vårdvalet inom primärvården, utifrån ett medborgar- och patientperspektiv.

Den vård som bedrivs av vårdgivare på nationell taxa, dvs. offentlig ersättning till vissa privata läkare och sjukgymnaster, utgör ett viktigt bidrag till det totala vårdutbudet i Sverige. Dessa utgör ett komplement till övrig vård, bl.a. vad gäller närhet till patienten och tillgänglighet. Regeringen avser fortsätta utveckla systemet och öka integrationen med det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Regeringen vill se en fortsatt utveckling av kvaliteten, t.ex. vad gäller ökade krav på rapportering och uppföljning. Avsaknaden av öppen kvalitetsredovisning av den vård som erbjuds är en brist i det nuvarande systemet med taxeläkare. Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet.

*HälsaFörMig – en nationell tjänst som ger individen stöd för att bibehålla och förbättra hälsan*  
Regeringen anser att den enskilde på ett säkert och enkelt sätt ska kunna samla information om sin egen hälsa digitalt på ett och samma ställe. Regeringen har därför under 2013 fortsatt arbetet med att etablera den nationella tjänsten HälsaFörMig som ska bli ett verktyg för den enskilde att kunna spara, överblicka och administrera sin hälsoinformation. Inom andra samhällssektorer finns i dag möjligheten att

elektroniskt komma åt egen information. Regeringens avsikt är att denna möjlighet även ska finnas avseende information om vård och hälsa.

Regeringen har möjliggjort ett stort antal insatser för att lyfta fram patientens perspektiv i vården. HälsaFörMig är ytterligare ett verktyg för att patienter ska kunna bli mer aktiva i mötet med vården. Den vårddokumentation som lagras ska betraktas som en kopia och kommer således vara den enskildes egendom.

Staten ansvarar för infrastrukturen för tjänsten. Genom ett enhetligt regelverk för tillämpningar och tjänster blir det också möjligt för både privata och offentliga aktörer att kunna erbjuda nya interaktiva hälsotjänster via HälsaFörMig. Regeringens avsikt är att HälsaFörMig ska överföras till E-hälsomyndigheten, som är den nya myndighet som ska utföra de uppgifter som utgjort verksamheten i Apotekens Service AB.

För att säkerställa att användarna vid lanseringen får kännedom om tjänstens möjligheter ser regeringen behov av att tydligt kommunicera både syftet med satsningen i stort och vilken funktionalitet som inledningsvis kommer att finnas för användarna. Informationen ska även belysa ansvarsfördelningen mellan användarna och leverantörerna av plattformen respektive olika tjänster. Utvecklingsarbete sker under 2013 med planerad lansering av HälsaFörMig under 2014. I budgetpropositionen för 2013 aviserade regeringen att 100 miljoner kronor per år skulle avsättas för detta ändamål fr.o.m. 2014.

#### *Statligt tandvårdsstöd*

Syftet med 2008 års tandvårdsreform var att bidra till det övergripande målet om en god tandhälsa i hela befolkningen genom att utvidga det förebyggande arbetet och ge dem med stora tandvårdsbehov en möjlighet att få tandvårdsbehandling till en rimlig kostnad. För att nå målen och öka besöksfrekvensen infördes ett allmänt tandvårdsbidrag samt ett högkostnads-skydd. Den 1 januari 2013 infördes även ett tredje steg riktat till personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar.

De allra flesta patienter är nöjda med den tandvård de får. Regeringen vill försäkra sig om att tandvårdsreformens mål uppnås och avser därför att utreda statens insatser på området.

## Ökad kvalitet

### *Ny satsning för att förbättra vården för personer med långvarig eller kronisk sjukdom*

Regeringen vill förbättra vården för personer med långvarig eller kronisk sjukdom. Regeringen avser därför att ta fram en strategi som ska visa inriktningen på hur vården kan utvecklas för att bli mer effektiv, i högre grad involvera patienterna och öka deras tillgång till information. Strategin syftar även till att främja en mer ändamålsenlig organisering av vården. En handlingsplan med insatser som kan stödja vården på kort och lång sikt avses tas fram inom Socialdepartementet. Regeringen har också tagit initiativ till en särskild satsning för att utveckla patientmedverkan inom kvalitetsregister för kronisk eller långvarig sjukdom. I satsningen ingår bl.a. att utveckla gemensamma mått på patientrelaterade utfall och patientnöjdhet. Därutöver avser regeringen att tillsätta en särskild utredare som ska föreslå en ändamålsenlig organisering av vården för långvarigt eller kroniskt sjuka patienter. Utredaren ska även föreslå hur kompetensförsörjningen ska säkras när det gäller vården av personer med långvarig eller kronisk sjukdom.

Regeringen satsar 50 miljoner kronor på vården av personer med långvariga eller kroniska sjukdomar under 2014 och ytterligare 100 miljoner kronor beräknas för 2015 samt 150 miljoner kronor för 2016 respektive 2017, varav 50 miljoner kronor är permanenta.

### *Satsningen på de mest sjuka äldre fortsätter*

Regeringens insatser för att förbättra samordningen, helhetsperspektivet och kontinuiteten i vården och omsorgen om de äldre har medfört ett ökat fokus på detta hos landsting och kommuner. Totalt satsas 4,3 miljarder kronor under mandatperioden. Målet är att det intensiva arbete som nu pågår i landsting och kommuner ska leda till att man som äldre ska ha lätt att få kontakt med vården och omsorgen och känna sig trygg i att man får den vård och omsorg man behöver. Den enskilde ska få information och ges möjlighet till delaktighet i sin egen vård. Dessutom ska hembesök och samordning av vård- och omsorgsinsatser ordnas om behov finns.

Genom att arbeta för och premiera ökad samordning mellan vårdens och omsorgens olika aktörer både på politisk och på vårdgivarnivå vill

regeringen att landsting och kommuner aktivt arbetar för ett bättre omhändertagande av de mest sjuka äldre.

### *Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa är fortsatt prioriterat*

Regeringens särskilda satsning på förbättringar för personer med psykisk ohälsa fortsätter. Sedan 2007 genomför regeringen en omfattande satsning på att åstadkomma konkreta och varaktiga förbättringar för personer med psykisk ohälsa. Regeringen avsätter ca 870 miljoner kronor per år i syfte att förebygga psykisk ohälsa och att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad problematik prioriteras. Myndigheten för vårdanalys har i uppdrag att följa upp och utvärdera satsningen.

Inom Socialdepartementet pågår arbete för att ta fram ett underlag som ska kunna komplettera Psykiatrilagsutredningens förslag i betänkandet Psykiatrin och lagen (SOU 2012:17). Aspekter som enligt regeringens bedömning behöver analyseras rör bl.a. säkerhet på rättspsykiatriska kliniker.

Missbruks- och beroendevården omfattar både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Från den 1 juli 2013 ska huvudmännen ingå överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Området beskrivs i avsnitt 7.5.6.

### *Patientsäkerhetsatsningen fortsätter under 2014*

Patienter ska ha tillgång till en säker vård. Regeringen har under mandatperioden initierat ett genomgripande reformarbete med särskilt fokus på patientsäkerhet (avsnitt 4.8.1). Regeringen avser att under 2014 fortsätta på den inslagna vägen med ett arbete som kännetecknas av kontinuitet och successiv ambitionshöjning.

Patientsäkerhetslagen (2010:659), som trädde i kraft den 1 januari 2011, är en viktig grund för regeringens insatser på patientsäkerhetsområdet. Lagen stärker patientens ställning i patientsäkerhetsarbetet och slår fast att vården är skyldig att förebygga vårdskador. I budgetpropositionen för 2011 föreslogs en särskild satsning på patientsäkerhet under 2011–2014 på totalt ca 2,5 miljarder kronor.

Regeringen anser att utmaningar kvarstår och att förbättringsarbetet på patientsäkerhets-

området även fortsättningsvis måste bedrivas långsiktigt och systematiskt. De framsteg som levereras inom ramen för patientsäkerhets-satsningen behöver tas om hand inom ramen för ordinarie strukturer.

#### *Fortsatt arbete för en jämlik vård*

Regeringen har presenterat en samlad strategi för en jämlik vård. En jämlik vård är en vård som erbjuder alla invånare god kvalitet, hög tillgänglighet och möjlighet till delaktighet och inflytande, oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och ålder och oavsett bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och i möjligaste mån önskemål.

Regeringens inriktning för en mer jämlik vård är fortsatt genomförande av Strategin för en god och mer jämlik vård 2012–2016. Strategin syftar till att synliggöra och undanröja samt följa utvecklingen av omotiverade skillnader i resultat och bemötande inom vården. För att vidareutveckla detta arbete krävs fortsatta insatser som t.ex. fortsatt utveckling av kvalitetsregister och öppna jämförelser. Även befolkningsundersökningar och uppföljningen av invånares och patienters erfarenheter och syn på vården, bl.a. genom den nationella patientenkäten, är en viktig del i arbetet med ökad kunskap om vården.

Utbildningspaketet för vårdpersonal avseende bemötandaspekter ska testas och utvärderas och de nationella riktlinjerna utvecklas så att de i ökad utsträckning tar sin utgångspunkt i ett jämlikhetsperspektiv.

Överenskommelsen om fortsatta insatser för en god och mer jämlik vård uppmärksammar utveckling av metoder och strategier för att uppnå en mer jämlik vård i första linjens vård med fokus på resurssvaga områden. Överenskommelsen avslutas under 2014 och resultaten av arbetet kommer att spridas bl.a. genom en nationell konferens om jämlik vård i mars 2014.

Patientmaktsutredningens slutbetänkande Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44), som lämnades i juni 2013, innehåller bl.a. överväganden avseende jämlik vård ur regionalt, system- och individperspektiv och lyfter fram möjliga vägar framåt för arbetet med skillnader i vård och behandling. Patientmaktsutredningens

förslag och överväganden bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Regeringen (Socialdepartementet) avser vidare att fortsätta dialogen och samverka med hälso- och sjukvårdens aktörer och företrädare för olika patientgrupper om utmaningar i arbetet för en jämlik vård.

Andra exempel på insatser för en mer jämlik vård är regeringens arbete med att stärka beslutsförmögna personers ställning, förbättra situationen för personer med sällsynta diagnoser samt förbättra vård och behandling för bl.a. transsexuella.

När det gäller arbetet med att stärka beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning har regeringen tillsatt en utredning som ska redovisa förslag på området i april 2014.

Socialstyrelsen fått i uppdrag att stärka kunskapsstödet för vård och behandling av bl.a. transsexuella samt initiera och samordna ett myndighetsövergripande samarbete i syfte att minska den administrativa bördan för en person som ändrat könstillhörighet. Uppdraget ska slutredovisas i december 2014.

I propositionen Ändrad könstillhörighet (prop. 2011/12:142) redovisade regeringen även sin bedömning att möjligheterna att öka regional samordning, t.ex. genom regionala utrednings- och behandlingsteam, bör övervägas och att Socialstyrelsen under 2013 och 2014 bör tillföras medel även för detta ändamål. Regeringen gör bedömningen att dessa frågor bör värderas mot bakgrund av det samlade kunskapsunderlag som Socialstyrelsens arbete genererar och som bl.a. ska innehålla rekommendationer om vilka åtgärder som ska ingå vad gäller vård och behandling. I propositionen Ändrad könstillhörighet (prop. 2011/12:142) gjorde regeringen bedömningen att frågan om den nuvarande åldersgränsen för ändring av könstillhörigheten bör ändras, behöver utredas ytterligare. Frågan bereds i Regeringskansliet.

#### *Satsningen på en förbättrad cancervård fortsätter*

Regeringen avser fortsätta den breda satsningen på svensk cancervård inom ramen för den nationella cancerstrategin. Målsättningen med strategin är att minska risken för insjuknande i cancer, att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter och att förlänga överlevnadstid efter en diagnos, samt att åstadkomma en mer jämlik cancervård

En central del av cancerstrategin är att skapa sex regionala cancercentrum (RCC), ett i varje sjukvårdsregion. RCC ska bl.a. verka för att stärka patientens ställning i cancervården genom att stödja arbetet med att ta fram individuella vårdplaner för varje cancerpatient. Regeringen satsar årligen 60 miljoner kronor för fortsatt utveckling av den svenska cancervården.

#### *Ökat fokus på donation och transplantation*

Behovet av organ för transplantation i Sverige är avsevärt större än tillgången. Regeringen har därför tillsatt en offentlig utredning som ska göra en översyn av vissa donations- och transplantationsfrågor i syfte att skapa en så ändamålsenlig och patientsäker verksamhet som möjligt och därmed bidra till en ökad tillgång på organ (dir. 2013:25). Viktiga områden för översynen är bl.a. hur man bättre kan nå ut med information om donation och transplantation till allmänheten samt hur förutsättningarna för enskilda personer att göra sin vilja känd i donationsfrågor kan förenklas.

#### *En ny organisationslag inom hälso- och sjukvården*

Regeringen anser att det finns behov av att se över den nuvarande hälso- och sjukvårdslagens (1982:763; HSL) struktur och utformning. Patientmaktsutredningen har därför haft i uppdrag att göra en översyn av lagen. I slutbetänkandet Ansvarsfull hälso- och sjukvård (SOU 2013:44) föreslår utredningen att HSL ska upphävas och ersättas av en ny lag – lagen om organisation av hälso- och sjukvårdsverksamhet (organisationslagen). Den nya lagen ska, precis som HSL, vara en ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården. De flesta bestämmelserna i organisationslagen föreslås föras över från HSL och enbart ett fåtal bestämmelser är nya. Befintliga bestämmelser har setts över och moderniserats där så varit lämpligt, bl.a. föreslås nya definitioner av begreppen huvudman och vårdgivare.

Regeringen anser att HSL är ålderdomlig och svåröverskådlig och kommer därför återkomma till riksdagen med ett förslag till ny organisationslag inom hälso- och sjukvården. Ansvarsförhållandena inom hälso- och sjukvården kommer dock vara desamma i den nya lagen.

#### *Sammanhållen vårdinformation*

Sverige tillsammans med övriga nordiska länder ligger i framkant vad gäller användning av it-stöd

för vårdens dokumentation och processer, t.ex. när det gäller journaler och elektroniska recept. Stora investeringar har gjorts för att uppnå detta. Det finns dock områden som behöver utvecklas ytterligare för att vården ska ha tillgång till behövlig information vid rätt tillfälle, t.ex. möjligheter att dela information mellan vårdgivare eller mellan huvudmän.

En enskild person som rör sig inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten möter allt fler vårdgivare och utförare. Därför är det viktigt att behörig personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har tillgång till personuppgifter om den enskilde och relevant information om de insatser som den enskilde fått tidigare. Utan rätt information ökar risken för att felaktiga beslutsunderlag leder till felbehandlingar eller allvarliga interaktioner mellan läkemedel och andra insatser.

Regeringen har vidare tillsatt en utredning som kommer att granska hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens behov av information i förhållande till den enskildes personliga integritet (dir. 2011:111). I uppdraget ingår bl.a. att utreda om det är lämpligt att införa regler i patientdatalagen som gör att personer som saknar förmåga att motsätta sig eller samtycka till nödvändig behandling av personuppgifter kan ingå i sammanhållen journalföring.

Mot bakgrund av att Datainspektionen under 2013 förelagt vissa vårdgivare att upphöra med registrering av personer som varaktigt saknar beslutsförmåga i nationella kvalitetsregister gav regeringen i ett tilläggsdirektiv till utredningen i uppdrag att se över denna fråga specifikt i ett särskilt betänkande. Utredningen lämnade i juni 2013 betänkandet Rätt information – kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45). I betänkandet föreslås bl.a. att det i situationer då det är tillåtet att ge vård till någon som inte kan samtycka till själva åtgärden, bör lagstiftningen även göra det tillåtet för den som ska ge vården att ta del av den information som behövs för en god och säker vård. Regeringen avser att återkomma i frågan om beslutsoförmögna personers situation när det gäller kvalitetsregister och sammanhållen journalföring efter remissförfarandet och beredning inom Regeringskansliet.

I tilläggsdirektiven fick utredningen även ett uppdrag att till den 31 december 2013 i en delredovisning beskriva de möjligheter som befintlig lagstiftning ger för att praktiskt kunna utbyta

uppgifter inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt förlängd tid till den 30 april 2014 för avlämning av slutbetänkandet.

#### 4.10.2 Investeringar i framtidens hälso- och sjukvård

Regeringens ambition för hälso- och sjukvårdspolitikerna är en effektiv vård som ger goda medicinska resultat, är evidensbaserad och där uppföljning och kunskapsstyrning ger möjlighet till kostnadseffektiv användning av resurser. Forskning, innovation och utveckling är viktigt för att nya bättre metoder för behandling, bemötande, omvårdnad, förebyggande och hälsofrämjande insatser ska komma vården och patienterna till del.

##### Forskning och innovation

Ett långsiktigt perspektiv i politiken är nödvändigt för att forskning och innovation ska ges goda förutsättningar. Samarbetet mellan vård och omsorg, universitet och högskolor, näringsliv, ideell sektor, myndigheter och patienter är viktigt för att kunna bedriva klinisk forskning men också för att forskningsresultat ska kunna omsättas i klinisk vardag. Även innovationsförmåga – att kunna omsätta kunskap, kompetens och idéer i nya lösningar – ställer krav på delaktighet från alla aktörer. För att stimulera förnyelse genom innovation är det viktigt att huvudmännen utvecklar upphandlingskompetens, metoder för att mäta och definiera kvalitet och resultatuppfyllelse samt ersättningssystem som stödjer och stimulerar utveckling. Det är också viktigt att vårdgivarna avsätter tid och resurser för forsknings- och innovationsarbete som långsiktigt utvecklar vården.

Regeringskansliet arbetar med att se över förutsättningarna för utveckling av vården och omsorgen genom forskning och innovation.

##### *Innovationskraft hos nya aktörer*

Genom ett utökat vårdval tillkommer nya vårdgivare. Det innebär en utökad valfrihet, men också ett tillfälle att ta till vara den utvecklingskraft som finns hos tillkommande vårdgivare. Ett syfte med vårdval är också att stimulera innovationer. Det kan handla om att vårdgivarna, såväl offentligt som privat och ideellt drivna, i

utökad omfattning tar fram nya arbetssätt och erbjuder patienterna en större mångfald av tjänster. Valfriheten förväntas stimulera vårdgivare att utveckla nya sätt att erbjuda vård.

Genom att låta också privata aktörer, både företag och ideella aktörer, verka inom vården på samma villkor som offentliga aktörer skapas en vitaliserande förändringskultur.

##### Utgångspunkt i professionernas kunskap och ansvar

Hälso- och sjukvården vilar i hög grad på professionernas kunskap, förmåga och omdöme. De stödstrukturer som finns ska underlätta för professionerna att utföra sitt arbete. Likaså ska professionerna ges goda möjligheter till uppföljning, förbättringsarbete, vidareutbildning, forskning och innovation. Regeringen kommer även fortsättningsvis att ha en nära dialog om kommande satsningar med representanter för vården och professioner såsom läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och psykologer.

Efterfrågan på högskoleutbildad personal inom hälso- och sjukvård samt tandvård har länge varit större än tillgången. Regeringen har därför under hela mandatperioden satsat på en utbyggnad av läkar-, tandläkar- och sjuksköterskeutbildningarna. För att möta det framtida behovet föreslår regeringen i årets budgetproposition medel för en ytterligare ökning av antalet nybörjarplatser inom dessa utbildningar (utgiftsområde 16 avsnitt 4.7.2).

Efterfrågan på kursplatser överstiger tillgången på specialistkurser. Det försvårar för läkare att bli färdiga med sin specialiserings-tjänstgöring (ST) inom avsedd tid och påverkar hälso- och sjukvårdens tillgång på specialistkompetens. Regeringen genomför därför under 2013 och 2014 en förstärkning på området som syftar till att fler läkare ska kunna genomföra sin ST inom avsedd tid.

En effektivisering av användandet av professionernas resurser är nödvändigt för att Sverige även fortsatt ska kunna erbjuda en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Regeringen anser därför att det finns behov av att analysera hur professionens resurser kan användas på det mest ändamålsenliga sättet och för rätt uppgifter. Det kan t.ex. handla om att se över hur läkarna använder sin tid och ansvarsfördelningen mellan olika yrkeskategorier samt värdera vilken

administration som krävs i vården utifrån verksamheternas syften och mål. Det bör även analyseras vilka tänkbara åtgärder som kan vidtas på nationell och regional nivå för att uppnå en högre effektivitet. En del i effektiviseringen handlar om att använda bästa tillgängliga kunskap för att säkerställa att bästa möjliga vård och omsorg ges till patienterna. Det har därför gjorts flera satsningar på olika kunskapsstöd, som t.ex. Kunskapsguiden och elektroniskt expertstöd vid läkemedelsförskrivning (EES). Därutöver har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomfört en förstudie om ett nationellt hälsobibliotek (se avsnitt 4.5.1). Regeringen anser att frågan om ett nationellt hälsobibliotek kräver ytterligare analys.

### **Sammanhållna vårdkedjor och förbättrade ersättningsystem**

Regeringen anser att det är viktigt med väl fungerande ersättningsystem i vården. Bättre fungerande ersättningsystem ökar kvaliteten för patienterna samtidigt som resurserna används mer ändamålsenligt och effektivt.

Regeringen har satsat på att öka huvudmännens förutsättningar att skapa en mer integrerad vårdkedja och på att öka vårdgivarnas helhetsansvar för patienten. Genom en utveckling av ersättningsystemen ska primärvården och den specialiserade vården premieras för ökat samarbete kring vårdtunga grupper, vilket leder till ett mer patientcentrerat, sammanhållet och kostnadseffektivt omhändertagande av dessa patienter.

Regeringen kommer fortsätta att stödja landstingen i deras arbete med att utveckla ersättningsystemen. Flera projekt kommer att initieras, bl.a. ett projekt avseende ersättningsystem som tar sikte på kopplingen mellan hemsjukvård inom kommunerna och landstingens akutvård.

### **Uppföljning och systematisk förbättring**

#### *Öppna jämförelser*

Regeringen anser att det är viktigt att öppet redovisa hälso- och sjukvårdens resultat. Detta är en viktig förutsättning för att verksamheterna inom dessa områden kontinuerligt ska kunna förbättras. Det övergripande syftet med öppna

jämförelser inom hälso- och sjukvården är att stimulera huvudmännen att analysera sina verksamheter, lära av varandra, och förbättra såväl kvaliteten som effektiviteten och därmed ytterst bidra till förbättrad hälsa och livskvalitet för befolkningen. Centrala områden som jämförelserna ska belysa bör i möjligaste mån vara kopplade till de mål som finns formulerade i lagstiftningen. När det gäller hälso- och sjukvården handlar det om att den ska vara patientcentrerad, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv.

Ett annat syfte är att genom öppna jämförelser öka transparensen för patienter, brukare och medborgare. De ska därmed successivt kunna ligga till grund för medborgarnas val av vårdgivare. Regeringen ser för närvarande över den nationella strategin för kvalitetsutveckling av öppna jämförelser som beslutades 2009. Syftet är att utveckla arbetet och att förtydliga roller och ansvarsfördelning. Resultaten ska bli mer tillgängliga för medborgare, patienter, beslutsfattare m.fl. Data ska kontinuerligt uppdateras och tillgängliggöras med mindre fördröjning än i dagsläget. En sådan utveckling stödjer landstingens strategiska ledningsarbete, verksamheternas förbättringsarbete samt medborgarnas insyn och patienternas fria val.

#### *Internationella jämförelser och samarbete*

I en allt mer globaliserad värld blir det viktigare att kunna jämföra olika länders sjukvårdssystem. Det finns flera aktörer, bl.a. WHO och OECD, som tar fram jämförelser mellan länder. Också inom EU finns flera initiativ som syftar till detta, med det övergripande syftet att förbättra hälsan i EU:s medlemsländer.

Sverige leder för närvarande en grupp av medlemsstater inom EU som har som uppdrag att ta fram rekommendationer om hur rapportering avseende olika länders hälso- och sjukvård kan utformas så att de på ett mer tydligt sätt kan utgöra underlag för beslutsfattare i EU:s medlemsländer, när de utformar åtgärder och insatser på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslagen, som avses läggas fram under hösten 2013, kan också förväntas leda till ett ökat samarbete mellan WHO, OECD och EU när det gäller insamling och rapportering av data.

Sverige medverkar tillsammans med 13 andra jämförbara länder i den internationella studien IHP (International Health Policy Study) som genomförs av Commonwealth Fund. Sverige



kommer även fortsättningsvis att medverka i undersökningen, som bidragit med intressanta data för jämförelse. I 2013 års undersökning intervjuas befolkningen i de olika länderna om förtroende och upplevd effektivitet i respektive hälso- och sjukvårdssystem. För 2014 planeras undersökningen fokusera särskilt på hur vården fungerar för personer med långvariga eller kroniska sjukdomar, utifrån bl.a. koordinerade och sammanhållna vårdprocesser.

#### *Satsning på kvalitetsregister*

Nationella kvalitetsregister spelar en viktig roll för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling. Registren är också ett värdefullt verktyg för forskningen. Väl uppbyggda och använda kvalitetsregister medför en bättre sjukvård och minskat lidande för patienten, samtidigt som det kan innebära kostnadsbesparingar för samhället. En utveckling av kvalitetsregistren är nödvändig för att öka användarvänligheten och minska dubbelregistreringen i vården. Det leder i sin tur till ökad produktivitet genom att professionerna ges mer tid till att möta patienter i en ökad utsträckning än i dag.

Staten och sjukvårdshuvudmännen avser att under 2014 fortsätta den långsiktiga gemensamma satsningen på utveckling och finansiering av kvalitetsregistren för att realisera den outnyttjade potentialen som kvalitetsregistren utgör för utveckling, uppföljning och forskning inom vården.

Som ett led i regeringens arbete med att stärka patientens ställning pågår inom ramen för kvalitetsregistersatsningen ett arbete med att utveckla patientrapporterade utfallsmått för flera register. Patientrapporterade utfallsmått innebär att patienten på förhand själv bedömer och registrerar t.ex. grad av smärta och symtom. Detta medför att patienten i högre grad involveras i sin egen vård, samtidigt som det frigör tid för mer värdeskapande möten mellan patient och vårdpersonal.

För satsningen på nationella kvalitetsregister avsätts sammantaget ca 1,54 miljarder kronor för perioden 2012–2016. Staten står för 70 procent av finansieringen. Effekten av satsningen ska bli bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbete, ökad kvalitet på data, ökad öppenhet och tillgång till data för patienter och ökad användning av kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål. Det över-

gripande målet är en hälso- och sjukvård med hög kvalitet för den enskilda patienten.

#### **En myndighetsstruktur som stödjer hälso- och sjukvårdens och folkhälsans utveckling**

Regeringen har under de senaste åren påbörjat angelägna organisationsförändringar av den statliga myndighetsstruktur som styr och stödjer hälso- och sjukvården. Ett led i detta arbete är inrättandet av Myndigheten för vårdanalys, som oberoende granskar vården ur ett patientperspektiv. Regeringen har därefter tagit initiativ till ytterligare myndighetsförändringar som beskrivs nedan.

#### *En myndighet för tillsyn*

Regeringen anser att en väl fungerande tillsyn är viktig för att säkerställa att medborgarna får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med gällande lagar och andra föreskrifter.

Som ett led i att stärka tillsynen inrättades den 1 juni 2013 en ny tillsynsmyndighet – Inspektionen för vård och omsorg. Skälen för att bilda en renodlad tillsynsmyndighet är bl.a. att tillsynen bör ha en oberoende ställning i förhållande till normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning. En fristående tillsynsmyndighet kan också bidra till att tillsynen utövas med mer långsiktig planering, tydligare prioriteringar och ett mer strategiskt inriktat arbete, dvs. möjliggör en effektivare tillsyn.

För att förstärka tillsynen av hälso- och sjukvård och äldreomsorg har regeringen satsat 175 miljoner kronor per år under 2013 och 2014 och 150 miljoner kronor per år under 2015 och 2016.

#### *Verksamheten i Apotekens Service AB övergår till myndighetsform*

Den 1 januari 2014 inrättas en ny myndighet vars verksamhet kommer att bestå av uppgifter som i dag utförs av Apotekens Service AB. Det innebär att staten kommer att förvärva verksamheten i Apotekens Service AB samt avveckla bolaget.

Den nya myndigheten ska verka för funktioner och system som främjar en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsdistribution på en omreglerad apoteksmarknad. Myndigheten ska ansvara för samhällsnyttig infrastruktur och informationsdatabaser som ska vara tillgängliga för alla apotek på likvärdiga och icke-

diskriminerande villkor. Myndigheten ska även sammanställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik, som i dag Apotekens Service AB ansvarar för. Regeringen avser vidare att låta den nya myndigheten ansvara för tjänsten HälsaFörMig (se avsnitt 4.10.1). Myndigheten bör i framtiden kunna få ansvar för uppgifter utöver de som i dag utförs av Apotekens service AB. Den nya myndigheten kan bidra till att möta de framtida utmaningarna inom vården och omsorgen när det gäller samordning av nationella it-infrastrukturjänster. I dag finns ingen aktör som har denna roll. För ställningstagande till ytterligare framtida uppgifter krävs dock ytterligare analyser.

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av den nya myndigheten (dir. 2013:15). Riksdagen har beslutat om de lagändringar som följer av bildandet av den nya myndigheten (prop. 2012/13:128, bet. 2012/13:SoU:26, rskr. 2012/13:279).

I propositionen Ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (prop. 2012/13:128) gavs myndigheten namnet Myndigheten för hälso- och vårdinfrastruktur. Förslagen i propositionen föranledde ett antal lagändringar, bl.a. i lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning, där tidigare hänvisningar till Apotekens Service Aktiebolag byttes ut mot Myndigheten för hälso- och vårdinfrastruktur. Dessa ändringar träder i enlighet med riksdagens beslut i kraft den 1 januari 2014. Den särskilda utredaren som ska förbereda och genomföra bildandet av den nya myndigheten har till regeringen inkommit med ett förslag om att namnet för myndigheten bör vara E-hälsomyndigheten. Regeringen gör bedömningen att myndigheten ska byta namn i enlighet med utredarens förslag. Regeringen avser mot bakgrund av detta att inom kort lämna en proposition till riksdagen där namnet Myndigheten för hälso- och vårdinfrastruktur föreslås bytas ut till E-hälsomyndigheten i berörda lagar.

#### *En ny folkhälsomyndighet*

Den 1 januari 2014 inrättas även den nya Folkhälsomyndigheten. Myndigheten tar över de uppgifter som Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet har samt vissa uppgifter från Socialstyrelsen. Genom sammanslagningen förbättras förutsättningarna för ett mer effektivt

kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Se vidare avsnitt 5 Folkhälsopolitik.

#### *En mer samordnad kunskapsstyrning*

Den statliga myndighetsstrukturen ska svara för en väl fungerande kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och staten. Det innebär att de statliga myndigheterna behöver ha en gemensam och förutsägbar process för prioritering, kunskapssammanställning och kunskapsspridning. Regeringen anser att dialogen med vård- och omsorgsgivarna, patienterna, brukarna och professionerna, som är en central del av kunskapsstyrningen, behöver förbättras.

Regeringen avser därför att lämna ytterligare förslag om förändringar under 2014 som stödjer och effektiviserar kunskapsstyrningen. Förslagen kommer att innebära vissa förändringar av dagens struktur. Bland annat ska förutsättningarna för en gemensam författningssamling utredas. Likaså ska förslag lämnas om hur kunskapsöverföring och samarbete ska utformas mellan myndigheterna och forskningen. Vidare kommer förslaget att omfatta frågor som ökad samordning mellan myndigheterna, minskat dubbelarbete, förbättrat implementeringsstöd och en gemensam prioriteringsprocess mellan staten, landstingen och kommunerna.

#### **Fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden**

##### *En utvecklad prissättningsmodell för läkemedel*

Läkemedel är en del av många människors vardag och tillgången till kostnadseffektiva läkemedel är en förutsättning för att kunna bedriva en modern hälso- och sjukvård. Den snabba medicinska utvecklingen har kontinuerligt ökat nyttan av läkemedel för patienten och sjukvården. Samtidigt är samhällets möjligheter att finansiera läkemedel begränsade, vilket understryker vikten av tydliga prioriteringar och att kostnadseffektiva behandlingsmetoder används i vården. En av de stora utmaningarna framöver på läkemedelsområdet är bl.a. hur det allmänna ska ha råd att finansiera nya dyra läkemedel.

En långsiktigt hållbar prissättningsmodell måste svara mot ett antal krav. En varaktig modell förmår på ett ändamålsenligt sätt balansera behoven av tidig tillgång till nya och innovativa

läkemedel, samtidigt som god kostnadskontroll i landstingen och priser på läkemedel i nivå med jämförbara länder åstadkoms. I syfte att säkerställa en långsiktig kostnadskontroll och en fortsatt god tillgång till kostnadseffektiva läkemedel har regeringen och Läkemedelsindustriföreningen kommit överens om att utveckla den svenska takprismodellen för äldre läkemedel. Parterna är också överens om att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ska ges en mer aktiv roll i sitt arbete med att utveckla den värdebaserade prissättningen i syfte att åstadkomma en ökad kostnadseffektivitet. Överenskommelsen innebär ett åtagande från den forskande läkemedelsindustrin att sänka sina priser för äldre läkemedel från januari 2014. En utvecklad takprismodell för äldre läkemedel införs från 2015. Modellen med takpris-sänkningar kompletteras dessutom med att TLV ges i uppdrag att arbeta mer aktivt med att utveckla den värdebaserade prissättningen för att åstadkomma en ökad kostnadseffektivitet.

Regeringen avser att återkomma i frågan om den utvecklade takprismodellen. Sammantaget är regeringens bedömning att överenskommelsen och takprismodellen, i kombination med en utvecklad värdebaserad prissättning, leder till besparingar på 470 miljoner kronor 2014, 740 miljoner kronor 2015, 985 miljoner kronor 2016 och 1 175 miljoner kronor 2017. Med förslaget säkerställs att Sverige inte betalar för höga priser på äldre läkemedel samtidigt som fördelarna med den värdebaserade prissättningsmodellen bibehålls. Om takprismodellen och den utvecklade värdebaserade prissättningen inte har gett upphov till önskade besparingar kommer frågan om en övergång till internationell referensprissättning att prövas inför 2018. Förslaget om en ny prissättningsmodell ska också kompletteras med åtgärder som syftar till att dels främja god tillgång till kostnadseffektiva läkemedel, dels stimulera forskning och innovation. De åtgärder som ingår är fortsatt utveckling av kunskaperna när det gäller läkemedelsbehandling av barn, ordnat införande och strukturerad uppföljning av nya och innovativa läkemedel, utveckling av statistiken inom läkemedelsområdet samt fortsatt arbete med frågor som rör antibiotikaresistens. Dessa satsningar beskrivs nedan. Sammantaget säkerställer detta en fortsatt god tillgång på läkemedel.

#### *Förstärkt satsning på ordnat införande och strukturerad uppföljning*

Regeringen vill verka för ökad kvalitet i uppföljningen och användningen av läkemedel. En sammanhållen nationell introduktionsprocess för nya innovativa läkemedel – ordnat införande – är ett viktigt steg för att optimera tidig användning av nya, innovativa och kostnadseffektiva läkemedel och för att undvika oönskade skillnader mellan olika landsting. För att processen med ordnat införande ska kunna genomföras behöver samarbetsformerna mellan olika aktörer utvecklas. Regeringen har tecknat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om stöd för att utveckla en nationell införandemodell för nya läkemedel och vissa medicintekniska produkter. Regeringen föreslår nu en förstärkning av arbetet med ordnat införande. Regeringen satsar 40 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för att stimulera framväxten av nya samarbetsformer kring uppföljning och introduktion av nya kostnadseffektiva läkemedel.

För att ge en så god och modern vård som möjligt bör strävan vara att nya effektiva behandlingar kan ges till patienter så tidigt som möjligt. En tidig introduktion förutsätter att det finns utvecklade system och strukturer för uppföljning som säkerställer en god patientsäkerhet och bibehållen kostnadseffektivitet. Ett viktigt steg är att öka möjligheterna att följa upp läkemedelsbehandling, som har ordinerats till patienter vid vårdavdelningar och mottagningar på sjukhus. Genom mer heltäckande uppföljningsstudier, som stärker kunskaperna om och erfarenheterna av läkemedelsanvändning kan en helhetsbild av befolkningens läkemedelsanvändning erhållas. I dag saknas uppgifter som gör det möjligt att koppla varje ordinerat läkemedel till det hälsoproblem som föranledde ordinationen. Att kunna koppla ihop ordinationsorsak med läkemedelsförskrivning är ett viktigt verktyg för att utveckla den värdebaserade prissättningen, vilket ytterst bidrar till att höja kvaliteten och förbättra säkerheten vid läkemedelsbehandling. Regeringen har därför uppdragit åt Socialstyrelsen att utveckla en ny och nationell källa för ordinationsorsak. Det är angeläget att arbetet fortskrider för att kodsystemet på sikt ska täcka samtliga terapiområden.

Utvecklade metoder för uppföljning och fortsatt utveckling av kvalitetsregister och hälsodata-

register samt delning av data över uppföljning i klinisk användning är områden där samarbeten mellan sjukvården och företagen kan skapa mer värden. Mot bakgrund av att den övervägande majoriteten av ordinationer i vården sker i journalsystemens läkemedelsmoduler är förberedelser och framtagande av integrationspaket mot nationella register och datakällor avgörande för en strukturerad uppföljning av nya läkemedel. Läkemedelsverket och den nya E-hälsomyndigheten bör fungera som nationella nav för detta arbete. Av denna anledning föreslår regeringen att respektive myndighet tillförs 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014.

#### *Förstärkt arbete mot antibiotikaresistens*

Med en ökande antibiotikaresistens och en otillräcklig utveckling av nya antibiotika finns behov av att utvärdera befintliga antibiotika ur nya vinklar för att undersöka om ytterligare effekt kan erhållas ur dessa. Den nya Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att ansvara för sådana studier. Mot bakgrund av detta föreslår regeringen att Folkhälsomyndigheten tillförs 5 miljoner kronor 2014. För åren 2015–2017 beräknas anslaget tillföras 15 miljoner kronor per år, varav 10 miljoner kronor är en permanent höjning av anslaget. Även andra satsningar för att motverka ytterligare resistens mot antibiotika är motiverade. Regeringen avser därför att tillföra Socialstyrelsen 5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för att intensifiera det nationella och internationella arbetet på området.

#### *Barn och läkemedel*

Hälften av alla läkemedel som ges till barn på sjukhus är inte av myndighet godkända för användning på barn. Vid vård av barn behövs därför information som är erfarenhetsbaserad. För att stödja den utveckling som pågår inom hälso- och sjukvården med att förbättra läkemedelsbehandlingen för barn genom samlad, strukturerad och adekvat information avser regeringen att satsa 5 miljoner kronor 2014 och 10 miljoner kronor 2015.

#### *Utvecklad läkemedelsstatistik*

Ansvar för de register som Apotekens Service AB i dag ansvarar för kommer att överföras till den nya E-hälsomyndigheten. Detta kommer att ställa delvis nya krav på den verksamhet som ligger till grund för läkemedelsstatistiken. Det finns även ett uppbyggt behov av insatser för att bl.a. säkerställa kvalitet i data, förbättra

jämförbarheten och att underlätta för landsting och andra aktörer att ta till sig och tolka statistiken. I förlängningen bör detta kunna bidra till en bättre läkemedelsanvändning och högre kostnadsmedvetenhet i landstingen. För detta ändamål satsar regeringen 5 miljoner kronor 2014 och 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015.

#### *Försäkringsskydd för läkemedel*

Regeringen avser även att återkomma i fråga om försäkringsskyddet för läkemedel. Läkemedels- och apoteksutredningen har i delbetänkandet Ersättning vid läkemedelsskador och miljöhänsyn i läkemedelsförmånerna (SOU 2013:23) lämnat förslag på hur försäkringsskyddet kan stärkas.

#### *Fortsatt god tillgänglighet och service vid apotek*

Patientens tillgång till läkemedel och varor på öppenvårdsapotek i rimlig tid är ett viktigt led i regeringens målsättning om ökad tillgänglighet till vård och omsorg. De utvärderingar som gjorts har pekat på att målen med omregleringen av apoteksmarknaden i stort har uppfyllts, bl.a. har antalet apotek ökat väsentligt samtidigt som apotekens öppettider ökat markant från i genomsnitt 42 till 53 timmar per vecka. Den utvärdering av reformen som Statskontoret genomfört på regeringens uppdrag visar dock på att det inom vissa områden kan finnas en förbättringspotential. Regeringen gav redan 2011 Läkemedels- och apoteksutredningen i uppdrag att följa upp och se över en rad frågor som rör den omreglerade apoteksmarknaden. I det första delbetänkandet (Pris, tillgång och service) redovisas utredningens bedömningar och förslag i fråga om bl.a. leverans- och tillhandahållandeskyldigheten (den s.k. 24-timmarsregeln), samt vissa frågor om tillsyn och om tillstånd för att hantera narkotika. Dessa frågor bereds för närvarande inom Regeringskansliet. I det slutbetänkande som utredningen kommer att redovisa i april 2014 kommer frågor som rör dosdispenserade läkemedel och licensläkemedel att hanteras.

I sitt första delbetänkande föreslog Läkemedels- och apoteksutredningen att regeringen bör ge Apotekens Service AB i uppdrag att ta fram ett system som gör det möjligt att få uppgift om på vilket apotek en viss efterfrågad vara finns. Utredningen konstaterar dock att det bästa vore om branschen utvecklar ett sådant system på frivillig väg. Efter att utredningen

överlämnat sitt förslag till regeringen har Sveriges Apoteksförening meddelat att föreningen har för avsikt att ansvara för och finansiera utvecklingen av ett liknande söksystem. Enligt föreningen kommer systemet att vara i bruk under första delen av 2014. Regeringen ser positivt på detta branschinitiativ och kommer att följa hur arbetet utvecklas och vilka effekter som detta initiativ får.

#### *Speciallivsmedel*

De kartläggningar av situationen när det gäller speciallivsmedel som Läkemedelsverket och Livsmedelsverket har genomfört visar på att det skett en snabb utveckling inom området de senaste åren, bl.a. har utvecklingen av antalet produkter inom vissa områden och deras tillgänglighet ökat. I den del som rör subventioneringen av speciallivsmedel för individer under 16 år lyfter myndigheterna fram ett antal frågor, som behöver utredas vidare för en bättre anpassning av det statliga stödet till dagens medicinska situation så att det i högre grad kan inriktas på de största medicinska behoven. Rapporten visar också att samtliga landsting erbjuder någon form av subvention av speciallivsmedel för individer över 16 år. En fortsatt utveckling av området bör enligt regeringen ta sin utgångspunkt i den samlade bild av området som myndigheternas rapporter ger.

#### *Fortsatt utveckling av läkemedelsstrategin*

De insatser som genomförts inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin och dess handlingsplan har varit omfattande och lett till att Sverige kommit närmare att förverkliga strategins mål, som exempelvis jämlik vård och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Flera aktiviteter i handlingsplanen är slutförda och några nya aktiviteter har tillkommit. De nya insatserna syftar till att stärka patientperspektivet och berör framför allt apotekens verksamhet och läkemedelsutbildning för läkare. Samtidigt har några aktiviteter i handlingsplanen fått delvis förändrat innehåll. Det gäller framför allt utarbetandet av en nationell process mellan landsting, myndigheter och läkemedelsindustrin om ordnat införande av nya läkemedel, som har fått ett breddat uppdrag och ökat fokus. Ordnat införande har bäring på flera av de övriga insatsområdena och är en avgörande komponent för att uppnå strategins mål.

Uppföljningen av strategin har hittills främst skett på aktivitetsnivå inom handlingsplanen. Arbetet med att utveckla indikatorer för strategins fem mål har initieras och kommer fortsatt att vara i fokus 2014. Satsningen kommer att ske i nära samverkan mellan läkemedelsstrategins aktörer.

Utifrån den omvärldsanalys som deltagarna i den nationella läkemedelsstrategin lämnat kommer handlingsplanen för 2014 att uppdateras och revideras. Arbetet för att nå strategins vision – rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle – kommer att intensifieras ytterligare under året, inte minst genom ett ökat patientperspektiv och samverkan mellan berörda aktörer inom läkemedelsområdet.

## 4.11 Budgetförslag

### 4.11.1 1:1 Myndigheten för vårdanalys

**Tabell 4.7 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vårdanalys**

Tusental kronor

2012	Utfall	25 414	Anslags-sparande	2 126
2013	Anslag	29 133 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	29 223
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>29 715</b>		
2015	Beräknat	30 077 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	30 534 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	31 176 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 29 715 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 29 715 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 29 714 tkr i 2014 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för vårdanalys förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

**Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:1 Myndigheten för vårdanalys**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>29 133</b>	<b>29 133</b>	<b>29 133</b>	<b>29 133</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	821	1 186	1 647	2 294
Beslut	-197	-199	-202	-207
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt <sup>3</sup>	-42	-43	-43	-44
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>29 715</b>	<b>30 077</b>	<b>30 534</b>	<b>31 176</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 29 715 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vårdanalys* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 30 077 000 kronor, 30 534 000 kronor respektive 31 176 000 kronor.

### 4.11.2 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

**Tabell 4.9 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

År	Utfall	Utveckling	Anslags- sparande	Utgifts- prognos
2012	Utfall	56 634		230
2013	Anslag	57 062 <sup>1</sup>		57 377
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>58 091</b>		
2015	Beräknat	61 847 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	62 879 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	64 266 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 61 052 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 61 053 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 61 052 tkr i 2014 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

SBU har sedan 2011 i uppdrag att sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomsten av sjukdomar. För detta arbete tilldelas myndigheten 5 miljoner kronor per år t.o.m. 2014. Medlen utbetalas från utgiftsområde 13, Integration och jämställdhet, anslaget 3:1 *Särskilda jämställdhetsåtgärder*. För 2015–2017 beräknas anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* tillföras 3 miljoner kronor per år för denna verksamhet. En neddragning på samma nivå beräknas för anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning för denna verksamhet.

**Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:2 Statens beredning för medicinsk utvärdering**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>57 062</b>	<b>57 062</b>	<b>57 062</b>	<b>57 062</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	1 111	1 868	2 851	4 173
Beslut		3 000	3 050	3 117
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt <sup>3</sup>	-82	-83	-84	-86
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>58 091</b>	<b>61 847</b>	<b>62 879</b>	<b>64 266</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 58 091 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk utvärdering* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 61 847 000 kronor, 62 879 000 kronor respektive 64 266 000 kronor.

#### 4.11.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

**Tabell 4.11 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

2012	Utfall	107 963	Anslags-sparande	7 943
2013	Anslag	113 333 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	110 606
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>133 363</b>		
2015	Beräknat	134 036 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	135 176 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	138 082 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 132 375 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 131 403 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 131 403 tkr i 2014 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 1,2 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014 för verksamhet av permanent karaktär som ska bedrivas av E-hälsomyndigheten. Dessa innefattar särskilda medel för arbete med avgifter för öppenvårdsapotek. Anslaget 1:12 *E-hälsomyndigheten* ökas med motsvarande belopp.

Anslaget föreslås öka 2014 med 19 miljoner kronor till följd av utökade uppgifter på läkemedelsområdet rörande en utvecklad takprismodell, en mer aktiv roll när det gäller att utveckla den värdebaserade prissättningen samt för förstärkt tillsyn. För 2015 beräknas 18 miljoner kronor för ändamålet. Från och med 2016 beräknas anslaget öka med 17 miljoner kronor per år för denna verksamhet.

**Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013 <sup>1</sup></b>	<b>113 333</b>	<b>113 333</b>	<b>113 333</b>	<b>113 333</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	2 393	3 845	5 716	8 275
Beslut	19 000	18 238	17 530	17 906
Överföring till/från andra anslag	-1 200	-1 215	-1 234	-1 261
Övrigt <sup>3</sup>	-163	-165	-168	-171
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>133 363</b>	<b>134 036</b>	<b>135 176</b>	<b>138 082</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 133 363 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 134 036 000 kronor, 135 176 000 kronor respektive 138 082 000 kronor.

#### 4.11.4 1:4 Tandvårdsförmåner<sup>1</sup>

**Tabell 4.13 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor

2012	Utfall	4 949 577	Anslags-sparande	504 723
2013	Anslag	6 206 660 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	5 439 100
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>5 684 540</b>		
2015	Beräknat	5 907 810		
2016	Beräknat	6 123 490		
2017	Beräknat	6 345 530		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>1</sup> Anslaget byter namn den 1 januari 2014 till 1:4 *Tandvårdsförmåner*.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statliga tandvårdsförmåner enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, enligt socialförsäkringsbalken och enligt lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. En mindre del av anslaget får användas för utgifter för kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

## Regeringens överväganden

Under budgetåret 2012 uppgick anslags-sparandet till 505 miljoner kronor. Anslags-sparandet drogs in vid årsskiftet 2012/13. Jämfört med anvisade medel i statsbudgeten för 2013 beräknas utgifterna bli ca 770 miljoner kronor lägre, vilket innebär ett anslagssparande även 2013. Avvikelsen förklaras av att efterfrågan blivit lägre än vad man räknade med i statsbudgeten.

Eftersom anslaget är av den anslagstyp vars nivå anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år så revideras anslagsnivån för 2014–2017 ner jämfört med anvisade medel i statsbudgeten för 2013. Utgiftsprognosen bygger på tidigare års utfall och bedömningar av bl.a. hur efterfrågan och priserna kommer att utvecklas.

**Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>6 206 660</b>	<b>6 206 660</b>	<b>6 206 660</b>	<b>6 206 660</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volymer	-522 120	-298 850	-83 170	138 870
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>5 684 540</b>	<b>5 907 810</b>	<b>6 123 490</b>	<b>6 345 530</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 5 684 540 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 5 907 810 000 kronor, 6 123 490 000 kronor respektive 6 345 530 000 kronor.

## 4.11.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

**Tabell 4.15 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
2012	Utfall	22 151 155	Anslags-sparande	398 845
2013	Anslag	22 200 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	21 093 200
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>21 230 000</b>		
2015	Beräknat	20 960 000		
2016	Beräknat	20 715 000		
2017	Beräknat	20 525 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för det särskilda statsbidraget till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmåner så att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskrivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Anslaget får även användas för att ersätta landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för vissa kostnader inom läkemedelsområdet som inte ingår i läkemedelsförmånerna.

## Kompletterande information

Statens ekonomiska ersättning till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna fastställs normalt genom överenskommelser mellan staten och SKL. Ersättning till landstingen från anslaget betalas ut med två månaders fördröjning. Staten och SKL har sedan 1998 tecknat överenskommelse om statens ersättning till landstingen för landstingens kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. För 2012 tecknades ingen överenskommelse, utan landstingen ersattes i form av ändringsbeslut. För 2013 har ännu ingen överenskommelse tecknats.



## Regeringens överväganden

Under budgetåret 2012 uppgick anslags-sparandet till 399 miljoner kronor. Anslags-sparandet drogs in vid årsskiftet 2012/13. Jämfört med anvisade medel i statsbudgeten för 2013 beräknas utgifterna, baserat på Socialstyrelsens prognos, bli 1 100 miljoner kronor lägre, vilket innebär ett anslagssparande även detta år. Anslagsnivån för 2014–2017 beräknas dels utifrån Socialstyrelsens prognos, dels utifrån den överenskommelse som redovisas nedan, dels utifrån en utveckling av den värdebaserade prissättningen.

Enligt Socialstyrelsens prognos för läkemedelsförmånerna från april 2013 kommer kostnaderna att sjunka med 2 procent jämfört med 2012. Fortlöpande effekter av det stora antalet patentutgångar 2013 och till viss del även av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) omprövningar är de främsta anledningarna till att kostnadsutvecklingen förväntas bli negativ även detta år. Under 2014 förväntas kostnaderna för läkemedelsförmånerna öka måttligt med ca 1,25 procent, för att de följande tre åren ligga runt noll. Socialstyrelsen prognostiserar utgifterna för läkemedelsförmånerna 2014–2017 till 19 500 miljoner kronor för 2014, 19 200–19 400 miljoner kronor för 2015, 19 000–19 400 miljoner kronor för 2016 och 19 000–19 600 miljoner kronor för 2017.

I anslagsnivån ingår även ett pålägg för ett antal kostnadsposter som inte ingår i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, smittskyddsläkemedel och kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. De tillkommande kostnadsposterna beräknas uppgå till mellan 2 100 och 2 500 miljoner kronor per år.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens prognos beräknas anslaget minska med 500 miljoner kronor per år 2014–2017.

I syfte att säkerställa långsiktig kostnads-kontroll för det offentliga och en fortsatt god tillgång till kostnadseffektiva läkemedel har regeringen och Läkemedelsindustriföreningen kommit överens om att utveckla den svenska takprismodellen för äldre läkemedel. Denna överenskommelse innebär att priserna sänks, vilket innebär en beräknad besparing för läkemedelsförmånerna på 370 miljoner kronor 2014, 440 miljoner kronor 2015, 535 miljoner kronor 2016 och 625 miljoner kronor 2017. Parterna är

också överens om att TLV ska ges en mer aktiv roll i sitt arbete med att utveckla den värdebaserade prissättningen i syfte att åstadkomma en ökad kostnadseffektivitet. Detta ger upphov till ytterligare besparingar. Utifrån överenskommelsen om en utvecklad takprismodell och en utveckling av den värdebaserade prissättningen föreslås anslaget minska med 470 miljoner kronor 2014. För åren 2015–2017 beräknas anslaget minska med 740 miljoner kronor, 985 miljoner kronor respektive 1 175 miljoner kronor.

**Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>22 200 000</b>	<b>22 200 000</b>	<b>22 200 000</b>	<b>22 200 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-470 000	-740 000	-985 000	-1 175 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	-500 000	-500 000	-500 000	-500 000
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>21 230 000</b>	<b>20 960 000</b>	<b>20 715 000</b>	<b>20 525 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 21 230 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 20 960 000 000 kronor, 20 715 000 000 kronor respektive 20 525 000 000 kronor.

### 4.11.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

**Tabell 4.17 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

Tusental kronor				
2012	Utfall	1 313 301	Anslags-sparande	398 621
2013	Anslag	1 711 507 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 654 042
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 732 251<sup>2</sup></b>		
2015	Beräknat	682 272		
2016	Beräknat	718 555		
2017	Beräknat	710 318		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> 520 tkr avser beräknad statlig ålderspensionsavgift för 2014 sedan hänsyn tagits till regleringsbeloppet för 2011 som uppgick till -21 tkr.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag och bidrag för att genom riktade satsningar arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, håller en god tillgänglighet och stärker patientens delaktighet och valfrihet i vården. Anslaget får även användas för statsbidrag och bidrag för att förbättra förutsättningarna för en god och mer jämlik vård liksom för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt och att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att systematiskt förbättra hälso- och sjukvården. Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens folkhälsoarbete. Vissa medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Lands-ting. Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättningar i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare. Anslaget får dessutom användas till bidrag till vissa nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci. Inom ramen för anslaget finns också medel för ersättning till steriliserade i vissa fall, samt till talidomidskadade i vissa fall. Dessa medel får användas för att bevilja medel till personer som ansöker om ersättning för sådana skador eller ingrepp, i enlighet med de riktlinjer som tidigare använts.

## Regeringens överväganden

Under de senaste åren har regeringen påbörjat ett antal utvecklingsprojekt för att stärka politiken inom hälso- och sjukvårdsområdet. Flera av dessa projekt är långsiktiga åtaganden som kommer att kräva finansiering även under 2014 och framåt. Däribland kan nämnas satsningar inom cancerområdet, kvalitetsregister, öppna jämförelser och strukturerad vårddokumentation. Regeringens avsikt är att påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2014.

I budgetpropositionen för 2011 aviserade regeringen en flerårig satsning på patient-säkerhet. Till största delen består denna av ett årligt prestationsbaserat stimulansbidrag. Patientsäkerhets-satsningen uppgick 2011 till 500 miljoner kronor. Under 2012, 2013 och 2014 består satsningen av 675 miljoner kronor per år.

Regeringen aviserade även en särskild satsning på förbättringar av vården och omsorgen för äldre, i samband med budgetpropositionen för 2011. För 2013 och 2014 uppgår satsningen till 320 miljoner kronor.

Under 2012 ökades anslaget med 160 miljoner kronor för satsningar som syftar till att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, bl.a. stimulansmedel för införande av vårdvalssystem inom primärvården och den specialiserade vården. För 2013 och 2014 uppgår motsvarande satsning till 100 miljoner kronor per år.

Anslaget har ökat 2013 och föreslås även öka 2014 med 30 miljoner kronor per år för en förstärkt satsning på specialistkompetenskurser för läkare under specialiseringstjänstgöring.

Under 2012 påbörjade regeringen ett arbete med att utveckla tjänsten HälsaFörMig, som ska vara ett stöd för att förbättra och bibehålla hälsa (se avsnitt 4.4.4). För 2013 har anslaget förstärkts med 40 miljoner kronor för att utveckla stöd för den enskilde vid planering, genomförande och uppföljning av livsstilsrelaterade förändringar, liksom hälso- och sjukvårdsrelaterade händelser. Från och med 2014 tillförs anslaget 100 miljoner kronor per år för detta ändamål. Av dessa medel beräknas 60 miljoner kronor per år överföras till den nya E-hälsomyndigheten (se nedan).

Detta anslag beräknades i budgetpropositionen för 2013 (prop. 2012/13:1) tillföras 450 miljoner kronor för 2014 och 300 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Regleringen av vården sker i den nya lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd som trädde i kraft den 1 juli 2013. Eftersom landstingen ska ersättas för vården via det generella statsbidraget överförs medlen till utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning*.

Anslaget föreslås öka med 5 miljoner kronor 2014 i syfte att stödja den utveckling som pågår inom hälso- och sjukvården med att förbättra läkemedelsbehandlingen för barn genom samlad, strukturerad och adekvat information om läkemedel för barn och unga. Under 2015 beräknas motsvarande anslagsökning till 10 miljoner kronor.

Regeringen prioriterar att utveckla strukturerna för ordnat införande och strukturerad uppföljning av nya läkemedel. Mot denna bakgrund beräknas detta anslag öka med 40 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015.

Anslaget minskas med 93,2 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014 för verksamhet av permanent karaktär som bedrivs av E-hälsomyndigheten. Dessa innefattar särskilda medel för utveckling och förvaltning av it-baserade invånartjänster samt insatser inom läkemedelsområdet. Medlen förs över till anslaget 1:12 *E-hälsomyndigheten*.

Regeringen avser att ge förslag på en ny patientlag som ska stärka patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården. Förslaget är att anslaget ökas med 8 miljoner kronor 2014 för att stödja genomförandet av den nya patientslagen. För 2015 och 2016 beräknas motsvarande ökning till 8 miljoner kronor per år.

Anslaget föreslås tillföras 3 miljoner kronor 2014 för insatser som syftar till att möjliggöra att effektivisera användandet av professionens resurser. Ett brett analysarbete av hur professionens resurser kan användas på det mest ändamålsenliga sättet och för rätt uppgifter kommer att genomföras. Motsvarande satsning beräknas för 2015 uppgå till 3 miljoner kronor.

Regeringen har för avsikt att genomföra en satsning på förbättrad vård för personer med långvariga eller kroniska sjukdomar. Syftet med satsningen är att skapa en långsiktigt hållbar vård, av högre kvalitet och som i högre grad involverar personer med långvariga eller kroniska sjukdomar. För 2014 föreslås anslaget tillföras 50 miljoner kronor för denna satsning. Motsvarande satsningar beräknas uppgå till 100 miljoner kronor 2015, 150 miljoner kronor per år 2016 och 2017, samt 50 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

**Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

*Tusental kronor*

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>1 711 507</b>	<b>1 711 507</b>	<b>1 711 507</b>	<b>1 711 507</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	564 000	-636 000	-599 000	-607 000
Överföring till/från andra anslag	-543 256	-393 235	-393 952	-391 889
Övrigt				-2 300
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 732 251</b>	<b>682 272</b>	<b>718 555</b>	<b>710 318</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 732 251 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 682 272 000 kronor, 718 555 000 kronor respektive 710 318 000 kronor.

#### 4.11.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

**Tabell 4.19 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

*Tusental kronor*

År	Typ	Belopp	Notering	Belopp
2012	Utfall	697 644	Anslags-sparande	-59 952
2013	Anslag	867 766 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	807 618
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>658 025</b>		
2015	Beräknat	621 576		
2016	Beräknat	592 266		
2017	Beräknat	579 646		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för vårdförmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen,

förordning(EG) 883/04 om samordning av de sociala trygghetssystemen, lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och gällande överenskommelser om social trygghet som Sverige tecknat med andra länder.

### Kompletterande information

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

### Regeringens överväganden

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

För att finansiera ökade kostnader föreslår regeringen att anslaget tillförs 232 miljoner kronor 2013 i samband med ändringsbudget (prop. 2013/14:2).

Med anledning av genomförandet av det s.k. patientrörlighetsdirektivet träder ny lagstiftning i kraft den 1 oktober 2013. Landstingen och kommunerna får av denna anledning kostnadsansvar för vissa ersättningar för gränsöverskridande vård som har betalats ut till personer som vid tiden för den vård som ersättningen avser var bosatta inom landstinget eller var kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistades i landstinget.

I enlighet med vad som aviserades i vårpropositionen föreslår regeringen därför att de ändamål som avser turistvård och sjuk- och tandvårdstjänster och som finansieras från anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social

omsorg flyttas till utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Flytten av medel kommer ske successivt på grund av en viss fördröjning i utgifterna. Mot denna bakgrund föreslås anslaget minska med 93 miljoner kronor 2014. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner föreslås öka med motsvarande belopp 2014. På motsvarande sätt beräknas 162 miljoner kronor flyttas över 2015, 222 miljoner kronor 2016 respektive 262 miljoner kronor per år 2017 och framåt.

**Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>635 766</b>	<b>635 766</b>	<b>635 766</b>	<b>635 766</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-93 000	-162 000	-222 000	-262 000
Övriga makroekonomiska förutsättningar	-7 213	161 602	81 006	91 785
Volym	122 472	-13 792	97 494	114 095
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>658 025</b>	<b>621 576</b>	<b>592 266</b>	<b>579 646</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 658 025 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 621 576 000 kronor, 592 266 000 kronor respektive 579 646 000 kronor.

#### 4.11.8 1:8 Bidrag till psykiatri

**Tabell 4.21 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utfall
2012	Utfall	916 030		1 300
2013	Anslag	863 263 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	800 092
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>849 948</b>		
2015	Beräknat	848 643		
2016	Beräknat	848 643		
2017	Beräknat	848 643		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

#### Kompletterande information

Insatserna har i huvudsak bestått av uppdrag till myndigheter och överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL).

**Tabell 4.22 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

	Utfall 2012	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
Ingående åtaganden	16 932	20 983	30 000			
Nya åtaganden	14 442	21 000	4 300			
Infriade åtaganden	-10 391	-11 983	-12 000	-12 000	-8 332	-1 968
Utestående åtaganden	20 983	30 000	22 300			
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>21 000</b>	<b>30 000</b>	<b>22 300</b>			

#### Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2014 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 22 300 000 kronor 2015–2017.

**Skälen för regeringens förslag:** Den grundforskning som finansieras av Vetenskapsrådet bedrivs vanligen i form av fleråriga projekt. Följaktligen medför finansiering av forskning i form av stöd till anställningar fleråriga åtaganden. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2014 för anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 22 300 000 kronor 2015–2017.

## Regeringens överväganden

Inom ramen för regeringens psykiatrisatsning har regeringen tidigare, efter beslut i riksdagen, gjort överföringar mellan anslaget och anslag inom andra utgiftsområden, bl.a. till Karolinska institutet för utökat antal platser på psykologprogrammet. Dessa överföringsbelopp förändras årligen i takt med att programmet byggs ut till full volym. För 2013 överfördes ca 15,5 miljoner kronor till andra utgiftsområden för psykologprogrammet vid Karolinska institutet. Under 2014 överförs ytterligare ca 3 miljoner kronor från anslaget för utbyggnaden av psykologutbildningen.

Anslaget föreslås minska med drygt 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014 för att finansiera andra angelägna satsningar inom utgiftsområde 9.

**Tabell 4.23 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:8 Bidrag till psykiatri**

*Tusental kronor*

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>863 263</b>	<b>863 263</b>	<b>863 263</b>	<b>863 263</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-10 322	-10 322	-10 322	-10 322
Överföring till/från andra anslag	-2 993	-4 298	-4 298	-4 298
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>849 948</b>	<b>848 643</b>	<b>848 643</b>	<b>848 643</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 849 948 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 848 643 000 kronor respektive år.

## 4.11.9 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti

**Tabell 4.24 Anslagsutveckling 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

*Tusental kronor*

År	Utfall	1 000 000	Anslags-sparande	0
2012	Utfall	1 000 000		
2013	Anslag	1 000 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 000 000
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 000 000</b>		
2015	Beräknat	1 000 000		
2016	Beräknat	1 000 000		
2017	Beräknat	1 000 000		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för prestationsbunden vårdgaranti i form av statsbidrag till landstingen för att kontinuerligt arbeta med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården och bidrag till SKL för att stödja landstingens tillgänglighetsarbete.

### Kompletterande information

Regeringen har sedan 2009 ingått överenskommelser med SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. Kömiljarden. Överenskommelsen omfattar 1 miljard kronor per år och revideras årligen. Anslagsmedlen fördelas genom en resultatbaserad ersättningsmodell som regeringen och SKL årligen kommer överens om.

## Regeringens överväganden

**Tabell 4.25 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:9 Prestationsbunden vårdgaranti**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>	<b>1 000 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 000 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Prestationsbunden vårdgaranti* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 1 000 000 000 kronor respektive år.

#### 4.11.10 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

**Tabell 4.26 Anslagsutveckling 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	Utfall	74 000		0
2013	Anslag	74 000 <sup>1</sup>		74 000
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>74 000</b>		
2015	Beräknat	74 000		
2016	Beräknat	74 000		
2017	Beräknat	74 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till landsting för kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler enligt lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

## Regeringens överväganden

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

**Tabell 4.27 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:10 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>	<b>74 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 74 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *Bidrag för mänskliga vävnader och celler* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 74 000 000 kronor respektive år.

#### 4.11.11 1:11 Läkemedelsverket

**Tabell 4.28 Anslagsutveckling 1:11 Läkemedelsverket**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	Utfall	113 190		0
2013	Anslag	113 190 <sup>1</sup>		113 190
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>123 190</b>		
2015	Beräknat	123 190		
2016	Beräknat	123 190		
2017	Beräknat	123 190		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läke-  
medelsverket för:

- tillsyn av medicintekniska produkter,
- producentobunden läkemedelsinformation,
- utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,
- strukturerad uppföljning av nya läkemedel,
- utökade ansvarsområden till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områdena för kosmetika, medicinteknik och avancerade terapier, samt
- utökade ansvarsområden som ålagts Läke-  
medelsverket efter apoteksomregleringen.

## Regeringens överväganden

Anslaget föreslås öka med 10 miljoner kronor 2014 för att Läke-  
medelsverket ska fungera som nationellt nav när det gäller strukturerad uppföljning av nya läkemedel. Anslaget beräknas öka med 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för samma ändamål.

**Tabell 4.29 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:11 Läke-  
medelsverket**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>113 190</b>	<b>113 190</b>	<b>113 190</b>	<b>113 190</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	10 000	10 000	10 000	10 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>	<b>123 190</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 123 190 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Läkemedelsverket* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 123 190 000 kronor respektive år.

## 4.11.12 1:12 E-hälsomyndigheten

**Tabell 4.30 Anslagsutveckling 1:12 E-hälsomyndigheten**

Tusental kronor				
2012	Utfall	0	Anslags- sparande	0
2013	Anslag	0 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	0
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>109 440</b>		
2015	Beräknat	114 522 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	114 713 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	114 968 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 113 041 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 111 339 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 109 171 tkr i 2014 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för E-hälsomyndighetens förvaltningsutgifter. Anslaget får också användas för avvecklingskostnader som uppstår med anledning av den förestående myndighetsomorganisationen.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.31 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor				
Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012		0	0	0
Prognos 2013		0	0	0
Budget 2014		165 000	165 000	0

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser avgifterna enligt lagen om receptregister (1996:1156) respektive lagen om läkemedelsförteckning (2005:258), avgifter för att utfärda ett intyg som visar att den som ansöker om tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument (öppenvårdsapotek) har förutsättningar att uppfylla de krav för tillståndet som föreskrivs i lagen om handel med läkemedel och som avser uppgiftslämnande och elektronisk direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten samt avgifter för kontroller som myndigheten utför av öppenvårdsapoteks elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten. Myndigheten disponerar intäkterna från verksamheten.



**Tabell 4.32 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor			
Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012 (varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2013 (varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2014 (varav tjänsteexport)	37 000	37 000	0
	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2014 för uppdragsverksamhet avser avgifter för tillhandahållande av läkemedelsstatistik och tjänsteexport. Myndigheten får disponera intäkterna från verksamheten.

### Regeringens överväganden

En ny myndighet – E-hälsomyndigheten – ska inrättas den 1 januari 2014. Den verksamhet som Apotekens Service AB hittills haft och den service som bolaget tillhandahållit gentemot apoteksaktörerna kommer att fortsättningsvis finnas i den nya myndigheten.

E-hälsomyndigheten ska få ta ut avgifter av öppenvårdsapoteken för att täcka kostnaderna för att föra receptregistret enligt lagen om receptregister (1996:1156) och läkemedelsförteckningen enligt lagen om läkemedelsförteckning (2005:258). E-hälsomyndigheten ska få ett förvaltningsanslag för sådan verksamhet som bolaget i dag bedriver med medel från statsbudgeten och som inte ryms inom avgifternas ändamål.

Mot bakgrund av detta tillförs anslaget 94,4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014, vilket finansieras genom neddragningar av anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* och anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* med 93,2 respektive 1,2 miljoner kronor per år. Medlen ska bl.a. användas till utveckling och förvaltning av it-baserade invånartjänster samt insatser inom läkemedelsområdet.

Anslaget föreslås tillföras 10 miljoner kronor 2014 och beräknas tillföras 10 miljoner kronor per år även 2015 och framåt. Medlen ska bl.a. användas till utveckling av datakällor för uppföljning av läkemedelsanvändning.

Vidare föreslås anslaget utökas med 5 miljoner kronor 2014 för utveckling av kvaliteten i den

läkemedelsstatistik som genereras av de register som myndigheten administrerar. Från och med 2015 beräknas 10 miljoner kronor per år för detta ändamål.

**Tabell 4.33 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 1:12 E-hälsomyndigheten**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning	0	0	0	0
Beslut	15 000	20 066	20 236	20 463
Överföring till/från andra anslag	94 440	94 456	94 477	94 505
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>109 440</b>	<b>114 522</b>	<b>114 713</b>	<b>114 968</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 109 440 000 kronor anvisas under anslaget 1:12 *E-hälsomyndigheten* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 114 522 000 kronor, 114 713 000 kronor respektive 114 968 000 kronor.

### 4.11.13 8:1 Socialstyrelsen

**Tabell 4.34 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor				
2012	Utfall	968 233	Anslags-sparande	12 169
2013	Anslag	741 246 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	694 468
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>470 688</b>		
2015	Beräknat	481 661 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	489 637 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	500 212 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 475 625 tkr i 2014 års prismetod.

<sup>3</sup> Motsvarar 475 625 tkr i 2014 års prismetod.

<sup>4</sup> Motsvarar 475 625 tkr i 2014 års prismetod.

### Ändamål

Anslaget får användas för Socialstyrelsens förvaltningsutgifter.

**Budget för avgiftsbelagd verksamhet****Tabell 4.35 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig-rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012	48 885	0	19 482	29 403
Prognos 2013	23 300	0	16 840	6 460
Budget 2014	13 000	0	15 000	-2 000

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer. Detta arbete sker inom myndighetens arbete med behörighetsfrågor. Den 1 juni 2013 gick flera av de avgiftsbelagda verksamheterna över till Inspektionen för vård och omsorg. De avgiftsbelagda verksamheter som överförs till den nya myndigheten är avgifter för blodverksamhet, avgifter för vävnads- och cellverksamhet samt vitesförelägganden enligt socialtjänstlagen.

**Tabell 4.36 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012	18 648	15 872	2 776
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2013	19 000	18 500	500
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2014	19 000	18 500	500
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Avgiftsintäkterna under 2012 för uppdragsverksamhet bestod av avgifter för material, data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast tryck- och formgivning-kostnader. Kostnader för personal, språkgranskning och översättning ingår inte.

**Regeringens överväganden**

Ansvaret för information om enskilda dricksvattenanläggningar ligger i dag på Socialstyrelsen. Övriga frågor som rör dricksvatten ligger på Livsmedelsverket. Ansvaret för information om dricksvatten från enskilda brunnar ska flyttas till Livsmedelsverket. Detta innebär att frågor kring dricksvatten samlas på

Livsmedelsverket. Detta anslag föreslås därför minska med 0,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014. Anslaget 1:15 *Livsmedelsverket* under utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel föreslås öka med motsvarande belopp.

En ny myndighet för folkhälsofrågor, Folkhälsomyndigheten, ska inrättas den 1 januari 2014. De uppgifter som Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet ansvarar för ska övergå till den nya myndigheten. Till den nya myndigheten ska även föras Socialstyrelsens uppgifter inom områdena folk- och miljöhälso-rapportering och inom ramen för miljömålsarbetet samt vissa av de uppgifter som Socialstyrelsen har i dag enligt miljöbalken, plan- och bygglagen (2010:900) och andra författningar inom dessa områden. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* föreslås därför minska med 16,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014. Anslaget 2:1 *Folkhälso-myndigheten* föreslås öka med motsvarande belopp.

Regeringen inrättade den 1 juni 2013 en ny renodlad tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg. De tillsyns- och tillståndsverksamheter som Socialstyrelsen tidigare ansvarade för, enligt främst patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, överfördes den 1 juni 2013 från Socialstyrelsen till Inspektionen för vård och omsorg. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas därför med ca 196 miljoner kronor 2014. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas med motsvarande belopp.

Under 2013 fick Socialstyrelsen ett tillskott på 73 miljoner kronor för att förstärka tillsynen av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. För Socialstyrelsens del upphör denna satsning 2014 eftersom Inspektionen för vård och omsorg har tagit över tillsynsverksamheten.

Anslaget minskas med 1,5 miljoner kronor 2014 för utvidgade uppgifter att begränsa fusk och felaktigheter i assistansersättningen som följd av att Inspektionen för vård och omsorg fr.o.m. den 1 juni 2013 övertagit ansvaret för dessa uppgifter. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas med motsvarande. Från och med 2015 beräknas anslaget minska med 1,5 miljoner kronor per år och anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* öka med motsvarande för samma ändamål.

Regeringen föreslår en utökad satsning på arbete mot antibiotikaresistens. Anslaget beräknas öka med 5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2015 för att förstärka myndighetens arbete mot antibiotikaresistens.

**Tabell 4.37 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 8:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>741 246</b>	<b>741 246</b>	<b>741 246</b>	<b>741 246</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	19 231	28 882	41 635	58 543
Beslut	-74 144	-70 085	-71 246	-72 784
Överföring till/från andra anslag	-214 339	-217 059	-220 654	-225 419
Övrigt <sup>3</sup>	-1 306	-1 323	-1 344	-1 374
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>470 688</b>	<b>481 661</b>	<b>489 637</b>	<b>500 212</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskar fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 470 688 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 481 661 000 kronor, 489 637 000 kronor respektive 500 212 000 kronor.

#### 4.11.14 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

**Tabell 4.38 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	0	0	0
2013	Anslag	376 200 <sup>1</sup>	381 788
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>653 674</b>	
2015	Beräknat	634 882 <sup>2</sup>	
2016	Beräknat	642 975 <sup>3</sup>	
2017	Beräknat	595 775 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 626 754 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 624 322 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 566 063 tkr i 2014 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.39 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012	0	0	0	0
Prognos 2013	7 500	0	7 000	500
Budget 2014	17 500	0	12 500	5 000

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser vitesbelopp inom omsorgen samt avgifter för tillstånd rörande blodverksamhet och verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler.

## Regeringens överväganden

Regeringen inrättade den 1 juni 2013 en ny renodlad tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De tillsyns- och tillståndsverksamheter som Socialstyrelsen tidigare ansvarade för, enligt främst patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, överfördes den 1 juni 2013 från Socialstyrelsen till Inspektionen för vård och omsorg.

I budgetpropositionen för 2013 presenterade regeringen dels en permanent resursförstärkning av tillsynen, dels en temporär resursförstärkning 2013–2016 för utveckling av it-system, metodutveckling, kunskapsåterföring m.m. För 2013 föreslogs för detta ändamål anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* öka med 73 miljoner kronor och anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* öka med 102 miljoner kronor. För 2014 beräknades anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* öka med 175 miljoner kronor, för åren 2015 och 2016 med 150 miljoner kronor per år, samt för 2017 och framåt med 90 miljoner kronor per år. I härledningstabellen för 2014–2017 (tabell 4.40) anges under rubriken Beslut resterande delar av ovan nämnda resursförstärkningar utifrån den nivå av resursförstärkning av anslaget med

102 miljoner kronor som gjordes 2013. Vidare ökas anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* med ytterligare 1,5 miljoner kronor 2014 för utvidgade uppgifter för att begränsa fusk och felaktigheter i assistansersättningen. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas med motsvarande belopp. Från och med 2015 beräknas anslaget öka med 1,5 miljoner kronor per år för samma ändamål. Anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* minskas med motsvarande. Under rubriken Överföring av medel till/från andra anslag anges överföring av ytterligare medel från anslag 8:1 *Socialstyrelsen* utöver de 274,2 miljoner kronor som överfördes 2013, mot bakgrund av att Inspektionen för vård och omsorg inrättades den 1 juni 2013. I det anslag om 653,6 miljoner kronor som föreslås för 2014 ingår en resursförstärkning av tillsynen med 175 miljoner kronor jämfört med 2012.

**Tabell 4.40 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>376 200</b>	<b>376 200</b>	<b>376 200</b>	<b>376 200</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	9 843	14 850	21 377	30 106
Beslut	70 331	43 973	42 203	-18 187
Överföring till/från andra anslag	197 300	199 859	203 195	207 656
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>653 674</b>	<b>634 882</b>	<b>642 975</b>	<b>595 775</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

Regeringen föreslår att 653 674 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 634 882 000 kronor, 642 975 000 kronor respektive 595 775 000 kronor.

## 4.12 Övrig verksamhet

### 4.12.1 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är den myndighet som ansvarar för godkännande och kontroll av läke-

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

Läkemedelsverkets intäkter för avgifter, anslag och bidrag uppgick 2012 till ca 708 miljoner kronor. Kostnaderna uppgick till ca 668 miljoner kronor. Läkemedelsverket finansieras till övervägande del av avgifter som betalas in av företag i enlighet med förordningen (2010:1167) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel. I tabell 4.41 redovisas Läkemedelsverkets avgiftsfinansierade verksamhet.

**Tabell 4.41 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor				
Offentligrättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012	1 656	539 790	-499 990	40 456
Prognos 2013	1 656	523 500	-523 969	1 187
Budget 2014	1 656	528 000	-560 969	-31 313

Kapitalförändringen 2012 uppgick till ca 40 miljoner kronor. Myndighetskapalet hade vid utgången av 2012 ett värde på ca 100 miljoner kronor.

Det överskott som Läkemedelsverkets verksamhet sedan ett par år uppvisar ska ses mot bakgrund av att verksamheten tidigare dragits med underskott. Stabiliseringen av myndighetens ekonomi har möjliggjort det systemutvecklingsarbete som initierats i syfte att säkerställa en långsiktig finansiering av verksamheten. Läkemedelsverket beräknar att överskottet kommer att minska under de närmast följande åren. Av tabell 4.41 framgår att överskottet i verksamheten prognostiseras minska 2013 och under 2014 beräknas verksamheten uppvisa ett underskott.

Under 2012 har Läkemedelsverket fortsatt att arbeta för att minska ärendebalanserna för ansökningar om nationella läkemedelsgodkännanden. Det har under 2012 skett en avsevärd förbättring av avslutade ärenden inom givna tidsramar, i förhållande till föregående år, och merparten av ärendena avslutades i tid. Det finns dock fortfarande möjlighet att förbättra

utfallet och Läkemedelsverket arbetar vidare för att ytterligare förbättra följsamheten till tidsramarna under det kommande året.

Under 2012 befäste Läkemedelsverket sin starka ställning och sitt goda renommé internationellt och tilldelades en stor del av utredningsansvaret för läkemedelsansökningar och tillsynsärenden. Utvecklingen följer regeringens intentioner att verket fortsatt ska ha en hög profil i det internationella arbetet.

#### 4.12.2 Bolag med statligt ägande inom apotekssektorn

Från och med den 15 mars 2012 ligger ansvaret för förvaltning av Apoteket AB och Apoteksgruppen i Sverige Holding AB hos Finansdepartementet.

##### Apotekens Service AB

Apotekens Service AB har inrättats för att genom sin verksamhet skapa förutsättningar för en väl fungerande konkurrens på apoteksmarknaden genom att ge öppenvårdsapoteken tillgång till databaser, register och annan samhällsnyttig infrastruktur på likvärdiga och icke-diskriminerande villkor. Andra uppgifter som bolaget har är bl.a. att förmedla ersättning från landstingen till öppenvårdsapoteken enligt förordningen (2007:687) om läkemedelsförmåner m.m. Finansieringen av bolagets verksamhet sker huvudsakligen genom att man tar ut en avgift, som fastställs av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, av apoteksaktörerna. I mars 2010 övergick Apotekens Service AB i direkt statlig ägo genom utdelning från dåvarande Omstruktureringsbolaget AB.

Rörelsens intäkter uppgick under 2012 till 254 miljoner kronor. Rörelseresultatet uppgick till -50 miljoner kronor och resultatet efter skatt uppgick till -45 miljoner kronor. I rörelseresultatet ingår nedskrivning i sin helhet med 29 miljoner kronor av det tidigare dotterbolaget Produr. Rörelseresultatet påverkas även av sänkningen av avgiften per receptorderrad med 0,21 kronor. Enligt bolagsordningen ska det inte ske någon vinstutdelning till aktieägaren. Vinsten ska, i den mån den inte reserveras, användas för att främja bolagets ändamål. Apotekens Service AB bedöms under 2012 ha utfört sina upp-

gifter väl och bidragit till en effektiv och säker distribution av läkemedel.

Regeringen fattade den 21 mars 2013 beslut om propositionen Ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (prop. 2012/13:128). I propositionen gör regeringen bedömningen att en ny myndighet bör bildas per den 1 januari 2014. De uppgifter som utgjort verksamheten i Apotekens Service AB kommer att utföras i den nya myndigheten. Det innebär att Apotekens Service AB ska avvecklas.

##### Apotek Produktion & Laboratorier AB

Apotek Produktion & Laboratorier AB (APL), har till huvudsaklig uppgift att tillverka och tillhandahålla extemporeläkemedel och lagerberedningar, dvs. läkemedel som är anpassade till en enskild patient, klinik, djur eller djurbesättning eller tillverkas i små serier. APL erbjuder även utvecklings- och tillverknings-tjänster åt Life Science-branschen. Bolaget ägs från den 30 juni 2010 direkt av staten, efter att tidigare ha varit ett dotterbolag till Apoteket AB. APL levererar i dag extemporeläkemedel till alla apoteksaktörer som etablerat sig på öppenvårdsmarknaden och även till slutenvården. Företaget har ett särskilt ansvar t.o.m. den 1 juli 2015 för att tillverka och leverera extemporeläkemedel och lagerberedningar på förfrågan från öppenvårdsapotek.

Under 2012 uppgick nettoomsättningen till 723,7 miljoner kronor. APL har en ökad försäljning genom extemporeberedning på sjukhusen i Västra Götalands läns landsting och Hallands läns landsting. Rörelseresultatet blev -13,8 miljoner kronor. Resultatet efter skatt uppgick till -14,4 miljoner kronor. APL beslutade 2012 att genomföra omstruktureringar under början av 2013 med en ny organisation och rationaliseringar. En omstruktureringsreserv på 25,1 miljoner kronor belastar rörelseresultatet. Under 2012 har APL haft uppstarts-kostnader med anledning av nya landstingsaffärer i Västra Götalands läns landsting, Hallands läns landsting och Stockholms läns landsting. APL har under 2012 fullgjort sin huvuduppgift på ett tillfredsställande sätt.



## 5 Folkhälsopolitik

### 5.1 Omfattning

Inom avsnitt 5 Folkhälsopolitik beskrivs insatser som syftar till att förse människor med verktyg för att ta hand om sin egen hälsa och till att skapa samhälleliga förutsättningar för hälsan på befolkningsnivå. Folkhälsoområdet spänner över flera samhällssektorer, vilket innebär att verksamheter och insatser inom flera utgiftsområden bidrar till politikens genomförande. Det folkhälsopolitiska arbetet vilar dessutom på insatser på flera olika nivåer: lokal, regional, nationell och internationell.

Resultatredovisningen inom detta avsnitt inleds med en kortfattad beskrivning av hälso-utvecklingen och dess förutsättningar. Fokus för resultatredovisningen ligger på frågor för vilka ett särskilt ansvar finns inom avsnittet, t.ex. insatser som underlättar den enskildes hälsosamma val eller syftar till att stärka skyddet mot hälsohot och smittsamma sjukdomar.

Folkhälsomyndigheten är en ny myndighet som inrättas den 1 januari 2014. Inrättandet av myndigheten innebär att Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet avvecklas och upphör vid utgången av 2013. De uppgifter som dessa två myndigheter ansvarar för i dag övergår till den nya myndigheten. Följaktligen omfattas Folkhälsomyndigheten, liksom tidigare Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet, av avsnitt 5 Folkhälsopolitik. Avsnittet omfattar dessutom anslag för att stärka Sveriges vaccinerberedskap samt insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Till avsnittet hör även Sveriges bidrag till Världshälsoorganisationen

(WHO) och Nordic school of public health NHV.

Socialstyrelsen har en betydelsefull roll i folkhälsoarbetet, inklusive smittskyddet. Ansvar för vissa uppgifter med folkhälsoanknytning kommer att föras över från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsens förvaltningsanslag behandlas under avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik, vilket även omfattar anslag med vilka vissa insatser inom folkhälsoområdet finansieras, t.ex. anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*. Avsnitt 9 behandlar regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelpolitik, vilken också är en del av folkhälsopolitiken.

## 5.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 5.1 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik**

Miljoner kronor

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014 <sup>2</sup>	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
<i>Folkhälsopolitik</i>							
2:1 Folkhälsomyndigheten	0	0	0	357	371	378	386
2:2 Insatser för vaccinerberedskap	2	85	1	85	85	85	85
2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV	16	21	16	21	21	21	21
2:4 Bidrag till WHO	35	35	32	35	35	35	35
2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	146	146	142	146	146	146	146
<b>Summa Folkhälsopolitik</b>	<b>198</b>	<b>286</b>	<b>191</b>	<b>642</b>	<b>657</b>	<b>664</b>	<b>673</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Av tabellen framgår en stor differens mellan 2013 och 2014 vad gäller utgifterna inom Folkhälsopolitiken. Differensen beror huvudsakligen på att anslagen för Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut inte redovisas i tabellen för åren 2012–2013 eftersom anslagen ska upphöra vid årsskiftet 2013/14. Från och med 2014 förs medlen från dessa anslag till det nya anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*.

## 5.3 Mål

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4). Riksdagen antog ursprungligen detta mål i samband med propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35).

Regeringen har i skrivelsen En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166) redogjort för en förnyad inriktning av folkhälsopolitiken. Folkhälsopolitiken bör vara framåtsyftande, stimulerande och inspirerande. Respekten för varje människas integritet och kraft bör sättas i första rummet. Att ta ansvar för och påverka den egna hälsan ska kännas lustfyllt, engagerande och angeläget.

Hälsan i befolkningen påverkas såväl av enskilda människors egna val som av mer strukturella faktorer. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bör därför bedrivas på bred front och i samverkan mellan olika aktörer.

Statens insatser på folkhälsoområdet utgår från flertalet departement i Regeringskansliet och från flera statliga myndigheter. Det huvudsakliga folkhälsoarbetet utförs emellertid på regional och lokal nivå av t.ex. länsstyrelser, landsting, kommuner och idéburna organisationer.

Landstingens folkhälsoansvar grundar sig bl.a. på hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För samhällets smittskydd är målet enligt smittskyddslagen att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Kommunernas folkhälsoarbete grundar sig på lagar som rör flera kommunala verksamheter, t.ex. alkohollagen (2010:1622), tobakslagen (1993:581), livsmedelslagen (2006:804) och miljöbalken (1998:808).

Det internationella samarbetet inom Europeiska unionen (EU) och andra internationella organisationer har också betydelse för folkhälsoarbetet. Det gäller t.ex. smittskyddsområdet mot bakgrund av den internationella rörlighetens betydelse för smittspridning.

### Resultatredovisningen av folkhälsopolitiken

Följande resultatredovisning inleds med en kortfattad redogörelse av hälsoutvecklingen i befolkningen samt dess bestämningsfaktorer. Den redovisning som därefter följer är indelad enligt folkhälsopolitikens fem byggstenar som pekas ut i regeringens skrivelse En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166):



- Start – barns och ungas uppväxtvillkor
- Stöd – för att underlätta hälsosamma val
- Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot
- Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa
- Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete

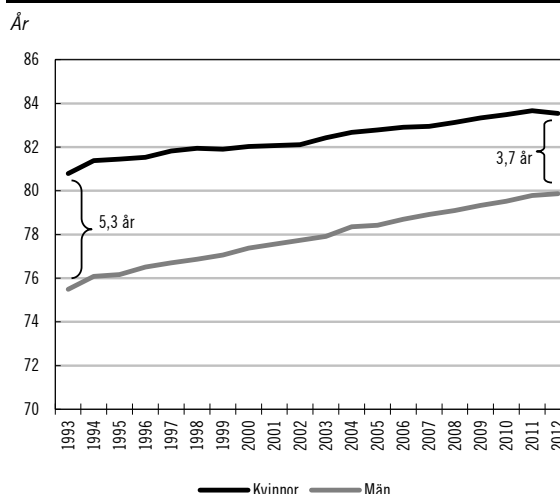
Statens folkhälsoinstitut ansvarar för den sektorsövergripande uppföljningen av det nationella målet för folkhälsoarbetet. Socialstyrelsen följer och analyserar hälsoutvecklingen i befolkningen. Smittskyddsinstitutet följer och analyserar utvecklingen av smittsamma sjukdomar. Från och med 2012 samordnar Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen rapporteringen inom folkhälsoområdet. I mars 2013 lämnade myndigheterna rapporten Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2013. På motsvarande sätt har Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen gemensamt i mars 2013 lämnat rapporten Lägesrapport – smittskydd 2012 om tillståndet och utvecklingen när det gäller skyddet mot allvarlig smitta.

Från och med 2014 kommer Folkhälsomyndigheten till stor del svara för uppföljningen inom folkhälsoområdet (avsnitt 5.9.1).

#### 5.4 Folkhälsans utveckling är god

Den svenska befolkningens hälsa är fortsatt god. Medellivslängden har ökat under 2000-talet och 2012 var den 83,5 år för kvinnor och 79,9 år för män (diagram 5.1). En minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den viktigaste förklaringen till den ökade medellivslängden. Dödligheten har minskat snabbare bland män och könsskillnaderna i dödlighet har minskat. Sverige har generellt sett den jämnaste fördelningen av livslängd i världen, mätt med den s.k. Ginkoefficienten (diagram 5.2). Det är t.o.m. så att Sveriges befolkning aldrig tidigare haft en så jämn livslängdsfördelning, och den positiva trenden tycks fortsätta.

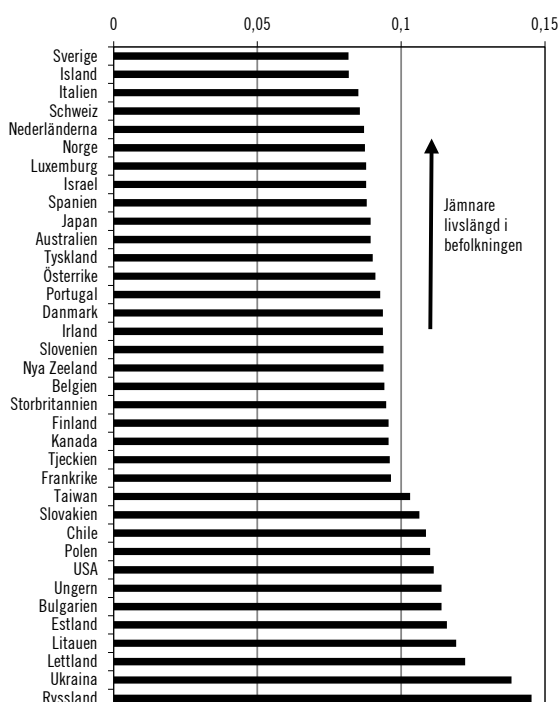
**Diagram 5.1 Återstående medellivslängd vid födseln, 1993–2012**



Källa: Statistiska centralbyrån.

**Diagram 5.2 Jämförelse mellan länder av hur jämn befolkningens medellivslängd är**

Ginkoefficient, livslängd



Källa: Egna beräkningar baserade på data från Human Mortality Database, University of California Berkeley och Max Planck Institute for Demographic Research.

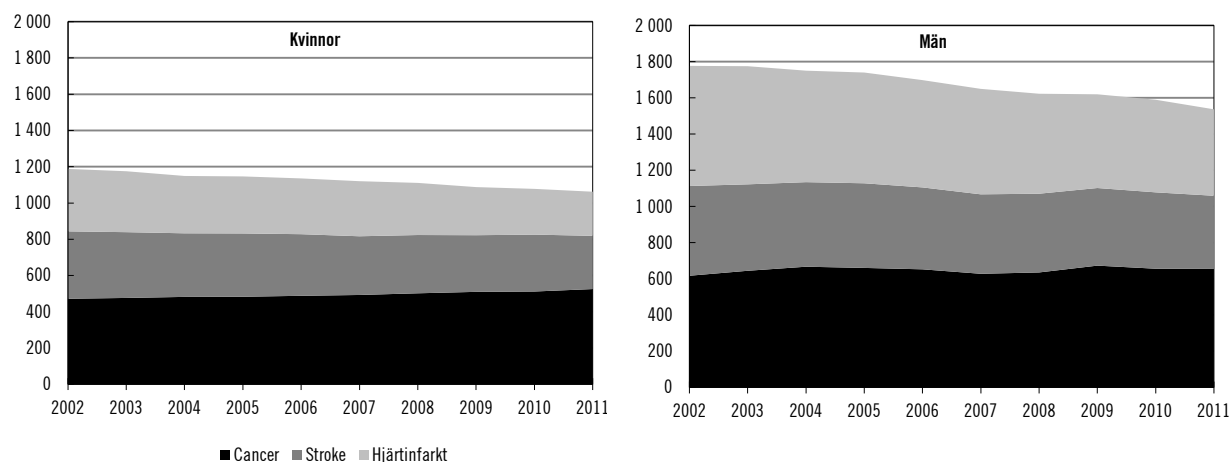
Anm.: Ginkoefficienten är en allmänt använd ojämlikhetsindikator. Ginkoefficienten för livslängd är ett mått som beskriver hur jämn eller ojämn spridningen av befolkningens livslängd är. Ju lägre värde på Ginkoefficienten, desto jämnare är livslängden fördelad i befolkningen. Vid värde noll lever alla lika länge. Diagrammet visar det senaste året för vilket data fanns att tillgå, vilket motsvarar perioden 2005-2010.

Diagram 5.3 och 5.4 visar insjuknande respektive dödlighet för viktiga sjukdomsgrupper. Hos både kvinnor och män ses en förbättring överlag. Det kan dock konstateras att cancerfallen ökat något under den senaste tjugoårsperioden, bl.a. mot bakgrund av en förändrad befolkningsstruktur med fler äldre människor. Dödligheten för de som drabbas av cancer visar däremot på en kontinuerlig positiv utveckling över tid. Cancervården beskrivs närmare under avsnitt 4.8.4.

Diagram 5.5 visar sjukdomsbördan för olika sjukdomsgrupper. Sjukdomsbörda är ett sammanfattande mått som beaktar bl.a. sjukdomars förekomst och allvarlighetsgrad. Hjärt- och kärlsjukdom är trots minskad dödlighet fortsatt en av de sjukdomsgrupper som ger upphov till störst sjukdomsbörda bland både kvinnor och män.

**Diagram 5.3 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, per 100 000 invånare, 2002–2011**

Antal insjuknande per 100 000 invånare

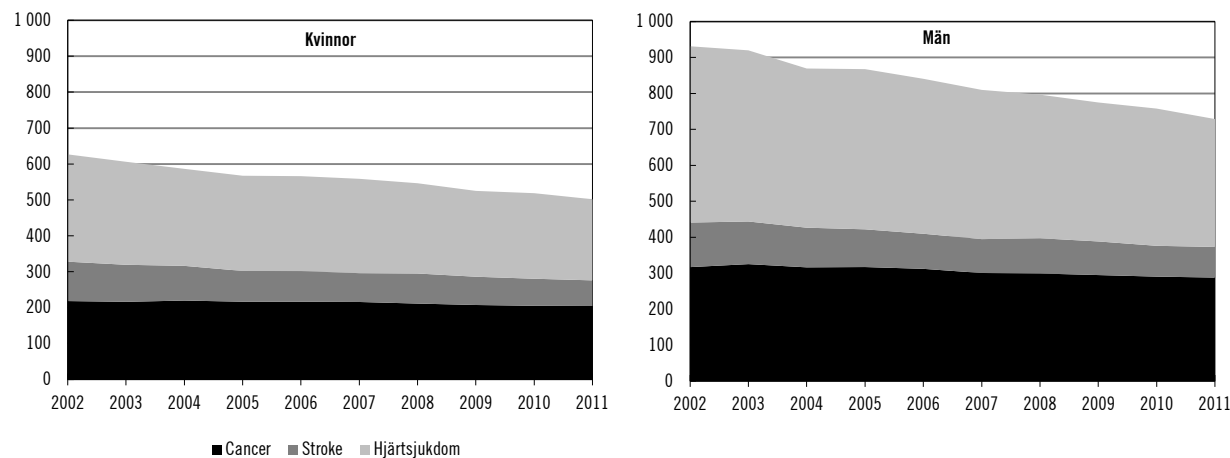


Källor: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2013 och Socialstyrelsens statistikdatabas).

Anm.: Hjärtinfarkt och stroke avser förstagångsinsjuknanden i åldersgruppen 20 år och äldre. Cancer avser nya fall, oavsett tumörtyp, i samtliga åldrar. Data för hjärtinfarkt och stroke är åldersstandardiserade med en medelbefolkning från 2010. Data för cancer är åldersstandardiserade med en medelbefolkning från 2000.

**Diagram 5.4 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, per 100 000 invånare, 2002–2011**

Antal döda per 100 000 invånare

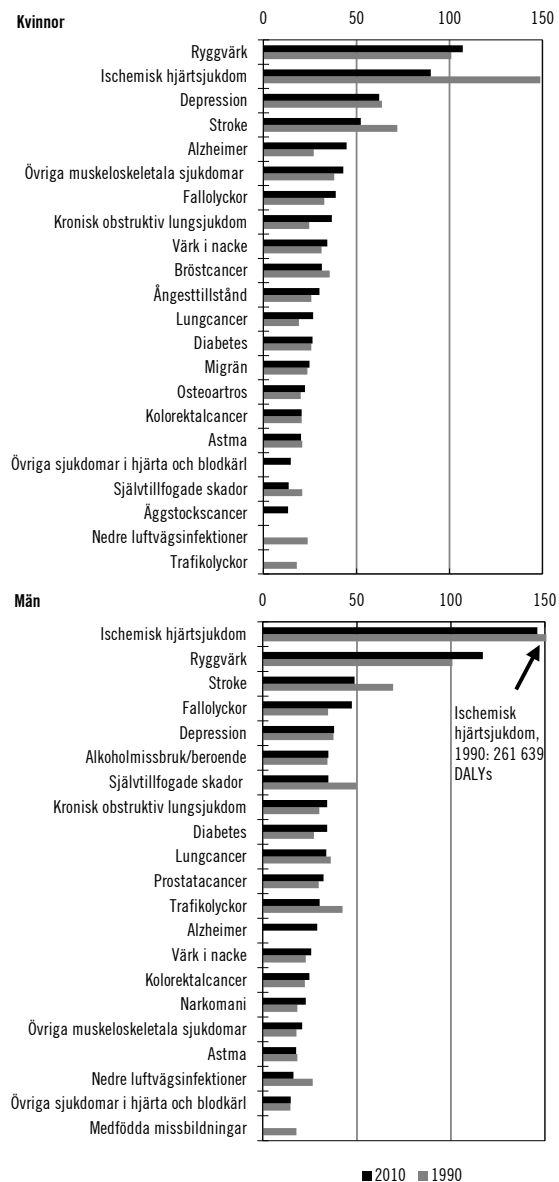


Källor: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (Folkhälsan i Sverige - årsrapport 2013).

Anm.: Åldersstandardiserade data.

**Diagram 5.5 Sjukdomsbörda, 1990 och 2010**

Sjukdomsbörda (DALYs, tusental)



Källor: Karolinska institutet och the Institute for Health Metrics and Evaluation.  
Anm.: Sjukdomsbörda mäts med funktionsjusterade levnadsår (DALY) som är summan av friska år som förloras på grund av för tidig död (YLL) och sjukdom (YLD).

Vidare kan det konstateras att besvär som hänger samman med psykisk ohälsa förblir ett problem efter att ha ökat under 1990- och 2000-talet. Exempelvis har antalet personer som vårdats för självdestruktiva handlingar såsom självmordsförsök ökat, medan däremot självmorden minskat i nästan alla åldersgrupper. Fler kvinnor än män vårdas för självdestruktiva handlingar, även om självmord är vanligare bland män än kvinnor. Regeringens särskilda satsning på området, PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–

2016, beskrivs närmare under avsnitten 4.5.3 och 4.6.2.

Tandhälsan fortsätter att vara god generellt sett. Omkring 90 procent av både kvinnor och män anger att de har god tandhälsa. Detta beskrivs närmare under avsnitt 4.6.4 där regeringens insatser på tandvårdsområdet behandlas.

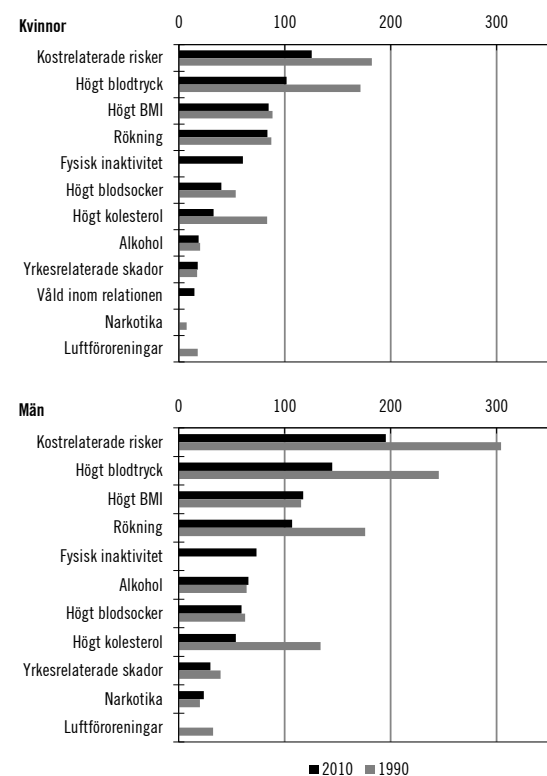
Antalet rapporterade fall av smittsamma sjukdomar ökade något under 2012, men är i samma storleksordning som de senaste fem åren. Ökningen kan framför allt kopplas till fler fall av resistenta bakterier (avsnitt 5.7.1), mag- och tarminfektioner och sexuellt överförbara infektioner (avsnitt 5.6.5). Två allvarliga bakteriella sjukdomar, grupp A-streptokocker och meningokocker, nådde båda under 2012 sina högsta nivåer på 2000-talet.

Hälsans bestämningsfaktorer inverkar på hälsoutvecklingen och påverkas i sin tur av såväl den enskildes val som förutsättningarna i samhället i stort. Diagram 5.6 visar i vilken omfattning t.ex. kostrelaterade risker, högt blodtryck, övervikt, rökning och brist på fysisk aktivitet bidrar till ohälsa i Sverige. De riskfaktorer som ger upphov till mest sjukdomsbörda är i stort desamma för kvinnor och män. Minst 20 procent av sjukdomsbördan i Sverige beror på ohälsosamma levnadsvanor som leder till ökad risk för bl.a. typ 2-diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, cancer, psykisk ohälsa, högt blodtryck och övervikt. Rökning och genomsnittlig alkoholkonsumtion har minskat gradvis under en rad år (avsnitt 9.4). Övervikt har ökat de senaste två decennierna men ökningen tycks ha avstannat. Bra matvanor och fysisk aktivitet behandlas vidare i avsnitt 5.6.3.

Regeringen kan konstatera att hälsoutvecklingen i Sverige är gynnsam i stort. Samtidigt finns det kvarstående utmaningar som uppmärksammas genom insatser inom flera olika områden, vilket framgår av följande resultatredovisning.

**Diagram 5.6 Riskfaktors bidrag till sjukdomsördan, 1990 och 2010**

Sjukdomsörda (DALYs, tusental)



Källor: Karolinska institutet och the Institute for Health Metrics and Evaluation.

Anm.: Sjukdomsörda mäts med funktionsjusterade levnadsår (DALY) som är summan av friska år som förloras på grund av för tidig död (YLL) och sjukdom (YLD). BMI (Body Mass Index) baseras på förhållandet mellan kroppsvikt och längd och ett för högt BMI innebär övervikt eller fetma.

### Uppföljning av skillnader i hälsa mellan grupper i samhället

Det finns grupper i samhället som urskiljer sig från befolkningen i övrigt vad gäller vissa hälsoparametrar. Det finns t.ex. socioekonomiskt relaterade skillnader mellan människor när det gäller livsstil och levnadsvanor. Utbildning är en viktig bestämmingsfaktor för hälsa. Personer med kort utbildning har i allmänhet en sämre hälsoutveckling än de med längre utbildning. Utbildningsnivån i Sverige har under lång tid höjts, vilket bidragit till en positiv hälsoutveckling.

Skillnader i hälsa jämfört med befolkningen som helhet har också beskrivits hos andra grupper i samhället, t.ex. för nationella minoriteter, personer med utländsk bakgrund, homosexuella, bisexuella och transpersoner, samt personer med funktionsnedsättning. Skillnader i hälsa följs upp, dels inom ramen för

den kontinuerliga uppföljningen av folkhälsan, dels genom särskilda regeringsuppdrag.

Statens folkhälsoinstitut har t.ex. i uppdrag att årligen rapportera om hälsoutvecklingen för personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen sker inom ramen för En strategi för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016, samt ett omfattande uppdrag som omfattar 22 myndigheter och som beskrivs vidare under avsnitt 6 Funktionshinderspolitik. Den senaste rapporten från mars 2013 bekräftar bilden av att den självskattade hälsan hos personer med funktionsnedsättning är sämre än hos befolkningen i övrigt.

Statens folkhälsoinstitut har även fått i uppdrag att i dialog med företrädare för de nationella minoriteterna undersöka förutsättningarna för uppföljning av de nationella minoriteternas hälsa, att redovisa en uppföljning avseende hälsosituationen hos homosexuella, bisexuella och transpersoner, samt att följa upp situationen för romska kvinnors och mäns hälsa inom ramen för regeringens strategi för romsk inkludering 2012–2032.

Därutöver beslutade regeringen i december 2012 om en Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016 (avsnitt 4.8.3).

### 5.5 Resultatredovisning: Start – barns och ungas uppväxtvillkor

Regeringen belyser i skrivelsen En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166) att många vanor, och således framtida skillnader i hälsa, grundläggs i tidig ålder. Hälsosfrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder bör därför sättas in tidigt i livet, oavsett om det gäller att skapa goda uppväxtvillkor, hälsosamma levnadsvanor eller stödjande miljöer.

Regeringen gav 2011 Statens folkhälsoinstitut ett uppdrag om folkhälsoberättelser med fokus på barn och unga. I april 2013 publicerades rapporten Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Socialstyrelsen publicerade dessutom i maj 2013 rapporten Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Rapporterna visar på att barns och ungas hälsa och sociala förhållanden i Sverige är goda, även jämfört med andra länder,

samtidigt som skillnader mellan olika grupper uppmärksammas.

Insatser som påverkar barns och ungas uppväxtvillkor bedrivs inom många områden, vilka beskrivs t.ex. under utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn, 16 Utbildning och universitetsforskning och 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, samt avsnitten 7 Politik för sociala tjänster och 8 Barnrättspolitik inom detta utgiftsområde. Dessutom bedrivs verksamhet inom hälso- och sjukvården, t.ex. vid barnvårdscentraler och ungdomsmottagningar, som bidrar till barns och ungas hälsa.

Följande redovisning uppmärksammar förskolans och skolans hälsofrämjande roll. Avsnittet behandlar därefter särskilt utvecklingen vad gäller det s.k. barnvaccinationsprogrammet.

### 5.5.1 Förskolans och skolans hälsofrämjande roll lyfts fram

Av förskolans och grundskolans styrdokument framgår att frågor som rör hälsa, t.ex. fysisk aktivitet, ska ges utrymme i verksamheten, samt att barn och elever ska erbjudas näringsriktiga måltider. Genom den nya skollagen (2010:800) som började tillämpas den 1 juli 2011 infördes en samlad elevhälsa för elever i förskoleklassen, de obligatoriska skolformerna samt gymnasie- och gymnasiesärskolan.

#### Satsningar i skolan främjar hälsa

Regeringen har avsatt 650 miljoner kronor för insatser för en förstärkt elevhälsa under 2012–2015. Satsningen beskrivs vidare under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Statens skolverk har inom ramen för satsningen bl.a. fått i uppdrag att fördela ett riktat statsbidrag till skolhuvudmännen för personalförstärkningar inom elevhälsan och utbildningsinsatser till elevhälsans personal.

Satsningen på elevhälsa omfattar också ett uppdrag till Statens skolverk för att stödja utvecklingen av ämnet idrott och hälsa i de obligatoriska skolformerna samt i gymnasie- och gymnasiesärskolan. I uppdraget ingår fortbildning som stöd för att använda de nya kursrespektive ämnesplanerna om idrott och hälsa,

samt att bedöma elevernas kunskaper utifrån planernas kunskapskrav. Inom ramen för uppdraget ska Statens skolverk även uppmärksamma hälso- och simundervisningen och elevers frånvaro i idrotts- och hälsoundervisningen.

Vidare ingår i satsningen på elevhälsa ett uppdrag till Livsmedelsverket att i samverkan med Statens skolverk stödja arbetet med näringsriktig skolmat och skolmåltidens utformning. Arbetet ska utgå från skollagens bestämmelse om att de skolmåltider som erbjuds ska vara näringsriktiga. I uppdraget ingår utbildningsinsatser riktade till ansvarig personal inom skolkök samt till kostchefer, konsulter och ansvariga för upphandling av mat i kommunerna. Livsmedelsverket har under våren 2013 reviderat sina råd om mat i skolan, Bra mat i skolan. Ändringarna innebär att en tydligare beskrivning görs av måltidens kvalitet ur ett helhetsperspektiv, samt förtydliganden kring hur skolan kan bedöma och dokumentera näringsriktig skolmat. Dessutom har avsnitten om mat vid allergi och överkänslighet respektive hållbara skolmåltider utökats.

För att främja arbetet med en hälsofrämjande skola har Statens skolverk också i uppdrag att under perioden 2011–2014 utforma och erbjuda utbildningsinsatser med syftet att stödja skolornas undervisning om alkohol, narkotika, dopning och tobak. Målgruppen för utbildningsinsatserna är rektorer och annan personal i grund- och gymnasieskolan.

#### Bättre kännedom om astma och allergier i relation till arbetsmiljön i skolan

Regeringen gav under 2011 Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva problembilden och nuvarande ansvarsfördelning mellan myndigheter och andra aktörer vad gäller astma- och allergiområdet i relation till arbetsmiljön i skolan. Bakgrunden till uppdraget är en skrivelse från 2010 i vilken Socialstyrelsen redogör för behovet av en nationell strategi för astma- och allergisjukdomar. Av denna skrivelse framgår bl.a. att ca 30 procent av alla skolbarn har en pågående allergisjukdom. Astma och allergi utgör den vanligaste kroniska sjukdomen under uppväxtåren och andelen unga vuxna som lider av dessa besvär ökar.

Av Socialstyrelsens rapport från april 2013 framgår bl.a. att det finns brister i skolor och

förskolor när det gäller inomhusmiljö, utomhusmiljö samt anpassning av mat och undervisning. Socialstyrelsen bedömer att regelverken behöver tydliggöras för de ansvariga i skolan och att samordningen mellan de olika tillsynsmyndigheterna behöver förbättras. Vidare menar Socialstyrelsen att aktörer på samtliga nivåer inom skolväsendet har behov av ökad kunskap om astma och allergi hos skolbarn.

### 5.5.2 Stärkta förutsättningar för nationella vaccinationsprogram

Vaccination är en effektiv förebyggande åtgärd mot vissa infektioner. Nationella vaccinationsprogram kan bestå av allmänna vaccinationsprogram, i dagsläget det s.k. barnvaccinationsprogrammet, och av särskilda vaccinationsprogram för personer som ingår i riskgrupper. Barn erbjuds vissa vaccinationer kostnadsfritt inom det allmänna barnvaccinationsprogrammet, vilket ger ett grundläggande skydd in i vuxenlivet och för befolkningen som helhet.

Vaccinationstäckningen bland barn i Sverige är fortsatt hög. Andelen elever som var fullständigt vaccinerade mot difteri, stelkramp och polio uppgick under läsåret 2011/12 till 96 procent. Barnens vaccinationstäckning är även hög vad gäller övriga vaccinationer mot kikhosta, mässling, påssjuka, röda hund, etc. Vaccinet mot humant papillomvirus (HPV) introducerades nyligen i barnvaccinationsprogrammet och vaccinationerna startade under 2012. De första rapporterna visar på en bra uppslutning; ca 80 procent av flickorna vaccinerades i skolan.

#### Nya bestämmelser skapar bättre förutsättningar för nationella vaccinationsprogram

Nya bestämmelser om nationella vaccinationsprogram trädde i kraft den 1 januari 2013 genom ändringar i smittskyddslagen (2004:168). Enligt den nya regleringen är landsting och kommuner skyldiga att erbjuda människor vaccinationer mot vissa smittsamma sjukdomar i syfte att förhindra spridning av dessa sjukdomar i befolkningen. Landsting och kommuner svarar för kostnaderna för vaccinationerna som således erbjuds den enskilde utan kostnad.

Regeringen ska enligt den nya ordningen fatta beslut om vilka sjukdomar som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram, efter att ha beaktat särskilt reglerade kriterier. Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram beslutsunderlag inför regeringens ställningstagande. Det är viktigt att beslutsunderlagen tas fram genom en öppen och strukturerad process. Regeringen beslutade i oktober 2012 om nya bestämmelser i smittskyddsförordningen (2004:255) avseende vilka aspekter Socialstyrelsen ska belysa när det gäller förslag om ändringar i de nationella vaccinationsprogrammen. Socialstyrelsen fick även i januari 2013 i uppdrag av regeringen att utarbeta en modell som beskriver arbetsprocessen för beslutsunderlagen och att ta fram en generell modell för samhällsekonomiska analyser av nationella vaccinationsprogram. Uppdraget ska redovisas i november 2013.

I allmänhet har de nya möjligheterna att söka information om vaccinationer genom web-baserade källor medfört ett ökat behov av lättillgänglig och saklig information om vaccinationer och vaccinationsprogram, hos såväl allmänhet som profession. Regeringen gav därför i januari 2013 i uppdrag åt Socialstyrelsen att ta fram en kommunikationsstrategi om vaccinationer och vaccinationsprogram. Uppdraget ska redovisas i november 2014.

#### Uppföljning och utvärdering bidrar till effektiva och säkra vaccinationsprogram

Den nya lagen om register för nationella vaccinationsprogram (2012:453) som trädde i kraft den 1 januari 2013 medför att uppföljningen av programmen stärks. I ett nationellt register ska vårdgivarna registrera alla vaccinationer som ges inom nationella vaccinationsprogram.

Smittskyddsinstitutet har under 2012 och 2013 haft i uppdrag av regeringen att utveckla registret samt sprida information till de som ska rapportera in vaccinationer. Regeringen gav även under 2013 Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet i uppdrag att förbättra uppföljningen av vaccinationer och vaccinationsprogram. Smittskyddsinstitutet ska göra en översyn av sin uppföljning med bäring på vaccinationstäckning och misstänkta biverkningar. Socialstyrelsen ska, tillsammans med Smittskyddsinstitutet, fastslå i vilken omfattning uppföljningen av vacciner som

ingår i nationella vaccinprogram ska ske. Uppdragen ska redovisas i november 2013.

### **Europeiskt utrotningsprogram för röda hund och mässling**

Medlemsstaterna i WHO:s Europaregion beslutade 2010 om en resolution med målet att sjukdomarna mässling och röda hund ska vara utrotade i regionen till 2015. I Sverige förekommer vanligen få fall av mässling och röda hund, vilket förklaras av den höga vaccinationstäckningen. Under 2012 anmäldes dock 50 fall av röda hund jämfört med enstaka fall föregående år. Detta motsvarar den relativt sett största ökningen av alla smittsamma sjukdomar. Anledningen till ökningen är utbrott av röda hund i områden med lägre vaccinationstäckning. Det finns också en koppling till omfattande utbrott i andra europeiska länder.

För att uppnå målet att utrota mässling och röda hund i WHO:s Europaregion till 2015 ska medlemsstaterna bl.a. upprätta nationella handlingsplaner för att motverka inhemsk smittspridning. Regeringen gav i mars 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att upprätta en handlingsplan för de svenska insatserna. Uppdraget ska redovisas i april 2014. Medlemsstaterna ska också årligen rapportera om bl.a. inhemska sjukdomsfall och följsamheten till de nationella vaccinationsprogrammen.

## **5.6 Resultatredovisning: Stöd – för att underlätta hälsosamma val**

Folkhälsopolitiken bör bl.a. bidra till att underlätta för den enskilde att påverka sin hälsa i positiv riktning. Detta kan t.ex. ske genom att skapa verktyg och förutsättningar för den enskildes hälsosamma val. Under detta avsnitt beskrivs således bl.a. HälsaFörMig, ett verktyg som ger den enskilde stöd i att hantera hälsoinformation, och hälsofrämjande samhällsplanering. Vidare behandlas i detta avsnitt framför allt fysisk aktivitet och bra matvanor, samt hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

### **5.6.1 HälsaFörMig ger den enskilde stöd i att hantera hälsoinformation**

Regeringen har under 2013 fortsatt arbetet med att etablera den nationella tjänsten HälsaFörMig som ska bli ett säkert och ändamålsenligt verktyg för den enskilde att digitalt kunna spara, överblicka och administrera sin hälsoinformation. HälsaFörMig är ett led i utvecklingen mot en starkare ställning för den enskilde att själv kunna påverka sin hälsa.

Mot bakgrund av att en övervägande majoritet av befolkningen i dag har tillgång till internet och att allt mer kommunikation med t.ex. företag och myndigheter sker denna väg så ser regeringen att det även bör vara möjligt att sköta hälsorelaterade ärenden med stöd av en it-tjänst. Det finns i dag ett betydande utbud av information om metoder och verktyg kring hälsa som vänder sig till enskilda personer. Regeringen ser att dessa med fördel kan samlas med hjälp av HälsaFörMig om den enskilde så önskar.

Genom HälsaFörMig ska alla som vill på ett säkert och enkelt sätt kunna samla all information om sin egen hälsa digitalt på ett och samma ställe. En av intentionerna är att tjänsten ska innehålla en hälsodagbok där den enskilde kan föra in information om exempelvis friskvård, egenvård och kostvanor. Tjänsten ska även kunna användas för att lagra egen information om bl.a. läkemedel och vaccinationer. HälsaFörMig kan på så sätt bidra till att stödja den enskilde i att dokumentera och följa sin hälsoutveckling och därigenom fatta väl avvägda beslut om den egna hälsan. Integritet och säkerhet är grundläggande principer i utvecklingsarbetet och varje användare äger sin information och bestämmer vad som ska lagras samt vem som ska ges behörighet att läsa, hämta eller radera information.

HälsaFörMig planeras att lanseras under 2014 och beskrivs vidare under avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

### **5.6.2 Hälsofrämjande samhällsplanering stimuleras**

En fysisk miljö som möjliggör hälsosamma val är en viktig del i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Fysisk aktivitet i vardagen stimuleras av att gång- och cykelbanor, förskole- och skolgårdar och bostadsområden är säkra och

tillgängliga. Av samma anledning är t.ex. tillgänglighet till grönområden och tätortsnära friluftsområden också viktigt (utgiftsområde 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid och 20 Allmän miljö- och naturvård).

### Miljöer som möjliggör fysisk aktivitet

Boverket har haft i regeringens uppdrag att ansvara för ett samverkansprojekt med uppgift att samordna och utveckla arbetet kring samhällsplanering och bebyggelseutveckling för en miljö som möjliggör och stimulerar till fysisk aktivitet i vardagen. Boverket inkom i december 2012 med rapporten Samhällsplanering som stimulerar till fysisk aktivitet – slutrapportering av ett regeringsuppdrag. Av rapporten framgår bl.a. förslag på områden för vidare insatser och att uppdraget genomförts med engagemang från flera olika aktörer: myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting, länsstyrelser, kommuner, lärosäten, enskilda organisationer, m.fl.

I samband med uppdraget ovan tog Boverket under våren 2013 fram vägledningen Planera för rörelse – en vägledning om byggd miljö som stimulerar till fysisk aktivitet i vardagen. Vägledningen syftar till att ge dem som arbetar med stadsplanering, folkhälsa, trafikplanering, grönområden eller friluftsliv en ökad kunskap om hur viktig fysisk aktivitet är för hälsa och välbefinnande och hur den byggda miljöns utformning kan stödja ett fysiskt aktivt vardagsliv. Vägledningen syftar också till att tydliggöra och ge stöd i hur den fysiska planeringens verktyg kan användas för att främja människors vardagsrörlighet.

Därutöver drev Trafikverket under 2009–2012, tillsammans med Boverket, Statens folkhälsoinstitut och flera kommuner, projektet Barn och unga i samhällsplaneringen på regeringens uppdrag. Uppdraget beskrivs vidare inom avsnitt 8 Barnrättspolitik.

Regeringen har under 2008–2013 stöttat nätverket Healthy Cities med syfte att främja regionalt och lokalt arbete med fokus på fysisk aktivitet och samhällsplanering. En viktig del av arbetet består av att, i samråd med andra berörda aktörer, belysa och sprida kunskap om olika lösningar som främjar en utveckling av hälsofrämjande miljöer. Inom nätverket finns en temagrupp för fysisk aktivitet och bra matvanor

som bl.a. verkar för att arbetet i kommunerna ska fokusera på tidiga insatser samt vara tvärsektoriellt och långsiktigt.

### Cykel som transportmedel

Åtgärder som leder till ökat resande med cykel bidrar till att nå ett flertal samhällsmål – att minska resandets miljöpåverkan, att minska trängseln och att främja hälsa. Regeringen har mot bakgrund av detta vidtagit ett antal åtgärder som syftar till att stödja cykel som transportmedel.

På uppdrag av regeringen redovisade Trafikverket, i samarbete med Transportstyrelsen, under 2011 ett förslag till strategi för ökad och säker cykling. Redovisningen lyfter bl.a. fram vikten av fortsatt planering, utveckling och kunskapsöverföring i samverkan med regionala och lokala aktörer. Regeringen gav i december 2012 Trafikverket och länsplaneuppdragsnämnderna i uppdrag att under 2013 ta fram förslag till ny nationell plan och länsplaner för perioden 2014–2025.

Regeringen tillsatte i september 2010 en utredning om översyn av regler ur ett cyklingsperspektiv med syfte att göra det enklare, säkrare och attraktivare att cykla. Cyklingsutredningen lämnade i oktober 2012 sitt betänkande Ökad och säkrare cykling – en översyn av regler ur ett cyklingsperspektiv (SOU 2012:70). Betänkandet som bl.a. presenterar förslag till regeländringar har remitterats under våren 2013.

### 5.6.3 Fysisk aktivitet och bra matvanor främjas inom flera områden

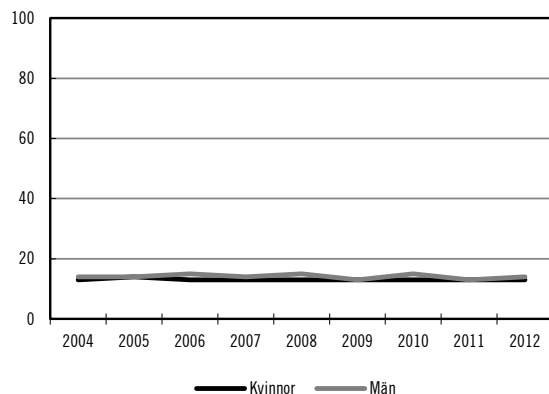
Bra matvanor och att regelbundet ägna sig åt någon form av fysisk aktivitet leder till stora hälsovinster. Det handlar t.ex. om att motverka hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer och psykisk ohälsa.

Andelen vuxna som anger att de har en stillasittande fritid har legat på en stabil nivå de senaste åren med mycket små skillnader mellan kvinnor och män (diagram 5.7). Andelen vuxna som anger att de äter lite frukt och grönsaker har också varit tämligen oförändrad över tid (diagram 5.8). Dock uppger kvinnor överlag att de äter mer frukt och grönsaker än män.



**Diagram 5.7 Andel som anger att de har en stillasittande fritid, åldersgruppen 16–84 år, 2004–2012**

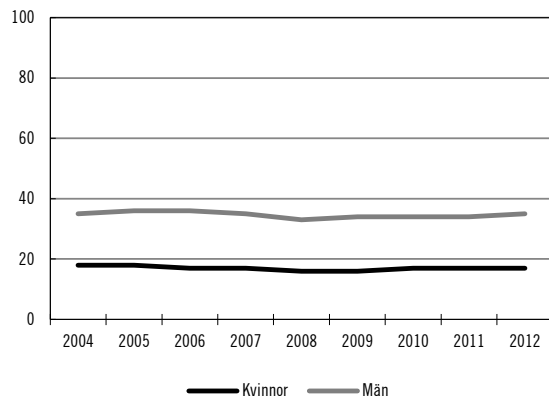
Procent



Källa: Statens folkhälsoinstitut (Nationella folkhälsoenkäten).  
Anm.: Åldersstandardiserade data.

**Diagram 5.8 Andel som anger att de äter lite frukt och grönsaker (0–1,3 gånger/dag), åldersgruppen 16–84 år, 2004–2012**

Procent



Källa: Statens folkhälsoinstitut (Nationella folkhälsoenkäten).  
Anm.: Åldersstandardiserade data.

Regeringen belyser i skrivelsen En folkhälso-politik med människan i centrum (skr. 2011/12:166) att åtgärder för att främja fysisk aktivitet och bra matvanor hör hemma inom ett flertal politikområden. Regeringens satsning på en förstärkt elevhälsa och näringsriktiga måltider i skolan samt Livsmedelsverkets nationella kompetenscenter för måltider i offentlig sektor utgör exempel på åtgärder som genomförs med syfte att skapa goda förutsättningar för fysisk aktivitet och bra matvanor. Andra exempel på insatser i detta sammanhang är regeringens stöd för ett fysiskt aktivt levnadssätt, bl.a. genom åtgärder på områdena för samhällsplanering, genom mål och åtgärder inom friluftslivspolitik, samt genom att viss motion och

friskvård på arbetsplatsen utgör en skattefri personalvårdsförmån.

### Hälso- och sjukvården bidrar till arbetet för fysisk aktivitet och bra matvanor

Regeringen genomför flera åtgärder för att utveckla det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården. Flera av insatserna främjar fysisk aktivitet och bra matvanor och beskrivs närmare under avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Således beskrivs bl.a. införandet av sjukdomsförebyggande riktlinjer och stödet för ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor inom hälso- och sjukvården under avsnitt 4.5.2. Regeringen har t.ex. gett Livsmedelsverket i uppdrag att stödja ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor. Uppdraget omfattar att samla in och till personalen i hälso- och sjukvården tillhandahålla den bästa tillgängliga kunskapen om bra matvanor. Regeringen har även gett stöd för att utveckla metoden Fysisk aktivitet på recept (FaR®) som används i hälso- och sjukvården som ett led i att förebygga eller behandla sjukdom.

Därutöver har ett forum för nationell samverkan för hälsofrämjande inrättats för dialog, erfarenhetsutbyte och samverkan mellan staten, kommuner och landsting, samt näringslivet och det civila samhället. Detta Forum för hälsofrämjande har fokus på frågor om hälsofrämjande utifrån ett individperspektiv och beskrivs vidare under avsnitt 5.8.1.

### Stort engagemang för ett friskare Sverige genom fysisk aktivitet och bra matvanor

Hälsofrågor bör tas i beaktande inom många skilda områden med betydelse för människors hälsa. Med denna utgångspunkt samordnade Statens folkhälsoinstitut under 2010–2012 en årlig uppmärksamhetsvecka kring matvanor och fysisk aktivitet – Ett friskare Sverige. Arbetet genomfördes som ett samverkansprojekt med syftet att hos allmänheten främja bra matvanor och fysisk aktivitet samt deltagande i hälsofrämjande aktiviteter.

Regeringen initierade en oberoende utvärdering av Ett friskare Sverige som presenterades i mars 2013. Av utvärderingen framgår att arbetet

varit framgångsrikt vad gäller att väcka uppmärksamhet kring betydelsen av bra matvanor och fysisk aktivitet. Utvärderingen konstaterar vidare att arbetet varit framgångsrikt när det gäller att nå ut till de prioriterade målgrupperna. Utvärderingen visar också att arbetet haft förankring i vad forskare inom relevanta forskningsområden bedömer som ändamålsenliga insatser utifrån effekter på medvetenhet och kunskap, medan evidens för effekt på beteendeförändringar saknas.

Regeringen kan konstatera att satsningen på Ett friskare Sverige varit framgångsrik. En mängd aktiviteter har genomförts av olika aktörer, vilket lett till samverkan på lokal och regional nivå samt ökad kunskap och medvetenhet kring betydelsen av fysisk aktivitet och bra matvanor.

Därutöver framgår av utvärderingen att Ett friskare Sverige varit väl anpassad för att nå och aktivera offentlig verksamhet, men att aktiviteten inte på motsvarande sätt aktiverat den privata sektorn. Något ytterligare uppdrag till Statens folkhälsoinstitut om att samordna en aktivitetsvecka planeras inte. I stället bör erfarenheterna och resultaten från Ett friskare Sverige tas i beaktande inom ramen för initiativet till Forum för hälsofrämjande (avsnitt 5.8.1).

#### 5.6.4 Nationellt strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Regeringen anser att en samverkan på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) behöver förbättras. Till exempel behöver ansvarsfördelningen renodlas och förtydligas. Regeringen gav i juni 2012 Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att ta fram ett förslag till ett nationellt strategidokument för SRHR-området. Arbetet ska särskilt inriktas på det förebyggande arbetet mot oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar som utförs av myndigheter, kommuner och landsting samt av ideella organisationer. Uppdraget ska redovisas i september 2014.

#### 5.6.5 Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

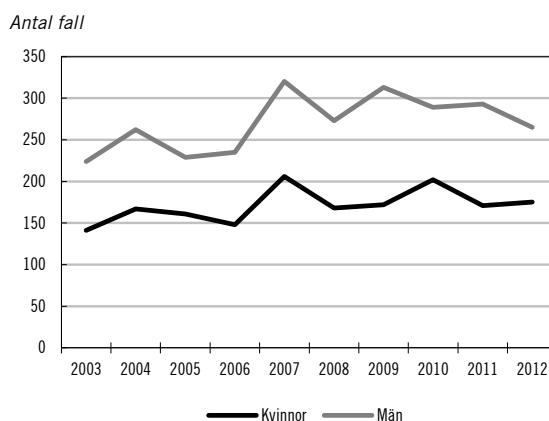
Spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar i befolkningen motiverar en rad breda insatser med fokus på de grupper som löper särskilt stor risk att smittas.

Antalet inhemska fall av hivinfektion har ökat svagt sedan 2003 (diagram 5.9). En ökning har noterats bland både kvinnor och män, men hivinfektion rapporteras oftare hos män. Ökningen kan framför allt relateras till fall där personer smittats utomlands. Den inhemska smittspridningen är störst i gruppen män som har sex med män. I dagsläget beräknas ungefär 6 200 personer leva med en känd hivdiagnos i Sverige.

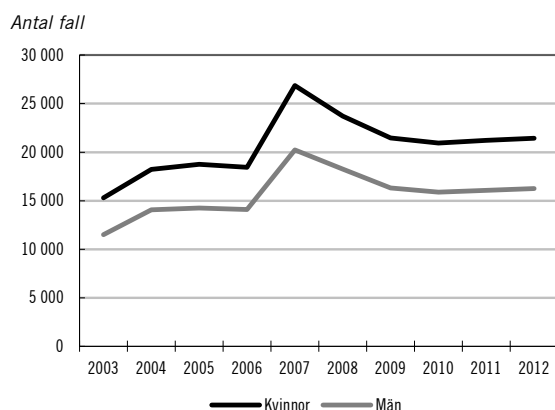
Klamydiainfektion har ökat bland både kvinnor och män sedan slutet av 1990-talet och står för mer än hälften av alla anmälningar av smittsamma sjukdomar (diagram 5.10). Ökningen 2007 kan dock åtminstone delvis förklaras av förändringar i diagnostiken. Klamydiainfektion sprids huvudsakligen genom heterosexuell smittväg bland ungdomar och unga vuxna och förekommer oftare hos kvinnor än hos män.

Gonorré och syfilis har ökat under de senaste åren och förekommer framför allt hos män, även om en ökning också noterats hos kvinnor. Under 2012 ökade antalet gonorréfall medan antalet syfilisfall minskade något.

Diagram 5.9 Antal fall av hivinfektion som anmälts, 2003–2012



Källa: Smittskyddsinstitutet.

**Diagram 5.10 Antal fall av klamydiainfektion som anmäls, 2003–2012**

### Insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar

Regeringens insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar har som en central utgångspunkt den nationella strategin mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar (prop. 2005/06:60). I strategin anges att målet för samhällets insatser ska vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar, samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och enskilda. Smittskyddsinstitutet planerar, samordnar och följer upp arbetet med att nå de hivpolitiska målen och har en strategisk roll att stödja myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma på området.

Sedan 2006 har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting årligen träffat särskilda överenskommelser om insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. För 2013 omfattar överenskommelsen 95 miljoner kronor. För att bidragshanteringen ska bli mer förutsägbar och lättadministrerad har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting enats om att en förordning fr.o.m. 2014 ska styra fördelningen av de medel som tidigare omfattats av överenskommelserna. Regeringen beslutade således i juni 2013 om förordning (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion. Därutöver fördelar Smittskyddsinstitutet årligen ytterligare omkring 21 miljoner kronor i statsbidrag till ideella organisationer, enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Smittskyddsinstitutet främjar kunskapsutveckling på flera olika sätt och har under 2012 och 2013 genomfört flera kommunikations- och informationsinsatser. Till grund för insatserna finns en samverkansmodell och plan för kommunikationsinsatser från 2012 som togs fram på uppdrag av regeringen och i samarbete med landsting och storstadskommuner. Därutöver publicerade Smittskyddsinstitutet under 2012, i samverkan med Statens folkhälsoinstitut, ett webbaserat metodstöd för samtalsledare som arbetar med ungdomar och unga vuxna inom sexuell hälsa och prevention av hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar. Smittskyddsinstitutet genomförde också en konferens med ett nationellt nätverk för kuratorer som arbetar med patienter som lever med hiv/aids. Smittskyddsinstitutet har vidare arbetat med systematiska uppföljningar av kunskap, attityd och beteende inom de viktigaste preventionsgrupperna.

Sverige bidrar även till hiv/aids-arbetet på internationell nivå, dels genom nationella aktörers engagemang, dels inom ramen för det internationella utvecklingssamarbetet vilket beskrivs under utgiftsområde 7 Internationellt bistånd. Inom ramen för samarbetet i Sveriges geografiska närområde bedrivs ett aktivt arbete via Socialdepartementet och berörda myndigheter för att förebygga och reducera konsekvenser av bl.a. hiv/aids.

### 5.6.6 Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Arbetet med att motverka skadlig alkoholkonsumtion och tobaksbruk är grundläggande för att främja hälsa och förebygga sjukdomar i befolkningen. Regering och riksdag beslutade 2011 om en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin) som anger mål och inriktning för hur samhällets insatser ska genomföras, samordnas och följas upp t.o.m. 2015. Regeringens åtgärder på området beskrivs i de årliga åtgärdsprogrammen för ANDT-politiken. Området behandlas närmare under avsnitt 9 Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

## 5.7 Resultatredovisning: Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot

Hälsohot kan ha flera olika orsaker och konsekvenser vilket påkallar en bred ansats för beredskapsplanering. Regeringen möjliggör en mångfald av insatser för att säkerställa ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot av olika slag. Samhällets krisberedskap i bred bemärkelse beskrivs inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. Därutöver tillkommer insatser inom olika områden som bidrar till planering och hantering av hälsohot inom respektive område.

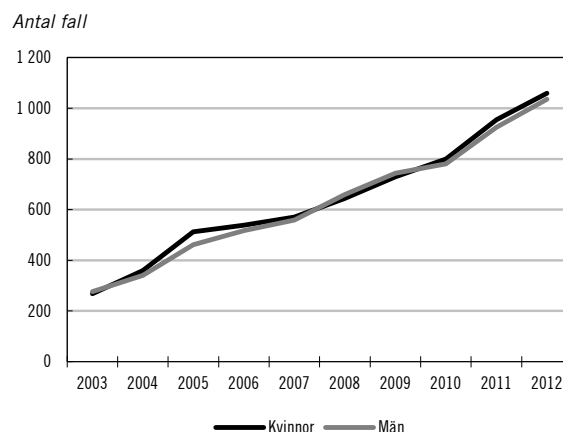
Mot bakgrund av inriktningen för avsnitt 5 Folkhälsopolitik och dess anslag fokuserar avsnittet på hälsohot som är förknippade med smittsamma sjukdomar. Först behandlas antibiotikaresistens som är ett prioriterat globalt hälsohot. Därefter behandlas planering och hantering av hälsohot mer generellt, dock med fokus på influensapandemier. Avslutningsvis redogör avsnitt 5.7.3 för vissa områden inom vilka insatser genomförs med syfte att förhindra att människor får besvär eller blir sjuka av miljön.

### 5.7.1 Antibiotikaresistens är ett globalt hälsohot

Regeringen har konstaterat att bakterier som utvecklats motståndskraft mot antibiotika är ett växande globalt hälsohot. Antibiotikaresistens orsakar såväl ökad sjuklighet och dödlighet som betydande kostnader för sjukvården.

Sverige har under lång tid vidtagit åtgärder mot antibiotikaresistens och har ett bra läge jämfört med många andra länder, men risken är stor att Sverige påverkas av en sämre situation på global nivå. Även i Sverige ökar antalet fall av infektioner med antibiotikaresistenta bakterier. Under 2012 fortsatte t.ex. trenden med ett ökande antal fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA) (diagram 5.11). MRSA rapporteras hos ungefär lika många kvinnor som män. Även förekomsten av resistenta bakterier som faller under benämningen ESBL (Extended Spectrum beta-Lactamase) ökar. För 2012 noterades en ökning om nästan 30 procent fler anmälda fall av ESBL-bakterier.

**Diagram 5.11 Antal fall av infektion med  
meticillinresistenta gula stafylokokker (MRSA) som anmäls,  
2003–2012**



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Antibiotikaanvändning kan leda till både uppkomst och spridning av resistens. Det är därför viktigt att antibiotika endast används när det behövs och på rätt sätt.

Diagram 5.12 visar på en positiv utveckling med långsamt avtagande förskrivning av antibiotika över en längre period. Ungefär 60 procent av antibiotikaförskrivningen är avsedd för kvinnor. Det finns regionala skillnader i förskrivningen, vilka i vissa fall är relativt stora. Under 2011 stod tandvården för ca 7 procent av antibiotikaförskrivningen i öppenvården, vilket motsvarar en oförändrad nivå jämfört med 2010. Vad gäller tandvården förväntas variationerna i förskrivning över landet minska när rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvården som Socialstyrelsen tagit fram börjar tillämpas i större utsträckning.

Det preventiva arbetet med vårdhygien är viktigt för att bromsa resistensutvecklingen. Genom att minska förekomsten av infektioner minskas även behovet av antibiotikabehandling. Detsamma gäller barnvaccinationsprogrammet samt influensa- och pneumokockvaccination bland äldre som minskar antalet infektioner och därmed behovet av antibiotikabehandling.



ett förslag till ett nationellt kommunikationskoncept som sträcker sig ett antal år framåt.

### **Påverkansarbete inom EU och globalt för att motverka antibiotikaresistens**

Med ökad rörlighet av människor, djur och livsmedel är det allt viktigare att uppmärksamma problemet med antibiotikaresistens såväl nationellt som internationellt. Internationellt samarbete är en förutsättning för ett framgångsrikt arbete på nationell nivå.

Antibiotikaresistens är en av fem övergripande prioriteringar inom ramen för strategin för Sveriges samarbete med WHO under 2011–2015. WHO satsar, mycket tack vare svenskt påverkansarbete, på en organisatorisk struktur för att ta antibiotikafrågan konkret framåt. Sverige har varit pådrivande om att det bör utvecklas globala övervakningssystem för att bättre kunna mäta resistensläget och sjukdomsbördan. Under 2012 avsatte regeringen medel för att stödja WHO i detta arbete. Socialstyrelsen har tilldelats medel för att sända en expert till WHO och sedan oktober 2012 är en person på plats för att arbeta med antibiotikaresistens.

Vidare har regeringen beslutat om bidrag till Uppsala universitet/ReAct för att stödja WHO i deras arbete med en global övervakningsplan och att samla berörda parter för att ta fram en konkret handlingsplan. Uppsala universitet/ReAct fick under 2012 även bidrag för att fortsätta arbetet som Sverige initierade under EU-ordförandeskapet 2009 om behovet av nya antibiotika. Därutöver har Sverige under 2012 och 2013 fortsatt samarbetet om antibiotikaresistens inom ramen för de hälsosamarbetsavtal som upprättats mellan Sverige och Indien respektive Kina.

Inom ramen för EU:s Nordliga Dimension leder Smittskyddsinstitutet, på regeringens uppdrag, en arbetsgrupp med fokus på antibiotikaanvändning och -resistens. Hälsa är numera ett prioriteringsområde inom ramen för EU:s Östersjöstrategi och arbete pågår med att identifiera mål och indikatorer. Arbetet koordineras av Nordliga Dimensionens Partnerskap för Hälsa och Socialt Välbefinnande (NDPHS) som är en internationell organisation med säte i Stockholm.

### **5.7.2 Beredskap och hantering av hälsohot ska vila på gedigen planering**

En god beredskap innebär att diverse berörda aktörer på alla nivåer – nationellt, regionalt och lokalt – bör säkerställa att det finns kapacitet att hantera olika typer av hälsohot. Hälsohot kan uppstå utan förvarning och ibland utgöras av nya och oväntade hälsohot. Beredskapsplaneringen bör därför ofta vara generell i stället för att vara inriktad mot en specifik orsak. Följande resultatredovisning fokuserar dock på hälsohot som förknippas med smittsamma sjukdomar, inklusive influensapandemier. Bakgrunden till detta fokus är inriktningen av avsnitt 5 Folkhälsopolitik och anslagen som faller under avsnittet.

#### **Beredskapsplanering för allvarliga smittsamma sjukdomar inklusive pandemisk influensa**

Socialstyrelsen redovisade i december 2012 ett regeringsuppdrag om beredskapsplanering för utbrott av smittsamma sjukdomar. I rapporten föreslås mål för smittskyddsberedskapen som bl.a. innebär att planer för epidemiberedskap bör finnas i alla landsting och vara avstämda med smittskyddsläkarna. Av rapporten framgår även att det bör finnas en logistikplan för distribution av läkemedel och annat material under ett utbrott, kapacitetsplanering för vården och laboratorieverksamhet, samt samordnade övningar av utbrottsshantering.

Socialstyrelsen redovisade i december 2012 även ett uppdrag om att revidera den nationella pandemiplanen. Rapporten utgör ett planeringsunderlag för en pandemisk influensa. Planeringsunderlaget är avsett att fungera som bakgrund och stöd för nationella myndigheter, smittskyddsläkare, beredskapschefer, beredskaps-samordnare samt andra planeringsansvariga inom landstingens och kommunernas vård och omsorg.

Planeringsunderlaget behandlar kommunikationsplanering och beredskapsläkemedel. Underlaget framhåller att landstingen måste ha en omsorgsfull planering för att möjliggöra omställningar för att säkra en väl fungerande primärvård och slutenvård under en pandemi. En pandemiplan bör vara en central del av landstingens, kommunernas och de privata aktörernas beredskapsplanering. Underlaget betonar vikten av att

sektorer med samhällsviktig verksamhet har utvecklade pandemiplaner där planeringen baseras på andra åtgärder än skydd av personal genom förebyggande behandling med antivirala läkemedel. Anledningen till detta är osäkerheten kring läkemedlens användbarhet samt risken för resistensutveckling.

Planeringsunderlaget lägger vidare fast grundläggande principer som att planeringen bör ta höjd för en allvarlig situation samt vara flexibel, effektiv och proportionerlig. Flexibilitet är nödvändigt för att hanteringen av pandemin ska kunna anpassas i enlighet med kunskapsutvecklingen och förloppet under pandemin.

### **Stödåtgärder med anledning av narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix**

Under influensapandemin 2009 vaccinerades en stor del av Sveriges befolkning mot den pandemiska influensan A (H1N1). Ett stort antal biverkansrapporter om narkolepsi, där ett samband med pandemivaccinet Pandemrix misstänks, har därefter inkommit till Läke- medelsverket.

Läkemedelsverket har med anledning av rapporterna genomfört studier som inledningsvis visade en ökad risk för barn och ungdomar att insjukna i narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix, jämfört med barn och ungdomar som inte vaccinerats. En nyligen avslutad studie har också visat en ökad risk för narkolepsi hos unga vuxna, i åldersgruppen 21–30 år, som vaccinerats. Studien visade också att risken avtar successivt med stigande ålder, men att det inte är möjligt att närmare precisera en ålder då det inte finns en ökad risk. För ett stort antal andra sjukdomar som studerades kunde ingen säkerställd riskökning observeras.

För att möta barnens, ungdomarnas och deras familjers behov av stöd beviljade regeringen 2011–2013 ekonomiskt bidrag till Narkolepsiföreningen Sverige. Dessutom har regeringen beslutat att tillsammans med sjukvårdshuvudmännen finansiera familjeveckor vid det nationella kompetenscentret för sällsynta diagnoser, Ågrenska. Vistelserna ger de drabbade familjerna möjlighet att möta andra i samma situation, få kunskap och utbyta erfarenheter.

Vetenskapsrådet har kartlagt forskning med relevans för uppkomst och behandling av narkolepsi. Kartläggningen visar att det finns

områden med kunskapsbrist, men också att forskning om narkolepsins uppkomst har gjort stora framsteg de senaste åren.

Regeringen har träffat en långsiktig, block-överskridande överenskommelse om att staten ska ta det yttersta ansvaret för att de barn och ungdomar som var 19 år eller yngre vid vaccinationstillfället och som drabbats av narkolepsi efter vaccineringen med Pandemrix, och som av Läkemedelsförsäkringen bedöms ha en läkemedelsskada, ska få ersättning. Det gäller efter det att begränsningen i läkemedelsförsäkringen om hur mycket ersättning som totalt kan lämnas till samtliga drabbade eventuellt aktualiseras. Inom Regeringskansliet pågår en utredning om hur systemet för eventuella statliga utbetalningar ska utformas.

### **Utvecklat samarbete inom EU och internationellt vad gäller hälsohot**

En effektiv hantering av hälsohot på nationell nivå förutsätter ett globalt samarbete samt att omvärlden följer internationella överenskommelser och vidtar förebyggande åtgärder. Från EU och WHO ökar kraven om att medlemsstaternas beredskapsplaner ska vara interoperabla, dvs. system och organisationer ska kunna samarbeta på flera olika nivåer. Detta ställer stora krav på den svenska beredskapen och att regionala och lokala planer fungerar tillsammans.

Europeiska kommissionen presenterade i december 2011 ett förslag till beslut om allvarliga gränsöverskridande hälsohot, vilket kan innebära utökade krav på medlemsstaternas beredskapsplanering. Under 2012 och 2013 har förslaget förhandlats i rådet och formellt beslut förväntas under hösten 2013. Generellt sett utgår kommissionens förslag från samma breda angreppssätt som WHO:s internationella hälso- reglemente (IHR). Förslaget ställer därutöver krav på att medlemsstaterna ska samordna åtgärder för att utveckla sin förmåga att hantera allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Förslaget innebär bl.a. att beredskapsplanernas kompatibilitet ska behandlas och att medlemsstaterna ska förse kommissionen med information om sina beredskapsplaner. Vidare ska medlemsstaterna konsultera varandra och kommissionen innan man antar sina planer eller reviderar dem.

Förslaget har beröringspunkter med den nya rättsakten för civilskydd vilken beskrivs under avsnitt 4 Samhällets krisberedskap inom utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap.

### 5.7.3 Säkra miljöer och produkter främjas av insatser på bred front

Socialstyrelsen ger regelbundet ut rapporter som följer miljöhälsan i Sverige. Rapporterna har omväxlande varit inriktade på barn och vuxna. Miljöhälsorapport 2001 och 2009 fokuserade på vuxna och Miljöhälsorapport 2005 och 2013 fokuserade på barn. Miljöhälsorapport 2013 om barns hälsa har tagits fram och publicerats av Institutet för miljömedicin på uppdrag av Socialstyrelsen. Miljöhälsorapport 2013 belyser t.ex. att astma och allergi bland barn fortsätter att öka men att antalet barn som utsätts för tobaksrök minskar.

Regeringens insatser för säkra miljöer, produkter m.m. bedrivs inom ramarna för en rad områden. Utgiftsområden med beröringspunkter innefattar bl.a. 14 Arbetsmarknad och arbetsliv, 18 Samhällsplanering, bostadsförsörjning och byggande samt konsumentpolitik, 20 Allmän miljö- och naturvård, respektive 22 Kommunikationer. Till exempel behandlas effekter av luftföroreningar och kemikalier som är relevanta för utvecklingen av folkhälsan under utgiftsområde 20. Ett flertal myndigheters verksamhet bidrar till arbetet för säkra miljöer och produkter, t.ex. Arbetsmiljöverket, Konsumentverket, Läkemedelsverket, Elsäkerhetsverket, Kemikalieinspektionen, Transportstyrelsen, Trafikverket samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Hälsoskyddsarbetet syftar till att undvika att människor får besvär eller blir sjuka av miljön. Det innebär t.ex. att se till att bostäder är fria från skadliga nivåer av radon, fukt och buller. Relevant i detta avseende är miljöbalkens (1998:808) mål om att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö.

## 5.8 Resultatredovisning: Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa

Insatser som främjar människors hälsosamma val och en positiv hälsoutveckling i befolkningen utförs inom många samhällsområden och av flera olika aktörer. Mot den bakgrunden är dialog och erfarenhetsutbyte mellan de olika aktörerna av betydelse. Följande avsnitt illustrerar hur regeringen bidragit till att främja samverkan mellan olika aktörer.

### 5.8.1 Forum för hälsofrämjande

Regeringen tog under 2012 initiativ till fördjupad samverkan med näringslivet och ideella sektorn kring hälsofrämjande insatser med fokus på kost och fysisk aktivitet.

I skrivelsen En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166) aviserade regeringen sin avsikt att ta initiativ till ett forum för nationell samverkan för hälsofrämjande insatser. Under hösten 2012 träffade Socialdepartementet ledande företag inom detaljhandeln på livsmedelsområdet samt inom tränings- och friskvårdsbranschen. Departementet tog även under hösten 2012 initiativ till flera förstudier i syfte att analysera förutsättningarna för fördjupad samverkan mellan offentliga, privata och ideella aktörer.

Nästa steg i arbetet med Forum för hälsofrämjande inleddes under våren 2013 genom inrättandet av en arbetsgrupp med företrädare för berörda myndigheter, branscher och organisationer. Ett av syftena med initiativet är att skapa ett forum för dialog, information och erfarenhetsutbyte. Ett annat syfte är att skapa förutsättningar för att koordinera och kommunicera insatser och bidra med underlag för att utveckla initiativ och strategier som utifrån den enskildes perspektiv främjar en positiv hälsoutveckling.

Det finns omfattande internationella erfarenheter av samverkan mellan offentliga aktörer och näringslivet i branscher som har en koppling till hälsofrämjande i olika avseenden. Regeringens initiativ Forum för hälsofrämjande syftar till att pröva om sådan samverkan kan bidra positivt till en utveckling i Sverige i enlighet med det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Forumet kommer att arbeta under 2013 och 2014. Inom



ramen för detta utvecklingsarbete bör erfarenheterna och resultaten från Ett friskare Sverige beaktas (avsnitt 5.6.3).

Under hösten 2014 ska en utvärdering genomföras av i vilken utsträckning forumets syfte uppnåtts samt förslag på hur arbetet ska bedrivas efter utgången av 2014.

### 5.8.2 Samverkansinitiativ inom flera områden

Utöver det nystartade Forum för hälsofrämjande arbetar regeringen även med att stimulera samverkan genom flera andra strukturer. Andra exempel på samverkansstrukturer är regeringens råd för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor (ANDT-rådet) (avsnitt 9.7). Rådet ska bistå regeringen i frågor med koppling till ANDT-området.

Som nämndes under avsnitt 5.7.1 har Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Jordbruksverket, initiera och ansvara för en nationell samverkansfunktion för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Som ett led i det förebyggande arbetet mot hiv och sexuellt överförda infektioner har regeringen inrättat ett nationellt råd för samordning av arbetet i landet, Rådet för samordning av insatser mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Hivrådet). Hivrådet består av representanter för olika myndigheter, ideella organisationer, landsting och kommuner som på olika vis verkar för att minska smittspridningen i Sverige.

## 5.9 Resultatredovisning: Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete

Regeringen anser att folkhälsoarbetet ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Därför har regeringen tagit en rad initiativ som syftar till att stärka kunskapsstyrningen och möjliggöra ett effektivare folkhälsoarbete. Under detta avsnitt lyfts flera aktuella initiativ fram, t.ex. inrättandet av en ny folkhälsomyndighet, utveckling av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

arbete samt öppna jämförelser inom folkhälsoområdet.

### 5.9.1 En ny folkhälsomyndighet bildas

Regeringen gav i mars 2013 en särskild utredare i uppdrag att förbereda och genomföra bildandet av en ny myndighet för folkhälsofrågor, Folkhälsomyndigheten (dir. 2013:33). Uppdraget genomförs i enlighet med regeringens bedömningar i propositionen En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet (prop. 2012/13:116) från mars 2013. Bakgrunden till omorganisationen behandlas vidare under avsnitt 5.11.5.

De uppgifter som myndigheterna Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet ansvarar för övergår till den nya myndigheten. Till den nya myndigheten förs även Socialstyrelsens uppgifter inom folk- och miljöhälso-rapporteringen och Socialstyrelsens ansvar inom miljömålssystemet. Andra uppgifter som förs över till den nya myndigheten är vissa uppgifter som Socialstyrelsen har i dag enligt miljöbalken, plan- och bygglagen (2010:900) och andra författningar inom dessa områden.

Folkhälsomyndighetens verksamhet ska inledas den 1 januari 2014. Förändringen innebär att Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet avvecklas och upphör vid utgången av 2013. Riksdagen beslutade i juni 2013 om vissa lagändringar med anledning av omorganisationen (prop. 2012/13:116, bet. 2012/13:SoU27, rskr. 2012/13:280).

### 5.9.2 Ett mer kunskapsbaserat hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården

Regeringen framhåller i skrivelsen En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166) att hälso- och sjukvården är en viktig aktör i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Arbetet med att stimulera ett förändringsarbete inom landstingen bör intensifieras så att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser systematiskt integreras i det löpande vårdarbetet. Mot denna bakgrund genomför regeringen flera åtgärder, t.ex. för att stödja införandet av Socialstyrelsens sjukdomsförebyggande riktlinjer (avsnitt 4.5.2).

Regeringen driver också frågan om en stärkt kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården i bredare bemärkelse, vilket beskrivs närmare i avsnitten 4.5 och 4.7.

### **5.9.3 Utveckling av öppna jämförelser, evidensgradering och hälsoekonomisk metodik**

#### **Öppna jämförelser även inom folkhälsoområdet**

Öppna jämförelser av resultat, kvalitet, effektivitet, etc. är ett viktigt redskap för att driva utvecklingen inom hälso- och sjukvården framåt, enligt Vårdanalys rapport Grönt ljus för Öppna jämförelser? Socialstyrelsen lämnade under 2012 på uppdrag av regeringen förslag på hur arbetet med öppna jämförelser inom folkhälsoområdet bör läggas upp så att nästa redovisning av öppna jämförelser inom området kan ske hösten 2014. Regeringen gav i mars 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting, fortsätta arbetet med öppna jämförelser inom folkhälsoområdet. Målet är att publicera öppna jämförelser inom folkhälsoområdet under 2014.

#### **Utveckling av evidensgradering och rekommendationer inom folkhälsoområdet**

För att öka kunskapen om evidensbaserade metoder och strategier på folkhälsoområdet gav regeringen under 2011 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utreda vilket evidensgraderings-system som bör gälla för bedömning av insatser inom folkhälsoområdet.

Statens folkhälsoinstitut föreslog i december 2011 att evidensgraderingsystemet GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) bör användas för folkhälsoområdet, men konstaterade också att det finns ett antal utmaningar för tillämpning av systemet inom folkhälsoområdet. Myndigheten konstaterade att gradering av vetenskapligt stöd är en grundförutsättning för rekommendationer men att enbart evidensgradering är otillräckligt för att tjäna som underlag för rekommendationer på folkhälsoområdet. Andra aspekter som exempelvis etiska frågor, jämlighet, främjande av individuellt självbestämmande, implementering

och resurseffektivitet kan också behöva beaktas i beslutsunderlaget.

Regeringen gav därför i januari 2012 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utreda vilket rekommendationssteg som bör komplettera evidensgraderingen på folkhälsoområdet. Regeringen gav samtidigt ett parallellt uppdrag till Statens folkhälsoinstitut att utreda vilka förutsättningar som behöver gälla för att myndigheten ska kunna arbeta med evidensgradering och rekommendationer. Uppdragen redovisades i februari 2013. Av rapporterna framgår bl.a. att Statens folkhälsoinstitut föreslår att GRADE bör användas tillsammans med rekommendationssteget DECIDE (Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence). Med de utredningar som Statens folkhälsoinstitut gjort finns en bra grund för fortsatt arbete avseende evidensgradering och rekommendationer inom folkhälsoområdet.

#### **Utveckling av hälsoekonomisk metodik**

Regeringen anser att det är angeläget att öka kunskapen om vad som är kostnadseffektivt folkhälsoarbete. Det är viktigt att beslutsfattare vet vilka metoder som ger resultat, vilka sambanden är mellan insats och resultat, hur stora effekterna är samt om de står i rimlig proportion till kostnaderna. Metodiken för ekonomiska analyser av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är inte lika väl utvecklad som inom sjukvården.

Regeringen gav därför under 2012 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att genomföra en förstudie av hur metodiken för samhällsekonomiska bedömningar av åtgärder inom folkhälsoområdet kan utvecklas på kort och lång sikt. Statens folkhälsoinstitut ska också ge förslag till former för fortsatt utvecklingsarbete av metodiken på området. Uppdraget redovisades i juni 2013.

#### **Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken**

I propositionen En förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) aviserades att möjligheterna till en effektiv utvärdering av insatser utifrån gällande mål- och uppföljningsstruktur noga

skulle följas upp och vid behov skulle regeringen återkomma med förslag till ändringar i denna struktur. Statskontoret har därför haft regeringens uppdrag att utvärdera uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken.

I rapporten från mars 2013 konstaterar Statskontoret bl.a. att det övergripande målet för den nationella folkhälsopolitiken bör kompletteras med delmål och att indikatorerna för uppföljningssystemet bör revideras. Vidare föreslås att en folkhälsopolitisk rapport bör utkomma en gång per mandatperiod samt att webbverktyget Folkhälsodata bör ges en vidgad målgrupp för att bli ett nationellt redskap för uppföljning av bestämningsfaktorerna för hälsa.

## 5.10 Årlig revision

I Riksrevisionens revisionsberättelse för Smittskyddsinstitutet, daterad den 22 mars 2013, anges att årsredovisningen för 2012 ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av Smittskyddsinstitutets finansiella ställning per den 31 december 2012 och av dess resultat och finansiering för året enligt förordningen (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag.

Ett undantag finns dock som ger ett uttalande med reservation. I en tabell i årsredovisningen redovisas myndighetens totala ekonomiska utfall gällande anslag, avgifter och extern finansiering. Dessa uppgifter överensstämmer inte med vad som redovisas i de finansiella delarna av årsredovisningen. Avvikelserna bedöms av Riksrevisionen som väsentliga och har medfört att övriga tabeller med ekonomiskt utfall för respektive verksamhetsområde innehåller motsvarande avvikelser. Enligt förordningen (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag bör en eventuell brist på överensstämmelse mellan verksamhetens totala intäkter och kostnader och årsredovisningens finansiella delar förklaras och kommenteras, vilket inte är gjort.

Reservationen har behandlats vid den årliga myndighetsdialogen mellan Smittskyddsinstitutet och Socialdepartementet. Bedömningen är att Smittskyddsinstitutets kommande årsredovisning kommer att utformas i överensstämmelse med de krav som ställs i aktuella författningar.

## 5.11 Politikens inriktning

Folkhälsopolitiken syftar till att ge den enskilda människan verktyg för att ta hand om sin egen hälsa och till att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsoutveckling på befolkningsnivå. Den bygger på respekt för varje människas integritet, förmåga och styrka. Politiken vilar på de fem byggstenar som introducerades i regeringens skrivelse En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166):

- Start – barns och ungas uppväxtvillkor
- Stöd – för att underlätta hälsosamma val
- Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot
- Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa
- Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete

En sådan politik bidrar inte bara till en god hälsa i befolkningen utan också till samhällsekonomin. En god folkhälsa är en investering för Sverige.

Hälsan i befolkningen påverkas såväl av enskilda människors egna val som av mer strukturella faktorer, såsom delaktighet och inflytande i samhället, människors sociala och ekonomiska förutsättningar, barns och ungas uppväxtvillkor och planeringen av den fysiska miljön.

Under 2014 inriktas regeringens politik på att fortsatt ta till vara och bygga vidare på de framsteg som har uppnåtts. Regeringen vill i ökad utsträckning ta till vara den enskildes kapacitet, förmåga och vilja och på så sätt addera nya perspektiv till det folkhälsopolitiska arbetet. Ett annat prioriterat område är det kunskapsbaserade folkhälsoarbetet. Detta sker bl.a. genom att följa upp och systematiskt mäta olika metoders evidens samt genom öppna jämförelser.

Inriktningen för folkhälsopolitiken går hand i hand med andra politiska initiativ som regeringen tagit. Ett exempel är regeringens handlingsplan PRIO psykisk ohälsa 2012–2016. Handlingsplanen innehåller insatser dels för personer som har drabbats av psykisk ohälsa, dels för personer, särskilt barn och unga, som av olika skäl löper risk att drabbas av psykisk ohälsa. Ett annat exempel är den strategi som presenterades i propositionen En samlad strategi

för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47 avsnitt 9) och som anger mål och inriktning för hur samhällets insatser inom detta område ska genomföras, samordnas och följas upp under perioden 2011–2015. Ett tredje initiativ som påverkar det folkhälsopolitiska arbetet är bildandet av en ny folkhälsomyndighet.

### 5.11.1 Start – barns och ungas uppväxtvillkor

I barndomen grundläggs förutsättningarna för en god hälsa i vuxen ålder. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder bör därför sättas in tidigt i livet oavsett om det gäller att skapa goda uppväxtvillkor, hälsosamma levnadsvanor eller stödjande miljöer. Centrala faktorer för barns och ungas hälsa är biologiska förutsättningar, förhållandena i barnets familj och barnets relationer till vänner och till andra i barnets omgivning. Andra betydelsefulla faktorer är miljön i bostadsområdet, förskolan, skolan, fritidshemmet och på fritiden. Därutöver är levnadsvanor och barnets utvecklingsmöjligheter, såsom rätt till delaktighet och inflytande, viktiga faktorer för en god hälsoutveckling.

Inom mödravården, barnhälsovården och elevhälsan har verksamheter byggts upp som är viktiga i arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdom. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa och sprida kunskap som skapar förutsättningar för, samt stöder, ett effektivt hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom mödrhälsovården, barnhälsovården och elevhälsan på områdena bra matvanor och fysisk aktivitet. Uppdraget redovisas vid utgången av september 2013. Socialstyrelsen har även i uppdrag att se till att vägledning, rekommendationer och kunskapsöversikter för mödrhälsovården, barnhälsovården och elevhälsan finns utarbetade, tillgängliga och hålls uppdaterade.

Regeringen har dessutom avsatt medel för utveckling av information på de nationella minoritetsspråken. Arbetet berör bl.a. umo.se, ungdomsmottagningen på nätet, som är en webbplats där hälso- och sjukvårdens huvudmän informerar ungdomar om sex, hälsa och relationer. Vidare har Socialstyrelsen haft i uppdrag att ta fram en vägledning till hälso- och sjukvårdspersonal om barn som far illa.

Att det finns en trygg anknytning till och ett gott samspel med föräldrarna är av central betydelse för att skapa förutsättningar för goda uppväxtvillkor för barn och unga. Det är därför angeläget att fortsätta utveckla, stärka och sprida stödet till föräldrar i landet (avsnitt 7 Politik för sociala tjänster).

### 5.11.2 Stöd – för att underlätta hälsosamma val

Folkhälsopolitiken bör bidra till att skapa verktyg för den enskilde som underlättar hälsosamma val. Genom att verka för tillgång till evidensbaserad kunskap och stöd kan människor inspireras till hälsosamma levnadsvanor. Det kan t.ex. handla om att stödja förändring vid skadlig alkoholkonsumtion, tobaksbruk, dåliga kostvanor och brist på fysisk aktivitet.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll att underlätta hälsosamma val, t.ex. genom att integrera ett sjukdomsförebyggande arbete i patientkontaktarna. Exempelvis innebär hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård och omsorg att vårdgivaren erbjuder kunskap, råd och stöd som ger patienten och brukaren förutsättningar att öka sin kunskap om och kontroll över sin egen hälsa.

#### HälsaFörMig – en samlad plats för den enskildes hälsoinformation

Regeringen vill underlätta för den enskilde att engagera sig i sin egen hälsa och hälsoutveckling. Regeringen genomför därför en satsning på att utveckla en nationell tjänst för att den enskilde ska kunna spara, överblicka och administrera sin hälsoinformation. Tjänsten ska kunna användas av den enskilde för att lagra egen information om bl.a. läkemedel och vaccinationer. Den ska även kunna innehålla en hälsodagbok där den enskilde kan föra in information om exempelvis friskvård, egenvård och kostvanor.

Tjänsten kommer benämnas HälsaFörMig och beskrivs vidare under avsnitten 5.6.1 och 4 Hälso- och sjukvårdspolitik. HälsaFörMig ska kunna utnyttjas av alla som så önskar och planeras att lanseras under 2014.

### Brett spektrum av insatser för sexuell hälsa

Regeringens folkhälsopolitik bör bidra till att stärka förutsättningarna för sexuell hälsa. Ett led i detta arbete är uppdraget till Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut att ta fram ett förslag på ett nationellt strategidokument för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (avsnitt 5.6.4).

Vidare anser regeringen att särskilda insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar bör fortgå för att upprätthålla ett långsiktigt förebyggande arbete. Regeringen har sett över den årliga överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för att förtydliga och effektivisera fördelningen av medel. Fördelningen kommer att ske i enlighet med en förordning, som ersätter tidigare års överenskommelser. Målet med statsbidraget är att förstärka och komplettera evidensbaserat preventionsarbete, som är särskilt riktat till grupper med hög risk för att smittas. Bidragsgivningen ska ske med utgångspunkt i en epidemiologisk analys av de lokala behoven. Verksamhet eller projekt som kan antas få betydelse för det nationella smittskyddet som helhet ska särskilt prioriteras.

Inrättandet av Folkhälsomyndigheten innebär att det folkhälsoarbete som inriktas på sex och samlevnad tydligare integreras med det arbete som syftar till prevention av sexuellt överförbara sjukdomar. Förutsättningarna för att kunna angripa dessa frågor ur ett bredare och kunskapsbaserat perspektiv bedöms därför förbättras väsentligt.

Regeringen avser att även fortsättningsvis lyfta fram svenska erfarenheter i internationella sammanhang. På så sätt kan det inhemska arbetet även bidra till en förbättrad situation internationellt, t.ex. vad gäller den globala hiv/aidsepidemin.

#### 5.11.3 Skydd – ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot

Regeringen avser även fortsättningsvis arbeta för att förbättra beredskapen för allvarliga hälsohot. Samarbete inom EU och på en internationell arena är viktigt. Hälsohot utgörs av såväl olika typer av smittsamma sjukdomar, inklusive virus av pandemisk potential, som andra hälsohot som

biologiska och kemiska risker samt hot vad gäller utveckling och spridning av resistent bakterier.

#### Antibiotikaresistens är ett fortsatt prioriterat globalt hälsohot

Regeringens arbete för att motverka spridningen av resistent bakterier ska verka för konkreta förbättringar, men också ökad uppmärksamhet för problemet. Globalt och även nationellt är utvecklingen oroande med en spridning av bakterier som är resistent mot antibiotika.

I Sverige finns ett pågående brett samarbete mellan olika samhällssektorer, i första hand mellan den veterinära sektorn och humansektorn. Ett gott hälsoläge hos våra djur minskar behovet av antibiotikabehandling och således risken för resistensutveckling, vilket har en positiv effekt på folkhälsan. Regeringens initiativ att upprätta en nationell samverkansfunktion och en tvärsektorieell handlingsplan för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens har bl.a. resulterat i att Socialstyrelsen och Jordbruksverket har bildat en nationell samverkansgrupp där berörda myndigheter inom human- och veterinärmedicin, folkhälsa, djurhållning, livsmedel och yttre miljö är representerade. Dessutom arrangerar de två myndigheterna årligen ett antibiotikaforum för berörda aktörer. Socialstyrelsen och Jordbruksverket ska lämna rapporter under de kommande åren. För att ytterligare förstärka och intensifiera Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens arbete mot antibiotikaresistens har regeringen för avsikt att tillföra ytterligare medel till myndigheterna (avsnitt 4.10.2).

Därutöver avser regeringen att under 2014 fortsätta arbetet inom ramen för patient-säkerhetsstrategin som bl.a. innehåller incitament för ändamålsenlig och minskad antibiotikaförskrivning samt god hygien inom vården (avsnitten 4.8.1 och 5.7.1).

Regeringen anser att det är angeläget att fortsätta driva antibiotikaresistensfrågan inom EU, internationellt och i bilaterala samarbeten. Regeringens initiativ under det svenska ordförandeskapet 2009 att få till stånd system för utvecklandet av nya antibiotika har resulterat i konkreta initiativ inom EU. Dessa har följts upp och utvecklats vidare. Regeringen prioriterar detta arbete. Fortsatta initiativ kommer att tas gentemot WHO, men också i bilaterala sam-

arbeten med länder som Storbritannien, Kina och Indien.

#### **Utvecklat samarbete för ett stärkt skydd mot hälsohot**

Beredskapsplaneringen tar sikte på att kunna hantera oförutsedda situationer och nya hot. Förändringar i omvärlden, som klimatpåverkan, fortsatt resande och migration samt avsiktlig spridning av smittämnen är hot som kräver en väl avvägd beredskapsplanering.

Regeringen avser därför fortsätta utveckla den mer generella beredskapsplaneringen avseende hälsohot. Regeringen anser att samordnade åtgärder nationellt, inom EU och internationellt behövs för att uppnå en god beredskap mot vissa typer av hälsohot. Det är viktigt att säkerställa att samarbete inom EU och internationellt ger ett mervärde i form av både stärkt beredskap och en effektivisering av åtgärder.

Inom EU har man nyligen kommit överens om ett nytt regelverk om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och formellt beslut förväntas under hösten 2013. Reglerna innebär att samarbetet mellan medlemsstaterna vad gäller olika typer av gränsöverskridande hälsohot stärks. Regelverket är brett och omfattar alla typer av hälsohot i likhet med WHO:s internationella hälsoreglemente (IHR). EU:s nya beslut och även WHO:s hälsoreglemente ställer krav på medlemsstaterna att ha kapacitet att hantera hälsohot samt att varna och agera vid sådana hot.

Regeringens engagemang för de barn och unga som drabbades av narkolepsi efter vaccinering med Pandemrix har bl.a. resulterat i en långsiktig, blocköverskridande överenskommelse om att staten ska ta det yttersta ansvaret för att de barn och ungdomar som var 19 år eller yngre vid vaccinationstillfället och som drabbats av narkolepsi efter vaccineringen med Pandemrix, och som av Läkemedelsförsäkringen bedöms ha en läkemedelsskada, ska få ersättning (avsnitt 5.7.2). Det gäller efter det att begränsningen i läkemedelsförsäkringen om hur mycket ersättning som totalt kan lämnas till samtliga drabbade eventuellt aktualiseras. Under 2014 kommer arbetet med hur systemet för eventuella statliga utbetalningar ska utformas att fortsätta.

#### **5.11.4 Samverkan – det gemensamma ansvaret för en god hälsa**

Hälsans utveckling på befolkningsnivå påverkas både av strukturella faktorer och av människors engagemang i och ansvar för sin egen hälsa. Förutsättningar skapas dels genom en ansvarsfull övergripande politik, dels genom privata och ideella aktörers insatser och verksamhet inom olika områden. Exempel är detaljhandelns utbud av nyttiga livsmedelsprodukter och friskvårdsföretagens eller idrottsföreningarnas utbud av träning. Det handlar även om att såväl på lokal som på regional och nationell nivå ha ett sektorsövergripande perspektiv på det hälsofrämjande arbetet. En positiv utveckling främjas av att det finns strukturer och förutsättningar för samverkan, dels mellan offentliga förvaltningsnivåer och verksamheter, dels mellan offentliga, privata och ideella aktörer. Mot denna bakgrund fortsätter regeringen arbetet med flera olika samverkansstrukturer på folkhälsoområdet, vilket beskrivs under följande avsnitt.

##### **Forum för hälsofrämjande och andra samverkansstrukturer**

Internationella erfarenheter visar att samverkan mellan offentliga aktörer och näringslivet i branscher som har en koppling till hälsofrämjande i olika avseenden kan bidra till en bättre folkhälsa.

Regeringens initiativ Forum för hälsofrämjande syftar till att pröva om sådan samverkan kan bidra positivt till det övergripande målet för folkhälsopolitiken om att ge den enskilda människan verktyg för att ta hand om sin egen hälsa. Forumet inledde arbetet under våren 2013 och kommer framför allt fokusera på kost och fysisk aktivitet. I forumet ingår branschorganisationerna på livsmedelsområdet, idrottsrörelsen, friskvårdsbranschen och berörda departement och myndigheter. Ett av syftena med initiativet är att skapa ett forum för dialog, information och erfarenhetsutbyte. Ett annat syfte är att skapa förutsättningar för att koordinera och kommunicera insatser och bidra med underlag för att utveckla initiativ och strategier som utifrån den enskildes perspektiv främjar en positiv hälsoutveckling. Samarbetet kan även bidra till att skapa bättre kontaktvägar mellan näringsliv och ideell sektor samt offentliga aktörer.

Andra strategiskt viktiga samverkansstrukturer är regeringens råd för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor, det s.k. ANDT-rådet, den nationella samverkansfunktionen för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner samt rådet för samordning av insatser mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Hivrådet).

### 5.11.5 Stärkt kunskapsstyrning – för ett effektivare folkhälsoarbete

Att främja hälsa och förebygga sjukdom förutsätter ett systematiskt, kunskapsbaserat och långsiktigt tillvägagångssätt. En viktig uppgift för staten är att verka för en effektiv kunskapsstyrning, dvs. att utveckla, analysera, sammanställa och sprida kunskap om effektiva metoder. Folkhälsoarbetet kan då på ett bättre vis dels stödja människor som vill förändra sina levnadsvanor, dels främja utvecklingen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förutsättningar i stort.

#### En mer samlad myndighetsstruktur för folkhälsa

Den 1 januari 2014 inrättas Folkhälsomyndigheten. Under avsnitt 5.9.1 behandlas närmare vilka myndigheter och uppgifter som direkt berörs samt de steg som tagits för att genomföra förändringen.

Inrättandet av Folkhälsomyndigheten innebär ökade förutsättningar att angripa folkhälsofrågorna samlat och integrerat, samt bidrar till ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Genom förändringen förbättras förutsättningarna för en samlad och effektiv statlig styrning inom folkhälsoområdet. Ett mer samlat angreppssätt innebär bl.a. att frågor som rör smittskydd och antibiotikaresistens tydligare integreras med andra folkhälsofrågor av betydelse även för dessa områden. Förutsättningarna för att kunna angripa dessa frågor ur ett bredare kunskapsbaserat perspektiv bedöms därför förbättras väsentligt.

Förändringen ger också bättre förutsättningar för Sverige att på ett mer effektivt sätt delta i samarbetet inom EU och i det internationella samarbetet inom folkhälsoområdet.

#### Utvärdering av insatser och öppna jämförelser inom folkhälsoområdet

Regeringen anser att det är viktigt att de insatser som rekommenderas och genomförs inom såväl hälso- och sjukvården som folkhälsoområdet ska vila på kunskap och beprövad erfarenhet. Statens folkhälsoinstitut har utrett frågan och föreslagit att evidensgraderingsmetoden GRADE ska användas för värdering av vetenskapligt stöd för insatser på folkhälsoområdet tillsammans med rekommendationer. Myndigheten lyfter dessutom fram att ett systematiskt arbete med GRADE sannolikt leder till att kunskapsluckor identifieras varför det även är angeläget att stimulera till interventionsforskning. Regeringen ska tillsammans med berörda myndigheter fortsätta arbetet med att säkerställa att insatser på folkhälsoområdet är evidensbaserade och effektiva.

För att driva utvecklingen inom hälso- och sjukvård och folkhälsa framåt är öppna jämförelser ett av de viktigaste redskapen. Regeringen gav i mars 2013 Socialstyrelsen i fortsatt uppdrag att utveckla och redovisa öppna jämförelser för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården samt ett uppdrag om att utveckla och publicera öppna jämförelser inom folkhälsoområdet. Nästa redovisning av öppna jämförelser inom folkhälsoområdet sker hösten 2014.

#### Fokus på hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppgift

Regeringen anser att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i högre grad bör integreras i det löpande vårdarbetet. I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder finns rekommendationer för att stödja människor i att undvika tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Grunden för merparten av åtgärderna i riktlinjerna är någon form av rådgivning eller samtal, såsom kvalificerade rådgivande samtal till patienter som röker dagligen. Andra åtgärder, som t.ex. skriftlig ordination av fysisk aktivitet, kan dock rekommenderas som komplement till rådgivning.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. I uppdraget

ingår att tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna inom landsting och kommuner, att kartlägga behovet av och stödja metodutveckling för det förebyggande arbetet inom vård och omsorg samt att skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper med hjälp av it-lösningar. Dessutom ingår att utveckla modeller för att säkerställa datatillgång för uppföljning av införandet av riktlinjerna. Hittills har 64 miljoner kronor avsatts för perioden 2011–2013 och regeringen har för avsikt att avsätta medel även för 2014.

Det sker en positiv utveckling i landstingen, men det finns fortsatt behov av att skapa goda strukturella förutsättningar för arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Uppföljningen av landstingens arbete under 2014 kommer att bli viktig för att följa upp att patienter över hela landet får ett bra omhändertagande och erbjuds samtalsstöd i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer.

#### 5.11.6 Samhällsekonomi – en god folkhälsa är en investering för Sverige

Hälsa har ett värde i sig, men uppmärksammas även ur ett samhällsperspektiv alltmer som ett medel för ekonomisk utveckling, såväl för den enskilde som på lokal, regional och nationell nivå. En gynnsam samhällsutveckling i stort stimulerar i sin tur återigen en positiv hälso-utveckling.

Tillsammans med utbildning är hälsa viktiga komponenter i det humankapital som påverkar tillväxten. En god hälsa skapar förutsättningar för minskat utanförskap och ökad sysselsättning, vilket bidrar till ökad tillväxt. Förbättrad hälsa ger därmed också ökade skatteintäkter. De samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa består av direkta kostnader, t.ex. inom hälso- och sjukvården, samt indirekta kostnader, t.ex. genom produktionsbortfall.

För den enskilde innebär en god hälsa bättre förutsättningar för att förbättra de egna socioekonomiska villkoren. Regeringens åtgärder för att öka människors möjligheter att engagera sig i sin hälsa, t.ex. med hjälp av HälsaFörMig, kan således förbättra människors livsvillkor i bred bemärkelse.

Regeringen vill med sina insatser förse beslutsfattare på olika samhällsnivåer med god

tillgång till information om vad som är ett kostnadseffektivt folkhälsoarbete. Detta ökar deras möjligheter att fatta beslut som innebär effektiv användning av befintliga resurser. Regeringens uppdrag till Statens folkhälsoinstitut om samhällsekonomiska bedömningar av åtgärder inom folkhälsoområdet kan bidra till metodutveckling inom detta område. Redovisningen av uppdraget från juni 2013 innehåller förslag på lämpliga fallstudier och en kartläggning och förslag vad gäller utveckling av metoder. Ett fortsatt arbete kommer att bedrivas för att utveckla metoder för att beslutsfattare ska få bättre tillgång till gedigna beslutsunderlag inom folkhälsoområdet.

## 5.12 Budgetförslag

### 5.12.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

**Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

2012	Utfall	0	Anslags-sparande	0
2013	Anslag	0 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	0
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>356 819</b>		
2015	Beräknat	371 493 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	377 801 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	386 161 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 366 689 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 366 690 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 366 690 tkr i 2014 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention. Anslaget får också användas för avvecklingsutgifter som uppstår med anledning av organisationsförändringen.



## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

Uppdragsverksamhet	Intäkter	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012	20 326	22 713	-2 387
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Prognos 2013	23 000	22 000	1 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0
Budget 2014	23 000	22 000	1 000
(varav tjänsteexport)	0	0	0

Folkhälsomyndigheten ska bedriva uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik ska disponeras av Folkhälsomyndigheten. Motsvarande verksamhet bedrivs fram till årsskiftet 2013/14 av Smittskyddsinstitutet.

## Regeringens överväganden

Ett nytt anslag, 2:1 *Folkhälsomyndigheten*, förs upp på statsbudgeten. Folkhälsomyndigheten inleder sin verksamhet den 1 januari 2014 och tar därmed över de uppgifter som Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut i dag utför samt vissa uppgifter avseende miljöhälsa, hälsoskydd och folkhälsorapportering som för närvarande utförs av Socialstyrelsen.

Regeringen bedömer att kostnaderna för genomförandet av organisationsförändringarna kommer att rymmas inom befintliga anslagsramar. Förändringen bedöms på kort sikt varken leda till ekonomiska besparingar eller till ökande kostnader. På längre sikt förväntas effektiviseringsvinster uppstå.

I samband med att Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut avvecklas förs dessa myndigheters anslagsmedel till det nya anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*.

Med anledning av att Folkhälsomyndigheten övertar Socialstyrelsens uppgifter vad avser miljöhälsa, hälsoskydd och folkhälsorapportering, flyttas ca 16,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2014 från anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* till det nya anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*.

Anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* föreslås tillföras 5 miljoner kronor 2014 för att förstärka myndighetens arbete mot antibiotikaresistens. Motsvarande satsning beräknas uppgå till

15 miljoner kronor per år 2015–2017 och 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

**Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning	0	0	0	0
<b>Beslut<sup>2</sup></b>	<b>340 280</b>	<b>354 738</b>	<b>360 761</b>	<b>368 744</b>
Överföring till/från andra anslag	16 539	16 756	17 040	17 417
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>356 819</b>	<b>371 493</b>	<b>377 801</b>	<b>386 161</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Anslaget minskar fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen. Minskningarna gjordes på de tidigare anslagen för Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut och är därmed beaktade innan överföringen av medel skedde till det nya anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten*.

Regeringen föreslår att 356 819 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 371 493 000 kronor, 377 801 000 kronor respektive 386 161 000 kronor.

## 5.12.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

**Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

2012	Utfall	1 583	Anslags- sparande	83 417
2013	Anslag	85 000 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	732
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>85 000</b>		
2015	Beräknat	85 000		
2016	Beräknat	85 000		
2017	Beräknat	85 000		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

## Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2014 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 170 000 000 kronor 2015 och 2016.

**Skälen för regeringens förslag:** Socialstyrelsen har uppdragits av regeringen att förbereda ett avtal med en eller flera vaccinproducenter om pandemivaccin. Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Avtalen ska säkra tillgång till vaccinbehandlingar för hela befolkningen i händelse av en pandemi. Ett eventuellt avtal beräknas löpa 2014–2016. I ett sådant avtal svarar staten för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få vaccin levererat från en eller flera producenter. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2014 för anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 170 000 000 kronor 2015 och 2016.

En framtida vaccination kan ge följder som inte är möjliga att förutsäga i dagsläget, vilket skulle kunna leda till vissa åtaganden i framtiden. Regeringen kan behöva återkomma till riksdagen avseende dylika framtida åtaganden. Den normala ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård mellan stat och landsting påverkas inte.

**Tabell 5.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016
Ingående åtaganden	0		
Nya åtaganden	170 000		
Infriade åtaganden	0	-85 000	-85 000
Utestående åtaganden	170 000		
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>170 000</b>		

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.7 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>	<b>85 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 85 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 85 000 000 kronor respektive år.

### 5.12.3 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV

**Tabell 5.8 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV**

Tusental kronor

År	Utfall	Utgifter	Anslags- sparande
2012	Utfall	15 539	5 083
2013	Anslag	20 530 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos 16 373
2014	Förslag	20 502	
2015	Beräknat	20 728 <sup>2</sup>	
2016	Beräknat	20 994 <sup>3</sup>	
2017	Beräknat	21 404 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 20 502 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 20 502 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 20 502 tkr i 2014 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till Nordic school of public health NHV.

## Regeringens överväganden

Nordic school of public health NHV är en del av Nordiska ministerrådets organisation. Beloppen för de nordiska ländernas bidrag till Nordic school of public health NHV för 2014 fastställs omkring årsskiftet 2013/14.

Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik lät under 2012 genomföra en extern utvärdering av Nordic school of public health NHV. Rapporten presenterades i december 2012 och frågan om skolans framtid har därefter beretts inom ramen för det nordiska samarbetet. Nordiska ministerrådet för social- och hälsopolitik beslutade i juni 2013 att lägga ned NHV med sikte på att skolan ska vara avvecklad den 1 januari 2015. Beslutet fastställdes av samarbetsministrarna i juli 2013. Avsikten är att vissa uppgifter framöver ska utföras av Nordiskt välfärdscenter och att medel till folkhälsoforskning i framtiden ska kunna utlysas av t.ex. NordForsk. Regeringens bedömning av anslagsnivån fr.o.m. 2015 är därför preliminär.

**Tabell 5.9 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:3 Bidrag till Nordic school of public health NHV**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>20 530</b>	<b>20 530</b>	<b>20 530</b>	<b>20 530</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	0	226	493	903
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt <sup>3</sup>	-28	-28	-29	-29
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>20 502</b>	<b>20 728</b>	<b>20 994</b>	<b>21 404</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskar fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 20 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till Nordic school of public health NHV* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 20 728 000 kronor, 20 994 000 kronor respektive 21 404 000 kronor.

## 5.12.4 2:4 Bidrag till WHO

**Tabell 5.10 Anslagsutveckling 2:4 Bidrag till WHO**

Tusental kronor				
2012	Utfall	34 980	Anslags-sparande	-1 635
2013	Anslag	34 665 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	32 111
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>34 665</b>		
2015	Beräknat	34 665		
2016	Beräknat	34 665		
2017	Beräknat	34 665		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för Sveriges medlemsavgift till Världshälsoorganisationen (WHO). Anslaget får även användas för Sveriges andel av utgiften för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.

### Kompletterande information

Medlemsavgiftens storlek baseras på WHO-budgetens omfattning och andelen som ska finansieras av medlemsstaterna. Storleken av Sveriges bidrag påverkas även av valutakursen för den svenska kronan. Sveriges medlemsavgift till WHO för 2014 uppgår till ca 5 miljoner amerikanska dollar. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll för 2014 uppgår till ca 56 000 amerikanska dollar.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.11 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:4 Bidrag till WHO**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>	<b>34 665</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 34 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Bidrag till WHO* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor respektive år.

### 5.12.5 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

**Tabell 5.12 Anslagsutveckling 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

2012	Utfall	145 501	Anslags-sparande	1
2013	Anslag	145 502 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	142 001
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>145 502</b>		
2015	Beräknat	145 502		
2016	Beräknat	145 502		
2017	Beräknat	145 502		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids. Anslaget får användas för utgifter för insatser på nationell nivå och övergripande samordning och uppföljning.

#### Kompletterande information

I förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar meddelas föreskrifter om statsbidrag till ideella organisationer som bedriver arbete i syfte att förebygga spridning eller minska konsekvenserna av hiv/aids eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

I förordningen (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion meddelas föreskrifter om statsbidrag till landsting och vissa kommuner som bedriver arbete i syfte att begränsa spridningen och minska konsekvenserna av hivinfektion.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 5.13 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>	<b>145 502</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 145 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:5 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 145 502 000 kronor respektive år.

## 6 Funktionshinderspolitik

### 6.1 Omfattning

Området omfattar Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) som samordnar arbetet med att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken.

Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer, vissa insatser som riktas till barn och unga med funktionsnedsättning samt några sektorsövergripande frågor, som t.ex.

insatser för att förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Här behandlas även internationellt samarbete som syftar till att stärka rättigheterna för personer med funktionsnedsättning. Eftersom funktionshinderspolitiken är tvärsektorieell finansieras huvuddelen av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

### 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning	21	21	20	<b>39</b>	53	54	55
3:2 Bidrag till handikapporganisationer	183	183	183	<b>183</b>	183	183	183
<b>Summa Funktionshinderspolitik</b>	<b>204</b>	<b>203</b>	<b>203</b>	<b>222</b>	<b>236</b>	<b>237</b>	<b>238</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 6.3 Mål

De nationella målen för funktionshinderspolitiken är:

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

För att nå målen för politiken ska det funktionshinderspolitiska arbetet särskilt inriktas på

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionsnedsättning,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

### 6.4 Resultatredovisning

Funktionshinderspolitiken är en del av arbetet med mänskliga rättigheter så som de kommer till uttryck i bl.a. FN:s konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och om barnets rättigheter. Ansvars- och finansieringsprincipen gäller. Denna innebär att kostnaderna för att undanröja hinder och skapa tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning ska finansieras inom ramen för ordinarie verksamhet. De statliga myndigheternas ansvar och insatser är en viktig del av arbetet för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen. Den statliga sektorns ansvar kommer till uttryck i bl.a. förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken samt genom ett uttalat sektorsansvar i ett antal myndighetsinstruktioner. Grunden för det funktionshinderspolitiska arbetet har lagts i den nationella handlingsplanen för handikappolitiken: Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79). FN:s konvention

om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är en av utgångspunkterna för regeringens funktionshinderspolitik.

#### En strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken

Regeringen konstaterar i den senaste uppföljningen av funktionshinderspolitiken (skr. 2009/10:166) att framsteg har gjorts inom olika samhällsområden, bl.a. för att förbättra tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning, och då bl.a. genom insatserna inom strategin Enkelt avhjälp. Vidare konstaterade regeringen att trots de förbättringar som uppnåtts fanns det ett behov av att sätta in fler åtgärder, och av att göra arbetet mer effektivt och uppföljningsbart. För att förtydliga de övergripande funktionshinderspolitiska målen har regeringen därför fastställt inriktningsmål inom nio prioriterade områden: Arbetsmarknadspolitik, Socialpolitiken, Utbildningspolitiken, Transportpolitiken, IT-politiken, Ökad fysisk tillgänglighet, Rättsväsendet, Folkhälsopolitiken samt Kultur, medier och idrott (skr. 2009/10:166). Utifrån dessa inriktningsmål har sedan 22 för funktionshinderspolitiken strategiska myndigheter formulerat delmål inom sina respektive verksamhetsområden för 2011–2016 samt redovisat hur målen ska följas upp. Med detta som grund har regeringen beslutat om en strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken under perioden 2011–2016. I strategin anger regeringen att inriktningen på arbetet ska vara att undanröja hinder för tillgänglighet och delaktighet i vardagen. Insatserna bör bli mer systematiska, konkreta och mätbara. Genom ett uppföljningssystem ska kunskaperna öka om effekterna av såväl de åtgärder som vidtas i strategin som levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning.

#### Strategiska myndigheter

Tjugotvå strategiska myndigheter, som verkar inom ovan nämnda prioriterade områden, har i uppdrag att arbeta i enlighet med föreslagna delmål och att årligen rapportera sitt arbete till regeringen och Handisam. I rapporterna ska myndigheterna redovisa genomförda insatser, resultat och effekter. Även genomförda samråd

med funktionshindersorganisationerna och andra berörda aktörer ska redovisas. Den första rapporten lämnades i mars 2012. I denna redovisade myndigheterna även nollvärden, dvs. en beskrivning av hur situationen var när arbetet i förhållande till delmålen påbörjades.

Myndigheternas delmål och återrapporteringen av hur arbetet fortskrider är ett viktigt inslag i regeringens uppföljning av strategin.

#### 6.4.1 Indikatorer och andra bedömningsgrunder för redovisningen

##### *Årliga lägesrapporter och analyser*

Handisam har i uppdrag att utveckla ett sammanhållet system för att beskriva, följa upp och analysera utvecklingen och genomslaget av funktionshinderspolitiken. I detta uppdrag ingår bl.a. att utveckla indikatorer för uppföljning av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning, sammanställa och analysera resultatet av myndigheternas arbete samt komplettera statistiska och andra underlag med olika former av dialog med personer med funktionsnedsättning och funktionshindersorganisationerna. Handisam ska årligen till regeringen redovisa en samlad analys av de strategiska myndigheternas arbete och resultat samt utvecklingen av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning.

##### *SCB följer levnadsvillkoren*

Som ett komplement till Handisams uppdrag har Statistiska centralbyrån (SCB) fått i uppdrag att redovisa och föreslå utveckling av data för att över tid kunna följa utvecklingen av levnadsvillkoren för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning inom olika samhällsområden. Datamaterialet ska så långt möjligt ge underlag för att kunna följa utvecklingen under åren 2011–2016. SCB har redovisat sitt uppdrag den 15 mars 2013.

##### *Uppföljningen har många syften*

Syftet med uppföljningssystemet är att följa genomslaget för funktionshinderspolitiken, att fortsatt öka kunskapen om levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning och att följa upp insatserna i strategin. Det ska också resultera i en samlad utvärdering och utgöra underlag för kommande strategiperioder. Uppföljningen ska även ge regeringen underlag för att mer

långsiktigt bedöma utvecklingen av funktionshinderspolitiken i förhållande till de nationella målen samt underlag för rapportering enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

#### 6.4.2 Resultat

Handisam redovisade den 15 maj 2012 den första uppföljningen av funktionshinderspolitiken i rapporten Hur är läget? Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2012. Samtidigt lanserades uppföljningssystemet på Handisams webbplats. Avsikten är den ska uppdateras löpande med aktuella fakta och aktuell statistik som rör personer med funktionsnedsättning och myndigheternas arbete.

Handisam har nu gjort en andra lägesbedömning, som redovisades den 15 maj 2013, av det funktionshinderspolitiska arbetet 2012. I analysen ser Handisam både framgångar och vad man kallar ”flaskhalsar” inom politiken.

##### *Fler uppgifter i årets rapport*

Utöver uppgifter från myndigheternas rapporter innehåller årets rapport från Handisam också statistik från en undersökningspanel och citat från kvinnor och män i olika åldrar med funktionsnedsättning och med olika bakgrund och villkor. Där finns även uppgifter från flera stora undersökningar av levnadsförhållanden.

##### *Fler uppföljningsmetoder har skapats*

Första året lades grunden för det nya uppföljningssystemet. Handisam har under året som gått utvecklat fler metoder för att kunna ge en samlad bild av vad som görs på nationell och lokal nivå. Syftet är att visa vilka förutsättningar för delaktighet som skapas för personer med funktionsnedsättning genom de insatser som görs. Metoder har också utvecklats för att följa hur individen själv upplever sin situation och för att identifiera vilka hinder i samhället som individen upplever.

#### Handisams lägesbedömning för 2012

Här återges en sammanfattning av den bedömning och analys som Handisam gör, i sin andra lägesrapport, i förhållande till regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. En närmare redogörelse av

utvecklingen av funktionshinderspolitiken inom de prioriterade områdena lämnas under respektive utgiftsområde.

#### *Utvecklingen går inte tillräckligt fort*

Handisam bedömer i sin uppföljning att utvecklingen mot de beslutade inriktningsmålen och delmålen går långsamt. De utpekade strategiska myndigheterna behöver enligt Handisam genomföra fler insatser i en högre takt för att målen ska kunna uppnås till 2016. Även kommuner och landsting behöver ha ett mer systematiskt och målinriktat arbete med tillgänglighet och delaktighet. Alla ansvariga aktörer behöver se till att lagar och regler följs i större utsträckning.

Inom alla de prioriterade politikområdena har grupper av personer med funktionsnedsättning sämre förutsättningar och lägre grad av delaktighet jämfört med övrig befolkning.

#### *Flera framsteg har gjorts*

Exempel på förbättringar som skett är att många personer med funktionsnedsättning upplever att utvecklingen inom it har underlättat vardagen de senaste åren. Det är fler personer som får tillgång till arbetshjälpmedel under 2012 jämfört med tidigare år. Fler personer med dyslexi skriver högskoleprovet varje år. Därmed har fler personer med läs- och skrivsvårigheter ökade möjligheter att komma in på högskolan. Det är också fler studenter med funktionsnedsättning som har kontakt med samordnare på högskolorna för att få stöd att genomföra sin utbildning. Ytterligare exempel på framgångar att ett större antal tv-program görs tillgängliga genom att allt fler program textas och visas med syn- och teckenspråkstolkning.

#### *Myndigheterna har blivit bättre*

Enligt Handisams första rapport fanns det 2011 fortfarande brister i uppföljningen på många områden. Generellt redovisades då mer av genomförda insatser och hur man har arbetat i stället för redovisningar av uppmätta nollvärden. En tredjedel av myndigheterna hade då gjort en första mätning i förhållande till sina delmål. 2012 är det över hälften och då har det dessutom tillkommit nya myndigheter och mål.

De flesta strategiska myndigheterna hade ett aktivt samråd med funktionshindersorganisationerna, eller var på väg att inleda samråd. Flera av de strategiska myndigheterna har nu utvecklat

sitt samråd med funktionshindersorganisationerna.

Myndigheterna har också blivit bättre på att göra den egna organisationens lokaler, information och verksamhet tillgängliga för alla.

#### *Utmaningar kvarstår*

Problematiskt är att arbetslösheten bland personer med funktionsnedsättning som har nedsatt arbetsförmåga är mycket högre än för övriga. Dessutom saknar många arbetsgivare kunskap och incitament för att skapa tillgängliga arbetsplatser för alla.

En annan utmaning är att många barn och unga med funktionsnedsättning inte får en utbildning som gör att de kan utvecklas så långt som möjligt utifrån sin förmåga. Ett belägg för det är att två tredjedelar av de granskade skolorna under 2012 får kritik för hur de arbetar med särskilt stöd. Barn med funktionsnedsättning trivs också sämre i skolan jämfört med andra barn.

Kompetensen inom rättsväsendet om förutsättningar för personer med funktionsnedsättning är vidare för låg.

Den självskattade ohälsan bland personer med funktionsnedsättning är tio gånger vanligare än hos övrig befolkning.

#### *Hinder kvar för ökad tillgänglighet*

Hinder i miljön minskar förutsättningarna för delaktighet och många hinder kvarstår. Mindre än en av fem kulturinstitutioner, som får bidrag från staten, har verksamhet i lokaler där alla enkelt avhjälpna hinder i den fysiska miljön är åtgärdade. Det är sju av tio bussar, spårvagnar och tåg i kollektivtrafiken som har låggolv år 2013. Var tredje person med funktionsnedsättning är missnöjd med tillgängligheten på restauranger, caféer och barer. Två tredjedelar av kommunerna uppger att idrottsanläggningarna är fysiskt tillgängliga

#### *Kvinnor och män*

Handisam har analyserat situationen för kvinnor och män. Statistiken visar att de skillnader mellan kvinnor och män som finns i befolkningen generellt, återfinns mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning, fast ibland i ännu högre grad. Kvinnor med funktionsnedsättning har en högre utbildningsnivå, idrottar mer och deltar mer i kulturella aktiviteter än män med funktionsnedsättning. Däremot har dessa kvinnor sämre hälsa och sämre villkor på arbets-



marknaden. Handisam anser att jämställdhetsperspektivet behöver ges ett ökat utrymme i funktionshinderspolitiken. En viktig del i arbetet för jämställdhet är att den uppföljning som finns kring kvinnor och män fortsätter. Fördjupade studier behöver göras för att ge förklaringar och öka förståelsen för de resultat som statistiken visar.

Handisam konstaterar vidare bl.a. att de strategiska myndigheterna endast i fyra fall av 22 har ett jämställdhetsperspektiv i sin rapportering till Handisam av arbetet med funktionshinderspolitiken.

### Uppföljning av kommuner och landsting

Handisam har på regeringens uppdrag tagit fram ett förslag till ett frivilligt uppföljningssystem för kommuner och landsting. Förslaget till uppföljning, som redovisades den 1 oktober 2012, bygger på att Handisam i samverkan med berörda aktörer, såsom statliga myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting, årligen redovisar nyckeltal på hur kommuner och landsting verkar för ökad delaktighet, verksamheternas tillgänglighet samt resultatet av arbetet. Nyckeltal ska enligt förslaget utvecklas inom följande åtta områden: arbetsmarknad, utbildning, socialpolitik, folkhälsa, fysisk tillgänglighet, transporter, it-politik samt kultur och idrott. Områdena ligger i linje med regeringens strategi för funktionshinderspolitiken och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Under hösten 2013 ska data samlas in för att sedan i slutet av året sammanställas och publiceras på Handisams webbplats. På två av dessa områden, arbetsmarknad samt kultur och fritid har Handisam redan genomfört enkäter till kommunerna. En första lägesrapport av arbetet i kommunerna har presenterats, med bl.a. data från dessa två områden.

### Unga har sämre levnadsvillkor

För att förbättra kunskapen om levnadsvillkoren för ungdomar med funktionsnedsättning har Ungdomsstyrelsen genomfört en tematisk analys av levnadsvillkoren för ungdomar med funktionsnedsättning i fråga om utbildning, inflytande, kultur, fritid och föreningsliv,

arbetsmarknad samt hälsa. Uppdraget redovisades i en rapport den 30 november 2012 (Fokus 12, Ungdomsstyrelsens skrifter 2012:3).

Rapporten visar att unga med funktionsnedsättning har en sämre situation, t.ex. på utbildningsområdet och på arbetsmarknaden. En av fem unga med funktionsnedsättning är mycket eller ganska missnöjda. Bland övriga unga är motsvarande andel 4 procent. Även det allmänna hälsotillståndet är sämre bland unga med funktionsnedsättning. Fyra gånger så många jämfört med övriga unga, 17 procent, bedömer sitt hälsotillstånd som ganska eller mycket dåligt. Ungdomsstyrelsen har i rapporten Fokus 12 även identifierat olika utvecklingsområden och myndigheten lyfter fram goda exempel från kommuner som genomför främjande åtgärder.

### Internationellt samarbete om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning antogs av FN:s generalförsamling den 13 december 2006 och trädde efter ratifikation i kraft för Sveriges del den 14 januari 2009. Regeringen lämnade i januari 2011 den första rapporten till FN:s övervakningskommitté för konventionen.

I rapporten beskrivs hur mänskliga rättigheter främjas och skyddas i Sverige med fokus på personer med funktionsnedsättning. I rapporten redogör regeringen för det rättsliga skyddet, åtgärder som har vidtagits och de utmaningar som identifierats i regeringens genomgång av svenska förhållanden inför tillträdet.

Inom FN diskuteras genomförandet av konventionen årligen vid en s.k. statspartskonferens. I juli 2013 genomfördes den sjätte konferensen med temat Säkerställ adekvat levnadsstandard: Egenmakt och delaktighet för personer med funktionsnedsättning genom Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Sverige har vid flera tillfällen bidragit till att internationellt uppmärksamma frågor om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Vid FN:s råd för mänskliga rättigheter var Sverige medförfattare till en resolution om medborgerliga och politiska rättigheter som antogs vid rådet. Inom ramen för FN:s statistikarbete har Sverige genom Handisam deltagit för

att lyfta frågan om behovet av mer statistik på funktionshindersområdet globalt. I sammankomster kring kvinnokonventionen har Sverige deltagit i paneldebatter för att belysa frågor kring kvinnor och flickor med funktionsnedsättning och risken för dubbel diskriminering och utanförskap. Den nationella handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (skr. 2005/06:95, bet. 2005/06:Ku17) har varit ett betydelsefullt instrument för att bl.a. främja mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. En utförligare redovisning av arbetet för mänskliga rättigheter finns inom utgiftsområde 1 Rikets styrelse.

Även inom EU:s högnivågrupp för funktionshinderspolitiken diskuteras frågor om rättigheter för personer med funktionsnedsättning liksom EU:s arbete med att genomföra FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Arbetsgruppen träffas två gånger per år och producerar årligen en rapport om genomförandet av konventionen inom EU. Som nämns ovan har de regionala konsultationerna, inför Högnivåmötet om funktionshinder och utvecklingspolitik, skett i anslutning till högnivågruppens möte i april 2013.

### Öppna jämförelser av tillgänglighetsarbetet i staten

Enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken ska myndigheterna arbeta för att lokaler, verksamhet och information är tillgängliga personer med funktionsnedsättning. Myndigheternas arbete har sedan 2003 årligen följts upp genom en myndighetsenkät. I Handisams senaste uppföljningsrapport (Så tillgänglig är staten. Uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete 2011–2013) redovisas utvecklingen mellan 2011 och 2013

En myndighetsenkät skickades ut våren 2013 till 301 statliga myndigheter, varav 289 svarade. Enkätsvaren visar att myndigheterna gör framsteg inom vissa områden, men att utvecklingen inom andra områden har stannat av.

Allt fler av myndigheternas webbplatser uppfyller internationella krav för tillgänglighet. Dessutom är det allt vanligare att funktionshindersfrågor förs in i myndigheternas jämställdhetsplan. Allt fler har åtgärdat tillgänglighetsbrister i sina lokaler. På huvudkontoren

har myndigheterna speciellt satsat på åtgärder som förbättrar tillgängligheten för personer med nedsatt syn, och med kognitiva funktionsnedsättningar. En förbättring har även skett vad gäller att bygga upp rutiner för att kommunicera med medborgare och personal via förmedlingstjänster som Taltjänst, Teletal och Texttelefoni.

Myndigheterna är också något bättre på att upprätta rutiner för att, vid behov, ta fram information i alternativa format, såsom på lättläst svenska, i Daisyformat, på teckenspråk och i storstil.

Sammantaget visar enkätsvaren att 2013 uppfyller 27 myndigheter tio eller fler av tretton grundläggande kriterier för tillgänglighet och 50 myndigheter uppfyller 7–9 kriterier.

### Övrigt sektorsövergripande arbete

#### *Förbättrade möjligheter på arbetsmarknaden*

Regeringen har, under denna och föregående mandatperiod, gjort flera insatser för att förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Exempelvis har det totala antalet subventionerade anställningar ökat samt det högsta beloppet för stöd till arbetshjälpmedel och för personligt biträde höjts.

I budgetpropositionen för 2013 föreslogs en utökning av antalet SIUS-platser och en möjlighet att kombinera SIUS med utvecklingsanställning. Dessutom föreslog regeringen att personligt biträde, som alternativ till anordnarbidrag, ska kunna kombineras med utvecklings- och trygghetsanställning. Dessa förslag låg i linje med vad den FunkA-utredningen (A2011:03) förordat.

#### *Praktikantprogram i myndigheterna*

Regeringen lämnade den 8 december 2011 ett uppdrag till Arbetsförmedlingen att utarbeta ett förslag till hur ett praktikantprogram i statliga myndigheter för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga kan utformas och genomföras.

Genomförandet av programmet ska initialt ske stegvis utifrån tillgången på lämpliga arbetsökande och praktikplatser. Syftet med programmet är att deltagarna ska få erfarenhet av arbete inom statliga myndigheter, vilket kan förbättra deras möjligheter till ett framtida arbete, med eller utan lönesubvention.

Praktikantprogrammet ska bedrivas under minst tre år, fr.o.m. den 1 januari 2013. Insatserna mot individen bör i normalfallet omfatta arbetspraktik på tre plus tre månader.

Arbetsförmedlingen har den 1 juni 2013 redovisat till Regeringskansliet (Arbetsmarknadsdepartementet) hur arbetet med uppdraget har fortskridit. Fram till den tidpunkten har myndigheterna lämnat besked om att man avser ta emot sammanlagt ca 1 800 praktikanter inom ramen för programmet. (se vidare utgiftsområde 14 Arbetsmarknad och Arbetsliv).

#### *Hjärnkoll prioriterar arbetsliv och psykisk ohälsa*

Handisam har regeringens uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Projektet, som fått namnet Hjärnkoll, pågår t.o.m. 2014.

Under 2012 har Hjärnkoll prioriterat frågan om arbetsliv och psykisk ohälsa. Fokus i denna del av uppdraget är att bygga upp samarbeten med strategiskt viktiga organisationer för utbildningsinsatser och opinionsbildning. En guide till medarbetare och fackligt förtroendevalda har utarbetats tillsammans med representanter från TCO, Saco, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Landsting och Arbetsgivarverket. En delrapport har redovisats till regeringen som är en lägesbeskrivning av genomförandet för perioden den 1 januari till den 31 oktober 2012. Utvärderingen av insatserna har skett löpande sedan 2009 och omfattar olika delar. En uppföljning och effektutvärdering av mål och förväntade resultat 2014 ska redovisas i december 2014.

## 6.5 Analys och slutsatser

Handisams andra lägesrapport visar en positiv utveckling inom vissa områden. Utvecklingen går dock, enligt Handisam, generellt för långsamt om målen för funktionshinderspolitiken ska kunna uppfyllas till 2016. De strategiska myndigheterna har förbättrat sitt arbete med uppföljningen jämfört med föregående år, vilket är positivt. Dock behöver de överväga vilka åtgärder som ytterligare kan vidtas för att de av

myndigheterna uppsatta delmålen för insatserna fram till 2016 ska kunna uppnås. Minst lika viktigt är att också kommuner och landsting utvecklar sina insatser.

Det uppföljningssystem som Handisam, på regeringens uppdrag, bygger upp har utvecklats väl under 2012, och detta är en viktig förutsättning för att kunna läsa av framgångar och kunna identifiera återstående utmaningar i det funktionshinderspolitiska arbetet. Årets rapport innehåller betydligt fler uppgifter än myndigheternas rapporteringar. För att kunna få en samlad bild av läget såväl nationellt som på lokal nivå har nya metoder utvecklats för uppföljningen. Ett speciellt uppföljningssystem för kommuner och landsting har tagits fram. Data samlas nu även in löpande och systematiskt för att kunna följa utvecklingen av levnadsvillkoren inom en rad områden för kvinnor och män, flickor och pojkar. Särskilda brukarpaneler har bildats.

## 6.6 Politikens inriktning

### Alla människors lika värde

Det svenska samhället bygger på respekt för de mänskliga rättigheterna, där alla människors lika värde och enskilda människors frihet och värdighet står i centrum (regeringens skr. 2009/10:106). Politiken ska bidra effektivt till att skapa och upprätthålla respekten för de mänskliga rättigheterna. Regeringen ser arbetet med funktionshinderspolitiken i Sverige som en del av arbetet med att förverkliga intentionerna med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Funktionshinderspolitiken omfattar de sektorsövergripande insatser som syftar till att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning samt insatser för att förebygga och bekämpa diskriminering av personer med funktionsnedsättning. Eftersom funktionshinderspolitiken är tvärsektorieell beskrivs huvuddelen av insatserna inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

## Strategin för funktionshinderspolitiken

Regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 syftar till att effektivisera arbetet med att genomföra politiken och förbättra uppföljningen av genomförda insatser. Inriktningen på arbetet ska vara att undanröja hinder för tillgänglighet och delaktighet i vardagen.

Uppföljningen ska ge regeringen underlag att mer långsiktigt bedöma utvecklingen av funktionshinderspolitiken i förhållande till de nationella målen samt utvecklingen av levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen ska också bilda underlag för regeringens rapportering om genomförandet av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Kunskapen om levnadsvillkoren för kvinnor och män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning kommer att kunna utvecklas genom de strategiska myndigheternas arbete, men också genom statistikutveckling samt i dialog med funktionshindersorganisationerna och med personer med olika funktionsnedsättningar.

Uppföljningen kompletteras genom öppna jämförelser av myndigheternas tillgänglighetsarbete, enligt förordningen 2001:526 om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken, samt genom ett frivilligt uppföljningssystem för kommunerna.

Inriktningen på det arbete som regeringen vill bedriva de närmaste åren redovisas i strategin för genomförandet av funktionshinderspolitiken 2011–2016.

En viktig del av strategin är att uppnå de inriktningsmål inom ett antal prioriterade områden som regeringen har identifierat. För att konkretisera arbetet mot dessa mål och för att bättre kunna mäta och följa resultaten har de strategiska myndigheterna i sin tur formulerat ett antal delmål inom sina respektive verksamhetsområden. Även om myndigheterna gjort vissa framsteg i sitt arbete framgår det av Handisams lägesrapport för 2012 att fortsatt arbete behövs för att såväl inriktnings- som delmål ska kunna nås 2016.

Insatserna för att genomföra de nationella målen för funktionshinderspolitiken måste bedrivas långsiktigt, men effektiva åtgärder kan även behöva sättas in i ett kortare perspektiv. Regeringen kan också konstatera att utvecklingen går framåt på flera viktiga områden.

## En samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området

Hjälpmedelsinstitutet (HI) är en ideell förening med staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som medlemmar. Institutet är ett nationellt resurscentrum inom hjälpmedelsområdet. Regeringen angav i budgetpropositionen för 2013 att den har för avsikt att se över formerna för regeringens styrning av och inriktning på den verksamhet som HI bedriver (prop. 2012/13:1, s. 213). I en departementspromemoria (Ds 2013:40), som har remissbehandlats, har det gjorts en sådan översyn. I promemorian lämnas förslag till en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området. Bakgrunden till översynen och förslagen är bl.a. följande.

Under senare år har den huvudsakliga verksamhetsinriktningen och arbetssättet för HI, att ge stöd till huvudmännen inom hjälpmedelsområdet, förändrats påtagligt. Den tidigare omfattande provnings- och upphandlingsverksamheten av enskilda produkter och tjänster har i det närmaste upphört medan tyngdpunkten i verksamheten alltmer förskjutits mot teknik- och kunskapsutveckling i ett större funktionshinderspolitiskt perspektiv.

Vidare har en ökande del av HI:s verksamhet under senare år präglats av uppdrag från regeringen, vilka finansierats i särskild ordning. Motsvarande har gällt för andra myndigheter som beslutat om uppdrag till HI. När uppdragen avslutats har också finansieringen upphört, vilket har påverkat institutets planering och dimensionering av resurser och verksamhet. Nuvarande styrning och organisation av HI begränsar också regeringens möjligheter att i förhållande till gällande regler om upphandling och statsstöd använda organisationens kunskap och kompetens på ett effektivt sätt.

Dessa förändringar har medfört att både staten och Sveriges Kommuner och Landsting anser att HI:s verksamhet behöver omprövas. Regeringen anser att det finns behov av att anpassa såväl styrning och organisationsform som verksamhetsinriktning till de nya förutsättningarna, men också att överväga behovet av kompetens och lämplig organisation av verksamheten. Det finns vidare skäl att överväga hur de resurser som anslås till HI:s verksamhet kan utnyttjas effektivare. Mot bakgrund av de förslag som lämnas i ovan nämnda departements-

promemoria (Ds 2013:40) avser därför regeringen att genomföra följande förändringar.

För att ge bättre förutsättningar för ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete kring ökad delaktighet och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning avser regeringen att inordna de delar av HI som bedöms vara ett fortsatt statligt åtagande i Handisam.

Under förutsättning att medlemmarna i den ideella föreningen HI, dvs. staten och Sveriges Kommuner och Landsting, beslutar att upplösa HI, kommer Handisam ges i uppdrag att inordna berörda uppgifter i myndigheten, som därmed får ett ökat ansvarsområde. Handisam kommer därmed att byta namn till Myndigheten för delaktighet för att bättre spegla dess utökade verksamhet och det mer samlade uppdraget, det tvärssektoriella perspektivet samt uppgiften att stimulera och utveckla kunskapsbildningen. Namnbytet och inordnandet av de uppgifter som fortsatt bedöms vara statliga åtaganden i HI:s verksamhet beräknas ske den 1 maj 2014.

För de delar som inte utgör ett statligt åtagande har huvudmännen landsting och kommuner ett fortsatt ansvar. Dessa är också ansvariga för att inrätta samverkan och kunskapsutveckling, enskilt eller i samarbete, på det sätt de uppfattar ändamålsenligt. Hjälpmedelsverksamheten är en del av landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. Därför är även hjälpmedel en integrerad del av arbetet hos de myndigheter som ansvarar för normering, kunskapsstyrning och utveckling samt tillsyn på dessa områden. Regeringen kommer som hittills att noga följa utvecklingen på hjälpmedelsområdet.

Berörda huvudmän och organisationer har erbjudits möjlighet att lämna synpunkter på ovanstående förändringar genom remittering av nu aktuell departementspromemoria. Hjälpmedelsinstitutets andra medlem, Sveriges Kommuner och Landsting, tillstyrker i sitt remissyttrande att Hjälpmedelsinstitutet upplöses av sina medlemmar och att de delar som bedöms vara ett statligt åtagande inordnas i Handisam.

Den övervägande majoriteten av de svarande ställer sig positiva till de föreslagna förändringarna, men flera remissinstanser pekar på behovet av ett förtydligande beträffande vilka uppgifter som är ett statligt åtagande och vilket ansvar som bör ligga på huvudmännen kommuner och landsting.

De synpunkter som framförs i remissyttrandena kommer att utgöra ett viktigt underlag i den fortsatta processen med att skapa en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området (se även under avsnitt 6.7.1).

### Samordning av insatser

Riksrevisionen har i sin granskning av offentliga aktörers samordning av stöden till barn och unga med funktionsnedsättning (RiR 2011:17) konstaterat att det trots vidtagna åtgärder kvarstår samordningsproblem. Regeringen arbetar aktivt med att fördjupa analysen av stödet och samordningen av insatser till barn och unga med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen återrapporterade i januari 2013 sitt uppdrag att ge förslag på en försöksverksamhet med samordnare för barn och unga med funktionsnedsättning, att kartlägga hur landstingen arbetar med samordning inom ramen för insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt att ge förslag på hur information om insatser och stöd på bästa sätt görs tillgänglig för målgruppen (dnr. S2012/04967/FST).

Av Socialstyrelsens rapport framgår att flera landsting redan idag arbetar med samordning av insatser på olika sätt. Med detta som utgångspunkt har regeringen inlett en dialog med SKL om hur en försöksverksamhet skulle kunna utformas.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att det finns en osäkerhet bland landstingen om vad insatsen rådgivning och annat personligt stöd ska innehålla. Enligt förarbetena till LSS är samordning av insatser en form av stöd som bör rymmas inom ramen för råd och stöd. Regeringen har därför i juni 2013 gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en struktur för återrapportering av insatsen. Genom att landstingen beskriver sitt arbete med att erbjuda samordning av insatser kan insatsernas syfte och innehåll tydliggöras. Strukturen ska även skapa förutsättningar för en god uppföljning av hur medlen används med särskilt avseende på samordning av insatser.

Socialstyrelsen fick även i mars 2013 i uppdrag att genomföra en förstudie kring metoder för ökad kvalitet på funktionshindersområdet. Metoder som rör samordning av insatser ingår i uppdraget. Utifrån resultatet av förstudien ska

Socialstyrelsen lämna förslag på vilka metoder som i ett nästa steg bör ingå i en granskning avseende vetenskapligt stöd och effekter. Uppdraget ska redovisas i januari 2014 och är en del i den överenskommelse om evidensbaserad praktik som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingått för 2013 (dnr S2012/8764/FST).

Socialstyrelsens rapportering visar även att föräldrar till barn med funktionsnedsättning har behov av samlad information om regelverk, ansvarsområden för olika verksamheter och stödinsatser. Socialstyrelsen anser att det finns behov av en plats där nationell, regional och lokal information samlas på ett ställe och anser att 1177.se är lämpligast som informationskanal.

Inom ramen för 2013 års överenskommelse mellan regeringen och SKL för stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten pågår en förstudie om utveckling av socialtjänsten på 1177.se. Förstudien ska resultera i konkreta, väl förankrade förslag på hur 1177.se kan utvecklas. Barn med funktionsnedsättning anges som ett område att introducera och SKL ska enligt överenskommelsen beakta de förslag som Socialstyrelsen presenterar avseende samordning för barn och unga med funktionsnedsättning. SKL ska genomföra förstudien i samverkan med brukarorganisationer och presentera resultatet senast den 31 oktober 2013.

### Föräldrastöd

En ytterligare princip i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter är att föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap. Inom ramen för den nationella strategin för föräldrastöd pågår två projekt med föräldrastöd som riktar sig till föräldrar till barn med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Uppdraget är ett komplement till det generella föräldrastödet. Det ena projektet ska jämföra det stöd som faktiskt ges med det stödbehov som uttrycks av familjerna och professionella. Det andra projektet ska kartlägga behovet av stöd hos barn med lindrig utvecklingsstörning och deras föräldrar samt utveckla och utvärdera riktat stöd till dem. Försöksverksamheten pågår t.o.m. 2013 och ska redovisas i maj 2014 (se även avsnitt 7.5.9 Politik för sociala tjänster).

### Kunskapsstöd till föräldrar och anhöriga – NkA

Regeringen har beviljat medel till Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) för att skapa ett kunskaps- och anhörigstöd för föräldrar och anhöriga till personer, främst barn och unga, med en kombination av flera funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov. NkA arbetar med kunskapsmaterial i form av text, bild och film som förmedlas genom webben. Materialet produceras i samarbete med barn- och ungdomshabiliteringar, specialistenheter och föreningar. Arbetet följer aktuell forskning och utveckling och förmedlar det aktuella kunskapsläget i kunskapsöversikter. NkA har även byggt upp lärande nätverk för föräldrar. Arbetet pågår till december 2014.

### Barns rätt att uttrycka sina åsikter

Barn med funktionsnedsättning har, liksom alla andra barn, rätt att få uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem. Denna rättighet uttrycks såväl i konventionen om barnets rättigheter, barnkonventionen, som i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Rättigheten kommer dessutom till uttryck i regeringens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232). Barns rätt att komma till tals framgår också av centrala lagbestämmelser som rör barn, t.ex. anger både socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att när en insats eller åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter och att barnens åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Många barn med funktionsnedsättning behöver särskilt stöd i sin vardag, och har därför många kontakter med olika aktörer som barn- och ungdomshabiliteringen och syn- och hörselcentralen. Stödet kan också behöva samordnas med andra verksamheter såsom skolan, förskolan och socialtjänsten. Barnen får dock alltför sällan själva uttrycka sina åsikter om stödet. Regeringen ser ett behov av att fler barn med funktionsnedsättning får möjlighet att uttrycka sina åsikter i dessa viktiga frågor som i alla högsta grad berör dem själva.

Regeringen beslutade den 11 juli 2013 att ge Handisam i uppdrag att inhämta åsikter och erfarenheter från barn och unga med funktions-

nedsättning. Uppdraget omfattar att undersöka hur barn och unga med funktionsnedsättning som lever med många myndighetskontakter upplever sin situation och det stöd de får. Åsikter och erfarenheter ska inhämtas från såväl flickor som pojkar med olika funktionsnedsättningar. Det behov av stöd som kan krävas för att vissa barn med funktionsnedsättning ska kunna komma till tals ska särskilt beaktas.

Regeringen beslutade samma dag att ge Barnombudsmannen i uppdrag att vidareutveckla metoder för att långsiktigt och inom ramen för sina prioriterade områden lyssna på barn med olika typer av funktionsnedsättningar. Metodutvecklingen ska särskilt avse det behov av stöd som kan krävas för att barn med funktionsnedsättningar som medför kommunikationssvårigheter ska kunna komma till tals. Båda uppdragen ska redovisas senast den 31 mars 2014.

#### **Barn och unga med ekonomisk ersättning för personlig assistans**

Regeringen har i mars 2013 uppdragit åt Socialstyrelsen att bedöma hur barns möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling påverkas av att de får ekonomisk ersättning för personlig assistans. Uppdraget har ett tydligt barnrättsperspektiv och barn ska ha möjlighet att framföra sina åsikter. Socialstyrelsen ska vid behov föreslå åtgärder som kan motverka eventuella problem som framkommer. Bakgrunden till uppdraget är att det iakttagits fall där assistansersättning helt eller delvis fått ersätta andra åtgärder som ett barn behöver. Det är ovanligt, men i noterade fall har det varit allvarligt. Uppdraget ska redovisas i januari 2014.

#### **Arbete för personer med funktionsnedsättning**

En central del i arbetet mot de funktionshinderspolitiska målen är att personer med funktionsnedsättning ska ges jämlika möjligheter att delta och bidra på arbetsmarknaden. Personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga tillhör arbetskraften i betydligt mindre utsträckning än andra. Insatser på detta område är således en fortsatt prioriterad fråga för regeringen.

I budgetpropositionen för 2013 föreslog regeringen, i linje med FunkA-utredningens delbetänkande Sänkta trösklar – högt i tak (SOU 2012:31) ökade resurser för särskilt introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS) och ökade informationsinsatser. I denna budgetproposition förslås att medlen för SIUS ökas under 2014. Regeringen har remitterat FunkA-utredningens betänkande Arbetshjälpmedel och försäkringskydd för arbete på lika villkor (SOU 2012:92). Det är särskilt angeläget att unga med en funktionsnedsättning får insatser för att komma i arbete. För att fler ska ges möjligheten att lämna sysselsättningsfasen föreslås därför en satsning på utvecklingsanställningar vid Samhall (se vidare Utgiftsområde 14 Arbetsmarknad).

Att främja meningsfull sysselsättning och underlätta deltagande på arbetsmarknaden för personer med psykisk funktionsnedsättning ingår som en viktig del i regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk hälsa (PRIO-planen).

Regeringen har under 2012 lämnat ett uppdrag till Arbetsförmedlingen att stegvis implementera ett praktikprogram för personer med funktionsnedsättning inom de statliga myndigheterna utifrån tillgången på lämpliga arbets sökande och platser. Arbetsförmedlingen överlämnade den 1 juni 2013 en rapport om utvecklingen av uppdraget. Fram till den tidpunkten har myndigheterna lämnat besked om man avser ta emot sammantaget ca 1 800 praktikanter. Programmet ska pågå under perioden 2013–2015.

#### **Bidraget till rekreationsanläggningar**

Fritids- och rekreationsverksamhet, som riktar sig särskilt till och på olika sätt är anpassad till personer med funktionsnedsättning, fyller alltså en viktig roll genom att erbjuda personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga tillfälle till rekreation, vila och avkoppling.

Regeringen vill även fortsättningsvis lämna ekonomiskt bidrag för sådana ändamål genom en förordning om statsbidrag. Statsbidrag bör dock utgå för sådan verksamhet som allmänt riktar sig till personer som till följd av en funktionsnedsättning har så omfattande behov av särskilda tillgänglighetsinsatser att de inte kan ta del av allmänna anläggningars utbud.

Regeringen har därför infört nya bestämmelser i förordningen (2012:316) om statsbidrag för viss verksamhet på funktionshindersområdet.

### Hållbara utvecklingsmål inom funktionshinderspolitiken

Den 23 september 2013 genomförs i FN i New York ett Högnivåmöte om funktionshinder och utvecklingspolitik. Temat på konferensen är En integrerande utvecklingsagenda för personer med funktionsnedsättning. Bakgrunden till Högnivåmötet är att tidsperioden för nuvarande globala utvecklingsmål, de s.k. millenniemålen, går ut år 2015. FN har vid en konferens i Rio i juni 2012 beslutat att nya s.k. Hållbara utvecklingsmål ska tas fram och att detta ska genomföras koordinerat med översynen av millenniemålen. Högnivåmötet i september ska resultera i en handlingsinriktad rapport om hur funktionshinder kan integreras i utvecklingsarbetet. Rapporten ska kunna ligga till grund för det fortsatta arbetet med nya hållbarhetsmål för perioden efter 2015.

## 6.7 Förslag till lag om upphävande av lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening

### 6.7.1 Ärendet och dess beredning

Regeringen angav i budgetpropositionen för 2013 att den har för avsikt att se över formerna för regeringens styrning av och inriktning på den verksamhet som den ideella föreningen Hjälpmedelsinstitutet (HI) bedriver (prop. 2012/13:1, s. 213). I departementspromemorian En samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området (Ds 2013:40) har det gjorts en sådan översyn och förslag lämnas till en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området. Promemorian har remissbehandlats (se även under avsnitt 6.6.).

## Förslag till lag om upphävande av lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening

**Regeringens förslag:** Lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening ska upphävas.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Ingen remissinstans har kommenterat förslaget.

**Skälen för regeringens förslag:** I enlighet med de förslag till en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området som lämnas i Ds 2013:40 avser regeringen att inordna de delar av Hjälpmedelsinstitutets verksamhet som utgör ett statligt åtagande i Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam). Inordnandet bör ske den 1 maj 2014. En förutsättning för detta är att medlemmarna i den ideella föreningen Hjälpmedelsinstitutet (HI), dvs. staten och Sveriges Kommuner och Landsting, beslutar att upplösa HI. Som en följd av att HI upplöses bör lagen (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening upphävas vid samma tidpunkt.

## 6.8 Budgetförslag

### 6.8.1 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning

**Regeringens förslag:** Anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* ändras den 1 maj 2014 namn till 3:1 *Myndigheten för delaktighet*. Anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* får användas för myndighetens förvaltningsutgifter.

**Skälen för regeringens förslag:** I enlighet med de förslag till en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området som lämnas i Ds 2013:40 avser regeringen att inordna de delar av Hjälpmedelsinstitutets verksamhet som utgör



ett statligt åtagande i Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam). Handisam bör därmed byta namn till Myndigheten för delaktighet för att bättre spegla dess utökade verksamhet och det mer samlade uppdraget, det tvärssektoriella perspektivet och uppgiften att stimulera och utveckla kunskapsbildningen. Anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* bör därför den 1 maj 2014 byta namn till 3:1 *Myndigheten för delaktighet*. Anslaget bör användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för delaktighet.

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	21 128	-576	
2013	20 688 <sup>1</sup>		19 921
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>39 187</b>	
2015	Beräknat	53 196 <sup>2</sup>	
2016	Beräknat	54 086 <sup>3</sup>	
2017	Beräknat	55 279 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 52 587 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 52 587 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 52 587 tkr i 2014 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för handikappolitisk samordnings (Handisam) förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att myndigheten fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2012.

Regeringen avser att besluta om att delar av HI:s nuvarande uppgifter som kan anses vara ett statligt åtagande inordnas Handisam i samband med att HI avvecklas. Regeringen avser vidare besluta om att byta namn på Handisam till myndigheten till Myndigheten för delaktighet, för att markera det mer samlade uppdraget, det tvärssektoriella perspektivet och uppgiften att stimulera och utveckla kunskapsbildningen. På detta sätt ges bättre förutsättningar för ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete. Organisationsförändringen kommer även innebära vissa administrativa effektiviseringar. Förändringen beräknas träda i kraft den 1 maj 2014.

**Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 3:1 Myndigheten för handikappolitisk samordning**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013 <sup>1</sup></b>	<b>20 688</b>	<b>20 688</b>	<b>20 688</b>	<b>20 688</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	529	805	1 164	1 646
Beslut	18 000	31 734	32 265	32 976
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt	-30	-30	-31	-32
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>39 187</b>	<b>53 196</b>	<b>54 086</b>	<b>55 279</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 39 187 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* för 2013. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 53 196 000 kronor, 54 086 000 kronor respektive 55 279 000 kronor.

## 6.8.2 3:2 Bidrag till handikapporganisationer

**Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	182 742	0	
2013	182 742 <sup>1</sup>		182 742
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>182 742</b>	
2015	Beräknat	182 742	
2016	Beräknat	182 742	
2017	Beräknat	182 742	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till handikapporganisationer för att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

## Kompletterande information

Reglerna för statsbidrag till handikapporganisationer finns i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

## Regeringens överväganden

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder i syfte att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. Regeringen anser att stödet till handikapporganisationerna är viktigt för att uppfylla detta åtagande.

**Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 3:2 Bidrag till handikapporganisationer**

*Tusental kronor*

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>	<b>182 742</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 182 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till handikapporganisationer* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 182 742 000 kronor, 182 742 000 kronor respektive 182 742 000 kronor.

## 7 Politik för sociala tjänster

### 7.1 Omfattning

Området omfattar socialtjänstens omsorg om äldre människor, socialtjänstens verksamhet inom individ- och familjeomsorg och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Individ- och familjeomsorg avser socialtjänstens arbete med den sociala barn- och ungdomsvården, missbruks- och beroendevården, hemlöshet, stöd och hjälp till brottsoffer, ekonomiskt bistånd, nationella och internationella adoptioner. Området omfattar även det förebyggande generella föräldrastödet riktat till alla föräldrar i form av regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd.

Kommunerna ansvarar för insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten finansieras främst genom kommunalskatt, statsbidrag och avgifter. Statsbidrag fördelas via anslaget 1:1

*Kommunalekonomisk utjämning*, utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. För LSS finns ett särskilt utjämningssystem mellan kommunerna (anslag 1:2 *Statligt utjämningsbidrag för LSS-kostnader*, utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner).

### 7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2014 till 2017 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster öka med cirka 3,8 miljarder kronor, främst till följd av ökade utgifter för assistansersättningen. Utgifterna inom området beräknas 2013 till knappt 25,9 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 400 miljoner kronor. Utgifterna för 2012 blev 165 miljoner kronor lägre än anvisade medel.

**Tabell 7.1** Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster

Miljoner kronor

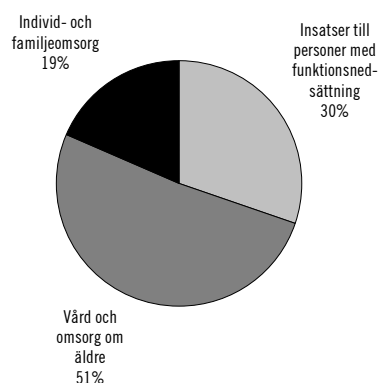
	Utfall 2012	Budget 2013	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
4:1 Personligt ombud	95	104	95	<b>104</b>	104	104	104
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	340	354	343	<b>339</b>	323	314	309
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	343	380	374	<b>347</b>	267	267	267
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	21 443	22 272	22 327	<b>23 235</b>	24 373	25 642	27 032
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken	1 632	1 773	1 276	<b>1 745</b>	1 372	1 605	1 605
4:6 Statens institutionsstyrelse	782	854	848	<b>878</b>	893	915	939
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	187	441	404	<b>520</b>	507	508	473
4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården		309	220	<b>365</b>	365	0	0
4:9 Ersättningsnämnden		46	45	<b>44</b>	39	0	0
4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor	15	15	15	<b>15</b>	15	16	16
<b>Summa Politik för sociala tjänster</b>	<b>24 837</b>	<b>26 548</b>	<b>25 946</b>	<b>27 593</b>	<b>28 258</b>	<b>29 371</b>	<b>30 746</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Kostnader för verksamhet inom socialtjänsten och enligt LSS

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg och stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning uppgick till 198,5 miljarder kronor 2012 (192,1 miljarder kronor 2011).

**Diagram 7.1 Kommunens kostnader fördelat efter vård och omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt stöd- och serviceinsatser till personer med funktionsnedsättning 2012**



Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och Landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Kommunernas finanser 2012; RS för kommuner.

\*) Med kostnader avses bruttokostnaden minskad med dels interna intäkter, dvs. intäkter från andra förvaltningar i kommunen, dels för intäkter från försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting. Kostnaderna är dock inte justerade för kommunernas ersättning från Försäkringskassan för personlig assistans enligt SFB som ingår i posten "Insatser till personer med funktionsnedsättning". Denna ersättning uppgick till 8 353 miljoner kronor.

Kostnaderna för vård och omsorg om äldre uppgick 2012 till 101,7 miljarder kronor, för individ- och familjeomsorg till 36,7 miljarder kronor samt för insatser till personer med funktionsnedsättning till 60,1 miljarder kronor. Jämfört med 2008 har de totala kostnaderna för dessa verksamheter ökat med 14,5 procent vilket motsvarar 25,1 miljarder kronor. Åtgärder inom individ- och familjeomsorg svarar för den högsta kostnadsökningen, 22 procent under perioden. Insatser till personer med funktionsnedsättning samt vård och omsorg om äldre ökade med 16 respektive 11 procent.

### 7.3 Mål

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande nationella mål:

## Omsorg om äldre människor:

### Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

### Individ- och familjeomsorg:

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer,
- att stärka skyddet för utsatta barn.

### Personer med funktionsnedsättning:

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

### Regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd:

- att alla föräldrar med barn under 18 år ska erbjudas föräldrastöd under hela barnets uppväxt.

### Internationella adoptioner:

- Myndigheten för internationella adoptionsfrågor har enligt instruktionen som huvudsaklig uppgift att skapa en hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige.

## 7.4 Resultatredovisning

### Behovsprövade insatser

Antalet personer med LSS-insatser har ökat under hela perioden 2006–2012, medan exempelvis antalet äldre med hemtjänst och i särskilt boende minskat något under 2012 jämfört med 2011. Antalet inskrivna personer med missbruk- eller beroendeproblem som avser boende har också minskat något.

**Tabell 7.2 Antal personer med insatser från socialtjänsten inom olika områden samt antal vårddygn i frivillig institutionsvård för missbruksvård 2006, 2009, 2010, 2011 och 2012**

Antal äldre personer	2006	2009	2010	2011	2012	Kvinnor	Män
med hemtjänst <sup>1</sup>	–	205 800	211 000	220 600	219 600	–	–
i korttidsboende <sup>1</sup>	9 000	8 500	8 100	7 800	7 800	–	–
i särskilt boende <sup>1</sup>	98 600	95 400	94 000	92 200	90 500	–	–
Antal personer med funktionsnedsättning	2006	2009	2010	2011	2012	Kvinnor	Män
med LSS-insatser <sup>2</sup>	55 800	60 200	62 100	63 300	64 200	27 000	37 200
med hemtjänst eller bostad med särskilt service enligt socialtjänstlagen <sup>1</sup>	–	25 900	28 800	26 100	25 200	–	–
Barn och unga	2006	2009	2010	2011	2012	Flickor	Pojkar
antal placerade i heldygnsvård <sup>3</sup>	20 700	23 400	24 900	26 200	29 600	11 700	17 900
med behovsprövad öppenvårdsinsats den 1 november <sup>3</sup>	28 100	28 500	28 300	28 300	28 200	12 400	15 800
Personer inom missbruks- och beroendevården <sup>4</sup>	2006	2009	2010	2011	2012	Kvinnor	Män
antal inskrivningar i bistånd som avser boende	12 200	14 800	14 400	15 100	15 000	3 100	11 900
antal med individuellt behovsprövade öppna insatser	26 000	28 200	27 800	27 900	27 500	8 500	19 000
antal inskrivning i frivillig institutionsvård/familjehem	11 700	12 100	11 500	11 300	10 600	2 900	7 700
antal vårddygn i frivillig institutionsvård under resp. år	892 700	864 500	796 500	795 700	789 000	203 400	585 600

<sup>1</sup> Mängdstatistik den 1 oktober 2009, 2010, 2011 och 2012. I definitionen för hemtjänst ryms även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning. Tillförlitlig könsindeldad statistik saknas. Uppdelningen på kvinnor och män avser 2012.

<sup>2</sup> Personnummerbaserad statistik 1 oktober 2009, 2010 och 2011.

<sup>3</sup> Uppgifter om heldygnsinsatser samlas in på individnivå och uppgifter om öppenvårdsinsatser samlas in på mängdnivå.

<sup>4</sup> Mängdstatistik. I statistiken går det inte att utläsa hur många personer som på grund av missbruk hade minst en av de nämnda insatserna. En och samma person kan få flera biståndsinsatser samtidigt och under året kan en och samma person dessutom få flera insatser.

Källa: Socialstyrelsen

Fler män än kvinnor fick insatser enligt LSS 2012 och skillnaden har ökat något sedan 2006. Fler pojkar än flickor är placerade i heldygnsvård och skillnaden har även här ökat sedan 2006. Fler pojkar än flickor får också behovsprövade öppna insatser, men skillnaden är här oförändrad sedan 2006. Inom missbruks- och beroendevården är det betydligt fler män än kvinnor som får insatser, skillnaden är i detta fall oförändrad sedan 2009 (siffror finns inte för 2006). Se vidare tabell 7.2

### Främja kunskapsutveckling och kvalitet

Regeringen stödjer på olika sätt huvudmännens arbete att utveckla kvaliteten inom hela socialtjänsten. Det sker bland annat genom ett långsiktigt arbete för ökad kunskaps- och kvalitetsutveckling, ökad valfrihet samt genom uppföljning och tillsyn. Öppna jämförelser har införts för att skapa transparens, stimulera till förbättringsarbete och underlätta fria val. Inrättandet av regionala utvecklingsledare är en av flera stödinsatser, på både regional och nationell nivå, för att stimulera en evidensbaserad praktik.

Regeringen och SKL har utarbetat en plattform som anger inriktningen för överenskommelser inom detta område. En ny myndighet för tillsyn har skapats, för en effektivare och starkare tillsyn.

### Ökad kvalitet

I juni 2010 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om inriktningen på arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Avsikten är att arbetet ska konkretiseras i årliga överenskommelser för att stödja huvudmännens insatser inom detta område. Den överenskommelse som ingåtts för 2013 omfattar bl.a. uppbyggnad av ett regionalt stöd till kunskapsutveckling, lokalt förbättringsarbete och ökad samverkan.

Statskontoret har sedan maj 2011 regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelserna. Statskontoret konstaterar att regionala stödstrukturer har utvecklats utifrån regionala förutsättningar och behov, och att det främst är kommuner som använder dem.

Sedan 2008 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting ingått årliga överenskommelser om stöd till utveckling av en mer evidensbaserad missbruks- och beroendevård bl.a. genom uppbyggnad av en långsiktig struktur för kunskapsförsörjning och samverkan mellan kommuner, landsting, lokala FoU-verksamheter, universitet och högskolor. I alla län finns regionala utvecklingsledare vilka har direktkontakt med personer som arbetar i vården. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till praktik och ingår sedan 2011 i den bredare överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik. En viktig del av Kunskap till praktik är att skapa en fungerande samverkan mellan huvudmännen lokalt.

### Tillgänglig och säker information

Strategin för nationell eHälsa syftar till att förbättra informationshanteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Under 2013 har regeringen gjort en kraftig förstärkning av satsningen på att stimulera utvecklingen av eHälsa i socialtjänsten. Målen är bl.a. att öka antalet e-tjänster för medborgarna inom socialtjänsten, att öka användningen av mobila dokumentations- och informationssystem samt andelen digitala trygghetslarm. Ett stimulansbidrag på 70 miljoner kronor 2013 har avsatts till kommuner för att utveckla eHälsa i socialtjänsten. Regionala samordnare ska bidra till att genomföra insatserna på regional och lokal nivå. Sveriges Kommuner och Landsting stödjer och driver på utvecklingen.

Ett resultat av tidigare års satsning är att all sjukvårdslegitimerad personal i kommunerna nu har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Ett annat viktigt resultat är att en Internetbaserad lösning för åtkomst till information i Nationell patientöversikt (NPÖ) har tagits fram, vilket innebär en bättre informationsförsörjning inom den kommunala vården till en låg kostnad för kommunerna.

### Ökad valfrihet

Genom att stimulera kommuner att införa valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) vill regeringen stärka den enskilda människans möjlighet till delaktighet

och inflytande. Särskilda medel har avsatts för att underlätta införande av valfrihetssystem. Sammanlagt drygt 360 miljoner kronor har gått till kommunerna under perioden 2008–2013.

Den 1 december 2012 hade 133 kommuner infört valfrihetssystem enligt LOV och vid samma tidpunkt hade 42 kommuner fattat beslut om att valfrihetssystem ska införas. Det är vanligast att erbjuda valfrihet inom hemtjänsten. I december 2012 hade 45 kommuner sökt stimulansmedel, men ännu inte fattat beslut om de skulle införa ett valfrihetssystem. 35 kommuner har efter utredning beslutat att inte införa ett valfrihetssystem enligt LOV.

#### *Äldre vill kunna välja*

Enligt Socialstyrelsens undersökningar uppskattar de flesta äldre att ha möjlighet att kunna välja utförare av hemtjänst. Samtidigt är det viktigt att personer som behöver stöd för att kunna göra ett aktivt val också kan få det. Det rör sig t.ex. om personer med olika medicinska diagnoser och personer som på grund av hög ålder är bräckliga och minnessvaga (Socialstyrelsen, Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning 2012).

#### *Många enskilda utförare*

Enligt Socialstyrelsen finns cirka 900 enskilda utförare verksamma inom valfrihetssystemen. I ett 50-tal av kommunerna finns det bland dessa utförare sådana som erbjuder en särskild inriktning eller specialkompetens i sin verksamhet, exempelvis särskild språkkompetens. I ett tiotal kommuner erbjuder utförare vad som kan kallas för särskild kulturell eller religiös kompetens. Det finns även exempel på utförare som är hbt-certifierade.

#### *Inga större skillnader i kvalitet och kostnader, men nöjdare brukare*

Det går inte att se några större entydiga skillnader när det gäller kvalitet mellan kommunala och enskilda utförare. Enligt Socialstyrelsen har kommunala utförare ett bättre resultat när det t.ex. gäller personaltäthet och personalens kompetens. Enskilda utförare lyckas bättre när det handlar om andelen äldre som har genomförandeplaner och som riskbedömts (S2012/11253/FST).

I Statskontorets rapport, Lagen om valfrihetssystem, framkommer att kostnaderna ökat något mer i kommuner som infört LOV, vilket kan förklaras med initialt ökade administrationskostnader samt det faktum att ett valfrihets-

system enligt LOV inte skapar någon priskonkurrens mellan utförarna. Statskontorets undersökningar visar att brukarna är mer nöjda med hemtjänsten i kommuner som tillämpar LOV än i övriga kommuner. En annan slutsats i rapporten är att LOV ökar förutsättningarna för bättre kostnadskontroll i kommunerna.

#### *Konkurrens och valfrihet har studerats*

Konkurrensverket har haft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera konkurrensförhållandena i kommunernas valfrihetssystem. Inom ramen för detta uppdrag har Konkurrensverket presenterat vissa åtgärdsförslag som syftar till att öka kvalitetskonkurrensen i kommunernas valfrihetssystem och på så sätt öka brukarnas valfrihet. Förslagen vänder sig till de kommuner som har bestämt sig för att införa LOV och fokuserar bl.a. på öppenhet, långsiktighet samt värdet av att utforma förfrågningsunderlag som stimulerar till profilering.

#### *Utvecklingscheckar på försök*

Tillväxtverket har haft regeringens uppdrag att genomföra en pilotsatsning med s.k. utvecklingscheckar inom äldreomsorgen i syfte att främja tillkomsten av innovationer inom äldreomsorgen. Enligt Tillväxtverket har utvecklingscheckar bl.a. resulterat i en särskild enhet för äldre på en vårdcentral som även inkluderar hemtjänst, ett socialt arbetskooperativ som tillsammans med Svenska kyrkan arbetar med äldreomsorg och satsningar på kultur inom äldreomsorgen.

#### *Vägledning för upphandling och uppföljning*

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ta fram ett vägledande underlag för upphandling och uppföljning av kommunal vård och omsorg om äldre. Syftet är att i upphandlingsförfarandet tydliggöra de lagstadgade kvalitetskrav som gäller för äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen. Vägledningen, som publicerades i januari 2013, tydliggör kommunens ansvar att säkerställa kvaliteten i den vård och omsorg som levereras.

### 7.4.1 Omsorg om äldre

#### **Kostnadsutveckling**

Kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre 2012 var 101,7 miljarder kronor. 60,4 miljarder kronor, avsåg vård och

omsorg om äldre i särskilt boende. Ökningen mellan 2011 och 2012 var 1,1 miljarder kronor. Kostnaderna för vård och omsorg om äldre i ordinärt boende uppgick till 39,7 miljarder kronor 2012 och har ökat med 1,7 miljarder kronor jämfört med 2011.

Kostnaderna för hemtjänst och boendestöd har enligt Socialstyrelsen ökat mellan 2007 och 2012 vilket, enligt myndigheten, kan vara en effekt av att kommunerna omvandlar sina serviceboenden till trygghetsboenden vilka då räknas som ordinära boenden. En annan orsak till ökningen är anvisningarna för hur kostnader för hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ska redovisas i det kommunala räkenskapsammandraget.

**Tabell 7.3 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre**

Miljarder kronor					
	2008	2009	2010	2011	2012
Vård och omsorg i ordinärt boende	34,6	34,6	36,4	38,0	39,8
Vård och omsorg i särskilt boende	55,7	57,1	57,9	59,3	60,4
Öppen verksamhet	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6
<b>Totalt</b>	<b>91,7</b>	<b>93,2</b>	<b>95,9</b>	<b>98,9</b>	<b>101,8</b>

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201, Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas finanser 2012, RS för kommuner.

#### **Statliga stimulansbidrag**

Regeringen har sedan 2007 avsatt stimulansbidrag (knappt 5 miljarder kronor 2007–2011) till kommuner (70 procent) och landsting (30 procent). Syftet har varit att höja kvaliteten i omsorgen och vården om äldre personer inom sju prioriterade områden – rehabilitering, socialt innehåll, demensvård, läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete, kost och nutrition samt läkartillgång. Från 2010 fick medlen en mer prestationsbaserad utformning.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att årligen följa upp satsningen. Enligt Socialstyrelsens senaste redovisning för 2011 har stimulansmedlen enligt huvudmännen, främjat ett bättre samarbete mellan huvudmännen inom samtliga områden. Med stimulansmedlen finansierades anställningar, utbildning till stora personalgrupper (t.ex. i demenskunskap och rehabiliterande förhållningssätt), handledning inom

demensvård, socialt innehåll, kost och nutrition och rehabilitering.

Socialstyrelsen ska senast den 31 oktober 2013 lämna en slutrapport med en samlad redogörelse avseende användningen av stimulansbidraget.

### **Inflytande, delaktighet, självständighet och trygghet**

Socialstyrelsen har för fjärde året i rad genomfört den nationella brukarundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? (2012). Svarsfrekvensen för personer med hemtjänst var 69 procent varav 76 procent hade svarat själva (totalt antal tillfrågade personer 89 436). För personer i särskilt boende var svarsfrekvensen 54 procent varav 39 procent hade svarat själva (totalt antal tillfrågade personer 61 521). De allra flesta uppgav sig vara positiva till sin hemtjänst och sitt särskilda boende, enligt de äldres och de anhörigas sammantagna bedömning. 88 procent var mycket nöjda eller ganska nöjda med sin hemtjänst. Motsvarande andel för särskilt boende var 80 procent. Det finns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män. De flesta svarande i undersökningen upplevde personalens bemötande som bra och att deras förtroende för personalen var högt, både bland personer med hemtjänst och i särskilt boende. Andelen äldre som uppgav att de känner sig trygga med sin hemtjänst eller i sitt särskilda boende var 86 respektive 87 procent.

En ny fråga som Socialstyrelsen hade med i undersökningen år 2012 var om den äldre upplevt sig blivit kränkt av personalen. Bland äldre personer med hemtjänst uppgav 88 procent att de inte känt sig kränkta, 10 procent att de upplevt sig kränkta någon gång och 2 procent att de hade känt sig kränkta flera gånger. Motsvarande siffror för personer i särskilt boende var att 77 procent inte upplevt sig kränkta, 16 procent någon gång och 3 procent flera gånger. Kränkthet är ett begrepp som kan tolkas olika och därmed ha olika betydelse för den enskilda personen. Socialstyrelsen kommer därför att analysera resultaten mer ingående framöver. Områden som fick sämre resultat handlade om inflytande och delaktighet. De äldre upplever bl.a. att de har svårt att påverka tiderna för när de ska få den hjälp de behöver.

### **Äldreguiden**

Äldreguiden, Socialstyrelsens presentation av uppgifter för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre, redovisar nu uppgifter för sjunde året i rad. Uppgifterna bygger på förhållandena den 1 oktober 2012 och de inhämtas från 312 kommuner och stadsdelar (Stockholm, Göteborg och Malmö) samt över 4 600 hemtjänst- och boendeenheter.

Nästan samtliga boendeenheter i undersökningen (99 procent) erbjuder en kontaktperson och en fast kontakt med en legitimerad personal. I hemtjänsten är det 95 procent av enheterna som erbjuder tillgång till en kontaktperson. Skillnader finns i kommunernas tidsgarantier när det gäller trygghetslarm. 37 procent av landets kommuner och stadsdelar lovar att de kommer inom en halvtimme och 17 procent att de kommer inom 45 minuter eller mer. Övriga kommuner har ingen tidsgaranti.

En något högre andel äldre i särskilt boende har en aktuell genomgång av sina läkemedel jämfört med föregående år. Resultaten i landet varierar dock, från drygt 40 procent till 90 procent. Enligt Socialstyrelsens undersökning är det tio procent av personerna 75 år och äldre som använder olämpliga läkemedel. 20 procent av personerna i särskilt boende över 75 år och 18 procent av personerna över 75 år i hemtjänsten använder tio eller fler läkemedel.

### **Lokala värdighetsgarantier**

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att betala ut en prestationsersättning till kommuner som redovisat en plan för hur kommunen på frivillig väg kommer att arbeta för att ta fram och utforma lokala värdighetsgarantier, eller som har utformat minst tre värdighetsgarantier med stöd av Socialstyrelsens vägledning. (Hur lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen kan utformas, Socialstyrelsen 2011). I Lägesrapport Prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2012), redovisas att 136 kommuner ansökte om prestationsersättning och 117 av dessa beviljades medel. Totalt har 106 kommuner utformat minst tre godkända lokala värdighetsgarantier.



## Välfärdsteknologi

Ett växande problem är att många äldre bor i bostäder som inte är funktionella, vilket försvårar kvarboende och möjligheter till ett aktivt och självständigt liv. Tekniken kan ha en avgörande betydelse för att få vardagen att fungera, både för äldre personer och anhöriga. Fokus för utvecklingsprogrammet Teknik för äldre II som genomfördes av Hjälpmedelsinstitutet (HI) på uppdrag av regeringen under perioden 2010-2012 var att förbättra boendet, produkter och tjänster för äldre och anhöriga. Programmet slutredovisades den 31 mars 2013.

Utvärderingarna av programmet visar att välfärdsteknologi skapar ökad delaktighet, aktivitet och självständighet för äldre och anhöriga och att programmet är samhällsekonomiskt lönsamt. Vidare visar resultaten att bättre tillgänglighet i boendet ökar de äldres aktivitet, delaktighet och självständighet, och kan således förlänga tiden för kvarboendet. Utvärderingar av enkla förbättringar i allmänna utrymmen visar att det är samhällsekonomiskt lönsamt att satsa på en ökad tillgänglighet i boendet. Inom ramen för programmet har även stödet till anhöriga utvecklats och synliggjorts och genererat ny kunskap inom området informations- och kommunikationstjänster.

## Investeringsstöd till trygghetsbostäder och särskilt boende

Regeringen beslutade i december 2011 att förlänga förordningen om investeringsstöd till utgången av 2014. Stödet syftar till att stödja byggandet av bostäder för äldre.

Sedan investeringsstödet infördes den 1 juni 2007 och fram till den 6 december 2012 hade det kommit in 527 ansökningar om stöd för ny- eller ombyggnad av motsvarande drygt 16 000 bostäder för äldre. Drygt 11 000 bostäder för äldre har beviljats stöd, varav cirka 9 400 lägenheter i särskilda boendeformer och 2 000 trygghetsbostäder. Omkring 80 procent av de särskilda boendena och ca 60 procent av trygghetsbostäderna är nyproducerade. En ytterst liten del av hittills beviljat stöd, har lämnats för ombyggnad av särskilda boenden till trygghetsbostäder.

## *Goda resultat av stödet*

Boverket genomförde våren 2012 en enkätundersökning riktad till de som sökt och beviljats stöd (Boverket, Rapport 2013:7). Undersökningen visar att stödet sannolikt har medverkat till att det inte försvinner platser i särskilda boendeformer i samma takt som i början av 2000-talet. Mellan åren 2001–2006 försvann 20 000 platser i särskilt boende vilket motsvarar cirka 4 000 platser om året. Under den period stödet har funnits (från 2007) har det försvunnit cirka 1 300 platser om året. Även andelen kommuner som uppger att de täcker behovet av särskilt boende för äldre har ökat från 47 procent år 2007 till 60 procent år 2012. Vidare uppger majoriteten (70 procent) av de som hade beviljats stöd att stödet hade stor eller avgörande betydelse för deras beslut. Svaren tyder också på att stödet har haft särskilt stor betydelse för beslut att bygga trygghetsbostäder. Stödet har större betydelse vid nybyggnad än vid ombyggnad. Privata fastighetsägare uppger i högre grad än övriga aktörer att stödet har haft en avgörande betydelse för beslutet att bygga eller bygga om.

## *Program för att bo bra*

I juli 2010 gav regeringen i uppdrag till Hjälpmedelsinstitutet (HI) att leda ett program (Bo bra på äldre dar) med syftet att stimulera kreativitet och nytänkande för att äldre personer ska kunna erbjudas attraktiva och funktionella boendeformer. Uppdraget slutredovisades den 30 november 2012. Programmet har finansierat 76 projekt i 58 kommuner. Även sju riktade projekt har genomförts. Flertalet av projekten handlade om enkelt avhjälpta hinder i bostäder och närmiljön för äldre och äldre personers behov och förväntningar på den egna boendsituationen. Hi fortsätter att sprida kunskapen via sin webbplats.

## Utbildningsinsatser

Regeringen stödjer och stimulerar huvudmännens långsiktiga arbete med att på olika sätt stärka kompetensen inom äldreomsorgen. Omvårdnadslyftet är en utbildningsinsats för äldreomsorgens medarbetare som pågår under 2011–2014 och som omfattar 1 miljard kronor. Syftet är att stärka den grundläggande kompetensen och från 2012 öppnades även möjligheten att söka kurser för specialiserad kompetens. Från

den 1 januari 2013 blev också personal som, med stöd av socialtjänstlagen, arbetar med personer med funktionsnedsättning, berättigade att söka medel. Socialstyrelsen har under 2012 förmedlat 244 miljoner kronor till 204 kommuner. Sedan starten har ca 10 000 personer påbörjat utbildningsinsatser inom ramen för omvårdnadslyftet.

Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning på högskolenivå för chefer inom äldreomsorgen. 938 personer är anmälda till den nya ledarskapsutbildningen som börjar hösten 2013.

Socialstyrelsen har vidare regeringens uppdrag att stödja utbildning i värdegrundsarbete inom äldreomsorgen. 1 825 personer har fram till och med sommaren 2013 gått kursen ”Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen”. 227 personer har gått den fördjupade värdegrundsutbildningen med betoning på ledarskapet.

### Kvalitetsregistren

#### *Kvalitetsregister leder till bättre vård*

För att förbättra livskvalitet, hälsa och värdighet hos de mest sjuka äldre har regeringen sedan 2010 ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting om ett prestationsbaserat statsbidrag till kvalitetsregister. Satsningen ska leda till att fler registrerar uppgifter i kvalitetsregistren inom äldreomsorgen. Genom att på ett systematiskt sätt uppmärksamma och dokumentera olika delar av sitt arbete, ska kvalitetsregistren leda till att personal arbetar på ett mer strukturerat sätt. Registren förväntas också synliggöra vårdens resultat över tid samt möjliggöra jämförelser med andra verksamheter och därmed också bidra till ett utvecklingsarbete.

#### *Svenska Palliativregistret förbättrar*

Genom Svenska Palliativregistret kan brister i vården i livets slutskede identifieras och förbättras. 164 kommuner och 15 landsting klarade 2012 att registrera 70 procent av samtliga dödsfall. Totalt registrerades 59 procent av dödsfallen i landet i Svenska Palliativregistret.

#### *Senior Alert förebygger*

Genom Senior Alert, där både riskbedömning och förebyggande åtgärder ingår som viktiga led, utvecklas ett mer förebyggande arbetssätt. Sedan prestationsersättningen infördes 2010 har deltagandet ökat från sex till samtliga landsting och

från tio till 282 kommuner 2012. Sedan 2008 uppskattas minst cirka 400 000 personer ha fått en riskbedömning avseende fall, trycksår och undernäring. Kvinnor förefaller ha högre risk än män att drabbas av detta. Varje månad görs cirka 20 000 riskbedömningar med registrering i Senior alert. 70 procent av alla personer med risk för fall, undernäring eller trycksår har fått minst en åtgärd insatt i augusti 2013. Målsättningen är att täckningsgraden 2014 ska vara så hög att informationen i registret därefter kan användas som resultatindikatorer.

#### *Demensregistret optimerar behandlingen*

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. De kvalitetsindikatorer som registreras är exempelvis att en demensutredning görs enligt de nationella riktlinjerna, att behandling med demensläkemedel för vissa typer av demenssjukdom ges och att boende med svår demenssjukdom erbjuds vid enheter som är särskilt anpassade för personer med demenssjukdom.

SveDem används i alla landsting med hög täckningsgrad på specialistnivå, men landstingen har haft betydligt lägre täckningsgrad inom primärvården. Hösten 2011 var 80 av cirka 1 200 vårdcentraler anslutna till registret, hösten 2012, efter att prestationsersättning införts, var mer än hälften (622) anslutna. Under 2011 registrerades 523 demensutredningar i primärvården i SveDem och under 2012 närmare 6 700.

#### *Nytt arbetssätt lovande*

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Behandlingsmetodiken som utgör grunden för BPSD-registrets arbetssätt bygger på en skattning av olika symptom som bemöts med olika åtgärder och som sedan följs upp med en ny skattning. Registret startade 2010, och 2012 deltar 206 kommuner i registret, som ett resultat av den statliga ersättningen.

### Stödet till anhöriga

Den 1 juli 2009 ändrades bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, så att kommunens socialnämnder är skyldiga att erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar eller stödjer en närstående som är lång-

varigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp lagändringen och har lämnat rapporten Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående – Lägesbeskrivning 2012.

Stöd har framför allt erbjudits anhöriga till äldre personer. Jämfört med 2009 har insatserna inledningsvis spridits jämnare över alla verksamheter och förvaltningar inom socialtjänsten. Kostnaderna för att utveckla stödet, särskilt inom äldreområdet, var högre än det tilldelade bidraget. Enskilda samtal och anhöriggrupper är de mest etablerade formerna av stöd till anhöriga som ges som service i hela socialtjänsten. De anhörigas kännedom om stödet har ökat. Var fjärde person som är anhörig och som gav omsorg känner till bestämmelsen om kommunernas skyldighet att erbjuda stöd. En slutrapport ska lämnas senast den 31 december 2014.

**Tabell 7.4 Antalet kommuner med serviceinsatser till anhöriga, 2012<sup>1</sup>**

	Äldre- omsorg	Stöd till personer med funk.ned sättning	Individ- och familje- omsorg
Enskilda samtal som service	242	153	170
Deltagande i anhöriggrupp	239	138	123
Avlösning i hemmet	215	137	46
Avlösning utanför hemmet	176	99	38
Hälsofrämjande aktiviteter	143	78	33

Källa: Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående (Socialstyrelsen 2012).

1) Resultaten baseras på en enkätundersökning. Antalet kommuner som inte svarade för äldreomsorgen var 12, för funktionshinder ca 18, för individ- och familjeomsorg ca 26.

### Nationella kompetenscenter

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) och Svenskt demenscentrum (SDC) har sedan 2008 regeringens uppdrag att, på sina respektive sakområden, samla in, strukturera, sprida kunskap och stimulera utvecklingsarbete i kommunerna. NkA ansvarar för att stimulera utvecklingen av stödinsatser till anhöriga till äldre personer och även till barn som är anhöriga. NkA fick under 2012 i uppdrag av regeringen att utveckla ett nationellt kunskapsstöd för anhöriga till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, vård- och omsorgspersonal samt beslutsfattare.

Svenskt Demenscentrum, SDC, har tagit fram den nätbaserade utbildningen Demens ABC som

är kopplad till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Drygt 57 400 personer har registrerats som deltagare i utbildningen varav drygt 44 200 personer fullföljt den.

### Stöd till forskning och utveckling

År 2000 påbörjades en nationell studie över åldrandet och vården – SNAC, the Swedish National study on Ageing and Care som delfinansieras med statliga medel. Studien syftar till att genom uppbyggnad av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor om åldrandet, uppkomsten av vårdbehoven hos personer från 60 år och hur deras behov över tid kan mötas på bästa sätt.

Datainsamlingen omfattar totalt cirka 4 500 uppgifter per individ och undersökning. Det har hittills gjorts mer än 19 000 undersökningar vilket innebär att materialet nu omfattar närmare 85 miljoner uppgifter. Redan nu används uppgifterna i flera forskningsprojekt.

### Kunskapsguiden.se

En nationell, webbaserad kunskapsportal för bl.a. området vård och omsorg om äldre lanserades under våren 2011 ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)). Målgrupp är personal på alla nivåer inom vården och omsorgen. Målet med portalen är att den ska bidra till att vård- och stödinsatser är trygga, säkra och av god kvalitet samt att de utgår från evidensbaserade metoder och arbetssätt. Under 2013 har Socialstyrelsen fortsatt att utveckla portalen, bl.a. har den utvidgats till att även omfatta området beroende och missbruk.

Socialstyrelsen har också under 2013 utvärderat målgruppens användning av portalen. Besöksstatistiken visar att Kunskapsguiden blir alltmer använd. Guiden har nu i snitt 20 000–25 000 besökare per månad. Socialstyrelsen ska senast i april 2014 rapportera om arbetet med kunskapsportalerna.

## Sammanhållen vård och omsorg – mest sjuka äldre

Regeringen har påbörjat en satsning för att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre ska samverka bättre. Resursanvändningen måste effektiviseras så att vården och omsorgen i större grad utgår från patientens behov samt att den organiseras mer effektivt. Satsningen, som leds av en nationell äldresamordnare, ska premiera resultat så att det kan växa fram lokala lösningar anpassade till förutsättningarna i respektive landsting och kommun.

### *Stor satsning på förbättrad vård*

Genom satsningen har 1 161 miljoner kronor under 2012 och 1 115 miljoner kronor under 2013 fördelats genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting. I och med överenskommelsen för 2013 fortsatte inriktningen att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Medlen används bl.a. till att stimulera en ökad användning av uppgifter från kvalitetsregistren Senior alert, Svenska Palliativregistret, Svenska Demensregistret och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens.

### *Bättre användning av läkemedel*

Läkemedelsanvändningen hos äldre har på grund av nya behandlingsmöjligheter ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Bristande kvalitet i äldres läkemedelsanvändning är i många avseenden mer vanligt förekommande hos kvinnor än hos män. Den omfattande läkemedelsanvändningen kan innebära en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar. Ett resultatbaserat stöd för att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre ges för indikatorerna Olämpliga läkemedel, Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre och Användningen av antiinflammatoriska läkemedel.

### *Mer sammanhållen vård*

För att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån den äldres behov, ges resultatbaserat stöd till landsting och kommuner som

minskar indikatorerna Undvikbar sluten vård och Återinläggningar inom 30 dagar. Inom satsningen ges även stöd till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare som ska ge stöd och driva utvecklingen i de olika verksamheterna och till försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre.

## Analys och slutsatser

Regeringens arbete för ökad kvalitet i äldreomsorgen fortsätter. Av central betydelse har varit att utveckla samverkan och samordning mellan olika huvudmän och organisationer och se till så att tillgängliga resurser används effektivt. Ökade kunskaper, ett värdigt bemötande samt nya sätt att arbeta, där man bättre tar tillvara på och samordnar de resurser som finns kan leda till att samhällets resurser används mer effektivt. Det är därför viktigt att stödja kommunerna och landstingen i denna utvecklingsprocess, utan att staten tar över huvudmännens ansvar.

Under 2012 har flera av regeringens satsningar börjat visa resultat. Arbetet med lokala värdighetsgarantier har börjat konkretiseras i knappt en tredjedel av kommunerna och fler kommuner förväntas ansöka om stimulansbidragen fram till satsningens utgång 2014.

Satsningen på ett valfrihetssystem för att öka den enskildes delaktighet och inflytande har idag genererat cirka 900 verksamma utförare, de flesta inom hemtjänsten.

Kvalitetsregistren bidrar till att personalens arbetssätt effektiviseras och dokumenteras på ett mer strukturerat sätt.

Genom satsningarna på välfärdsteknologi och ett särskilt investeringsstöd har regeringen bidragit till ett mer tillgängligt och alternativt boende. Utveckling av eHälsa i socialtjänsten har påbörjats, för att skapa ökad tillgänglighet för invånarna och en ändamålsenlig informationshantering, så att rätt person ska ha rätt information vid rätt tillfälle.

Med de pågående utbildningsatsningarna för grundpersonal och ledare höjs kompetensnivån inom äldreomsorgens verksamheter. För att människor ska bibehålla sin autonomi så länge som möjligt återstår behovet av att vidareutveckla satsningar på rehabilitering, habilitering,

hjälpmedel, implementering av välfärdsteknologi och eHälsa.

## 7.4.2 Barn- och ungdomsvården

### Utvecklingen

Antalet barn som fått heldygnsplacering har ökat. Andelen tonårsflickor och tonårspojkar i befolkningen som blivit placerade i familjehem och tonårsflickor som blivit placerade i hem för vård och boenden (HVB) har långsamt ökat sedan 2004.

Bland pojkar i åldern 13–17 år har andelen i befolkningen som placerats på HVB däremot femdubblats under perioden 2004–2012, vilket till stor del kan förklaras av det ökande antalet asylsökande ensamkommande barn (Socialstyrelsen, Barn och unga – insatser år 2012).

Kommunernas kostnader för insatser till barn och unga var totalt 15,5 miljarder kronor 2012 (15,0 miljarder kronor 2011).

**Tabell 7.5 Kommunens kostnader för insatser till barn och unga.**

Miljarder kronor

	2008	2009	2010	2011	2012
Institutionsvård	4,7	4,7	4,7	5,3	5,4
Familjehemsvård	4,1	4,4	4,6	5,0	5,2
Öppna insatser	4,4	4,6	4,6	4,7	4,9
<b>Summa</b>	<b>13,2</b>	<b>13,7</b>	<b>13,9</b>	<b>15,0</b>	<b>15,5</b>

Källa: Statistiska centralbyrån. Kommunernas och landstingens bokslut 2009 – verksamhetsindelade, OE 25 SM 1001. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Fördelningen av de totala kostnaderna för 2011 är hämtade från beställd tabell från Räkenskapsammandragen, SCB. Kommunernas finanser 2012, RS för kommuner.

### Den sociala barn- och ungdomsvården

Som ett led i regeringens satsning på ökad trygghet och säkerhet i samhällsvården fick Socialstyrelsen 2011 i uppdrag att ta fram ett Program för trygg och säker vård i familjehem och HVB. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen tagit fram föreskrifter, allmänna råd samt vägledning och handböcker som ett stöd till professionen. Utöver detta har en vägledning om placerade barns utbildning och hälsa publicerats. Socialstyrelsen har även utvecklat en standardiserad bedömningsmetod för utredning av familjehem för att i ett tidigt skede kunna identifiera olämpliga presumtiva familjehem. I upp-

draget ingick också att ta fram ett material som kommunerna kan använda i grundutbildningen av familjehem. Socialstyrelsen har också haft i uppdrag att kommunicera och sprida det kunskapsstöd som myndigheten utarbetat. Uppdraget slutredovisades den 31 maj 2013 (S2011/1809/FST).

### Tillgång till insatser

Utbudet av insatser i den sociala barn- och ungdomsvården har i väsentlig utsträckning breddats under de senaste decennierna. Syftet har varit att ersätta institutionsvård med öppenvård.

Ungefär 28 200 barn och unga hade en eller flera öppenvårdsinsatser den 1 november 2012. Fler pojkar än flickor hade öppenvårdsinsats, 56 procent var pojkar och 44 procent var flickor.

Behovsprövat personligt stöd enligt SoL var den öppenvårdsinsats som flest barn och unga berördes av år 2012, enligt Socialstyrelsens statistik för insatser för barn och unga år 2012. Cirka 25 500 barn och unga fick den insatsen någon gång under året. Ungefär 19 200 barn och unga hade kontaktperson/-familj och cirka 10 200 fick någon gång under 2012 insatsen strukturerat öppenvårdsprogram.

Sedan flera år pågår en utveckling i kommunerna mot s.k. serviceinsatser, dvs. olika former av stöd som inte är individuellt behovsprövade. Stora skillnader råder mellan landets kommuner beträffande omfattning och karaktär. Det finns kommuner där serviceinsatser för barn och unga utgör minst en tredjedel av alla insatser medan andra kommuner endast undantagsvis erbjuder sådana insatser.

### Stärkt samverkan och barns behov i centrum

Av Socialstyrelsens öppna jämförelser 2013 framgår att nära 75 procent av kommunerna har överenskommelser om samverkan med skola och förskola, vilket är en förbättring i jämförelse med året innan. Även samverkan med barnhälsovården och samverkan med polis har ökat i förhållande till förra året (från 60 till 62 procent). Rapporter har visat att placerade barn har betydligt sämre hälsa än barn i övriga befolkningen, bl.a. har de en märkbart större användning av psykofarmaka. Av landets samtliga kommuner har 69 procent en pågående samverkan med barn- och ungdomspsykiatri.

En rättssäker handläggning och att barnets behov sätts i centrum är viktiga förutsättningar för att denna samverkan ska fungera tillfredsställande. 72 procent av kommunerna har, enligt data från öppna jämförelser 2012, ordinarie licens för Barns behov i centrum (BBIC), vilket är en ökning sedan år 2010.

#### *Heldygningsinsatser i familjehem eller HVB*

Socialtjänstens heldygningsinsatser till barn och unga ges framför allt i form av familjehemsplacering och i hem för vård eller boende (HVB). Under 2012 påbörjade ungefär 12 200 barn och unga heldygningsinsatser enligt SoL eller LVU. Av dem var cirka 9 300 barn och unga nytilkomna, dvs. de hade inte fått någon heldygningsinsats någon gång under de föregående fem åren. Den 1 november 2012 hade cirka 20 800 barn och unga heldygningsinsats. Nästan 29 600 barn och unga hade heldygningsinsats någon gång under 2012. Det är mer vanligt att pojkar får en heldygningsplacering jämfört med flickor, 60 respektive 40 procent.

Familjehem var den vanligaste placeringsformen bland barn och unga med insats den 1 november 2012 oavsett kön. 61 procent av dem som vårdades med stöd av SoL och 69 procent av dem som vårdades med stöd av LVU var familjehemsplacerade den 1 november 2012. Övriga var placerade i HVB (Socialstyrelsen, statistik för barn och unga – insatser år 2012).

#### **Familjehemsvård**

Tidigare studier och tillsyn har visat att ett stort antal placeringar avbryts oplanerat (s.k. sammanbrott). Under 2011 gav regeringen därför Socialstyrelsen ett uppdrag att genomföra en studie om social dygnsvård. Studien inriktar sig mot barn mellan 0–10 år. Av återrapporteringen från 2012 framgår att sammanbrott var vanligare bland de långvarigt placerade äldre barnen, än bland de yngre barnen. Könsfördelningen var jämn, flickor löper högre risk vid placeringar för s.k. sammanbrott än pojkar. Bland de långvarigt placerade barnen slutade 24 procent av placeringarna med tydliga sammanbrott, jämfört med 13 procent bland de yngre barnen. När tveksamma och misstänkta sammanbrott inkluderades, ökade andelen till 26 procent bland de långvarigt placerade barnen, jämfört med 21 procent bland de yngre barnen. Sammanbrott

bland långvarigt placerade barn föregicks ofta av varningssignaler till socialtjänsten, antingen från familjehemmet eller från barnet. Sådana varningssignaler var att barnet uttryckte att han eller hon inte trivdes i familjehemmet, eller att familjehemmet uttryckte sig i negativa termer om barnet.

#### **Tillsyn av HVB**

Alla HVB ska inspekteras minst två gånger per år, varav en av dessa inspektioner ska ske oanmäld. Fr.o.m. den 1 juni 2013 är det Inspektionen för vård och omsorg som ansvarar för socialtjänstens tillsynsverksamhet. Under 2012 har Socialstyrelsen genomfört inspektioner av totalt 690 HVB. Socialstyrelsen har samtalat med 2 031 pojkar och flickor som var placerade på HVB. De flesta ungdomar uttrycker att de trivs och känner sig trygga. Tillsynen visar överlag att skillnaderna i kvalitet mellan HVB för ensamkommande och HVB för behandling har blivit mindre sedan förra året.

#### *Skola och personalutbildning viktig*

Samarbete mellan skolan och HVB är viktigt för att de placerade barnen ska få den skolgång de har rätt till. Tillsynsrapporten visar att denna samverkan fungerar väl i de flesta fall. Det finns dock brister, främst vad det gäller ensamkommande barn. I 96 procent av inspekterade HVB har föreståndaren en adekvat utbildning. 95 procent av de inspekterade HVB har personal tillgänglig dygnet runt. Drygt hälften av personalen som arbetar på boendena når dock inte upp till kraven på lämplig kunskap och erfarenhet. Socialstyrelsen finner även att kunskapen om behandlingsmetoder är för låg.

#### **Uppföljning av vården i familjehem och HVB**

Från den 1 januari 2013 har nya bestämmelser trätt i kraft som ger socialnämnden ytterligare ansvar för uppföljning av vården i HVB och familjehem. Av 6 kap. 8 § SoL och 13 § första stycket LVU framgår att socialnämnden minst en gång var sjätte månad ska överväga om vården fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas. Enligt 6 kap. 7 b § SoL ska socialnämnden noga följa vården av de placerade barnen genom regelbundna besök, enskilda samtal

med den unge, samtal med den eller dem som tagit emot barnet i sitt hem och samtal med vårdnadshavarna. Varje barn och ungdom som placerats i ett HVB eller familjehem ska få en särskilt utsedd socialsekreterare som ansvarar för kontakterna med barnet eller den unge. Socialsekreteraren ska regelbundet besöka barnet eller den unge, föra enskilda samtal med den unge, föra samtal med familjehemmet samt föra samtal med vårdnadshavarna.

### Kompetens- och metodutveckling

Kompetens- och metodutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården är viktig. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram Programmet för trygg och säker vård i familjehem och HVB. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende (SOSFS 2012:11) har reviderats (oktober 2012). Den tillhörande handboken och en ny vägledning som vänder sig till socialtjänsten, hälso- och sjukvården, tandvården och skolan publicerades i januari 2013. Där framhåller Socialstyrelsen, tillsammans med Skolverket, bland annat vikten av att undersöka barnets psykiska och fysiska hälsa (inklusive tandhälsa), och utbildningsbehov, i samband med placeringen. Uppdraget har varit begränsat till placerade barn.

#### *Vägledning för barnets bästa*

Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att ta fram ett en vägledning i syfte att visa på hur den sociala barnvården och familjerätten kan gå tillväga för att dokumentera och synliggöra barnens bästa. En del av uppdraget var även att ta fram en vägledning för hur socialtjänsten bör agera när man får vetskap om att brott riktats mot ett barn. Vägledningen ska vara ett stöd till socialtjänsten i övervägandet om hur och när en polis-anmälan ska göras.

### Kvalitetsarbete

Sedan den 1 januari 2013 ska socialnämnden se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och unga.

Nästan alla kommuner, 92 procent, har rutiner för hantering av fel och brister. Klagomålshanteringen är ett viktigt verktyg i arbetet för att utveckla och förbättra servicen och kvaliteten i socialtjänstens verksamheter. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas om hand, sammanställas och analyseras.

Av Socialstyrelsens Öppna jämförelser som publicerades 2013 framgår att 43 procent av kommunerna i landet har undersökt och använt barnets och föräldrarnas uppfattning för att utveckla verksamheten. 24 procent av kommunerna har följt upp resultatet av insatser i dygnsvård på gruppnivå.

### Ersättning för vanvård i samhällsvården

Ersättningsnämnden, den myndighet som på regeringens uppdrag inrättats för att pröva rätten till ersättning för barn som omhändertogs i samhällsvård mellan 1920 och 1998 och då utsattes för allvarliga övergrepp eller försummelser, har varit verksam sedan den 1 januari 2013. Nämndens uppdrag är att handlägga och besluta i ersättningsfrågor efter det att ansökan lämnats till nämnden. De första besluten fattades i slutet av mars 2013. Fram till och med den 19 augusti 2013 hade 309 ansökningar beviljats. Ersättningen lämnas med ett schablonbelopp om 250 000 kronor.

### Ensamkommande barn

År 2012 ansökte närmare 3 600 ensamkommande barn om asyl i Sverige, vilket motsvarar en ökning med 35 procent jämfört med år 2011. Majoriteten av dem som har sökt asyl under 2012 är pojkar 15–17 år, från framför allt Afghanistan och Somalia. (Årsredovisning 2012, Migrationsverket). De flesta ensamkommande barn och unga placeras på HVB.

Samarbetet med skolan kan ibland vara problematiskt för de ungdomar som inte är skolpliktiga, dvs. för de asylsökande ensamkommande barnen. Det har uppmärksammats i tillsynen att utformningen av undervisningen för de ensamkommande barnen varierar mer och tycks fungera sämre än för andra placerade ung-

domar. (Tillsynsrapport 2013, Socialstyrelsen). Socialstyrelsen har i uppdrag att kartlägga de behov som ensamkommande barn har och analysera om dessa barns behov möts. Uppdraget ska redovisas i december 2013.

## Statligt bedriven ungdomsvård

### Utvecklingen

Statens institutionsstyrelse (SiS) drev 25 ungdomshem under 2012 med sammanlagt 645 platser, inklusive platser för slutna ungdomsvård (640 under 2011). Antalet ungdomar som skrevs in för tvångsvård ökade från 1 148 ungdomar 2011 till 1 210 ungdomar 2012 (72 procent pojkar och 28 procent flickor). Beläggningen sjönk något till 88 procent (90 procent 2011). Möjligheten att placera ungdomar omgående har ökat för pojkar – 80 procent 2012 mot 71 procent året innan. För flickor har emellertid möjligheten att placera omgående minskat från 60 procent 2011 till 53 procent 2012 (SiS årsredovisning 2012).

Antalet inskrivna ungdomar som skrevs in för vård enligt LSU minskade drastiskt 2012 jämfört med året innan, 46 ungdomar (42 pojkar och 4 flickor) 2012 mot 79 ungdomar (76 pojkar och 3 flickor) 2011. Den genomsnittliga strafftiden vid frigivning ökade något – från 9,1 månader år 2011 till 9,5 månader år 2012 (SiS årsredovisning för 2012).

### Tillsyn av de särskilda ungdomshemmen

Socialstyrelsen har genomfört 98 inspektioner vid de 25 särskilda ungdomshemmen, både anmälda och oanmälda. I den anmälda tillsynen har utövandet av de särskilda befogenheterna granskats. Socialstyrelsen har också under 2010 och 2011 granskat ett urval särskilda befogenheter per institution. Vid inspektionerna har Socialstyrelsen tagit del av dokumentation och intervjuat institutionsföreståndare och övrig personal. Inspektörerna har även samtalat med ungdomar. Sammanlagt har 246 samtal med ungdomar genomförts.

Socialstyrelsen har dragit två övergripande slutsatser när det gäller tillsynen av de särskilda ungdomshemmen. Först konstaterar Socialstyrelsen att SiS bör förankra de riktlinjer som utarbetats avseende tillämpningen av s.k. teckeneko-

nomi, liksom reglerna i förvaltningslagen om dokumentation och underrättelse om beslut. Teckenekonomi innebär att man systematiskt uppmärksammar och premierar önskade beteenden för att motivera och förstärka önskvärda handlingar. Vidare konstaterar Socialstyrelsen att ungdomarna på SiS är övervägande positiva till vistelsen, trots att de kan bli föremål för yttlig kroppsbesiktning, drogtestar och andra begränsningsåtgärder. Det tyder enligt Socialstyrelsen på att institutionerna beaktar deras rättigheter (Tillsynsrapport 2012, Socialstyrelsen).

### Särskilda befogenheter

För att ungdomarna, klienterna och personalen ska ha en trygg och säker miljö har personalen rätt att i vissa situationer använda s.k. särskilda befogenheter.

Tillämpningen av de särskilda befogenheterna, som är lagstadgade, har diskuterats i fokusgrupper med ungdomar och klienter. Resultaten av sammanlagt 26 fokusgrupper som genomfördes från och med november 2011 till och med januari 2012 har sammanställts och de visar att personalens förmåga att bemöta ungdomar och klienter på ett respektfullt sätt är avgörande för hur tillämpningen av befogenheterna uppfattas.

### Ungdomarna intervjuas

Vid utskrivningen erbjuds ungdomarna en intervju avseende deras tid på institutionen. Under 2012 intervjuades 61 procent av ungdomarna som vårdats enligt LVU. Av de som intervjuades anser 70 procent att de har kunnat komma till tals, 65 procent anser att de har kunnat framföra sina åsikter när utskrivningen planerades och 80 procent av ungdomarna tycker att personalen har tagit sig tid att prata med dem när de har behövt prata.

74 procent tycker att personalen har förstått vad de vill ha hjälp med och 62 procent anser att de har fått hjälp med de problem som de har velat ha hjälp med. Det finns inga större skillnader mellan pojkar och flickor eller i jämförelse med föregående år (SiS årsredovisning för 2012).

Av de ungdomar som har avtjänat slutna ungdomsvård intervjuades 74 procent vid utskrivningen. 73 procent av dessa anser att personalen har förstått vad de vill ha hjälp med, 61 procent



anser att de har fått den hjälp de har behövt och 80 procent tycker att personalen har tagit sig tid att prata när de har behövt det. 77 procent av LSU-dömda ungdomar uppger att de har kunnat komma till tals och framföra sina åsikter vid planering och utskrivning (SiS årsredovisning för 2012).

## Analys och slutsatser

Utredningar, lägesrapporter och den statliga tillsynen visar att det skett en positiv utveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. avseende öppna insatser och förebyggande arbete. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar också på en positiv utveckling, exempelvis beträffande andelen kommuner som har en bemannad socialjour dygnet runt. Dock finns det fortfarande stora skillnader mellan kommunerna. Socialstyrelsens tillsyn visar även att det fortsatt förekommer brister inom den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. finns det skillnader i vården vid HVB mellan ensamkommande barn och övriga. Vidare behöver kompetensen hos personalen inom den sociala barn- och ungdomsvården utvecklas. Samverkan med hälso- och sjukvården behöver också förbättras så att placerade barn får tillgång till den vård de behöver.

### 7.4.3 Familjerätt

Enligt barnkonventionen har alla barn rätt till trygga uppväxtvillkor och till att få utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar. Föräldrarna har huvudansvaret för att tillgodose barnets behov och säkerställa de rättigheter som barnet har. Staten ska ge lämpligt bistånd till föräldrarna under barnets uppväxt. Detta gäller oavsett om föräldrarna är sammanlevande eller inte.

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen ett övergripande ansvar för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden. I det arbetet ingår att utreda barns behov av skydd eller stöd när det kan finnas behov av åtgärder från samhällets sida. Av socialtjänstlagen framgår att ansvaret även omfattar stöd till föräldrar som inte är sammanboende eller separerade i de fall då de har svårt att komma överens i frågor som rör barnets vårdnad, boende eller umgänge.

Kommunerna ska sörja för att familjerådgivning erbjuds alla som begär det och de är skyldiga att erbjuda samtal under sakkunnig ledning i syfte att nå enighet i frågor som rör vårdnad, boende och umgänge. Samarbetssamtalen syftar till att finna lösningar som är till för barnets bästa.

## Separationsteam

Särlevandeutredningen (SOU 2011:51) har lämnat förslag om att en försöksverksamhet med s.k. separationsteam bör prövas i ett antal kommuner i syfte att individanpassa stödinsatser där flera olika professioner samverkar. En separation kan ställa stora krav på föräldrarna och bidra till konflikter dem emellan, vilket många gånger drabbar barnen i familjen. Föräldrarna kan behöva ett omfattande och samlat stöd i en sådan process. Socialstyrelsen presenterade i januari 2013 en förstudie där man redovisar förutsättningarna för att bedriva försöksverksamhet med separationsteam. Förstudien visade att separationsteam bör betraktas som en samverkansform där olika myndigheter gemensamt kan erbjuda familjer ett samordnat stöd och insatser utifrån det regelverk och det uppdrag som gäller för den ordinarie verksamheten. Utgångspunkten bör vara en helhetssyn på familjen och fokus för verksamheten ska vara barnets bästa. Socialstyrelsen anger att det är angeläget att en försöksverksamhet med separationsteam genomförs som därefter följs upp och utvärderas.

## Nationella adoptioner

När ett barn behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna ska socialnämnden sörja för att barnet tas emot i ett familjehem eller i ett hem för vård eller boende. Socialnämnden har då en skyldighet att minst var sjätte månad överväga om vården fortfarande behövs. När barnet varit placerat i samma familjehem under tre år, ska socialnämnden särskilt överväga om det finns anledning att flytta vårdnaden till en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare. Som ett ytterligare led kan även en adoption övervägas för barn som varit långvarigt placerade utifrån en bedömning i det enskilda fallet.

Under 2012 lämnade kommunerna knappt 300 yttranden över nationella adoptioner, dvs. adoptioner av barn 0–17 år födda i Sverige. Flerparten av yttrandena (knappt 86 procent) avsåg adoption av styvbarn. Cirka 5 procent gällde adoption av barn i familjehem, dvs. sådana fall där de presumtiva adoptivföräldrarna hade eller tidigare har haft barnet i sin vård. Resterande knappt 10 procent av yttrandena avsåg övriga nationella adoptioner av barn i åldrarna 0–1 år. Antalet yttranden över styvbarnsadoptioner, som genomgående är vanligast förekommande, har sedan 2008 legat på runt 85 procent av det totala antalet yttranden, bortsett från 2010 som avvek från denna nivå (Socialstyrelsen Familjerätt 2012).

### Internationella adoptioner

Även om det förekommer relativt stora fluktuationer mellan olika år, fortsätter den generella trenden att allt färre barn adopteras till Sverige. Under 2012 förmedlades 466 utländska barn, varav 199 flickor och 267 pojkar, för adoption genom de auktoriserade adoptionsammanslutningarna. Det innebär en minskning med 15 procent jämfört med året innan.

Myndigheten för internationella adoptioner (MIA) har under 2012 även prövat 44 ärenden om s.k. enskild adoption, dvs. ärenden som inte förmedlas via de auktoriserade organisationerna p.g.a. att det föreligger särskilda skäl, så som tidigare anknytning. Antalet sådana ärenden ligger relativt stabilt över tid.

Kommunerna har under 2012 genomfört drygt 1 300 utredningar om medgivande till internationell adoption. Antalet medgivandeutredningar var nästan identisk med föregående år. Det innebär ett trendbrott efter flera år med minskande antal medgivandeutredningar.

Som del i tillsynen över organisationerna genomför MIA en enkätundersökning med samtliga föräldrar som adopterat. Föräldrarna var under 2012 generellt sett nöjda med organisationernas arbete men ett visst missnöje fanns vad gäller brist på information under tiden föräldrarna väntade på barnbesked och på att informationen om barnet inte visade sig stämma fullt ut.

Under 2012 har MIA arbetat med att stärka stödet till adopterade som söker sitt ursprung. Arbetet har bedrivits i samråd med berörda adoptionsorganisationer, adopterades organisationer, myndigheter, yrkesverksamma och genom möten med utländska aktörer i ursprungsländer. Aktuell forskning på området har setts över och bildar en grund för arbetet. Som resultat av arbetet finns nu en samlad, kvalitetssäkrad kunskap och vägledning som vänder sig till adopterade, deras familjer och vänner samt yrkesverksamma inom exempelvis socialtjänsten.

### Analys och slutsatser

I takt med att den ekonomiska och sociala situationen förbättras i många av de ursprungsländer som Sverige samarbetat med, förbättras familjernas möjligheter att själva sörja för sina barn och länderna klarar i större utsträckning av att adoptera barn som är i behov av en ny familj nationellt. Det är i grunden en positiv utveckling. Som en följd minskar sedan ett tiotal år antalet barn som adopteras till Sverige, även om fluktuationen mellan vissa år varit relativt stor. Nya ursprungsländer har därför blivit aktuella i den svenska internationella adoptionsverksamheten samtidigt som komplexiteten i förmedlingsverksamheten ökat. Tillsynsbehovet har därmed vuxit. MIA fick mot den bakgrunden ökat anslag fr.o.m. 2010 för att utveckla och förstärka tillsynen, men även för att intensifiera utbildnings- och informationsinsatser till yrkesverksamma samt för att utveckla stödet till adopterade som söker information om sitt ursprung. Detta stödbehov har ökat under senare år.

### 7.4.4 Ekonomiskt bistånd

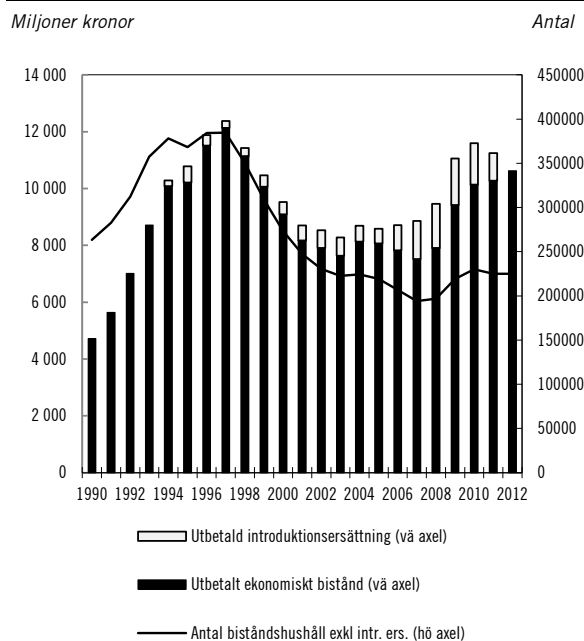
Enligt socialtjänstlagen (SoL) har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Biståndet ska tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå och utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Rätten till bistånd bygger på en individuell behovsbedömning och är relaterad till hela hushållets behov.

Om den enskilde är arbetslös har socialnämnden, enligt väl etablerad praxis, rätt att kräva att han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande på heltid och är villig att ta anvisat arbete. Det innebär också en skyldighet att delta i verksamheter som anordnas för arbetslösa inom ramen för den nationella arbetsmarknadspolitiken. Genom 4 kap. 4 § SoL har socialnämnden sedan 1 juli 2013 rätt att kräva av den som får försörjningsstöd under viss tid ska delta i av nämnden anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om den enskilde inte har kunnat erbjudas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Socialnämnden har en skyldighet att samråda med Arbetsförmedlingen.

#### Utvecklingen

Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd uppgick under 2012 till 10,6 miljarder kronor att jämföra med 11,2 miljarder kronor 2011. I beloppen för 1993–2011 ingår även utbetalningar av introduktionsersättning till flyktingar och andra skyddsbehövande. Statistiken bör dock tolkas försiktigt p.g.a. ändrad uppgiftsinsamling och den etableringsreform som trädde i kraft den 1 december 2010. Reformen innebar att flyktingar och andra skyddsbehövande och deras anhöriga som deltar i etableringsinsatser har rätt till statlig etableringsersättning, vilket reducerar behovet av ekonomiskt bistånd. Antalet hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under 2012 uppgick till 225 100 (5,7 procent av befolkningen). Fördelningen av biståndsmottagandet mellan kvinnor och män var i stort sett helt jämn (49 procent kvinnor och 51 procent män).

**Diagram 7.2 Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1990–2012**



Källa: Socialstyrelsen.

Introduktionsersättning enligt lagen (1992:1068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar upphävdes i december 2010 men övergångsbestämmelser gäller. I Socialstyrelsens officiella statistik över ekonomiskt bistånd inkluderas introduktionsersättning under åren 1993–2011. Fr.o.m. 2012 saknas uppgifter om utbetald introduktionsersättning.

#### Skälig levnadsnivå

Försörjningsstödet är uppdelat i en för riket gällande norm (riksnormen) samt en del som avser rätt till ersättning för skäliga kostnader för ett antal andra behovsposter, exempelvis boendekostnader.

För exempelvis en ensamstående vuxen utan barn uppgår riksnormen under 2013 till 3 880 kr per månad. För en ensamstående vuxen med två barn (fyra och sex år) uppgår riksnormen till 8 220 kr per månad. Ett hushålls behov av försörjningsstöd beräknas normalt genom att riksnormen läggs ihop med skäliga kostnader för boende, hushållsel m.m. Från detta belopp avräknas sedan hushållets totala inkomster och transfereringar. Undantag görs emellertid sedan 1 juli 2013 för 25 procent av inkomster av anställning för den som haft försörjningsstöd i sex månader i följd. Denna särskilda beräkningsregel (jobbstimulans) gäller sedan för den enskilde under en period av två år. Den som före lagändringen hade ekonomiskt bistånd och tog ett tillfälligt arbete eller höjde sin arbetsinkomst kunde riskera att det ekonomiska biståndet minskade i samma omfattning som inkomstökningen, dvs.

marginaleffekten uppgick till 100 procent. Genom införandet av jobbstimulansen lönar det sig alltid ekonomiskt att ta ett arbete för den som haft försörjningsstöd i sex månader.

### Öppna jämförelser 2012

Socialstyrelsen publicerar sedan 2011 öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd. För 2012 har det tillkommit kvalitetsindikatorer inom ett antal områden, exempelvis helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet samt tillgänglighet. I det följande nämns resultaten inom några av dessa områden.

#### *Rutiner för samverkan*

Personer med insats från socialtjänsten kan även ha behov av insatser från andra myndigheter. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd 2012 framgår bl.a. att endast 21 procent av landets kommuner och stadsdelar har en gemensam skriftlig rutin tillsammans med Arbetsförmedlingen för hur de ska samarbeta för att stödja enskilda biståndsmottagare. Motsvarande uppgifter för samverkan med Försäkringskassan är 12 procent, med primärvården 13 procent och med den psykiatriska öppenvården 12 procent.

#### *Rutiner för barn som far illa*

De flesta familjer som kommer i kontakt med socialtjänsten gör det på grund av att de har ett behov av ekonomiskt bistånd. Barnen lever i en del av dessa familjer under problematiska förhållanden. Det är då viktigt att se till att en barnavårdsutredning snabbt kommer till stånd. Förekomst av aktuella rutiner för aktualisering av barn som far illa ingår som en indikator i öppna jämförelser. Indikatorn visar att i 24 procent av kommunerna bedrivs verksamhet med ekonomiskt bistånd och barn- och ungdomsvård av samma personal och chef och en rutin för aktualisering av barn som misstänks fara illa är därför inte relevant. I 20 procent av kommunerna finns en gemensam rutin för hur aktualisering ska gå till men i 56 procent av kommunerna saknas en sådan rutin.

#### *Strukturerad mall för utredningar*

För att det ska vara möjligt för socialtjänsten att hjälpa människor att bli självförsörjande måste individens eller familjens behov av stöd och hjälp

utredas. Ett utredningsstöd i form av en strukturerad utredningsmall kan tjäna som stöd för handläggaren och främja en helhetssyn på människors situation. I vissa fall är det emellertid inte motiverat att göra en omfattande utredning, t.ex. om behovet är av engångskaraktär. Öppna jämförelser visar att 63 procent av kommunerna systematiskt använder en strukturerad mall för att utreda biståndssökandes helhetssituation.

#### *Arbetsbefrämjande insatser*

En indikator för tillgänglighet är bl.a. förekomst av arbetsbefrämjande insatser. Av öppna jämförelser framgår att 65 procent av landets kommuner kan tillhandahålla någon form av kommunalt finansierad arbetsbefrämjande insats för unga vuxna och som kan påbörjas inom en månad från nybesök. Tillgången till insatser för arbetslösa unga säger dock, enligt Socialstyrelsen, inte något om insatsernas kvalitet.

#### *Genomförandeplaner*

Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Att personer med försörjningsproblem snabbt och effektivt får stöd för att uppnå självförsörjning är viktigt. Socialstyrelsen anser att en planering för hur den enskilde ska uppnå självförsörjning bör, efter en grundlig utredning, dokumenteras i en genomförandeplan som sedan är utgångspunkt för uppföljning och utvärdering. Öppna jämförelser visar att 53 procent av kommunerna regelmässigt upprättar en genomförandeplan tillsammans med den enskilde inom tre månader. I 51 procent av kommunerna undertecknas genomförandeplaner alltid av den enskilde och i 44 procent av kommunerna följs den regelmässigt upp tillsammans med den enskilde minst var tredje månad.

### Arbetslöshet den vanligaste orsaken

Enligt Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2011 framgår att det mest förekommande försörjningshindret är relaterat till arbetslöshet. År 2011 hade ca 107 000 personer (40 procent av biståndsmottagarna) ett försörjningshinder som huvudsakligen hade med arbetslöshet att göra. Otillräcklig eller ingen ersättning från sjukförsäkringen vid sjukdom var det näst vanligaste skälet, och omfattade 30 300 personer (12 procent). Det tredje mest vanliga

skälet var det som benämns arbetshinder – sociala skäl. Med sådant arbetshinder avses en person som inte står till arbetsmarknadens förfogande och som socialtjänsten bedömer ha nedsett arbetsförmåga eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. Drygt 28 000 personer (11 procent) registrerades under detta försörjningshinder.

#### *Kommunernas åtgärder*

De åtgärder som kommunerna bedriver för arbetslösa biståndsmottagare är ofta organiserade inom särskilda arbetsmarknadsenheter. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting finns det arbetsmarknadsrelaterade åtgärder i 85 procent av kommunerna och kostnaderna för åtgärderna uppgår enligt SCB:s räkenskapsammansdrag till ca 3,8 miljarder kronor netto under 2012. Det saknas för närvarande en samlad nationell kunskap om hur socialtjänsten allmänt arbetar med ekonomiskt bistånd, dvs. vilka insatser som ges och vad de ger för resultat. Inom Socialstyrelsen pågår ett statistikutvecklingsarbete för att samla in uppgifter om vilken typ av arbetsbefrämjande insatser som kommunerna erbjuder biståndsmottagare.

#### **Unga är överrepresenterade**

Unga är överrepresenterade bland dem som får sin försörjning genom ekonomiskt bistånd. Bland de unga 18–24 år hade 8 procent ekonomiskt bistånd någon gång under 2012, att jämföra med 7 procent 2011. I den vuxna befolkningen som helhet uppgick denna andel till drygt 4 procent under 2011. Det är ingen större skillnad mellan män och kvinnor när det gäller mottagande av ekonomiskt bistånd bland de unga såväl som bland de äldre. Däremot är det stor skillnad beroende på var de är födda. För inrikes födda unga var andelen biståndsmottagare 6 procent och för utrikes födda 23 procent. Se vidare tabell 7.6. Jämfört med 1997, då biståndsmottagandet bland unga var som högst, har dock andelen unga som har bistånd nästan halverats.

Cirka 2,5 procent av de unga (18–24 år) hade bistånd under minst 10 månader per år (dvs. långvarigt ekonomiskt bistånd). Bland unga var arbetslöshet betydligt vanligare som försörjningshinder än bland äldre. Drygt hälften av de unga hade arbetslöshet som försörjningshinder. Sociala skäl utgjorde försörjningshinder för ca 8 procent av de unga. Vidare hade ca 7 procent

av de unga registrerats under benämningen annat försörjningshinder, vilket främst rörde ekonomiskt bistånd vid grundskole- och gymnasiestudier.

**Tabell 7.6 Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd 2007–2012**

Procent av befolkningen 18–24 år	2008	2009	2010	2011	2012
Samtliga unga vuxna 18–24 år	8	9	9	8	8
Varav:					
– Kvinnor, inrikes födda	6	7	6	6	6
– Kvinnor, utrikes födda	22	23	24	22	21
– Män, inrikes födda	5	7	7	6	5
– Män, utrikes födda	23	24	25	23	22

Introduktionsersättning enligt lagen (1992:1068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar upphävdes i december 2010 men övergångsbestämmelser gäller. I Socialstyrelsens officiella statistik över ekonomiskt bistånd inkluderas introduktionsersättning under åren 1993–2011. Fr.o.m. 2012 saknas uppgifter om utbetald introduktionsersättning.  
Källa: Socialstyrelsen

#### *Långvarigt biståndsmottagande ökar*

Andelen långvariga biståndsmottagare (bistånd i minst 10 månader under kalenderåret) fortsatte att öka. År 2012 fick 40 procent av biståndsmottagarna bistånd under minst tio månader av året (fördelningen mellan kvinnor och män är i stort sett jämn). Av de långvariga biståndsmottagarna var 40 procent inrikes födda och 60 procent utrikes födda.

För utrikesfödda har vistelsetiden i Sverige en avgörande betydelse för biståndsmottagandets omfattning och längd. Ju kortare tid i Sverige, desto högre andel biståndsmottagande.

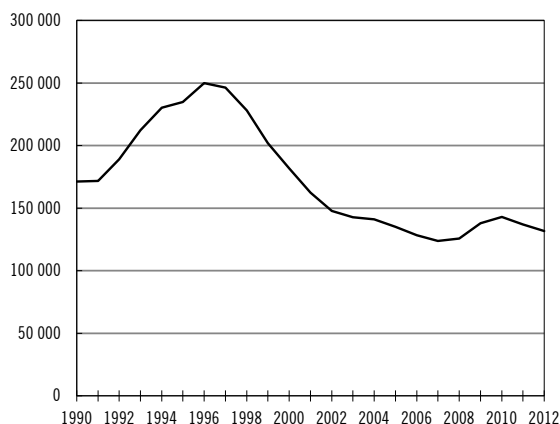
#### **Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd**

Antalet barn som levde i hushåll med ekonomiskt bistånd 2012 uppgick till ca 132 000. Antalet barn minskade men andelen av alla barn i populationen (7 procent) var oförändrad jämfört med 2011. Se diagram 7.3.

Under 2012 fick 36 200 ensamstående kvinnor med barn ekonomiskt bistånd, vilket uppskattningsvis utgör 23 procent av denna hushållstyp i befolkningen. Ekonomiskt bistånd är vanligast förekommande i denna hushållstyp. Under mitten av 1990-talet hade 37 procent av dessa hushåll ekonomiskt bistånd. Drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008, i samband med finanskrisen, började dock andelen att öka igen. Motsvarande

andel under 2012 är 8 procent för ensamstående män med barn och 3 procent för sammanboende par med barn.

**Diagram 7.3 Antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd 1990–2012**



Källa: Socialstyrelsen

Introduktionsersättning enligt lagen (1992:1068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar upphävdes i december 2010 men övergångsbestämmelser gäller. I Socialstyrelsens officiella statistik över ekonomiskt bistånd inkluderas introduktionsersättning under åren 1993–2011. Fr.o.m. 2012 saknas uppgifter om utbetald introduktionsersättning.

## Analys och slutsatser

Arbetslöshet är den vanligaste orsaken till behov av ekonomiskt bistånd. Unga, ensamstående kvinnor med barn och utrikes födda är överrepresenterade bland biståndsmottagarna. Andelen långvariga biståndsmottagare ökar i alla åldrar. Det krävs breda och långsiktiga lösningar för att motverka denna utveckling. För att motverka att dessa grupper fastnar i passivitet är det viktigt att fortsätta stärka drivkrafterna för arbete. Mot denna bakgrund infördes fr.o.m. den 1 juli 2013 en jobbstimulans inom det ekonomiska biståndet. Denna innebär att den som haft försörjningsstöd i sex månader i följd får undanta 25 procent av inkomster av anställning vid beräkning av rätten till ekonomiskt bistånd. Den särskilda beräkningsregeln gäller sedan i två år. Samtidigt höjdes fribeloppet för inkomster av eget arbete som hemmavarande barn och skolungdomar har rätt att tjäna utan att familjens ekonomiska bistånd påverkas. Gränsen höjdes från ett halvt prisbasbelopp per kalenderår till ett prisbasbelopp.

Arbetslinjen innebär att individen ska få stöd att komma in på arbetsmarknaden eller komma tillbaka dit, men även att krav ställs på individen att hitta en långsiktig egen försörjning. Därför har socialnämnden fr.o.m. den 1 juli 2013 fått

utökade möjligheter att anvisa en biståndsmottagare till praktik eller kompetenshöjande verksamhet om denne inte har kunnat erbjudas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Det är viktigt att samarbetet mellan kommuner och Arbetsförmedlingen, liksom med andra myndigheter, fungerar effektivt och att biståndsmottagare får stöd och insatser som är anpassade efter behov. Få kommuner har emellertid gemensamma rutiner för samverkan med andra myndigheter. Samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen inför beslut om lämpliga insatser bör därför utvecklas. Vidare ska socialtjänsten särskilt uppmärksamma om en arbetssökande behöver ytterligare stöd för att kunna stå till arbetsmarknadens förfogande. Socialtjänstens arbete bör i ökad utsträckning baseras på bästa tillgängliga kunskap om vilka arbetssätt och insatser som bidrar till långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem. Socialstyrelsens öppna jämförelser kan bidra positivt till denna utveckling.

## 7.4.5 Missbruks- och beroendevården

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för insatser till personer med missbruks- eller beroendeproblem. Det finns svårigheter med att redovisa vilka insatser som sammantaget ges i kommuner och landsting. Av Socialstyrelsens lägesrapport 2013 framgår att kommunernas totala insatser är relativt konstant över tid, men att andelen öppenvård ökar samtidigt som institutionsvården minskar. Socialtjänsten erbjuder även olika serviceinsatser som dock inte fångas upp i statistiken. Även hälso- och sjukvården ger behandlingsinsatser i såväl öppensom slutenvård. Insatser kan ges inom primärvården, den specialiserade beroendevården eller allmänpsykiatrin. Det saknas en heltäckande bild över landstingens öppenvårdsinsatser, men statistik över antalet slutenvårdade personer visar en ökning. Ökningen sker framför allt bland de äldsta patienterna, för såväl kvinnor som män.

### Utvecklingen

Det totala antalet individuellt behovsprövade insatser för personer med missbruk inom socialtjänsten har ökat 2012 jämfört med 2007. Tvångsvården utgör en relativt liten del av insti-

tutionsvården (se 7.8.2 Statligt bedriven missbruksvård).

Kostnaderna för kommunernas missbruks- och beroendevård har ökat med ca 7 procent jämfört med 2008. Kommunernas kostnader var totalt 6,0 miljarder kronor 2012 (5,9 miljarder kronor 2011).

**Tabell 7.7 Kommunens kostnader för missbruksvård**

Miljarder kronor

	2008	2009	2010	2011	2012
Institutionsvård	2,3	2,3	2,5	2,5	2,6
Familjehemsvård	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Öppna insatser	3,1	3,0	3,1	3,2	3,2
<b>Summa</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>

Källa: Statistiska centralbyrån. Kommunernas och landstingens bokslut 2009 – verksamhetsindelade, OE 25 SM 1001. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2010, OE 30 SM 1101. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011, OE 30 SM 1201. Fördelningen av de totala kostnaderna för 2011 är hämtade från beställd tabell från Räkenskapsutskottet, SCB. Kommunernas finanser 2012, RS för kommuner.

## Öppna jämförelser

Socialstyrelsens öppna jämförelser från 2012 visar att 45 procent av kommunerna uppger att de har kartlagt sina klienter och 38 procent har gjort en bedömning av hur insatserna stämmer med klienternas behov. Bland de integrerade enheterna har drygt hälften bedömt klienternas vårdbehov och hur insatserna möter detta. Endast ett fåtal landsting har gjort motsvarande bedömning. Öppna jämförelser visar att det varken inom hälso- och sjukvården eller socialtjänstens missbruksvård finns några större problem med långa väntetider för utredning och insats. Undantaget är läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende där såväl den geografiska tillgängligheten som väntetiderna till behandling varierar och i vissa landsting är situationen otillfredsställande. Hälften av kommunerna uppger att socialtjänsten har ett samarbete med en FoU-enhet/universitet eller högskola i syfte att utveckla arbetet med personer med missbruks- eller beroendeproblem.

## Utvecklingsarbete med de nationella riktlinjerna

Den vetenskapliga utvärdering som följer satsningen Kunskap till Praktik visar att både de bedömnings- och behandlingsmetoder, som rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer har

fått ökat genomslag inom både socialtjänsten och psykiatri/beroendevården. Användningen av de behandlingsmetoder som utvecklingsarbetet fokuserat på ökade i genomsnitt med 17 procent inom socialtjänsten och med 20 procent inom psykiatri/beroendevård mellan 2010–2011. Utvärderingen kommer att pågå till och med 2014.

## Delaktighet och brukarinflytande

Resultatet av öppna jämförelser 2012 visar att 42 procent av kommunerna uppger att de har gjort en brukarundersökning som ett led i ett systematiskt kvalitetsarbete. Motsvarande andel bland beroendemottagningarna är 72 procent. Kunskap till praktik har brukarmedverkan som ett prioriterat utvecklingsområde. Utvecklingsarbetet har genomförts i nära samarbete med ett antal brukarorganisationer, bl.a. RFHL, Verdandi och Rainbow Sweden. Som ett resultat finns nu brukarråd i 19 län. Dessutom har en metod för att genomföra brukarstyrda brukarrevisioner utvecklats, vilket är ett viktigt komplement till annan verksamhetsuppföljning.

## Statligt bedriven missbruksvård

Statens institutionsstyrelse (SiS) drev 11 LVM-hem under 2012 som sammanlagt hade 349 platser (oförändrat från 2011). Antalet intagna personer minskade från 962 föregående år till 948 under 2012 (34 procent kvinnor och 66 procent män). Den genomsnittliga beläggningen minskade till 89 procent (93 procent 2011). Genomsnittligt antal vård dygn för utskrivna klienter var 138 (140 under 2011), (SiS årsredovisning för 2012).

Under 2012 har 962 utskrivningar gjorts efter vård enligt LVM, varav 32 procent gällde kvinnor. Utöver dessa gjordes 154 utskrivningar efter frivillig vård, varav 31 procent gällde kvinnor. Majoriteten av de som skrevs ut efter vård enligt LVM hade vårdats i sex månader (SiS årsredovisning 2012).

## Klienternas uppfattning

Vid utskrivningen intervjuas klienterna om hur de har upplevt tiden på LVM-hemmet. Av de

klienter som skrevs ut under 2012 intervjuades knappt hälften. 90 procent av de intervjuade upplever att det funnits någon i personalen att prata med när de har behövt det och 80 procent tycker att de har fått bra stöd av personalen att fundera över sin situation. 84 procent tycker att de fick ett bra mottagande när de kom till institutionen. Männen uppger oftare än kvinnorna att de är nöjda med den omvårdnad de har fått. En större andel kvinnor än män, 70 procent respektive 51 procent, upplever att de har fått hjälp med sina drogproblem (SiS årsredovisning 2012).

### Analys och slutsatser

Avsaknad av statistik och varierande vårdorganisation över landet gör det svårt att ge en tydlig bild av utvecklingen av hur många personer som får behandlingsinsatser p.g.a. missbruk eller beroende. Det är inte heller självklart att antalet behandlingsinsatser speglar vårdbehovet. Studier om konsumtionsmönster visar att personer med redan hög konsumtion av alkohol och narkotikamissbruk ytterligare ökar sin konsumtion, samtidigt som allt fler väljer bort alkohol och droger. Missbruksutredningen (SOU 2011:35) bedömde att endast en av fem individer med missbruks- eller beroendeproblematik nås av vården, vilket sannolikt till stor del speglar vårdens tillgänglighet, attraktivitet, men även individers bristande motivation att söka vård. I en forskningsbilaga som publicerats av Missbruksutredningen dras slutsatsen att den specialiserade vården i huvudsak når personer där beroendet också åtföljs av sociala problem, t.ex. försörjnings- eller bostadsproblem. Det stora flertalet alkoholberoende har dock inte denna problematik och nås följaktligen inte i någon större utsträckning av socialtjänsten, den specialiserade beroendevården eller av behandlingsinsatser från den övriga hälso- och sjukvården (SOU 2011:6, kap. 10).

För att utveckla ett ändamålsenligt utbud som möter det behov som finns krävs kunskap om hur behovet ser ut lokalt. 45 procent av kommunerna och 58 procent av beroendemottagningarna har genomfört en sådan kartläggning. Den pågående utvärderingen av Kunskap till Praktik tyder på att satsningen bidrar till en positiv utveckling där Socialstyrelsens nationella

riktlinjer får ökat genomslag. Metoder för brukarmedverkan har utvecklats och tillämpas.

SiS har fortsatt sitt arbete för att de metoder som används i behandlingsarbetet ska vara kunskapsbaserade och utföras av personal med rätt kompetens för respektive metod. Det ska även finnas en tydlig koppling mellan klientens problem och de insatser eller metoder man arbetar med (SiS årsredovisning 2012). Bedömningen är att SiS ger klienterna en god omvårdnad.

### 7.4.6 Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Socialstyrelsen publicerade 2012 den fjärde nationella kartläggningen avseende hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden under en mätvecka 2011. Av kartläggningen framgick att hemlösheten i landet hade ökat sedan den föregående mätningen 2005. Det var dock färre personer som helt saknade en bostad eller ett boende. Ökningen av hemlösa personer gällde framför allt personer som är hänvisade till kommunernas speciella utbud av boendelösningar, bostäder som hyrs ut i andra hand till personer som inte på egen hand kan bli hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. I de allra flesta fall står socialtjänsten för kontraktet, som ofta är förknippade med särskilda villkor eller regler utöver vad hyreslagen anger. Enligt Socialstyrelsens kartläggning var det omkring 14 000 personer som under mätveckan befann sig i sådana boendelösningar.

#### *Öppna jämförelser*

Under 2012 publicerade Socialstyrelsen för första gången Öppna jämförelser avseende hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, och det kommer fortsättningsvis att göras vartannat år. Jämförelserna baseras på frågor till kommunerna avseende deras uppsökande verksamhet, handlingsplaner på området samt samverkan med frivilligorganisationer och bostadsbolag. Cirka 25 procent av kommunerna hade en aktuell beslutad plan för arbetet mot hemlöshet, 39 procent hade rutiner för ett förebyggande arbete med målsättningen att förhindra vräkning bland barnfamiljer och 38 procent av kommunerna hade aktuella rutiner för extern samverkan i enskilda ärenden med bostadsbolag/hyresvärdar.



### *Ny statistik om barnfamiljer*

Kronofogdemyndigheten har sedan 2008 fört statistik över antalet barn berörda av avhysning. Statistiken har främst varit inriktad på antalet berörda barn på läns- och kommunnivå, men den har saknat möjligheter till fördjupning, t.ex. avseende barnets relation till den avhyste föräldern, om familjen varit närvarande vid avhysningen och om barn har varit närvarande vid avhysningen. Kronofogdemyndigheten fick därför i regleringsbrevet för 2012 i uppdrag att vidareutveckla statistiken, framför allt med fokus på barnfamiljer. Genom detta utvecklingsarbete har det nu skapats möjligheter att få fram statistik på en betydligt mer detaljerad nivå från år 2013 och framåt. Myndighetens statistik över avhysningar 2012, insamlad enligt det tidigare tillvägagångssättet, visade på en minskning av det totala antalet avhysningar med sju procent, och en minskning av antalet avhysningar där barn var berörda med 14 procent. Minskningarna redovisas i jämförelse med 2011.

### *Hemlösa bland utrikes födda personer*

De senaste åren har en relativt ny grupp av hemlösa personer börjat bli synlig i framför allt storstädernas offentliga rum. Det handlar om utrikes födda personer utan permanent uppehållstillstånd och EU/EES-medborgare som vistas i Sverige med stöd av EU:s fria rörlighet, och som saknar förankring, försörjning och bostad – och många gånger är i behov av stöd och hjälp. Socialstyrelsen fick därför i regleringsbrevet för 2012 i uppdrag att som komplement till den nationella hemlöshetskartläggningen ta fram kunskap om hemlösa utrikes födda personer som inte har permanent uppehållstillstånd i Sverige avseende omfattning och karaktär.

Uppdraget redovisades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 28 maj 2013. Totalt 370 personer inrapporterades under det specifika mättygnet. 80 procent av dem var män och 20 procent kvinnor. Bland personerna fanns såväl arbetsföra, unga män med utbildning, som familjer som hade flytt från fattigdom och diskriminering. En stor del kom från gamla Östeuropa, framför allt Rumänien och Polen. De allra flesta vistades i storstadsregionerna, och sov utomhus i offentliga miljöer eller i tält, bil, husvagn eller på camping. Arbetslöshet uppgavs som den främsta orsaken till hemlösheten. Närmare hälften av personerna saknade helt

inkomst, en tredjedel försörjde sig genom tiggeri, gatumusicerande och liknande. Cirka 20 procent hade lön från arbete, tillfälligt eller regelbundet.

### **Analys och slutsatser**

Regeringens hemlöshetsstrategi har genererat ökad kunskap om effektiva metoder och arbets sätt för att motverka och förebygga hemlöshet, utestängning från bostadsmarknaden och vräkning. Många kommuner efterfrågar sådan kunskap. Därför är det angeläget att fortsätta arbetet med att sprida effektiva metoder och implementera dessa arbets sätt.

Det är också viktigt att lyfta fram att kommunerna ofta har skilda förutsättningar att hantera hemlöshetsfrågorna, t.ex. vad gäller situationen på bostadsmarknaden, möjligheten att teckna överenskommelser med fastighetsägare, situationen på arbetsmarknaden, samverkan mellan olika aktörer, sviktande eller ökande befolkningsunderlag, ökat flyktingmottagande, m.m. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden hänger ofta samman med tillgången på bostäder i kommunerna. I många av landets kommuner råder stor bostadsbrist, speciellt på hyreslägenheter. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden hänger ofta samman med tillgången på bostäder i kommunerna. I många av landets kommuner råder stor bostadsbrist, speciellt på hyreslägenheter. Ofta ligger huvudansvaret för att hantera hemlöshetsfrågorna på socialförvaltningen, medan ansvaret för bostadsförsörjningen ytterst är en fråga för kommunledningen. Den interna samverkan kring frågor om hemlöshet och bostadsförsörjning är något som är väsentligt att utveckla i många kommuner. Detta gäller även kommunövergripande samverkan, liksom samverkan med olika externa aktörer, bl.a. för att få fram bostäder och för att bedriva ett effektivt vräkningsförebyggande arbete.

#### **7.4.7 Stöd till våldsutsatta personer och offer för människohandel**

I juni 2013 redovisade Socialstyrelsen för andra året i rad öppna jämförelser av kommunernas stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, som tas fram i samverkan med

Sveriges Kommuner och Landsting. Jämförelserna visar att i princip alla landets kommuner kan erbjuda skyddat boende till våldsutsatta kvinnor. Hälften av kommunerna kan ge skyddat boende för kvinnor med missbruk som utsatts för våld. Nästan samtliga kommuner kan erbjuda individuella krissamtal för barn som bevittnat våld, medan sex av tio kan erbjuda gruppverksamhet för dessa barn. Mindre än 40 procent av kommunerna uppger att de använder en standardiserad bedömningsmetod i arbetet med våldsutsatta kvinnor.

De öppna jämförelserna visar också att färre än 30 procent av kommunerna följer systematiskt upp sina insatser till våldsutsatta kvinnor och deras barn. Färre än hälften av kommunerna uppger att de har aktuella rutiner för all personal inom socialtjänsten om hur de ska agera när det finns tecken på att en kvinna är utsatt för våld. 17 procent av kommunerna undersöker de våldsutsattas uppfattning om insatserna och använder sig av dem för att utveckla arbetet.

### Skyddat boende kartlagt

Socialstyrelsen presenterade i maj 2013 en kartläggning av omfattning och kvalitet vid skyddade boenden i Sverige. Kartläggningen visar situationen i maj-juni 2012 och bygger på en enkät till 206 skyddade boenden, som 195 boenden (95 procent) besvarat. Kartläggningen är en delredovisning av ett uppdrag om skyddat boende som slutredovisades den 2 september 2013.

Av kartläggningen framgår att det finns minst ett skyddat boende i hälften av landets kommuner. I princip alla kommuner uppger dock att de kan erbjuda skyddat boende enligt de öppna jämförelser som Socialstyrelsen publicerade i maj 2012 (se ovan). Totalt 71 procent av de skyddade boendena bedrivs i ideell regi, 21 procent bedrivs i kommunal regi och 8 procent bedrivs i privat regi.

De flesta skyddade boenden är små, närmare 60 procent har 4 platser eller färre. Samtliga skyddade boenden tar emot kvinnor och nästan 90 procent tar emot medföljande barn. Cirka 15 procent uppger att de även tar emot män.

På 76 procent av de skyddade boendena finns anställd personal, i någon form och omfattning. De skyddade boendena uppger att de har kompetens att ta emot personer med särskilda behov. 91 procent har kompetens att ta emot personer

utsatta för hedersrelaterat våld, 67 procent har kompetens att ta emot hbt-personer, 43 procent har kompetens att ta emot personer med psykiska funktionsnedsättningar, och 32 procent har kompetens att ta emot personer med ett aktivt alkohol- och drogmissbruk.

### Förbättrat kunskapsstöd

Under 2013 har Socialstyrelsen, tillsammans med länsstyrelserna, lämnat kunskaps- och metodstöd till kommunerna i deras arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Det kunskapsstöd som Socialstyrelsen har tagit fram sprids nu till kommunerna via länsstyrelsernas utvecklingsledare. Vidare har Socialstyrelsen för 2012 fördelat 39,5 miljoner kronor till kommuner och 20 miljoner kronor till ideella organisationer i utvecklingsmedel. Medlen har bland annat bidragit till att kommunerna kunnat göra kartläggningar, förbättra sina rutiner för upptäckt, bedömning och utredning samt arbetet med standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen har tagit fram ett meddelandeblad som ska klargöra reglerna för socialnämndens respektive den enskilda utförarens ansvar när utförandet av en insats har lämnats över till en enskild verksamhet. Socialstyrelsen har även gjort de standardiserade bedömningsmetoderna FREDA tillgängliga för socialtjänsten.

### Fortsatt förstärkt tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg har sedan den 1 juni 2013 övertagit uppdraget att genomföra en fortsatt samlad nationell tillsyn i enlighet med de nationella bedömningskriterierna som gäller för insatser till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Tillsynen omfattar även andra utförare av socialtjänst än kommunen och hälso- och sjukvården.

De granskningar av kvinnojourer som har genomförts av Socialstyrelsen 2013 visar att det råder skillnader mellan kommunernas arbete. Några kommuner har ett aktivt arbete med god kvalitet, och strukturerade arbetsformer. Där finns även god kompetens bland personal, tydliga rutiner och särskilda verksamheter som arbetar med våld i nära relationer. Inom området vårdnad, boende och umgänge har det skett förbättringar i flera kommuner.

Hälften av de granskade kommunerna har dock krav på att åtgärda brister i handläggningen/utredningen av vuxna och barn. Brister som också har uppmärksammats gäller bl.a. kvalitet, dokumentation och uppföljning. Vidare saknas även t.ex. insatser för äldre kvinnor, för kvinnor med missbruk och kvinnor med funktionsnedsättning.

### Prostitution och offer för människohandel

I regleringsbrevet för 2013 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att regelbundet undersöka utvecklingstendenser inom prostitutionen och att utifrån detta samla in uppgifter om vad personer som säljer respektive köper sexuella tjänster själva ser för behov av stöd och hjälp. Socialstyrelsen ska också undersöka vilket behov av ytterligare kunskapsstöd som socialtjänsten och hälso- och sjukvården behöver för att bättre tillgodose personernas behov. Inom uppdraget ska hbt-personer som köper och säljer sexuella tjänster uppmärksammas. I uppdraget ingår även att planera för att stödja implementeringen av det kunskapsstöd som tas fram/revideras.

### Analys och slutsatser

Socialtjänstens arbete med stöd och hjälp till brottsoffer, i första hand stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som utsatts för eller bevittnat våld, har ytterligare utvecklats under 2012 och 2013. Det finns fortfarande brister som behöver åtgärdas, t.ex. när det gäller stöd till särskilt utsatta grupper av brottsoffer, t.ex. äldre personer. Flera insatser har vidtagits på nationell nivå för att få bättre kunskap om omfattningen, utvecklingen och problematik inom området. Bl.a. har, för första gången, öppna jämförelser presenterats över kommunernas arbete. Första året har fokus legat på kommunens insatser till våldsutsatta kvinnor och barn. Vidare sprids nu det kunskapsstöd som tagits fram på nationell nivå på ett strategiskt och långsiktigt sätt till kommuner och ideella verksamheter i deras arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, genom den stödstruktur med kunskaps- och metodstöd som Socialstyrelsen och länsstyrelserna påbörjat.

## 7.4.8 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

### Utvecklingen

Antalet personer som får insatser enligt LSS fortsätter att öka. Den 1 oktober 2012 hade cirka 64 200 personer en eller flera insatser enligt LSS, exklusive rådgivande och stödjande insatser. Av dessa var 58 procent män och 42 procent kvinnor. Det är cirka 900 fler än året innan och cirka 7 400 fler än 2007.

Insatser inom LSS, som minskat i antal över tid, är råd och stöd, ledsagarservice och korttidsvistelse. Störst ökning i antal står insatsen daglig verksamhet för. Hälften av samtliga personer med LSS-insatser hade daglig verksamhet 2012. Drygt en tredjedel av samtliga hade en bostad med särskild service för vuxna.

Variationerna var stora mellan såväl län som kommuner när det gäller andel av befolkningen med insatser enligt LSS. I Västerbottens län fanns högst andel av befolkningen med LSS-insatser, 0,9 procent. Lägst andel hade Stockholms län med 0,54 procent. För riket var motsvarande andel 0,67 procent.

Drygt 21 000 personer med funktionsnedsättning bodde den 1 april 2012 permanent i särskilt boende eller var beviljade hemtjänst i ordinarie boende enligt SoL. Omkring 18 200 personer med funktionsnedsättning hade ett biståndsbeslut om boendestöd.

Kommunernas kostnader för insatser enligt SoL, LSS och assistansersättningen uppgick till 60,1 miljarder kronor 2012 (se tabell 7.8).

**Tabell 7.8 Kommunens kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning**

*Miljarder kronor*

	2008	2009	2010	2011	2012
Vård- och omsorg enligt SoL/HSL	7,9	8,2	8,4	9,4	9,9
Insatser enligt LSS/SFB <sup>1</sup>	43,0	44,6	46,0	47,8	49,5
Öppen verksamhet	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
<b>Summa</b>	<b>51,6</b>	<b>53,5</b>	<b>55,1</b>	<b>57,9</b>	<b>60,1</b>

<sup>1</sup> Kostnaden är inte justerad för kommunernas ersättning från Försäkringskassan för personlig assistans enligt SFB. Denna ersättning uppgick 2012 till 8 353 miljoner kronor.

Källa: Statistiska centralbyrån, OE 30 SM 1101, OE 30 SM 1201, Kommunernas finanser 2012, RS för kommuner.

## Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning

Som en del av regeringens särskilda psykiatrisatsning (skr. 2008/09:185) har flera insatser gjorts för att förbättra tillgången till arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning.

### *Statsbidrag till organisationer ger sysselsättning*

Socialstyrelsen har sedan 2009 haft i uppdrag att årligen fördela statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. För 2012 avsatte regeringen 20 miljoner kronor. 47 verksamheter beviljades medel för år 2012.

Socialhögskolan i Stockholm har på Socialstyrelsens uppdrag utvärderat satsningen. Statsbidraget har lett till att cirka 500 nya sysselsättningsplatser kunnat skapas och 129 personer gått vidare till lönearbete, praktik eller studier. Utvärderingen visar därtill att verksamheternas innehåll har utvecklats och nya aktiviteter har skapats. Socialstyrelsen anser att de verksamheter som statsbidraget kan skapa möjlighet till har stor betydelse för personer med psykisk funktionsnedsättning såväl individuellt som socialt genom att de bryter isolering och ger möjlighet till gemenskap.

### *”RESA-projektet”*

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har sedan 2009 ett särskilt regeringsuppdrag att ge personer med psykisk funktionsnedsättning rehabilitering, sysselsättning och arbete genom upphandlade sysselsättningsplatser hos företag inom den sociala ekonomin. För uppdraget har regeringen avsatt totalt 150 miljoner kronor.

Från projektets start i juni 2009 till slutet av maj 2012 har 1 022 personer startat i verksamheten. 741 personer har avslutat sin sysselsättningsperiod och 281 är fortsatt inskrivna i projektet. Av dessa 741 personer har 105 fått arbete och 25 har gått vidare till studier. Arbetsförmedlingen bedömer att behovet av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning är mycket stort och RESA-projektet har blivit en uppskattad och efterfrågad insats och den ingår från juni 2013 i Arbetsförmedlingens ordinarie upphandlade verksamhet.

## Projektet ”Hjärnkoll”

Handisam har regeringens uppdrag att, i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), utforma och bedriva ett riksomfattande program för att öka kunskapen om och förändra negativa attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Insatserna i projektet Hjärnkoll, som ska pågå fram till och med 2014, bedrivs nu i åtta s.k. kampanjlän vilka fått extra resurser för att koordinera det regionala arbetet med att öka allmänhetens kunskaper och minska negativa attityder till psykisk sjukdom.

Resultaten från 2012 års utvärderingar undersökning visar på flera positiva förändringar i de tre ursprungliga kampanjlänerna i kunskap, attityder och beteende under perioden 2009–2012. I kampanjlänerna är befolkningen mer positiv till att arbeta med och bo nära en person som har psykiska problem, och man är mer positiv till att fortsätta en relation med en person som får psykiska problem. Andelen som inte skulle vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom har minskat från 18 till 13 procent. Allmänhetens attityder i hela landet har också i vissa avseenden förändrats i positiv riktning under samma period. Signifikanta skillnader kan konstateras i fem av de 20 studerade attityderna (Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende. En jämförande befolkningsundersökning 2009–2012. CEPI, december 2012).

## Samordning av stöd till familjer med barn med funktionsnedsättning

Riksrevisionen har granskat om offentliga aktörers samordning av stöden till barn och unga med funktionsnedsättning kan göras mer effektiv inom ramen för de medel som satsas på området (RiR 2011:17). Riksrevisionen konstaterade att samordningsproblem kvarstår, trots regeringens många satsningar under de senaste decennierna.

Regeringen gav 2012 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur landstingen använder de medel som betalas ut för rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS. Socialstyrelsen skulle även föreslå en försöksverksamhet med samordnare för barn och unga med funktionsnedsättning. I uppdraget ingick även att göra en förstudie om vilken information familjer och barn och unga

med funktionsnedsättning behöver och ge förslag på hur sådan information kan göras tillgänglig (dnr. S2012/4967/FST).

Socialstyrelsen redovisade sitt uppdrag den 18 januari 2013 i rapporten Samordning för barn och unga med funktionsnedsättning – kartläggning av anslag för råd och stöd och föräldrars behov av information. Socialstyrelsens kartläggning visar bl.a. att det finns en osäkerhet bland landstingen om vad insatsen rådgivning och annat personligt stöd ska innehålla och att de medel som årligen utgår i stor utsträckning används inom ordinarie habiliteringsverksamhet. Socialstyrelsen anser även, utifrån förstudiens resultat, att 1177.se är lämpligast som informationskanal vad gäller förbättrad information till målgruppen.

### Personliga ombud

Enligt Socialstyrelsens senaste lägesrapport (den 10 april 2013) har det inte skett några större förändringar i verksamheten under 2012 jämfört med 2011. 252 kommuner hade personligt ombud den 31 december, vilket är samma antal som året innan. En viss minskning av det totala antalet personliga ombud kan dock noteras, från 313,3 heltidstjänster till 310,75 och detta beror, enligt Socialstyrelsen, på pensionsavgångar och vakanser som inte kunnat tillsättas under året. Från verksamheterna rapporteras en fortsatt ökning av klienter som tar kontakt med ombuden av ekonomiska skäl. Problem med bostaden är också en vanlig orsak till kontakt med ombuden. Klienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ökar i antal hos ombuden även om ökningen under 2012 inte är så markant som under tidigare år.

### Genomförandeplan för insatser enligt LSS

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många personer med insatser enligt LSS har en genomförandeplan (en vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras) och att många av dem även har varit delaktiga vid planens utformning. I bostäder med särskild service hade 86 procent en aktuell genomförandeplan. Av dessa hade de flesta också varit delaktiga i att utforma planen. Inom daglig verksamhet är andelen personer

med aktuell genomförandeplan 77 procent. Av dessa hade nästan alla varit delaktiga i att utforma planen (Socialstyrelsen, Lägesrapport 2013).

### Tillsyn av 100 gruppboendestäder

Socialstyrelsen har i sin tillsyn av 100 gruppboendestäder 2012 samtalat med 120 boende. Samtalen visar att många är nöjda med personalens bemötande och de tycker att personalen lyssnar till deras synpunkter. Även cirka 370 legala företrädare, för de boende i gruppboendestäderna, har avgett ett omdöme om personalen och de flesta är nöjda. Man anser att personalen lyssnar och tar till sig önskemål när det gäller insatsens genomförande. De flesta boendestäderna har också en bemanning som räcker för de boendes behov av stöd och service.

Det förekommer dock inskränkningar och begränsningar som inte har stöd i lag. I mer än hälften av boendena förekom olika inskränkande åtgärder som begränsade de boendes tillgång till gemensamma resurser (Socialstyrelsen, Tillsynsrapport 2013).

### Kommunernas webbplatser

Otillgänglig information kan innebära att det blir svårt för personer med funktionsnedsättning att få kunskap om vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor. Öppna jämförelser för 2012 visar att tillgången till anpassad information för personer med funktionsnedsättning har ökat. Det finns dock fortfarande begränsningar, när det gäller lättläst svenska, teckenspråk och uppläst information. Elva procent av kommunerna har information om insatser enligt LSS inspelad på teckenspråk på sin webbplats (Källa: Lägesrapport 2013, Socialstyrelsen).

### Barns möjlighet att komma till tals

Regeringen gav i maj 2011 Handisam i uppdrag att i samarbete med Handikappförbunden och i samråd med Barnombudsmannen samla erfarenheter och sprida information om metoder och strategier för hur barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska kunna påverka beslut

som rör dem själva. Handisam redovisade uppdraget i november 2012.

Inom ramen för arbetet med uppdraget genomfördes spridningsaktiviteter via konferenser och särskilda utbildningsaktiviteter tillsammans med Socialstyrelsen och Specialpedagogiska skolmyndigheten. Aktiviteterna har nått cirka 2 600 personer. Vad som framkommit är att det fortsatt finns stort behov av kunskap, att få beaktar barnets eget perspektiv och att skolan är den aktör som gör störst skillnad.

### Anmälningar av allvarliga missförhållanden

Under perioden januari–oktober 2012 kom drygt 240 lex Sarah-anmälningar om allvarliga missförhållanden in till Socialstyrelsen som avsåg insatser till personer med funktionsnedsättning. En stor andel (ca 90 procent) rörde verksamhet som bedrivs enligt LSS. Cirka hälften av anmälningarna handlade om att en beviljad insats inte utförts eller hade blivit felaktigt utförd och om brister i bemötandet. Cirka 15 procent rörde fysiskt våld eller övergrepp från personalen och ca 10 procent psykiska övergrepp eller kränkningar. De flesta anmälningarna kommer från kommunalt driven verksamhet (ca 70 procent). I enskild verksamhet var fysiskt våld eller övergrepp från personal vanligare än brister i bemötandet.

Orsaker till missförhållanden kan ha varit att det saknats rutiner, att vissa rutiner och riktlinjer varit okända för personalen, att befintliga rutiner inte följts eller att och att det har funnits brister i kunskap och kompetens.

Socialstyrelsen har avslutat de flesta lex Sarah-ärendena utan ytterligare åtgärder, främst på grund att verksamheterna redan har vidtagit åtgärder. I sju procent av ärendena har myndigheten fattat beslut om särskilda åtgärder (Socialstyrelsen, Lägesrapport 2013).

### Uppföljning av beslut

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 35 kommuner följer upp nästan samtliga beslut om daglig verksamhet. Cirka 100 kommuner gör få uppföljningar av beslut om daglig verksamhet. Mönstret ser likadant ut för uppföljning av beslut som rör bostad med särskild service. 27 kommuner har följt upp nästan alla beslut om

denna insats. 115 kommuner har följt upp 0-10 procent av sina beslut.

Socialstyrelsens analyser visar att fler beslut följs upp i kommuner där antalet ärenden per handläggare är relativt få. Var fjärde kommun med få ärenden per handläggare följer upp majoriteten av sina beslut, medan motsvarande andel bland kommuner med många ärenden per handläggare bara var 9 procent (Socialstyrelsen Lägesrapport 2013).

### Kompetens

Socialstyrelsen, som granskat 100 gruppbo-städer, har bedömt att 89 av de granskade gruppbostäderna har kompetenta personalgrupper som kan ge de boende det stöd och den service som de behöver. Det förekommer dock att chefer som förestår en gruppbostad helt saknar högskoleutbildning.

### 7.4.9 Assistansersättningen

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionsnedsättningar (bet. 2011/12:SoU13).

En tydlig tendens är att den tidigare ökningen av antalet personer med personlig assistans eller assistansersättning avstannat. En samkörning av uppgifter om de två insatserna personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken visar att cirka 19 300 unika personer fick någon av dessa insatser eller båda två under 2011. Det är samma antal som året innan. År 2012 var antalet personer som fick assistansersättning i stort sett oförändrat jämfört med 2011 och 2010; cirka 16 000 personer. Cirka 3 900 personer fick personlig assistans enligt LSS 2012, vilket är cirka 100 fler än året innan.

Bidragande orsaker till att antalet personer med assistansersättning avstannat kan enligt Försäkringskassan vara bl.a. tydligare riktlinjer hos myndigheten för bedömning av assistans, fler tvåårs-omprövningar och att det finns prejudikat från Högsta förvaltningsdomstolen vad avser bedömningen av grundläggande behov. Det är dock inte möjligt att bedöma vilken effekt dessa orsaker har haft.

**Tabell 7.9 Kostnader för assistansersättning, antal personer som har assistans och beviljade timmar per vecka i genomsnitt 2002–2012**

Miljarder kronor

År	Kostnad totalt	varav stat	varav kommun	Kostnadsökning jämfört med året innan	Antal personer med beviljad assistans	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för kvinnor	Antal timmar per vecka och person i genomsnitt för män
2002	9,8	7,5	2,2	1,6	11 600	92	90	94
2003	11,2	8,7	2,5	1,4	11 900	96	94	98
2004	12,8	10,0	2,7	1,6	12 800	99	96	101
2005	14,3	11,3	3,0	1,5	13 600	101	99	103
2006	16,0	12,8	3,2	1,7	14 300	104	101	106
2007	18,1	14,6	3,5	2,1	15 200	106	104	108
2008	19,9	16,0	3,9	1,8	15 500	108	107	110
2009	21,7	17,6	4,1	1,9	15 900	111	109	112
2010	23,2	18,9	4,3	1,4	16 000	113	112	114
2011	24,3	19,9	4,4	1,1	16 000	116	115	117
2012	25,9	21,4	4,5	1,6	16 000	118	117	120

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning i december månad.

Källa: Budgetunderlag 2014–2016 samt officiell statistik från Försäkringskassan.

Sammanlagt beviljades cirka 97 miljoner assistanstimmar 2012. Jämfört med 2002 är det en ökning med cirka 46 miljoner timmar. Personer som är 65 år och äldre svarade för cirka 13 miljoner timmar 2012.

Det återstår fortfarande stora skillnader mellan länen. Över landet skiljer det drygt 34 timmar per vecka mellan det län som har högst genomsnittligt antal beviljade timmar per vecka och person och det län som har lägst. Det saknas dock förklaringar till dessa skillnader.

Av de som fick assistansersättning 2012 är 54 procent män och 46 procent kvinnor. Motsvarande för personlig assistans enligt LSS är 52 procent män och 48 procent kvinnor.

De löpande utbetalningarna uppgick till 25,9 miljarder kronor 2012. Statens kostnader för assistansersättningen ökade med cirka 1,6 miljarder kronor jämfört med året innan (se tabell 7.9). Skälet till ökningen var dels uppräkningen av timschablonen för assistansersättningen dels att antalet timmar i genomsnitt ökade med cirka 2,4 timmar per vecka och person.

*Assistansersättningen har ökat till personer i personkrets 1 och till äldre i personkrets 3*

I åldersgruppen 0–59 år är det personkrets 1 i LSS (personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd) som i huvudsak

har stått för ökningen av assistansersättningen de senaste tio åren – med cirka 2 200 personer – främst i åldersgruppen 0–24 år. Assistansersättningen har även ökat för personer som är 65 år och äldre (med cirka 1 800 personer sedan 2002). Dessa personer tillhör mestadels personkrets 3 i LSS (personer med varaktiga fysiska och psykiska funktionsnedsättningar).

*En majoritet enskilda utförare*

Drygt hälften (55 procent) av all assistans som betalas via assistansersättningen drivs av enskilda utförare, varav cirka 10 procent är kooperativ. Sedan timschablonen infördes 1997 har företagets andel av marknaden ökat från 25 procent till 45 procent 2011 (Inspektionen för socialförsäkringen 2012, Assistansmarknaden – En analys av timschablonen). Försäkringskassans statistik visar att personer som valt privata anordnare har något högre genomsnittligt antal assistanstimmar per dygn än kommunen. Brukarkooperativ, de som är egna arbetsgivare och de som anlitar flera anordnare har alla högre genomsnittligt antal timmar än både privata anordnare och kommunen (SOU 2012:6).

Tolv kommuner hade 2012 upphandlat privata assistansanordnare som kommunala utförare av personlig assistans. Två av dessa upphandlingar hade skett inom ramen för LOV.

### Utfall av beslut om statlig assistansersättning

Regeringen beslutade i maj 2012 att ge Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att ta fram underlag av utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning under tidsperioden 2002–2013. ISF ska analysera eventuella förändringar över tid och redovisa tänkbara orsaker till sådana förändringar. ISF ska också kartlägga vilka assistansberättigade som berörs av förändringarna och vilka eventuella andra insatser som erbjuds dessa personer. Uppdraget ska, enligt riksdagens tillkännagivande (bet. 2011/12:SoU13, rskr. 2011/12:201) slutredovisas i oktober 2014. ISF delredovisade uppdraget i december 2012 (rapport 2012:18 Utfall av beslut om statlig assistansersättning).

#### *Trendbrott 2008*

Av ISF:s delrapport, som avser tidsperioden 2002–2011, framgår att under 2008 skedde ett trendbrott i assistansersättningen. Färre personer nybeviljades assistansersättning och antalet avslagsbeslut ökade med nästan 50 procent. Försäkringskassan fattade fler beslut om avslag än beslut om att bevilja assistansersättning. En konsekvens blev att antalet personer under 65 år som beviljades assistansersättning minskade under slutet av den observerade perioden, även om minskningen var marginell. Däremot ökade antalet personer som är 65 år och äldre (dessa utgjorde 15 procent av samtliga).

En ytterligare förändring är att det sedan 2010 skett en ökning av andelen och antalet tvåårsomprövningar där det beviljas färre assistanstimmar än vid föregående beslut. Fler får också sin assistansersättning indragen på grund av att de grundläggande behoven inte bedöms överstiga 20 timmar per vecka. Det senare rör sig däremot fortfarande om en låg andel i förhållande till alla som beviljas assistansersättning, 1,5 procent eller cirka 250 personer 2011. Dessa personer har möjlighet att hos kommunen ansöka om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till kostnader för sådan assistans enligt LSS.

Det vanligaste beslutet vid en tvåårsomprövning var ändå att personer beviljades fler timmar än vid föregående beslut. Antalet personer med assistansersättning och det genomsnittliga antalet timmar per person har även ökat under hela perioden. Mellan 2007 och 2011

ökade antalet personer med cirka 750 och det genomsnittliga antalet timmar ökade från cirka 106 timmar i veckan till cirka 116 timmar i veckan.

#### *Förtydligande av grundläggande behov och administrativa förändringar*

ISF kan ännu inte uttala sig om vad det är som orsakat förändringarna. Myndigheten anger att det finns ett antal tänkbara faktorer som påverkat utfallet. En förklaring kan vara att begreppet ”grundläggande behov” stegvis har förtydligats sedan 2006. Initiativet till förtydligandet kom eftersom grundläggande behov tolkades så olika mellan Försäkringskassans handläggande kontor. Ett förtydligande av begreppet innebär däremot, enligt ISF, ingen förändring i sak för majoriteten av assistansmottagarna. I de allra flesta fall innebär det bara en omfördelning av tid mellan ”grundläggande behov” och ”andra personliga behov”.

Andra möjliga orsaker till förändringarna, enligt ISF, kan vara att fler personer som inte uppfyller kriterierna ansökt om assistansersättning. Utvecklingen kan också ha påverkats av administrativa och stora organisatoriska förändringar inom Försäkringskassan (se Analys och slutsatser).

#### *Nya mål för att det ska bli rätt från början*

Regeringen har beslutat om nya mål för Försäkringskassan för att ytterligare markera vikten av en saklig ärendehantering. Det är viktigt att brukarna känner sig trygga och inte riskerar indragningar t.ex. vid tvåårsomprövningar till följd av att tidigare utredningar varit bristfälliga. Försäkringskassan ska effektivisera kontrollen av assistansersättningen, effektivisera handläggningen och förbättra utredningarnas kvalitet samt öka kvaliteten och säkerheten i besluten, särskilt i det första beslutet om assistansersättning. Myndigheten ska även vidareutveckla it-stödet för assistansersättningen för att effektivisera beslutsstöd, kontroll och informationsförsörjning. Särskilda medel har utgått för detta. Regeringen har redovisat resultatet inför socialutskottet i januari 2013.

#### **Ersättningen för personlig assistans**

ISF har på eget initiativ granskat de ekonomiska villkoren som gäller för företagen inom assistansområdet (rapport 2012:12, Assistans-



marknaden – En analys av timschablonen). Huvudsyftet med granskningen var att belysa i vilken grad den schablon per timme i assistansersättning som Försäkringskassan betalar ut för personlig assistans är ändamålsenligt utformad. Enligt rapporten visar granskningen att timschablonen är hög jämfört med de faktiska kostnader som företag har för att utföra personlig assistans.

Sedan schablonen infördes 1997 har företagets andel av marknaden ökat väsentligt (se ovan). Under senare delen av 2000-talet började också riskkapitalkoncerner att etablera sig inom branschen genom att köpa upp assistansföretag, framför allt de största men också mindre. De tre riskkapitalkoncerner som agerar på assistansmarknaden får enligt ISF en alltmer dominerande roll, vilket kan motverka den ursprungliga tanken på en mångfald av assistansanordnare.

ISF anser att det bör undersökas om det finns skäl att utforma ett ersättningssystem för assistansersättning som bättre motsvarar faktiska kostnader för att utföra personlig assistans.

#### *Modellen för ersättningen kostnadsdrivande*

Utredningen om assistansersättningens kostnader har i sitt betänkande Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning (SOU 2012:6) funnit bl.a. att schablonersättningens konstruktion och beloppets nivå ger möjligheter till stora vinster per timme och att detta ger starka ekonomiska drivkrafter att försöka öka antalet beviljade timmar. Utredningen bedömer att detta i stor utsträckning kan förklara den kraftiga och jämna ökningen av antalet assistanstimmar som pågått ända sedan schablonersättningens införande 1997 och som bidragit till de ökade kostnaderna för assistansersättningen.

#### *Fortsatta åtgärder*

Regeringen fortsätter med insatser inom assistansområdet för att säkerställa assistansreformens långsiktiga hållbarhet. (se Politikens inriktning).

### **7.4.10 Bilstödet**

Det statliga bilstödet består av fyra delar: grundbidrag, anskaffningsbidrag, anpassningsbidrag och bidrag till körkortsutbildning. Den bidragsdel som ökat mest är anpassningsbidraget som utgör närmare 70 procent av bilstödet.

Grundbidraget utgör drygt 25 procent medan anskaffningsbidrag och övriga kostnader tillsammans utgör de resterande 5 procenten av anslaget.

**Tabell 7.10 Antal personer som beviljats bilstöd 2008–2012, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning av bilstöd mellan olika grupper**

	2008	2009	2010	2011	2012
Kostnader mkr	200	221	259	260	365
Personer som beviljats stöd	1 550	1 730	1 680	1 840	1 785
Andel stöd kvinnor, %	43	46	46	43	44
Andel stöd män, %	57	54	54	57	56
Grupp 1, %	22	24	27	26	31
Grupp 2, %	10	13	12	11	11
Grupp 3, %	17	18	16	18	17
Grupp 4, %	3	2	2	5	2
Grupp 5, %	48	43	44	43	38

Grupp 1: Person med funktionsnedsättning under 65 år som behöver ett fordon för att kunna försörja sig.

Grupp 2: Person med funktionsnedsättning under 65 år som tidigare beviljats bidrag enligt grupp 1.

Grupp 3: Person med funktionsnedsättning som inte tillhör grupperna 1 och 2 som fyllt 18 år men inte 50 år.

Grupp 4: Förälder med funktionsnedsättning med barn under 18 år.

Grupp 5: Förälder till barn med funktionsnedsättning, om föräldern bor tillsammans med barnet.

Källa: Försäkringskassans årsredovisning och officiella statistik.

Kostnaderna för bilstödet har ökat de senaste åren. Anpassningen av bilar står för en stor del av kostnadsökningen. Medelbeloppet för utbetalningar av anpassningsbidrag har ökat med i genomsnitt 8 procent per år den senaste tioårsperioden. De senaste åren har ökningen varit ännu större trots en måttlig allmän kostnadsökning i övriga samhället.

Försäkringskassan har pekat på att det finns brister i det nuvarande regelverket, brister som i kombination med en begränsad marknad för anpassning av bilar bland annat medför att det inte finns någon marknadsmässig priskonkurrens vad avser statens utgifter för anpassningsbidrag.

Regeringen har under året tillsatt en interdepartemental arbetsgrupp med uppdrag att göra en översyn av bl.a. bilstödet. Inom ramen för detta uppdrag har det gjorts en avgränsad översyn av hur en mer ändamålsenlig och effektiv ordning för anpassningsbidraget inom bilstödet kan åstadkommas.

### 7.4.11 Övriga statliga stöd

#### *Kunskapscenter för dövblindfrågor*

Regeringen har sedan 2004 gett bidrag till Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor. Verksamheten har reglerats genom avtal, men regeringen har konstaterat att formen för verksamheten behöver ses över. Regeringen gav därför i augusti 2012 Socialstyrelsen i uppdrag att utse en aktör med uppgiften att ha ett nationellt ansvar för bl.a. expertstöd, information och metodutveckling. Aktören ska även upprätta samarbetsformer för fördjupad brukarsamverkan inom området dövblindhet, särskilt vad gäller teknik och tjänster inom information och kommunikation.

Under hösten 2012 har Socialstyrelsen genomfört en upphandling utifrån regeringens uppdrag. Socialstyrelsen har därefter slutit avtal med Nationellt Kunskapscenter för Dövblindfrågor i Sverige AB. Dess verksamhet påbörjades den 1 januari 2013.

Tidigare har Förbundet Sveriges Dövblinda (FSDB) fått statliga stöd för informations-spridning och kommunikation för personer med dövblindhet. Dessa uppgifter ligger nu istället på kunskapscentret.

#### *Försök med assistanshundar*

Sedan 2009 pågår en försöksverksamhet med assistanshundar. Syftet med försöksverksamheten är att öka antalet service- och signalhundar i aktiv tjänst med 60–70 hundar och att utifrån detta underlag göra en utvärdering av hur en ökad användning av service- och signalhundar påverkar brukarnas behov av offentliga stöd-insatser. Försöksverksamheten pågår till och med 2014.

#### *Uppdrag kring ”alternativ telefoni”*

Hjälpmiddelsinstitutet (HI) bedrev 2009–2010 en informations-satsning inom området alternativ telefoni (även kallat elektronisk kommunikation). I februari 2011 gav regeringen HI och Post- och telestyrelsen (PTS) i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet, tillsammans med intresserade landsting, i syfte att stimulera användningen av konsumentprodukter för elektronisk kommunikation.

Arbetet, som pågått under 2011 och 2012, slutredovisades i februari 2013. Målet var att landstingen ska förskriva eller stödja användning av konsumentteknik för elektronisk kommunikation, eller ”alternativ telefoni” (exempel-

vis bildtelefoni, texttelefoni, e-post, chatt, SMS). Alternativ telefoni definieras av HI och PTS som teknik och metoder som kompenserar funktionsnedsättning för en person som inte kan eller har mycket svårt att kommunicera med tal/hörsel i taltelefon.

#### *Ytterligare uppdrag till HI*

I september 2011 gav regeringen ytterligare ett uppdrag till HI, med särskild fokus på att stimulera utveckling och tekniskt stöd för personer med talskada. Uppdraget redovisades i mars 2013. HI föreslår bl.a. att förordningen (2001:638) om statsbidrag till utrustning för elektronisk kommunikation ses över med syftet att statsbidrag med stöd av förordningen i högre utsträckning än idag ska komma samtliga målgrupper till del (döva, gravt hörselskadade, dövblinda, talskadade eller språkstörda).

### Analys och slutsatser

Regeringen fördelar en rad statliga stöd inom funktionshindersområdet, bl.a. för att öka möjligheten för personer med funktionsnedsättning att få en meningsfull sysselsättning och ett arbete. För att öka människornas delaktighet i samhället behöver insatser inom området även fortsättningsvis prioriteras. En viktig förutsättning för detta är bl.a. ökad kunskap och förändrade attityder till personer med psykisk funktionsnedsättning. Utvärderingarna av Handisams projekt Hjärnkoll visar att insatserna börjar ge resultat.

Det faktum att de personliga ombuden nu i högre utsträckning bl.a. har unga personer som klienter bör observeras.

Assistansersättningen har stor betydelse för personer med omfattande funktionsnedsättning. Rätt använd kan personlig assistans tillförsäkra personerna goda levnadsvillkor och ett stort inflytande över såväl utförare som utformningen av stödet.

Av utredningar och rapporter har det framkommit att det genom åren funnits stora brister i hanteringen av assistansersättningen och att ersättningen är utsatt för fusk och överutnyttjande som uppgår till betydande belopp. Det har länge varit känt att rätten till assistansersättning har bedömts olika. Först mellan de olika självständiga försäkringskasskontoren, och sedan när Försäkringskassan blev en

myndighet, mellan de olika länen. Även den senaste utredningen om assistansersättningen har konstaterat stora skillnader i handläggningen mellan olika lokala försäkringscentra i Försäkringskassans organisation.

Regeringen har under senare år lagt ut en rad uppdrag på Försäkringskassan och andra myndigheter för att styra handläggningen och hanteringen av assistansersättningen. Riksdagen har också efter förslag från regeringen beslutat om ett antal regeländringar. Försäkringskassan har därutöver utarbetat praktiska och administrativa stöd för handläggarna och genomfört utbildningar med syfte att skapa en mer enhetlig tillämpning av assistansersättningen samt utvecklat verktyg för att snabbare kunna följa och reagera på eventuella förändringar.

Assistansersättningens utveckling har inneburit kraftiga volymökningar och betydande belopp som årligen tillförts för att personer med omfattande funktionsnedsättningar ska kunna leva ett bra liv. Det är angeläget att pengarna används rätt samt att systemet är rättssäkert och har hög legitimitet. Regeringen anser därför att det behövs fortsatta åtgärder för att säkerställa reformens långsiktiga hållbarhet och ändamålsenlighet. Försäkringskassans hantering av assistansersättningen måste hålla hög kvalitet och bli mer rättssäker så att brukarna kan känna sig trygga och inte riskera indragningar vid t.ex. tvåårs-omprövningar på grund av tidigare bristfälliga utredningar.

#### 7.4.12 Föräldrastöd

Målet med regeringens nationella strategi för ett utvecklat föräldrastöd är att alla föräldrar med barn under 18 år ska erbjudas stöd under barnets hela uppväxt. Regeringen har satsat cirka 140 miljoner kronor i stimulansmedel riktat till kommuner i samarbete med lärosäten.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har regeringens uppdrag att följa genomförandet av strategin och kartlägga det föräldrastödjande arbetet i Sverige. FHI konstaterar i sin redovisning till regeringen att stimulansmedlen bidragit till att utvecklingen av föräldrastöd gått framåt i de kommuner som tagit del av dem. En stor andel av föräldrastödsaktörerna har dock svårt att uppskatta omfattningen av föräldrastödsarbetet, såsom antalet genomförda föräldrastödsprogram eller antalet deltagande föräldrar.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har på regeringens uppdrag utarbetat hälsoekonomiska analyser på föräldrastödsområdet. Syftet är att få underlag att värdera samhällskostnader för föräldrastödsinsatser i relation till insatsernas resultat, både i hälso- och penningvärde. FHI drar slutsatsen att insatser i form av de undersökta föräldrastödsprogrammen har en förhållandevis låg genomförandekostnad i förhållande till andra insatser. Eftersom barn vars föräldrar deltagit i föräldrastödsprogrammen inte visar sig vara i behov av fortsatta regelbundna besök hos t.ex. psykolog, kurator eller specialpedagog i samma utsträckning som tidigare, leder också insatserna till minskade kostnader inom skola och socialtjänst (Föräldrar spelar roll – Handbok i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete, FHI 2013, INFA 2012/112) (se även avsnitt 8.4 Barnrättspolitik).

#### Analys och slutsatser

Stimulansmedlen kopplade till föräldrastödsstrategin bedöms ha bidragit till att utveckla och sprida föräldrastödsarbetet i de kommuner som tagit del av dem. Det finns i dag tack vare satsningen även en betydande kunskap om hur ett effektivt och framgångsrikt lokalt och regionalt föräldrastödsarbete kan bedrivas.

#### 7.4.13 Internationellt och EU

Sverige undertecknade den 11 maj 2011 Europarådets konvention om förebyggande och bekämpande av våld mot kvinnor i nära relation (CAHVIO). Konventionen syftar till att skydda kvinnor från alla former av våld och innehåller bl.a. bestämmelser om straffrättsliga åtgärder, förebyggande insatser samt skydd och stöd till våldsutsatta kvinnor.

Sociala utvecklingskommissionens 51:e session hölls i New York den 6–15 februari 2013. Mötets huvudtema var Främja delaktighet för människor att uppnå fattigdomsbekämpning, social integration och full sysselsättning och anständigt arbete för alla. Fem resolutioner antogs, för överlämnande till ECOSOC inom områdena funktionshinder, familj, åldrande, ungdom och NEPAD (sociala dimensioner i nya partnerskapet för Afrika).

Regeringen lämnade i januari 2011 den första rapporten till övervakningskommittén för konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (se även utgiftsområde 6 Funktionshinderspolitik).

### *EU*

Arbetet inom ramen för Europa 2020-strategin fortgår där ett av målen är att främja social delaktighet, framför allt genom fattigdomsminskning. I april 2013 beslutade regeringen om Sveriges nationella reformprogram för 2013, som utgör den årliga rapporten till kommissionen om utvecklingen mot de nationella mål, som regeringen satt upp för att uppnå de EU-gemensamma målen i strategin. För att främja sociala investeringar för tillväxt och sammanhållning presenterade kommissionen i februari det s.k. sociala investeringspaketet. Som en del i detta initiativ föreslås en rekommendation om att motverka ekonomisk och social utsatthet bland barn. Vidare presenterade kommissionen i oktober 2012 ett förslag om att inrätta en fond för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt. Förslaget har förhandlats under året och förordningen ska träda i kraft den 1 januari 2014 och sträcka sig fram t.o.m. 2020.

## **7.5 Politikens inriktning**

### **Fortsatt utvecklad välfärd**

Regeringen är fast besluten att fortsätta utveckla välfärden. Verksamheter och tjänster i välfärden ska vara av god kvalitet och finnas tillgängliga för alla människor efter behov, oavsett bakgrund, ekonomiska förutsättningar, bostadsort och kön. För att kunna upprätthålla och utveckla den offentligt finansierade välfärden är det nödvändigt att sysselsättningen kan hållas på en varaktigt hög nivå. Att få fler människor i arbete är regeringens främsta uppgift. Endast på detta sätt kan omfattningen och kvaliteten i välfärden långsiktigt säkras.

### *Socialtjänsten ställs inför nya krav*

Socialtjänsten står inför ett stort antal utmaningar. Brukare och närstående ställer allt större krav på inflytande över vården och omsorgen.

En ökad mångfald av utförare i välfärden innebär bl.a. nya och större krav på information till brukarna, en utvecklad kvalitetskontroll från huvudmännen och ökad kompetens hos ansvariga huvudmän, i exempelvis upphandlingsfrågor. Nya tekniska verktyg och kunskapsbaserade metoder behöver introduceras för att effektivisera verksamheterna. Samverkan och samspelet mellan landsting och kommun behöver också fortsätta att utvecklas. Den evidensbaserade kunskapen om vilka insatser som kan ge goda resultat inom socialtjänsten måste fortsätta att spridas ut i verksamheterna.

### *Nya demografiska utmaningar*

Befolkningen blir friskare, lever längre och har helt andra förutsättningar till ett aktivt liv även längre upp i åren. Synen på åldrandet behöver därför förändras. Åldrandet är en naturlig del av livet och det är viktigt för alla att få uppleva en känsla av sammanhang och mening genom hela livet. Varje människa ska få fortsätta leva sitt liv utifrån den han eller hon är och kunna ägna sig åt sådant man tycker om och känna välbefinnande. Det ska gälla även när behovet av stöd och hjälp inträder och ökar. För att kunna möta denna demografiska utmaning blir det nödvändigt att utveckla politiken och stödåtgärderna.

### *Välfärdsteknologi ett av verktygen*

En ökad användning av välfärdsteknologi och hjälpmedel är viktiga utvecklingsområden för att öka tryggheten, förlänga oberoendet och skjuta upp omfattande omsorgsbehov. Med välfärdsteknologiska lösningar är det också möjligt att bättre utnyttja resurserna och stärka säkerheten inom exempelvis äldreomsorgen. Teknikstöd kan bidra till att frigöra tid för personal att ägna sig åt sådant som verkligen kräver mänskliga kontakter. Nyttan av välfärdsteknologin är inte bara begränsad till äldreomsorgen. Även i verksamheter som riktas till personer med funktionsnedsättning och inom andra socialtjänstområden kan den innebära stora vinster, såväl för den enskilde som för samhället.

### 7.5.1 Viktiga utvecklingsområden och målgrupper

De statliga stödsatserna inom socialtjänsten bör i huvudsak inriktas på följande områden:

- Kunskap och kvalitet
- Trygghet och säkerhet
- Valfrihet, inflytande och delaktighet
- Enkel tillgång till information

Utöver fortsatta åtgärder inom dessa, för socialtjänsten generella utvecklingsområden, inriktas regeringens politik på följande målgrupper:

- Äldre personer
- Personer med missbruks- eller beroendeproblematik
- Biståndsmottagare
- Personer utsatta för brott
- Barn och unga
- Familjer
- Personer med funktionsnedsättning

Den politiska inriktningen på de insatser som regeringen vill genomföra, riktat till dessa målgrupper, redovisas nedan under respektive avsnitt. Insatserna präglas av en medvetenhet om kvinnors och mäns respektive behov och förutsättningar.

#### Kunskap och kvalitet ska främjas

Regeringen fortsätter att prioritera åtgärder som ska främja kunskaps- och kvalitetsutveckling.

Inom ramen för överenskommelsen om att utveckla en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten har regeringen bl.a. bidragit till att utveckla regionala stödstrukturer som ska ge kommunerna och landstingen förutsättningar att kunna bedriva ett gemensamt, praktiskt verksamhetsstöd. Insatserna sker i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. Under 2014 kommer regeringen att ge fortsatt stöd till dessa insatser.

Brukarinflytande är en viktig del av kunskapsbaserad vård och omsorg. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag presenterat en vägledning för huvudmännens arbete med att stärka brukarperspektivet.

Regeringen kommer fortsätta det omfattande arbete som under flera år har bedrivits med att utveckla öppna jämförelser. Målsättningen är att det vid utgången av 2014 ska finnas lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga jämförelser av socialtjänstens kvalitet, resultat och effektivitet.

Den statliga myndighetsstrukturen ska svara för en väl fungerande kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och staten. Det innebär att de statliga myndigheterna behöver ha en gemensam och förutsägbar process för prioritering, kunskapssammanställning och kunskapsspridning. Regeringen anser att dialogen med vård- och omsorgsgivarna, patienterna, brukarna och professionerna, som är en central del av kunskapsstyrningen, behöver förbättras. Regeringen avser därför att lämna ytterligare förslag om förändringar i myndighetsstrukturen under 2014 som stödjer och utvecklar kunskapsstyrningen (se vidare avsnitt 4.10.2).

Socialstyrelsen genomför, på uppdrag av regeringen, sedan 2008 återkommande undersökningar om vad de äldre tycker om sin hemtjänst eller äldreboende. Dessa nationella brukarundersökningar är en viktig del av arbetet med att förbättra och utveckla äldreomsorgen. 2013 års undersökning, som presenteras under hösten 2013, ska utvecklas så att resultat kan redovisas på enhetsnivå för särskilt boende och hemtjänst där så är möjligt.

Under 2014 fortsätter arbetet med att stärka kvaliteten i verksamheterna inom socialtjänsten genom bl.a. utbildningssatsningar för chefer och övrig personal inom äldreomsorgen.

Omvårdnadslyftet, utbildningssatsningen för äldreomsorgens medarbetare som fr.o.m. 2013 även riktas till personal inom socialtjänsten som arbetar med personer med funktionsnedsättning, pågår även under 2014. Värdegrundsbildningen för personal och ledare inom äldreomsorgen fortsätter under hösten 2013.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning på högskolenivå för chefer inom äldreomsorgen. Utbildningen börjar under hösten 2013. Över 900 personer är hittills anmälda till den första kursstarten.

Den långsiktiga satsningen för att stärka och stödja kommunerna i deras arbete med den sociala barn- och ungdomsvården innehåller bl.a.

medel för att stödja huvudmännens arbete med utbildning och kompetensutveckling för socialsekreterare och chefer.

Kammarkollegiet har regeringens uppdrag att genomföra utbildningsinsatser i upphandling av vård och omsorg om äldre. Det övergripande målet med utbildningsinsatserna är att öka kunskaperna hos kommunala företrädare om hur förfrågningsunderlag, kravspecifikationer och uppföljningsrutiner kan utformas så att äldres behov av god vård och omsorg tillgodoses. Regeringen avser att avsätta ytterligare medel under 2014 för genomförandet av detta uppdrag.

Tillsynen på det sociala området kommer även fortsättningsvis att vara ett av de viktigaste verktygen för att säkra kvaliteten i olika verksamheter.

Som ett led i att stärka tillsynen har regeringen beslutat att bilda en ny tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den nya tillsynsmyndigheten, som började sitt arbete den 1 juni 2013, ska ge förutsättningar för en bättre samordnad och tydligare tillsyn.

### Vården och omsorgen ska vara trygg och säker

Alla som får vård och omsorg ska kunna känna sig trygga och säkra. Ingen ska behöva uppleva att bli utsatt för våld eller kränkande behandling.

En väl fungerande tillsyn är avgörande för att även säkerställa att vården och omsorgen är trygg och säker. Omsorgen om de äldre ska utformas med människovärdet i centrum. Regeringens mål är att det ska finnas tillgång till vård och omsorg som är anpassad efter den äldres behov. Rätten att vara olika och göra olika val måste tillgodoses.

Barn och unga i samhällsvård är en sårbar grupp och regeringen anser att det är särskilt viktigt att värna deras trygghet och säkerhet. De nya bestämmelserna i socialtjänstlagen som trädde i kraft vid årsskiftet syftar till att stärka stödet och skyddet för barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. Socialtjänstens ansvar för barn som placerats utanför det egna hemmet har tydliggjorts. När vård ges i ett familjehem eller i ett HVB ska socialnämnden numera utse en särskild socialsekreterare som ska ansvara för kontakterna med barnet eller den unge, som ska besöka barnet eller den unge regelbundet och i den omfattning som är lämplig utifrån barnets och den unges behov och

önskemål. Socialtjänsten har även ansvar för att utbilda och stödja familjehemmen samt ingå avtal där ansvarsfördelningen ska framgå.

### Ökad valfrihet och mer inflytande

För regeringen är det av central betydelse att människor har möjlighet att påverka sin situation genom att själva kunna välja vem som ska utföra de välfärdstjänster som de behöver. Äldre personers inflytande över insatsernas utformning och genomförande behöver förtydligas. Därför har det bl.a. införts en bestämmelse (5 kap. 5§) i socialtjänstlagen om att den äldre personen så långt det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service ska ges.

Regeringen anser att det är viktigt att fortsätta arbeta för att det ska finnas en mångfald av utförare inom välfärdssektorn. Särskilt viktigt är att skapa möjligheter för fler aktörer från den idéburna sektorn. Genom individens ökade möjligheter att välja utförare skapas förutsättningar för att tillgängligheten, kvaliteten, effektiviteten och mångfalden ska öka i de insatser som erbjuds. Dessutom breddar en mångfald av utförare arbetsmarknaden för arbetstagare inom vården och omsorgen.

Tillväxtverket har fått regeringens uppdrag att genomföra riktade insatser inom rådgivning och utbildning i syfte att främja tillväxt och nyföretagande av idéburet företagande som bedrivs med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Regeringen avser att även under 2014 avsätta särskilda medel till dessa insatser. En överenskommelse har träffats 2008 mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringen kommer fortsatt verka för att intentionerna i denna överenskommelse får ökat genomslag, bl.a. genom att identifiera och undanröja hinder för att idéburna organisationer ska kunna bidra till en ökad mångfald i utbudet av välfärdstjänster. Regeringen avser att avsätta medel för att de idéburna organisationerna, i samverkan med SKL, ska ges ökade möjligheter att stimulera framväxten av fler lokala och regionala överenskommelser inom det sociala området

Statliga medel har avsatts för att stimulera fler kommuner att införa och vidareutveckla ett

valfrihetssystem och kommer att avsättas även under 2014.

En särskild utredare har regeringens uppdrag att analysera och utvärdera effekterna av införandet av LOV. Utredaren ska särskilt fokusera på vilken effekt reformen har haft för brukarna och därutöver ge en samlad bild när det gäller utvecklingen av utförare ur ett mångfaldsperspektiv, hur LOV fungerar ur konkurrenssynpunkt samt vilken betydelse reformen haft för utvecklingen av bl.a. kvalitet, kostnader och effektivitet i de kommuner och inom de områden där LOV tillämpas. Utifrån denna utvärdering ska utredaren överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet. I bedömningen ska det beaktas i vilken utsträckning landets kommuner redan har infört valfrihetssystem på frivillig väg. Även det kommunala självstyret ska beaktas vid bedömningen.

I uppdraget ingår också att göra en kartläggning av de verksamhetsområden där LOV i dag tillämpas och utifrån denna kartläggning bedöma lämpligheten av att införa valfrihetssystem inom fler verksamhetsområden inom socialtjänsten. Vidare ska utredaren analysera hur ersättningssystemen och förfrågningsunderlagen påverkar kvalitet och vinstutdelning samt om det finns något samband mellan vinstutdelning och kvalitet i de verksamheter som ingår i valfrihetssystem inom socialtjänsten och hur kvalitetsuppföljningen genomförs. Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2014.

### Enkel tillgång till information

Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om att påskynda och underlätta utvecklingen av eHälsa i socialtjänsten. Målet är att skapa goda grundförutsättningar för en mer ändamålsenlig informationshantering inom socialtjänsten till nytta för individer, personal och beslutsfattare. Det görs exempelvis genom satsningar på e-tjänster för invånarna, säkra mobila lösningar för personal att dokumentera och komma åt relevant information samt på övergången till digitala trygghetslarm. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa utvecklingen av eHälsa i kommunerna. En jämförelse mellan kommunerna ska redovisas den 31 maj 2014.

Regeringen har vidare gett E-delegationen i uppdrag att i samverkan med relevanta aktörer göra en behovsinventering för att klargöra inom vilka områden som det finns anledning att nationellt enas kring ett antal fastställda normer eller regler, standarder, för elektronisk överföring av information inom socialtjänsten och på områden i hälso- och sjukvården som angränsar till socialtjänsten. E-delegationen ska lämna förslag på hur man ska kunna åstadkomma en större nationell tydlighet på området.

Socialtjänsten behöver bli bättre på att möta invånarnas behov av enkelt tillgänglig information via webben. Regeringen vill se över förutsättningarna för att den nationella webbplatsen 1177.se ska bli en samlad ingång för invånarna till kvalitetssäkrad information om både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Regeringen inledde under 2013 en satsning i syfte att ge invånarna elektronisk tillgång till sin vårdinformation och på så sätt underlätta förutsättningarna för den enskilde att engagera sig i sin hälsa och hälsoutveckling. Målet är att under 2014 bygga upp och införa en nationell tjänst som ska ge individen möjlighet att digitalt lagra sin egen hälso- och vårdinformation.

Regeringen har för avsikt att i en studie överväga för- och nackdelar med att även inkludera information från socialtjänsten i det utvecklingsarbete som pågår för att skapa elektronisk tillgång till vårdinformation

Den 1 januari 2014 inrättas en ny myndighet vars verksamhet kommer att bestå av de uppgifter som i dag utförs av Apotekens Service AB. Den nya myndigheten ska inleda sin verksamhet den 1 januari 2014. Enligt regeringens mening bör myndigheten i framtiden kunna få ansvar för uppgifter utöver de som i dag utförs av Apotekens Service AB. För ställningstagande till framtida uppgifter krävs dock ytterligare analyser. En särskild utredare har tillsatts för att förbereda bildandet av den nya myndigheten (dir. 2013:15). Myndighetens namn är enligt propositionen Ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur (prop. 2012/13:128) Myndigheten för hälso- och vårdinfrastruktur men regeringen avser inom kort lämna en proposition till riksdagen där namnet föreslås bytas ut till E-hälsomyndigheten (se avsnitt 4.10.2).

Att dokumentationen inom socialtjänstens olika verksamheter är enhetlig och strukturerad är nödvändigt för att den ska gå att använda för resultatuppföljning, jämförelser och för att

främja brukar- och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i uppdrag att fortsatt ansvara för utvecklingen och stödet till att införa detta.

En lagstiftning som gör det möjligt att ha en ändamålsenlig informationshantering är nödvändig för att kunna utveckla kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen. Lagstiftningen måste samtidigt skydda den enskildes integritet. Regeringen har därför tillsatt en utredning (dir. 2011:111) för att förbättra tillgången till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m. Utredaren har lämnat ett delbetänkande (SOU 2013:45) med förslag som har skickats ut på remiss.

### 7.5.2 Omsorg om äldre

Äldrepolitiken syftar till att äldre människor inte ska diskrimineras på grund av sin ålder, att äldre ska ses som individer med skilda intressen och bakgrund och att de ska mötas med respekt, behandlas väl och kunna känna välbefinnande. Den nationella värdegrunden för äldre människor, som infördes i socialtjänstlagen den 1 januari 2011, befäster detta synsätt.

Äldre människor ska kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet samt att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. God vård och omsorg inbegriper också att få avsluta livet med värdighet.

Under 2014 kommer regeringen att fortsatt prioritera åtgärder bl.a. för att underlätta en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, höja kompetensen bland äldreomsorgens personal, utveckla nya trygga boendeformer samt insatser för ökad valfrihet och ökat inflytande över den egna vården och omsorgen. Det är också angeläget att uppmärksamma och stödja anhörigas insatser.

#### En nationell värdegrund

Regeringen vill med den nationella värdegrunden tydliggöra de etiska värden och normer som ska utgöra grunden för verksamheten inom äldreomsorgen.

Under innevarande mandatperiod 2010–2014 satsar regeringen knappt 700 miljoner kronor för att implementera värdegrunden. Satsningen omfattar ett prestationsbaserat stimulansbidrag till de kommuner som förbereder och utvecklar

värdighetsgarantier samt utbildning av biståndsbedömare, chefer och s.k. värdegrundsledare.

Lokala värdighetsgarantier är ett viktigt led i arbetet att tydliggöra för äldre och deras anhöriga samt för den övriga befolkningen vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen. Regeringen avser att under 2014 avsätta ytterligare 100 miljoner kronor till det prestationsbaserade stimulansbidraget. Regeringen kommer därmed att under mandatperioden ha satsat sammanlagt 400 miljoner kronor i detta bidrag för att stimulera kommunerna att utforma lokala värdighetsgarantier. Prestationsersättningen för 2014 ska bl.a. omfatta att kommunerna ska göra en uppföljning av hur de lokala värdighetsgarantierna efterföljs.

#### Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående

Regeringen har sedan flera år lämnat stimulansbidrag till kommunerna för att de ska utveckla individuella stödformer till personer som vårdar eller stödjer närstående. Från och med 2011 kompenseras kommunerna med 300 miljoner kronor via anslag 1:1 Kommunalekonomiska utjämning i utgiftsområde 25 för den ändring som gjordes i socialtjänstlagen (2001:453). Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) har från början arbetat med frågor som rör anhöriga till äldre. Regeringen har därtill beviljat särskilda medel till NkA för att de ska skapa ett kunskaps- och anhörigstöd för föräldrar och anhöriga till barn och unga med en kombination av flera funktionsnedsättningar och omfattande medicinska behov.

Uppdraget till NkA behöver nu vidgas så att den bättre stämmer överens med bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen dvs. att målgruppen även ska omfatta anhöriga till personer som är långvarigt sjuka eller äldre eller personer som har funktionshinder. Regeringen avser att avsätta ytterligare 2 miljoner kronor under 2014 till det vidgade uppdraget. En lämplig myndighet ska ges i uppdrag att genomföra en ny upphandling av hela uppdraget.

#### Stöd till anhörigorganisationer

Regeringen anser att organisationer som arbetar för att stödja anhöriga gör viktiga insatser. Sedan



2011 finns en förordning (2011:1151) om statsbidrag till organisationer som stödjer dem som vårdar och hjälper någon närstående. Villkoren för att erhålla statsbidrag är bl.a. att det är en riksorganisation som har verksamhet i minst hälften av Sveriges län. Regeringen avser att 2014 tillföra ytterligare 5 miljoner kronor och i anslutning till detta även se över nuvarande regelverk i syfte att bättre kunna möta behovet hos samtliga berörda organisationer. Bidrag ska även kunna ges till organisationer som ger stöd till mindre lokala anhörigorganisationer.

### Hemsjukvården

Regeringen anser att det är angeläget att en huvudman, kommunen, ansvarar för hemsjukvården i det ordinära boendet. Detta är ett led i att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg där alla delar i vårdkedjan samverkar och där vården och omsorgen utgår från den enskildes behov. Målet är att ett enhetligt huvudmannaskap för hemsjukvården ska vara på plats vid slutet av 2014 i hela landet. Regeringen ser positivt på den utveckling som nu pågår där kommuner och landsting kommer överens om att frivilligt överföra huvudmannaskapet från landsting till kommunerna. Under 2014 kommer kommunerna i 20 län att ha tagit över huvudmannaskapet från landstinget. Därefter återstår ett län, Stockholms län.

### En sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre

Regeringens treåriga satsning för de mest sjuka äldre personerna beräknas totalt uppgå till cirka 4,3 miljarder kronor under innevarande mandatperiod. Satsningen syftar till att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurserna, så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov, samt att den organiseras effektivare. Insatserna för de mest sjuka äldre ska på sikt bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Satsningen för de mest sjuka äldre utvärderas löpande av Statskontoret.

De medel som avsätts fördelas genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting huvudsakligen enligt en prestationsbaserad modell och utges till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda mål och krav. Överenskommelserna handlar om att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen används bl.a. till att förbättra vården i livets slutskede, demensvården, munhälsan, förhindra fallolyckor, trycksår och undernäring med stöd av kvalitetsregister samt förbättra läkemedelsanvändningen och för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Ambitionsnivån med att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre har höjts för varje år. Den prestationsbaserade ersättningen utformas som ett erbjudande till kommuner och landsting för att förstärka arbetet med att gemensamt förbättra omsorgen och vården för de mest sjuka äldre.

För att påskynda utvecklingen och förbättringsarbetet när det gäller vården och omsorgen om personer med demens ges bl.a. ett prestationsbaserat stöd till de kommuner vars utförare inför ett standardiserat evidensbaserat arbetssätt vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) med stöd av BPSD-registret.

### Boende för äldre

Regeringen anser att det behövs både fler särskilda boenden och ett ökat utbud av bostäder som är lämpliga och attraktiva för äldre som vill välja att förändra sitt boende. Det råder fortfarande brist på anpassade bostäder för äldre, i delar av landet, och ett söktryck på investeringsstödet. Regeringen beslutade därför 2011 att förlänga investeringsstödet för trygghetsboenden och särskilda boenden för äldre t.o.m. den 31 december 2014.

Från den 1 november 2012 gäller att äldre människor, som varaktigt levt tillsammans och sammanbott, ska kunna fortsätta att göra det även när den enes behov kräver boende i en särskild boendeform för äldre (prop. 2011/12:147, bet. 2011/10:SoU21, rskr 2012/13:3). Regeringen har gett Socialstyrelsen i

uppdrag att följa utvecklingen och tillämpningen av bestämmelsen. Uppföljningen ska genomföras under tre år med en första delredovisning i november 2013. Socialstyrelsen ska även ta fram en vägledning till stöd för kommunerna som ska vara klar senast den 19 september 2013.

### Hälsocoacher

Förebyggande insatser riktade mot äldre kan medföra stora vinster, både hälsomässiga och ekonomiska, för såväl den enskilda människan som för samhället. Det är särskilt viktigt att skapa stödjande miljöer och mötesplatser för äldre och deras anhöriga samt att vidareutveckla samverkan med föreningslivet. Regeringen anser att det är angeläget att det hälsoförebyggande arbetet på lokal och regional nivå förstärks och utvecklas. Av dessa skäl gav regeringen 2010 Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att administrera och vetenskapligt pröva försöksverksamhet med hälsocoacher. Syftet med verksamheterna är att studera om upprepade motiverande samtal, och ett erbjudande om brett utbud av aktiviteter, bidrar till positiva livsstilsförändringar och hälsa bland personer med lättare sjuklighet i åldrarna 60–75 år. Verksamheten följs fortlöpande upp och kvalitativa data samlas in för att få en djupare förståelse för uppfattningar och attityder för hälsa och livsstil/livsstilsförändringar. En hälsoekonomisk utvärdering ska utföras. För att säkert kunna uttala sig om de långvariga effekterna avser regeringen att ge institutet i uppdrag att under 2014–2015 genomföra ytterligare en uppföljning av verksamheten.

### Åtgärdsprogram för personer med nedsatt beslutsförmåga

För att stärka utvecklingen av en värdig vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga behöver alla möjligheter att undvika begränsningar eller tvång användas. Därigenom minskar också rättsosäkerheten.

Det kan handla om att förebygga risker t.ex. genom bättre bemötande, andra behandlingsmetoder, miljöåtgärder, åtgärder mot olämpliga läkemedelskombinationer, utbildningsinsatser, uppföljning och kontinuerligt förbättringsarbete.

Regeringen har beslutat om ett åtgärdsprogram för åren 2013 och 2014. Som en del av detta har bl.a. Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp hur vården och omsorgen om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga som kommunerna ansvarar för är utformad. Även stödet till anhöriga till personer med nedsatt beslutsförmåga ska beskrivas. I uppdraget ingår att särskilt beskriva vilka arbetssätt och metoder som används i vården och omsorgen av personer som har beteendemässiga störningar.

Handisam har regeringens uppdrag att i samverkan med Hjälpmedelsinstitutet stödja utvärderingar av miljöanpassningar, teknik och användning av hjälpmedel. I uppdraget ingår att ta fram informationsmaterial som beskriver den tekniska utvecklingen inom området, vilken kan användas som vägledning vid upphandling i syfte att underlätta införande av teknik med nya eller förbättrade funktioner.

Svenskt Demenscentrum har beviljats medel att ta fram en it-anpassad handbok som kan ge stöd bl.a. för bedömningar, val av stödinsatser, planering och uppföljning. Regeringen avser att avsätta 6 miljoner kronor till Svenskt Demenscentrum för 2014 till insatsen.

I regleringsbrevet för 2014 kommer Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ges i uppdrag att under 2014 genomföra en särskild tillsynsinsats avseende verksamheter där vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas. IVO ska särskilt granska hur verksamheterna bedriver sitt kvalitetsarbete och säkrar att uppnådda goda resultat i form av åtgärder som stöder en vård och omsorg med så få inslag som möjligt av både begränsningar och tvång blir varaktiga.

### Äldreforskning

Vårdforskning är av central betydelse för att utveckla vården och omsorgen och för att förbättra befolkningens hälsa. Vårdforskningen ser ofta individen ur ett socialt perspektiv och är därför ett viktigt komplement till det traditionellt medicinska perspektivet i forskningen. Forskning om vårdens arbetsorganisation och personalens arbetsmiljö har betydelse både för kvaliteten i vården och omsorgen och för ett hälsosamt arbetsliv. Medicinsk vårdforskning och en mer omsorgs- och samhällsorienterad vårdrelaterad forskning behöver kopplas samman, t.ex. genom inrättande av transnationella

miljöer och genom satsningar där forskare från olika bakgrund arbetar tillsammans.

Det innovativa praktiktäna forskningssamarbetet stärks. Regeringens satsning på forskning om åldrande och hälsa genom Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) byggs ut ytterligare 2014, i linje med förslag i Forsknings- och innovationspropositionen (prop. 2012/13:30) Vidare föreslås Forte avsätta ytterligare medel för vårdforskning 2014 (se även avsnitt 10.5.3).

Regeringen hittillsvarande satsning på äldreforskning om 35 miljoner kronor per år samt stödet till datainsamling i den nationella studien Swedish National study on Ageing and Care (SNAC) med 14,5 miljoner kronor per år fortsätter.

### 7.5.3 Den sociala barn- och ungdomsvården

Regeringen kommer även fortsättningsvis att prioritera de särskilda satsningar som påbörjats för att kvalitetsutveckla den sociala barn- och ungdomsvården i linje med de intentioner som regeringen slagit fast i propositionen Stärkt skydd för barn och unga (prop. 2012/13:10). Vidare ska de nya bestämmelserna i socialtjänstlagen, som trädde i kraft 2013, följas upp.

Regeringen ser det som angeläget att göra socialtjänsten mer synlig och tillgänglig för alla barn och unga samt att socialtjänsten kan arbeta mer förebyggande. En annan angelägen uppgift är att bidra till en god kvalitet och ökad rätts-säkerhet genom en långsiktig satsning på huvudmännens arbete med kompetensutveckling av personalen som arbetar inom den sociala barn- och ungdomsvården. Oerfarna handläggare måste få stöd och handledning. Vidare krävs en satsning på specialistutbildning.

Regeringen har tagit emot ett förslag från Socialstyrelsen om trygg och säker vård för barn och unga. Regeringen bereder förslagen inom ramen för arbetet med att kvalitetsutveckla den sociala barn- och ungdomsvården. Enligt regeringens bedömning behövs bl.a. kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Regeringen avser därför att ge stöd för samordning och spridning av kunskap mot våld mot barn.

Placerade barn har sämre hälsa än övriga barn och använder betydligt mer psykofarmaka än övriga barn. Regeringen avser att ge Social-

styrelsen i uppdrag att genomföra en fördjupad studie kring användningen av psykofarmaka bland placerade barn och unga.

### Kunskapsbaserad socialtjänst

Arbetet med evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och den sociala barn- och ungdomsvården fortsätter. Ett fortsatt stöd behövs till det regionala samarbetet och de regionala utvecklingsledarna som ansvarar för att säkra en socialtjänst baserad på evidensbaserad praktik i den sociala barn- och ungdomsvården.

Regeringens satsning på öppna jämförelser kommer även fortsättningsvis att vara betydelsefull i utvecklingsarbetet. Socialstyrelsen redovisar årligen nationella öppna jämförelser av den sociala barn och ungdomsvården och utvecklar kontinuerligt nya indikatorer i syfte att utveckla jämförelserna av kvalitet och för att ge bättre förutsättningar att följa utvecklingen.

Regeringen avser även att arbeta vidare för att statistiken ska utvecklas avseende barn och unga inom samhällsvården.

### Kompetensutveckling

Arbetet med barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, och deras familjer, är ett av socialtjänstens svåraste uppdrag. Ofta innebär det svåra bedömningar, som kan vara livsavgörande för barn, ungdomar och föräldrar. Personalens kompetens och erfarenhet är därför avgörande för att kunna uppnå rättsäkerhet och upprätthålla en god kvalitet på arbetet.

Den 5 juni 2013 beslutade regeringen propositionen Vissa frågor om behörighet för personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (prop. 2012/13:175). Regeringen föreslår att det ska införas krav på behörighet för att få utföra vissa uppgifter inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vidare föreslås att socialnämndens ansvar tydliggörs för att den handläggare som självständigt utför sådana uppgifter har tillräcklig erfarenhet för uppgiften. Syftet med att reglera behörighet är att skapa en långsiktig garanti för att arbetsuppgifter utförs av personal med viss formell kompetens. Genom att tydliggöra vilken kompetens som behövs för detta arbete ökar förutsättningarna för att barn och unga får lämpliga insatser.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2014.

För att stärka och stödja kommunerna i sitt arbete med kompetensutveckling av personal inom den sociala barn- och ungdomsvården har regeringen beslutat om en långsiktig satsning under 2013–2016.

Under 2013 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att fördela särskilda medel för att stärka kommunernas arbete med att utveckla kompetensen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Uppdraget ska slutredovisas den 30 maj 2014.

### **En synlig och tillgänglig socialtjänst för barn och unga**

Föräldrar, barn, intresseorganisationer och andra som kommer i kontakt med socialtjänsten har ett självklart intresse av att kunna ta del av bestämmelser som reglerar den sociala barn- och ungdomsvården. Barn och unga behöver känna till vart de ska vända sig bl.a. för att få veta vilket stöd de har rätt till om det uppstår behov av insatser. De ska också på ett lättillgängligt sätt nå socialtjänsten i en akut situation. I propositionen Stärkt stöd och skydd till barn- och unga (prop. 2012/13:10) betonar regeringen vikten av en synlig och tillgänglig socialtjänst för barn och unga.

Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utforma och sprida information till barn och unga om socialtjänsten och dess verksamhet.

### **Lyssna på barn och unga**

Regeringen anser att det är särskilt angeläget att kontinuerligt följa barns upplevelser av sin placering. Att få en bild av hur barn och unga själva uppfattar den sociala barn- och ungdomsvården är en betydelsefull kunskap som kan utveckla kvaliteten i verksamheten. Det är också en förutsättning för att kunna utveckla och säkerställa en trygg och säker vård för barn och unga. Familjehem omfattas dock inte av Socialstyrelsens frekvenstillsyn och det är angeläget att även dessa barn får komma till tals.

Som ett första steg i arbetet med att utveckla brukarundersökningar i den sociala barn- och ungdomsvården har Socialstyrelsen därför fått

regeringens uppdrag att ta fram en modell för att lyssna på barn i familjehem i syfte att låta dem förmedla sina upplevelser om sin vistelse i familjehemmet. Modellen ska testas i en pilotundersökning och Socialstyrelsen ska göra en analys av hur den skulle kunna användas i återkommande och regelbundna undersökningar. Uppdraget ska genomföras i samverkan med Barnombudsmannen och redovisas senast den 1 december 2015.

### **Fler placeringsalternativ för barn och ungas boende, vård och fostran**

Regeringen beslutade den 12 juli 2012 att tillkalla en särskild utredare (2012:07) med uppdrag att se över lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (dir. 2012:79).

Det huvudsakliga uppdraget är att göra en övergripande översyn av bestämmelserna om tvångsvård. Regeringen fattade den 19 juni 2013 beslut om att komplettera utredningens uppdrag till att även omfatta en översyn av olika former av placeringsalternativ för barn och ungas boende, vård och fostran enligt SoL och LVU samt att lämna förslag till fler alternativ än vad som finns i dag. Syftet med utredningen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga som tvångsvårdas enligt LVU samt bidra till kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården med särskilt fokus på tvångsvård. Ett delbetänkande i denna del ska lämnas senast den 10 februari 2014. Tiden för en slutredovisning av uppdraget har förlängts till den 15 oktober 2014.

### **Unga i utanförskap**

Socialtjänsten har en viktig roll i arbetet att förebygga att unga hamnar i utanförskap, missbruk och kriminalitet. Bl.a. behöver socialtjänsten vidta tidiga insatser i samverkan med myndigheter och andra berörda. Regeringen har vidtagit flera insatser för att förbättra samordningen mellan berörda aktörer i samhället när det gäller unga i riskzonen. Ett exempel är arbetet med sociala insatsgrupper. Rikspolisstyrelsen fick i februari 2013 i uppdrag att aktivt stödja arbetet med sociala insatsgrupper. Arbetet med att stimulera till fortsatt spridning och utveckling av

detta arbetssätt kommer att fortsätta under 2014.

Statens institutionsstyrelse (SiS) har nyligen avslutat ett regeringsuppdrag som syftar till att förbättra utslussningen av ungdomar och unga vuxna från SiS institutioner. En av de viktigaste slutsatserna från uppdraget är att det måste finnas strukturerade verkställighetsplaner för de som slussas ut från institutionerna och individuella uppföljningar för att följa eventuella återfall i kriminalitet och missbruk.

### Övriga insatser

Med anledning av det ökande antalet asylsökande ensamkommande barn, som i många fall placeras i HVB-hem, har Socialstyrelsen i regleringsbrevet för 2013 fått i uppdrag att närmare belysa och kartlägga de behov som dessa barn har. Myndigheten ska beskriva en eventuell problembild och dess omfattning samt analysera om barnens behov möts. Socialstyrelsen ska överväga förslag på åtgärder och redovisa dessa senast den 1 december 2013.

Regeringen har gett Statens institutionsstyrelse och Specialpedagogiska skolmyndigheten i uppdrag att under perioden 2013-2015 tillsammans utveckla och pröva en strukturerad modell för skolverksamheten inom SiS. Modellen ska, genom samverkan mellan olika aktörer, skapa bättre förutsättningar för en obruten skolgång och god förankring i skolan för de ungdomar som vårdas inom SiS. Med utbildning avses både skolgången under institutionsvistelsen och den undervisning som sker efter utskrivning. Modellen ska följas upp och utvärderas. Uppdraget ska slutredovisas den 1 april 2016.

## 7.5.4 Familjerätt

Inom ramen för arbetet med att effektivisera kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kommer även vissa angränsande familjefrågor analyseras. Avsikten är inte att ändra mål och inriktning av verksamheten, utan endast att belysa möjligheten av en mer effektiv och ändamålsenlig organisation för dessa frågor.

### Förstärkta samarbetsamtal

Utredningen om ekonomi och föräldrasamarbete vid särlevnad konstaterar i sitt betänkande (SOU 2011:51) att många särlevande föräldrar saknar information, kunskap och stöd rörande ekonomi och barns försörjning. Brist på kunskap och stöd i dessa frågor riskerar att förstärka konflikter mellan separerade föräldrar. Regeringen föreslår därför i propositionen Förstärkta samarbetsamtal (prop. 2012/13:189) att kommunernas samarbetsamtal som i dag berör vårdnad, boende och umgänge ska utökas till att även omfatta frågor som rör barnets försörjning. Förslaget innebär att kommunen ges ett utökat ansvar för att informera föräldrarna och försöka få dem att enas i dessa frågor med barnets bästa som utgångspunkt.

### Umgängesstöd

Barn behöver nära och goda kontakter med båda föräldrarna även om dessa inte är sammanboende. Föräldrarna har ett gemensamt ansvar för att barnets behov av umgänge med den andre föräldern tillgodoses så långt som möjligt. Regeringen har i regleringsbrevet för 2013 gett Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa hur kommunerna hanterar domstolars beslut om umgängesstöd samt på vilket sätt och i vilken utsträckning kommunerna lever upp till sina åtaganden. Socialstyrelsen ska samråda med Barnombudsmannen och även redovisa barns erfarenheter av umgängesstöd. Av redovisningen ska även framgå hur samrådet skett och hur barns erfarenheter har samlats in. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2013.

## Vårdnadsöverflyttningar

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga i vilken utsträckning och i vilka situationer socialnämnden tillämpar möjligheten att väcka talan om vårdnadsöverflyttningar i samband med att det förekommer våld i familjen eller där den ena vårdnadshavaren har dödat den andra. I uppdraget ingår att kartlägga vilka rutiner och riktlinjer som finns i kommunerna samt att bedöma om det behövs ytterligare åtgärder. Uppdraget ska redovisas i november 2013.

## Nationella adoptioner

Det är oklart i vilken uträkning socialnämnderna uppmärksammar frågan om nationella adoptioner. Regeringen gav därför 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga vid vilka situationer och i vilken utsträckning socialnämnderna väcker frågan om nationell adoption av barn som är eller kan komma att bli placerade i samhällsvård och, om frågan inte väcks trots att adoption skulle kunna vara lämplig utifrån vad som är bäst för barnet, orsakerna till detta. Socialstyrelsen ska utifrån kartläggningen överväga om åtgärder behöver vidtas för att socialnämnderna ska uppmärksamma frågan i högre utsträckning än i dag. Om så är fallet ska Socialstyrelsen ta ställning till på vilket sätt detta bör ske. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2014.

## Internationella adoptioner

Att ta emot ett barn vars bakgrund och tillvaro före adoptionen delvis är okänd, ställer stora krav på föräldrarna och det är viktigt att föräldrarna är väl förberedda. Socialstyrelsen fick därför i augusti 2013 regeringens uppdrag att uppdatera det utbildningsmaterial som används i den obligatoriska föräldrautbildningen inför internationell adoption, handboken för socialtjänstens handläggning vid nationell och internationell adoption m.m.

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) har under 2012 stärkt det praktiska stödet till adopterade som söker sitt ursprung genom att ta fram och tillgängliggöra kvalitetssäkrad information och vägledning.

## 7.5.5 Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd är välfärdssystemets yttersta skyddsnät och syftar till att träda in under korta perioder av försörjningsproblem när andra försörjningsmöjligheter är uttömda. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Arbetslöshet och avsaknad av arbetslöshetsförsäkring är en vanlig orsak till behovet av ekonomiskt bistånd. Det är viktigt att den enskilde får stöd att komma in på arbetsmarknaden eller komma tillbaka till arbete, men det är även viktigt att relevanta krav ställs på individen att hitta en långsiktig egen försörjning. Socialtjänsten såväl som Arbetsförmedlingen har i detta sammanhang en viktig funktion att fylla för att motverka långtidsarbetslöshet och bidra till svaga gruppers etablering på arbetsmarknaden.

### Uppföljning av arbetslösa med ekonomiskt bistånd

I regeringens budgetproposition för 2013 aviserades att det finns behov av reformer för att tydliggöra de krav som gäller för alla som uppstår arbetsmarknadsrelaterade ersättningar eller ekonomiskt bistånd samt att uppföljningsåtgärderna i de olika regelverken, där så är möjligt, bör vara likartade. Regeringen har för avsikt att tillsätta en utredning som syftar till att se över socialnämndernas möjligheter att på ett bättre och tydligare sätt kunna ställa krav på att biståndsmottagare med arbetsförmåga aktivt söker arbete och deltar i aktiviteter, som syftar till att stärka förmågan till egen försörjning. Utredningen ska i detta sammanhang belysa hur krav på aktivt arbetssökande och möjligheter till sanktioner kan förenas med barnperspektivet.

Vidare finns det behov av att säkerställa en god kommunikation mellan socialtjänst och Arbetsförmedlingen genom förbättrade rutiner för samverkan. Genom sådana rutiner kan socialtjänsten mer effektivt följa upp biståndsmottagarnas arbetssökande och aktivitet inom arbetsmarknadsprogrammen. Regeringen avser därför att ge ett gemensamt uppdrag till Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen, att ta fram modeller för samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. Exempel på sådana samverkansmodeller skulle sedan kunna spridas i form av utvecklingsprojekt.

Regeringen avser också att besluta om nödvändiga förordningsändringar för att ge socialtjänsten bättre möjligheter att ta del av uppgifter i den aktivitetsrapport som arbetslösa biståndsmottagare ska lämna in till Arbetsförmedlingen.

E-delegationens projekt angående ekonomiskt bistånd som syftar till att göra det möjligt för socialtjänsten att få direktåtkomst till relevanta underlag inför beslut om ekonomiskt bistånd bör noggrant följas. På så sätt kan handläggningstider förkortas, risken för felaktiga utbetalningar minska och rättssäkerheten stärkas.

### **Kunskapsbaserat arbete inom ekonomiskt bistånd**

Socialtjänstens arbete bör i ökad utsträckning baseras på bästa tillgängliga kunskap om vilka arbetssätt och insatser som bidrar till långsiktiga lösningar på människors försörjningsproblem. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram systematiserad kunskap om de metoder och handlägningsrutiner som tillämpas av socialtjänsten i syfte att stärka biståndsmottagares förmåga till självförsörjning.

### **Fritidspeng som stöd till barn i ekonomiskt utsatta familjer**

Barn i ekonomiskt utsatta familjer deltar inte i organiserade fritidsaktiviteter i samma utsträckning som andra barn. I syfte att förbättra möjligheterna för dessa barn att delta i fritidsaktiviteter avser regeringen att införa en fritidspeng. Avsikten är att fritidspengen ska rikta sig till barn i hushåll som har haft ekonomiskt bistånd under sex månader eller längre. Fritidspengen ska uppgå till högst 3 000 kronor per barn och år och ska täcka utgifter för deltagande i kontinuerliga fritidsaktiviteter. Regeringen avser att utreda hur fritidspengen närmare ska regleras. 41 miljoner kronor anslås för 2014 och 81 miljoner kronor fr.o.m. 2015. Regeringen avser att föreslå att fritidspengen införs den 1 juli 2014.

## **7.5.6 Missbruks- och beroendevården**

### **Bättre kunskap, kvalitet och kompetens**

Missbruks- och beroendevården är ett område som under senare år utvecklats positivt i takt

med att kunskapen om och användningen av kunskapsbaserade metoder ökat. Inte minst har Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, som publicerades 2007, bidragit till denna utveckling. År 2008 påbörjade regeringen ett långsiktigt utvecklingsarbete i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting. Den bärande idén är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för utvecklingen av missbruks- och beroendevården och tillsammans utveckla en långsiktig struktur för kunskapsförsörjningen. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till praktik.

Utvecklingsarbetet ligger i linje med den inriktning som regeringen lagt fast i propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47), som sträcker sig över perioden 2011–2015 (se avsnitt 9). Ett av strategins långsiktiga mål är att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Med propositionen God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (prop. 2012/13:77, bet. 2012/13:SoU18, rskr. 2012/12:221), som regeringen beslutade om den 14 mars 2013, avser regeringen skapa förutsättningar för en fortsatt positiv utveckling.

Den svenska missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad och insatser krävs för att kontinuerligt utveckla kvaliteten på vård- och behandlingsinsatserna. Kunskapsguiden är en nationell plattform som förvaltas av Socialstyrelsen och syftar till att underlätta inhämtning och spridning av kunskap inom områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre. I februari 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utvidga kunskapsguiden till att även omfatta missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen har också i uppdrag att, i samband med översynen av specialistindelning för läkare, överväga en ny specialitet i beroendemedicin.

I propositionen Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) betonar regeringen behovet av tvärvetenskaplig, praktisknära forskning, bl.a. om olika insatserns effekter. Under 2014–2016 kommer Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd att avsätta ytterligare 5 miljoner kronor utöver de 15 miljoner kronor som redan är öronmärkta för området alkohol, narkotika, dopning och spel.

Att stärka och utveckla former för en långsiktigt hållbar brukarmedverkan är för reger-

ingen ett prioriterat område i utvecklingen av en kunskapsbaserad praktik.

Ett område där det finns behov av ökad kunskap är läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen ett brett uppdrag som syftar till att öka kunskapen om tillgänglighet och omfattning av sådan behandling, förskrivning av de aktuella läkemedlen både inom och utanför programmen och eventuellt läckage där läkemedel som skrivs ut inom programmen säljs vidare. Det är också angeläget att få ökad kunskap om de dödsfall som bedöms vara relaterade till dessa läkemedel. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2015.

Verksamheten vid hem för vård eller boende (HVB) spänner över allt från boendelösningar med omvårdnadsinslag till kvalificerad behandling i slutna former. Det är idag stora skillnader i innehåll och kvalitet mellan olika verksamheter. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att föreslå vilka kvalitetskrav som ska gälla för HVB för personer med missbruks- eller beroendeproblem. De behandlingsmetoder som Socialstyrelsen i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården bedömer ha evidens bör enligt regeringen komma till uttryck i de kommande kvalitetskraven. Uppdraget ska redovisas senast den 1 juli 2014.

### Tidig och tillgänglig vård

Missbruksutredningen konstaterade att vården idag endast når en av fem som har missbruks- eller beroendeproblem. Personer med s.k. riskbruk nås i än lägre utsträckning. Vården behöver därför utformas så att den blir bättre på att uppmärksamma och möta det vårdbehov som finns. Inom ett flertal kommuner pågår sedan flera år en utveckling där socialtjänsten strävar efter att öka tillgängligheten till sina insatser genom att erbjuda stöd och hjälp inom ramen för öppna verksamheter i form av service utan biståndsbeslut. I takt med att kommuner och landsting samverkar inom integrerade beroendeheter aktualiseras frågan särskilt, eftersom samarbetet underlättas med likartade handlägningsrutiner. Samtidigt har Socialstyrelsen ifrågasatt om denna utveckling har stöd i lagstiftningen. Regeringen ser därför behov av att se över och eventuellt förtydliga lagstiftningen i syfte att främja de positiva aspekterna av denna

utveckling samtidigt som individens rättssäkerhet, liksom kraven på kvalitet, dokumentation och uppföljning på individ-, verksamhets- och nationell nivå säkerställs.

De som söker vård kommer i regel snabbt i kontakt med vården. För personer med opiatberoende kvarstår dock alltför stora skillnader mellan landstingen när det gäller tillgång till läkemedelsassisterad behandling. Socialstyrelsen har därför i uppdrag att granska situationen i de landsting där tillgängligheten till sådan behandling brister och lämna förslag till hur den kan öka.

Tillnyktringsverksamhet med adekvat medicinsk kompetens utgör en viktig länk i en samordnad vårdkedja. Regeringen kan dock konstatera att det råder en betydande brist på sådana verksamheter. Tillgång till tillnyktringsverksamhet möjliggör även ökad medicinsk säkerhet för personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB). Ett tilltagande blandmissbruk mellan alkohol och andra droger, liksom nya ”ungdomsdroger” har gjort det svårare för polisen att bedöma den omhändertagnes tillstånd och tillgodose nödvändig medicinsk tillsyn. Mot denna bakgrund ser regeringen behov av att stimulera utvecklingen av en ändamålsenlig tillnyktringsverksamhet.

### Ansvar och samverkan

Regeringen anser att kommuner och landsting själva är bäst lämpade att lösa de utmaningar som två ansvariga huvudmän för med sig genom att de utifrån lokala behov gemensamt avgör hur verksamheten ska dimensioneras, hur uppgifterna ska fördelas och samverkan ska säkerställas.

Från den 1 juli 2013 är huvudmännen ålagda att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer och deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna (prop. 2012/13:77).

Regeringen avser att, i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och utifrån huvudmännens behov, utforma ett ändamålsenligt stöd avseende överenskommelsernas innehåll, utformning och uppföljning. Även andra



aktörer som t.ex. Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse och organisationer som företräder brukare och deras närstående bör involveras i detta arbete. För att säkerställa att överenskommelserna leder till förbättringar för den enskilda individen bör de följas upp när det gäller tillgänglighet, samordning och kvalitet på insatser, särskilt för personer med sammansatta behov.

### **Stärkt barn- och föräldraperspektiv i vården**

Under 2014 fortsätter regeringens satsning på att utveckla stödet till barn som växer upp i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting är huvudaktörer. Inom ramen för Kunskap till praktik pågår ett arbete som syftar till att stärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården. Alla län, utom ett, har tillsatt regionala samordnare för att stödja utvecklingen av utbildningsinsatser, kartläggningar m.m. En nationell kartläggning om föräldrars och barns behov av stöd har genomförts som grund för det fortsatta arbetet.

### **7.5.7 Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden**

Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden är en utmaning för det svenska välfärdssamhället. Det är ett socialpolitiskt och ett bostadspolitiskt problem som kräver insatser av och samverkan mellan flera olika aktörer.

Regeringens tidigare satsningar inom ramen för en hemlöshetsstrategi 2007–2009 bidrog bl.a. till att utveckla kommunernas arbete med vräkningsförebyggande insatser. Regeringens ambition är att inga barn ska drabbas av vräkning, att det totala antalet vräkningar ska minska och att antalet kommuner som arbetar förebyggande ska öka.

Under 2012 tillsatte regeringen en nationell hemlöshetsamordnare i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa långsiktiga och hållbara strukturer och fungerande rutiner för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Ett särskilt fokus ligger

på att förebygga vräkningar, främst bland barnfamiljer.

Hemlöshetsamordnaren bedriver ett uppsökande arbete, med besök i framför allt kommuner. Syftet är att föra ut kunskap och erfarenheter som genererats inom ramen för den tidigare hemlöshetsstrategin samt att samla in lärande exempel på verksamma arbetsmetoder.

Vart tredje år genomför Boverket och Socialstyrelsen undersökningar av den s.k. sekundära bostadsmarknaden, dvs. kommunernas boendelösningar för personer som av olika anledningar inte blir godkända som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Undersökningarna är viktiga verktyg för att öka kunskapen om och följa utvecklingen av dessa särskilda boendelösningar. Uppdragen ska nästa gång rapporteras senast den 31 december 2014.

Socialstyrelsen genomför öppna jämförelser på hemlöshetsområdet vartannat år. Dessa belyser en rad kvalitetsaspekter i kommunernas arbete för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, och gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten och uppmärksamma lokala och regionala skillnader.

Till länsstyrelsernas uppgifter hör att bistå kommunerna i arbetet med att planera bostadsförsörjningen. Länsstyrelserna har sedan 2012 dessutom ett särskilt uppdrag att analysera hur kommunerna beaktar arbetet med att motverka hemlöshet samt att ge kommunerna råd och stöd i planeringen med att motverka hemlöshet i synnerhet bland barnfamiljer som drabbas av vräkning. Uppdraget ska rapporteras senast den 31 januari 2015.

### **7.5.8 Stöd till våldsutsatta personer och offer för människohandel**

Regeringens arbete för att förbättra situationen för brottsoffer fortsätter. Socialtjänstens verksamhet för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld har utvecklats positivt de senaste åren. Det finns dock fortfarande ett behov av ett bibehållet statligt stöd för att möjliggöra en fortsatt positiv utveckling. Regeringen fortsätter därför att även under 2014 satsa 109 miljoner kronor i utvecklingsmedel till kommuner och ideella föreningar för att utveckla ett nationellt och regionalt kunskaps- och metodstöd.

För att ytterligare stärka kvinnojourernas verksamhet föreslås i denna proposition en resursförstärkning av statsbidraget till organisationer som arbetar med att motverka våld mot kvinnor med sammanlagt drygt 23 miljoner kronor från och med 2014.

### **Kartläggning av skyddat boende**

En avgörande del av stödet till våldsutsatta och hotade personer är det skyddade boendet. Socialstyrelsen har i maj 2013 redovisat en kartläggning som ger en bild av omfattningen och kvaliteten vid de skyddade boendena. Områden där verksamheten behöver förbättras är exempelvis insatser för barn och våldsutsatta kvinnor med missbruks- och beroendeproblem.

I uppdraget till Socialstyrelsen om skyddat boende ingick, förutom kartläggningen, också att definiera begreppet skyddat boende och ta fram en vägledning för socialtjänstens och dess utförare samt en modell för hur insatsen skyddat boende kan kvalitetsutvecklas, följas upp och utvärderas kontinuerligt på nationell nivå. Uppdraget, som omfattar samtliga relevanta verksamheter (kommunala, ideella och privata) och alla slags brottsoffer. Syftet med uppdraget i sin helhet är att verka för en kvalitetsutveckling och en förstärkt uppföljning och utvärdering av insatsen skyddat boende. En slutredovisning lämnades i början av september 2013.

### **Våld i nära relationer**

Vid Socialstyrelsen pågår ett arbete med att ta fram föreskrifter gällande socialnämndens ansvar för våld i nära relationer. Syftet är att skärpa kraven på socialnämndens arbete med de barn och vuxna som utsätts för eller har utsatts för våld av närstående samt barn som bevittnat våld av eller mot närstående vuxna.

Regeringen arbetar på flera sätt för att uppmärksamma gruppen äldre kvinnor. Äldre kvinnor lyfts upp som en särskilt utsatt grupp i regeringens arbete för att bekämpa våld mot kvinnor. Våren 2012 utsåg regeringen en nationell samordnare mot våld i nära relationer vars uppdrag även omfattar utsatta grupper, t.ex. äldre kvinnor och män.

Vidare har Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial med särskilt fokus

på äldre kvinnor, vilket kommer att fokusera på förekomst, riskfaktorer, signaler och konsekvenser av våld mot äldre.

Därutöver avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att under 2014 genomföra informationsinsatser i länen. Syftet är att påverka attityder, kommunicera hur våld mot äldre kan identifieras och förebyggas, visa på goda exempel samt informera om utbildning och andra verktyg som finns att tillgå. Målgrupperna är kommunpolitiker och tjänstemän.

Regeringen avser att återkomma till riksdagen med en redovisning av regeringens strategi för att motverka våld mot äldre. Strategin är tänkt att bl.a. utgöra ett praktiskt stöd i det kommunala planerings- och utvecklingsarbetet när det gäller våld mot äldre.

### **Utveckling av socialtjänstens arbete**

Regeringen har gett Socialstyrelsen ett långsiktigt uppdrag (2011–2014), att stimulera utvecklingen av socialtjänstens arbete med stöd till brottsoffer. Uppdraget utgör en del av genomförandet av handlingsplanen för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Inom ramen för detta uppdrag har Socialstyrelsen tagit fram utbildningsmaterial med fokus på kvinnor med missbruksproblem och kvinnor med funktionsnedsättning. Även utbildningsmaterial om äldre kvinnor som utsätts för våld, hedersrelaterad brottslighet och kvinnor med utländsk bakgrund planeras.

Den nationella samordnaren mot våld i nära relationer arbetar också aktivt för att utveckla detta område. I samordnarens uppdrag ingår bl.a. att överväga hur skyddet och stödet till brottsoffren kan utvecklas. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 juni 2014.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedriver en förstärkt tillsyn av hur socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra utförare arbetar med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

### **Utveckla och sprida metoder för arbetet med våldsutövare**

Regeringen anser att det är betydelsefullt att det utvecklas kunskapsbaserade och mer enhetliga

metoder och arbetssätt som kan användas i socialtjänsten vid insatser för våldsutövare. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och sprida metoder för arbetet med personer som utövar våld mot närstående och som inte är föremål för insatser inom kriminalvården. De metoder som utvecklas ska beakta de närståendes behov av trygghet och säkerhet. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2015.

### Prostitution och människohandel

Europarådets konvention om bekämpande av människohandel trädde ikraft den 1 september 2010. Under 2013 har Sverige varit i fokus för Europarådets utvärderingsprocess som kommer att leda till en skriftlig bedömning under hösten. En viktig åtgärd för att bekämpa prostitution och människohandel är att öka kunskapen hos berörda myndigheter och samverka dem emellan. Länsstyrelsen i Stockholms län har därför fått i uppdrag att utveckla den nationella samordningen och samverka rörande prostitution och människohandel. Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2013 fått i uppdrag att kartlägga utvecklingen.

Inom ramen för Östersjöstaternas Råd (CBSS) deltar regeringen i arbetsgruppen Children at Risk där man fokuserar på trafficking och till detta relaterade sociala orsaker och problem.

### 7.5.9 Föräldrastöd

Regeringen fortsätter att stärka föräldrastödet. Statens folkhälsoinstitut anordnar på uppdrag av regeringen konferenser i länen under hösten 2013 i syfte att utifrån lokala och regionala behov sprida kunskap och stödja implementering. Utbildning i föräldrastödjande arbete görs tillgänglig genom en distansutbildning på universitetsnivå. En satsning på att stärka stödet till föräldrar med barn i tonåren kommer att inledas. I syfte att främja ett lättillgängligt föräldrastöd avser regeringen även att göra en satsning på att utveckla och utvärdera olika modeller för familjecentraler. Utvecklingsinsatser med fokus bl.a. på att få ökad kunskap om effekter av föräldrastödsinsatser samt för att stärka stödet till föräldrar till barn med funk-

tionsnedsättning pågår. Regeringen avser att lämna en skrivelse till riksdagen med en samlad redogörelse för resultatet av genomförda föräldrastödjande insatser inom olika politikområden.

### 7.5.10 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning ska, så långt det är möjligt, kunna delta i samhällslivet och arbetslivet på jämlika villkor som andra. Individuella stödinsatser och lösningar ska utgöra ett komplement för den som behöver det.

#### PRIOsatsningen

I maj 2012 presenterade regeringen handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016. Regeringen avser att avsätta ca 870 miljoner kronor per år i syfte att förebygga psykisk ohälsa och att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Prioriterade målgrupper är barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. En av de centrala beståndsdelarna i satsningen är en bred överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som syftar till att, genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, skapa förutsättningar för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i kommuner och landsting.

Anhöriga och närståendes insatser spelar en viktig roll i stödet till personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Inom ramen för PRIO-planen har regeringen anslagit medel till en särskild satsning inom detta område genom ett riktat stöd till Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NkA) på 2 miljoner kronor under 2012 och 3 miljoner kronor under 2013. Regeringen avser att avsätta ytterligare 3 miljoner kronor under 2014.

#### Arbete och meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning

Regeringen har genomfört olika satsningar för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få tillgång till arbete och anpassad sysselsättning. Möjligheterna till en meningsfull

sysselsättning behöver förbättras och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör i större utsträckning leda till att fler personer med psykisk funktionsnedsättning kan komma in på arbetsmarknaden.

Att främja meningsfull sysselsättning och underlätta deltagande på arbetsmarknaden för denna grupp är en fortsatt prioriterad fråga inom ramen för regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk hälsa (PRIO-planen).

Hjärnkoll är ett riksomfattande program som syftar till att öka kunskapen om och förändra negativa attityder mot personer med psykisk ohälsa. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), i samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) genomför insatsen på uppdrag av regeringen. Hjärnkoll har som fokus att under 2013 och 2014 förstärka insatserna inom arbetslivet. Målet är att öka kunskapen om psykisk ohälsa och om hur man kan främja den psykiska hälsan på arbetsplatsen. Insatserna i arbetslivet planeras och genomförs i samarbete med arbetsmarknadens parter.

### Stöd till juridiska personer

Socialstyrelsen har i uppdrag att fördela statsbidrag till verksamheter som juridiska personer (ideella organisationer, stiftelser m.fl.) bedriver med syfte att förstärka och komplettera kommunernas och landstingens insatser när det gäller meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. För 2013 har avsatts 30 miljoner kronor. En utvärdering av insatsen visar positivt resultat och regeringen avser därför att ge fortsatt stöd även under 2014. Insatsen görs inom ramen för handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa 2012–2016.

### Personligt ombud

Regeringen gav i maj 2012 Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av verksamheterna med personligt ombud. Socialstyrelsen ska bl.a. kartlägga och analysera hur klienternas behov av stödinsatser tillgodoses och utvecklats, vilka effekter och resultat som uppnåtts för klienterna genom verksamheten samt de ekonomiska effekterna av verksamheten med personligt ombud. Socialstyrelsen ska redovisa resulta-

tet av uppföljningen till Regeringskansliet senast den 15 april 2014.

För att förtydliga villkoren och förutsättningarna för att kommunerna ska kunna erhålla statsbidrag och samtidigt understryka verksamhetens permanenta karaktär har regeringen i juni 2013 beslutat om en förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar. Förordningen träder i kraft den 1 januari 2014.

### Modernisering av stöd till personer med funktionsnedsättning

Socialdepartementet beslutade i december 2012 att inrätta en arbetsgrupp med uppdrag att göra en översyn av funktionshindersförmånerna bilstöd till personer med funktionsnedsättning, handikappersättning och vårdbidrag för barn med funktionshinder (S2012/9134/SF). Syftet med översynen är att stöden ska göras mer förutsägbara, rättssäkra och hållbara över tid. Målet är att åstadkomma ett mer sammanhållet och ändamålsenligt system för ersättning och för merkostnader för personer med funktionsnedsättning.

Efterfrågan på bilstöd har ökat under de senaste åren. Den bidragsdel som står för den största ökningen är kostnaderna för anpassning av bilar, detta s.k. anpassningsbidrag utgör numera närmare 70 procent av kostnaderna för bilstödet.

Inom ramen för översynen av funktionshindersförmånerna har det genomförts en avgränsad översyn av främst anpassningsbidraget inom bilstödet (S2013/4556/FST). I detta arbete har departementspromemorian Förslag på förändringar inom det statliga bilstödet (Ds 2013:46) arbetats fram. Promemorian har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Promemorians förslag syftar till att skapa en mer effektiv ordning inom bilstödet genom bl.a. bättre förutsättningar för konkurrens mellan utförare av anpassningsåtgärder och genom att främja att anpassningar genomförs i de fordon som är mest lämpliga för detta.

I enlighet med ett av förslagen har regeringen för avsikt att ge en eller flera myndigheter ett utredningsuppdrag som bl.a. omfattar att fastställa kriterier för hur kostnadsförslag från

utförare av fordonsanpassning ska vara utformade för att kunna ligga till grund för en bedömning av anpassningsbidrags storlek samt att fastställa kriterier avseende fordons egenskaper för att den som beviljats bilstöd ska kunna ges tydliga råd när det gäller val av fordon.

Regeringen har vidare för avsikt att genomföra författningsförändringar som anger att kostnadsförslag från minst två utförare av en aktuell anpassning ska ligga till grund för beslut om anpassningsbidrags storlek samt att Försäkringskassan ska kunna neka anpassningsbidrag vid olämpligt fordonsval.

### Mer inflytande vid val av hjälpmedel

Tillgången till väl fungerande hjälpmedel är för många personer med funktionsnedsättning en förutsättning för att kunna leva ett autonomt, självständigt liv och vara delaktig i samhället. Tilldelning av hjälpmedel ska utgå från individens behov och förutsättningar.

Regeringen vill ge den enskilde större möjligheter till inflytande på hjälpmedelsområdet och ge huvudmännen bättre förutsättningar att utveckla det fria valet. Det behövs en större mångfald av lösningar för att öka valfriheten när det gäller personliga hjälpmedel, både inom den ordinarie hjälpmedelsverksamheten och inom ramen för ett system för fritt val. Regeringen har för avsikt att återkomma till riksdagen med förslag som delvis grundar sig på Hjälpmedelsutredningens betänkande Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet (SOU 2011:77) som lämnades till regeringen i november 2011.

#### 7.5.11 Stödinsatser enligt LSS och assistansersättning

LSS och assistansersättningen är betydelsefulla reformer med rättigheter som på ett avgörande sätt har förbättrat levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Det är reformer som regeringen fortsatt vill värna och vårda.

Assistansersättning gör det möjligt för människor med funktionsnedsättningar, som har stort behov av stöd för grundläggande behov, att leva ett bra liv med personlig assistans. Mot bakgrund av assistansersättningens avgörande betydelse för att skapa delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning, är det

mycket angeläget att värna förmånens hållbarhet. Det är därför angeläget att assistansersättningen används som det är tänkt och inte överutnyttjas samt att det fusk och den grova brottslighet som förekommer kan stävjas. Ytterst handlar det om förmånens legitimitet. Det handlar också om rättssäkerheten i besluten.

För att säkerställa assistansersättningens långsiktiga hållbarhet vidtar regeringen en rad åtgärder. Det är bl.a. angeläget att Försäkringskassans arbete med assistansersättningen förbättras. Inte minst måste det bli rätt beslut från början.

### Ersättningsmodellen

En särskild utredare har fått regeringens uppdrag att se över den nuvarande modellen för assistansersättning (dir. 2013:34). Assistansersättningsutredningen (S 2013:07) ska bl.a. beskriva för- och nackdelar med nuvarande konstruktion och bedöma vilka konsekvenser denna har haft för kvalitets- och kostnadsutvecklingen. Utredaren ska ta fram förslag som leder till att ersättningen förstärker förutsättningarna för en långsiktig hållbar kvalitetsutveckling och finansiering av insatsen. Det är viktigt att ersättningen utformas så att den bättre motsvarar de faktiska kostnaderna för utförd assistans. Utredaren ska även bedöma vilka konsekvenserna blir om kostnader för sjuklön vid ordinarie assistents sjukfrånvaro skulle omfattas av assistansersättning. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag i februari 2014.

### Uppföljning av nya regler för personlig assistans och assistansersättning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i juni 2013 fått regeringens uppdrag att följa upp och analysera effekterna av de nya reglerna för personlig assistans och assistansersättning som riksdagen beslutade om i december 2012 (prop. 2012/13:1, utgiftsområde 9, bet. 2012/13:SoU1, rskr. 2012/13:115). De beslutade lagändringarna har tillkommit för att bidra till att oegentligheter, överutnyttjande och andra orsaker till felaktiga utbetalningar undanröjs.

ISF ska även följa upp de åtgärder som Försäkringskassan genomfört för att effektivisera handläggningen och kontrollen av ärenden inom assistansersättningen och myndighetens

arbete med att utveckla ett ändamålsenligt it-stöd. ISF har också möjlighet att lämna förslag på ytterligare åtgärder om myndigheten anser att det behövs. Uppdraget ska delredovisas i december 2015 och slutredovisas i december 2017.

### **Skarpare mål om assistansersättningen för Försäkringskassan**

Regeringen har beslutat om nya mål i Försäkringskassan regleringsbrev för 2013 när det gäller assistansersättningen. Försäkringskassan ska effektivisera kontrollen av assistansersättningen, effektivisera handläggningen och förbättra utredningarnas kvalitet samt öka kvaliteten och säkerheten i besluten, särskilt i det första beslutet av assistansersättningen. Myndigheten ska även vidareutveckla it-stödet för assistansersättningen för att effektivisera beslutsstöd, kontroll och informationsförsörjning. Försäkringskassan ska redovisa genomförda insatser. Myndigheten ska också redovisa hur myndigheten utifrån sin kompetens och sitt myndighetsansvar utformat styrformer som innebär att beslut, utbetalningar och kontroll av assistansersättningen förbättras.

Försäkringskassan har vid olika tillfällen framfört önskemål om att ändra den längsta perioden för vilken assistansersättning kan beviljas från sex månader till ett år, som det var tidigare. Slutavräkning skulle då ske efter ett år i stället som nu efter sex månader. Regeln om sex månader infördes i syfte att uppnå bättre kostnadskontroll. Regeringen anser inte att det framkommit tillräckliga skäl som talar för att återgå till ett år. Det är angeläget att ha en god kostnadskontroll.

### **Barn och unga med ekonomisk ersättning för personlig assistans**

Regeringen har i mars 2013 uppdragit åt Socialstyrelsen att bedöma hur barns möjligheter till självständighet, delaktighet och utveckling påverkas av att de får ekonomisk ersättning för personlig assistans. Uppdraget har ett tydligt barnrättsperspektiv och barn ska ha möjlighet att framföra sina åsikter. Socialstyrelsen ska vid behov föreslå åtgärder som kan motverka eventuella problem som framkommer. Bak-

grunden till uppdraget är att det iakttagits fall där assistansersättning helt eller delvis fått ersätta andra åtgärder som ett barn behöver. Det är ovanligt, men i noterade fall har det varit allvarligt. Uppdraget ska redovisas i januari 2014.

### **Personlig assistans som utförs av god man, förvaltare eller ombud**

Regeringen har i mars 2013 uppdragit åt Socialstyrelsen att bedöma personlig assistans som utförs av den assistansberättigades gode man, förvaltare eller ombud. Det ska avse vilka fördelar som finns med att en god man, en förvaltare eller ett ombud är personlig assistent, t.ex. avseende företrädarens kännedom om och förståelse för sin klient. Det ska också avse vilka risker som kan uppstå, t.ex. intressekonflikter och potentiella jävsförhållanden på grund av de dubbla roller som föreligger under aktuella omständigheter. Uppdraget ska redovisas i januari 2014.

### **Beslut om statlig assistansersättning**

Regeringen beslutade i maj 2012 att ge Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att ta fram underlag för och bedöma orsakerna till utfallet av Försäkringskassans beslut om assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, såväl vid nybeviljande som vid tvåårs-omprövning av sådana beslut, och till eventuella förändringar över tid.

ISF ska även redovisa tänkbara orsaker till sådana förändringar. ISF ska också kartlägga vilka assistansberättigade som berörs av förändringarna och vilka eventuella andra insatser som erbjuds dessa personer. ISF har delredovisat uppdraget till regeringen i december 2012. Regeringen har i sin tur återkommit till socialutskottet med en bedömning av delredovisningen och åtgärder.

ISF:s uppdrag fortsätter. Vad som nu återstår att redovisa är förändringar som skett under 2012 och sker 2013, orsakerna bakom de förändringar man uppmärksammat och vad de personer som fått sin ersättning indragen eller ett avslagsbeslut fått för samhällsstöd. ISF kommer att slutredovisa uppdraget senast i oktober 2014.

## Stärkt likvärdighet och säkerhet

Regeringen avser att stärka kvalitet, säkerhet och likvärdighet i verksamheter inom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Satsningen omfattar utveckling av ett kvalitetsregister för målgruppen med utgångspunkt från BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens), en ny utbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser samt en kartläggning av kommunernas beslut för vissa insatser enligt LSS. Hela satsningen omfattar 11 miljoner kronor under 2014.

### Likvärdighet i LSS-insatser

För att fortsatt vårda och värna LSS-reformen anser regeringen att det är angeläget att få bättre och uppdaterad kunskap om hur kommunerna tillämpar LSS när det gäller ett antal insatser, bl.a. ledsagarservice och bostäder med särskild service. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en sådan kartläggning. Syftet är att få kunskap om det behövs ytterligare åtgärder för att stärka likvärdighet och säkerhet i kommunernas beslut för de insatser som kartläggningen avser omfatta.

### Kvalitetsregistret BPSD

Kvalitetsregistret BPSD är ett arbetsverktyg som nu används för att implementera de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom i vården. Det görs med stor framgång och minskar behov av tvingande åtgärder, ökar den enskildes välbefinnande och utvecklar personalens arbetssätt. Regeringen anser att det finns anledning att även testa kvalitetsregistret inom vissa insatser enligt LSS där det bor och vistas personer som har en utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Inom ramen för regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting kring evidensbaserad praktik undersöks redan nu förutsättningarna för att modifiera BPSD-registret för att kunna användas som arbetsverktyg för aktuell målgrupp.

### Kompetenssatsning för handläggare inom LSS

En nyligen utförd tillsyn av Socialstyrelsen visar på kvalitetsproblem i verksamheter inom LSS. Dessa är i flera fall kopplade till personalens höga arbetsbelastning, bristande grundkompetens men också otillräcklig tillgång till vidareutbildning och handledning. Regeringen avser därför att satsa på en ny utbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser.

## 7.6 Budgetförslag

### 7.6.1 4:1 Personligt ombud

**Tabell 7.11 Anslagsutveckling 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor				
2012	Utfall	94 990	Anslags-sparande	9 470
2013	Anslag	104 460 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	95 115
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>104 460</b>		
2015	Beräknat	104 460		
2016	Beräknat	104 460		
2017	Beräknat	104 460		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning. Anslaget får även användas för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen.

### Regeringens överväganden

Verksamhet med personligt ombud för kommunerna är en frivillig verksamhet vilket medför att antalet ombud kan variera något år från år. Socialstyrelsen redovisar emellertid en stabil utveckling och myndigheten beräknar att anslaget täcker nuvarande verksamhet.

**Tabell 7.12 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:1 Personligt ombud**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>	<b>104 460</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 104 460 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Personligt ombud* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 104 460 000, 104 460 000 kronor respektive 104 460 000 kronor.

### 7.6.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

**Tabell 7.13 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

Tusental kronor

År	Utfall	Utfall	Anslags-sparande	Utfall
2012	Utfall	339 751	Anslags-sparande	13 575
2013	Anslag	353 976 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	342 559
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>338 929</b>		
2015	Beräknat	322 554		
2016	Beräknat	314 054		
2017	Beräknat	309 054		

<sup>1</sup> Inklusiva beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för

- rådgivning och annat personligt stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,

- verksamhet samt avveckling av verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- försöksverksamhet med service- och signalhundar,
- insatser för attitydförändring på arbetsmarknaden,
- insatser för familjer med barn med omfattande funktionsnedsättning,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom funktionshindersområdet,
- statistikutveckling inom funktionshindersområdet,
- öppna jämförelser av daglig verksamhet i LSS och meningsfull sysselsättning inom SoL,
- SRF för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder samt
- statsbidrag för viss verksamhet på funktionshindersområdet.

#### Regeringens överväganden

Regeringen avser att inordna de delar av Hjälpmedelsinstitutets (HI) nuvarande uppgifter som kan anses vara ett statligt åtagande i Myndigheten för handikappolitisk samordning i samband med att HI:s avvecklas. Regeringen bedömer att förändringen ger bättre förutsättningar för ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete inom funktionshindersområdet utifrån ett uttalat medborgarperspektiv. Organisationsförändringen kommer även innebära administrativa effektiviseringar. Förändringen föreslås träda i kraft den 1 maj 2014. Till följd av det föreslår regeringen att detta anslag minskas med 23 miljoner kronor från 2014 och med ytterligare 27,875 miljoner kronor från och med 2015. Anslaget 3:1 *Myndigheten för handikappolitisk samordning* föreslås med anledning av detta att ökas med 18 miljoner kronor från och med 2014 och med ytterligare 13,5 miljoner kronor från och med 2015.

Regeringen avser att avsätta ytterligare medel för att de idéburna organisationerna, i samverkan



med Sveriges kommuner och landsting, ska ges ökade möjligheter att stimulera framväxten av fler lokala och regionala överenskommelser inom det sociala området. Regeringen föreslår därför att detta anslag minskas med 1 mnkr för 2014 och att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen avser vidare att öka stödet till Nordiskt kompetenscentrum för anhöriga och föreslår därför att detta anslag minskas med 2 miljoner kronor och att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår även en satsning på stärkt likvärdighet och säkerhet för insatser inom LSS och föreslår därför att detta anslag ökas med 11 miljoner kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2014 att detta anslag minskas med 15 miljoner kronor jämfört med 2013.

**Tabell 7.14 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>353 976</b>	<b>353 976</b>	<b>353 976</b>	<b>353 976</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-15 000	-31 375	-39 875	-44 875
Överföring till/från andra anslag <sup>2</sup>	-47	-47	-47	-47
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>338 929</b>	<b>322 554</b>	<b>314 054</b>	<b>309 054</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Vissa anslag minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 338 929 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 322 554 000 kronor, 314 054 000 kronor respektive 309 054 000 kronor.

### 7.6.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

**Tabell 7.15 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

2012	Utfall	343 340	Anslags-sparande	-25 026
2013	Anslag	379 995 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	374 000
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>346 995</b>		
2015	Beräknat	266 995		
2016	Beräknat	266 995		
2017	Beräknat	266 995		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera utgifter för bilstöd till personer med funktionsnedsättning enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) och (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

#### Regeringens överväganden

Kostnaden för att anpassa bilar för personer med funktionsnedsättning har ökat samtidigt som efterfrågan på sådana anpassningar blivit högre än beräknat. För att kunna bevilja bilstöd i den omfattning som efterfrågas under 2014 behöver ytterligare medel tillföras anslaget. Regeringen föreslår därför att detta anslag bör ökas med 80 miljoner kronor för 2014. För 2013 fördes en tillfällig förstärkning motsvarande 33 miljoner kronor till detta anslag. För 2014 återförs dessa medel till anslag 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* och detta anslag minskas med motsvarande belopp.

**Tabell 7.16 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>299 995</b>	<b>299 995</b>	<b>299 995</b>	<b>299 995</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	47 000	-33 000	-33 000	-33 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volym				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>346 995</b>	<b>266 995</b>	<b>266 995</b>	<b>266 995</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 346 995 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 266 995 000 kronor för respektive år.

#### 7.6.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 7.17 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

År	Slagslag	Belopp	Notering	Belopp
2012	Utfall	21 443 007	Anslags-sparande	-399 007
2013	Anslag	22 272 000 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	22 327 000
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>23 235 000</b>		
2015	Beräknat	24 373 000		
2016	Beräknat	25 642 000		
2017	Beräknat	27 032 000		

<sup>1</sup> Inklusiva beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statlig assistansersättning till vissa personer med funktionshinder enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

## Kompletterande information

I förordningen (1993:1091) om assistansersättning finns ytterligare bestämmelser om assistansersättningen.

Antalet personer som har rätt till assistansersättning, behovets omfattning mätt i assistanstimmar per vecka och beviljad ersättning per timme är de faktorer som styr utgifternas storlek. Timbeloppet för 2014 är 280 kronor. För 2013 är det 275 kronor.

## Regeringens överväganden

Assistansersättningen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med funktionsnedsättning. Regeringen har genomfört och genomför en rad åtgärder inom assistansersättningen för att komma till rätta med de problem som uppmärksammats när det gäller oegentligheter och överutnyttjande, Försäkringskassans hantering av ersättningen samt ersättningens konstruktion.

Från den 1 juli 2013 gäller nya regler för personlig assistans, assistansersättningen och tillståndsgivningen för att yrkesmässigt få bedriva verksamhet med personlig assistans. Syftet är att förhindra oegentligheter, överutnyttjande eller andra orsaker till felaktiga utbetalningar av ersättningen. Regeringen har vidare beslutat om nya mål för Försäkringskassan i myndighetens regleringsbrev i syfte att bl.a. effektivisera kontrollen av assistansersättningen, effektivisera handläggningen och förbättra utredningarnas kvalitet samt öka kvaliteten och säkerheten i besluten, särskilt i det första beslutet om assistansersättning.

Regeringen har även beslutat om en översyn av ersättningsmodellen för assistansersättning (dir. 2013:34). Syftet med översynen är att långsiktigt upprätthålla de kvalitetsmål som föreskrivs för insatsen personlig assistans och att komma till rätta med de problem som uppdragats med nuvarande modell för timersättning. Bakgrunden är bl.a. att Utredningen om assistansersättningens kostnader och Inspektionen för socialförsäkringen påtalat att regeringen bör se över konstruktionen av schablonen eftersom den ger utrymme för stora vinster. Utredaren ska ta fram förslag som leder till att ersättningen för personlig assistans förstärker förutsättningarna för en långsiktigt hållbar kvalitetsutveckling och finansiering av insatsen. Det är vidare viktigt att ersättningen utformas så att den bättre motsvarar de faktiska kostnaderna för utförd assistans. Ett betänkande avlämnas i februari 2014.

För 2014 har regeringen beslutat att fastställa schablonbeloppet för assistansersättningen till 280 kronor per timme. Det innebär att schablonbeloppet räknas upp med fem kronor jämfört med 2013. Uppräkningen avser att täcka ökade kostnader för löner och lönebikostnader. Sättet att räkna upp timschablonen avviker från tidigare år eftersom det framkommit att den del av schablonen som avser administration, kompetensutveckling, assistansomkostnader m.m. (de s.k. övriga kostnaderna) är för högt beräknad i förhållande till Försäkringskassans allmänna råd. Anslaget minskas därför med 248 miljoner kronor för 2014. Till följd av detta beräknas anslaget även minskas med 254 miljoner kronor 2015, med 259 miljoner kronor 2016 och med 263 miljoner kronor 2017. I det fall en ny ersättningsmodell för assistansersättningen inte hunnit införas från 2015 kommer timschablonen för 2015 att skrivas upp med PLO (pris- och löneomräkningen). I det fall utredningen mot förmodan inte kan genomföras är det inte regeringens avsikt att återgå till det system som gällde före 2014.

**Tabell 7.18 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>22 272 000</b>	<b>22 272 000</b>	<b>22 272 000</b>	<b>22 272 000</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-248 000	-254 000	-259 000	-263 000
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar	713 000	1 439 000	2 268 000	3 207 000
Volymer	498 000	916 000	1 361 000	1 816 000
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>23 235 000</b>	<b>24 373 000</b>	<b>25 642 000</b>	<b>27 032 000</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 23 235 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 24 373 000 000 kronor, 25 642 000 000 kronor respektive 27 032 000 000 kronor.

## 7.6.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken

**Tabell 7.19 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor

2012	Utfall	1 632 184	Anslags-sparande	538 746
2013	Anslag	1 772 630 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	1 275 529
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>1 744 780</b>		
2015	Beräknat	1 371 580		
2016	Beräknat	1 605 330		
2017	Beräknat	1 605 330		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att

- stimulera kommuner och landsting att utveckla kvalitén i äldreomsorgen,
- genom riktade insatser öka de äldres valfrihet, trygghet och självbestämmande inom äldreomsorgen,
- kunskap och erfarenheter tas tillvara för att systematiskt förbättra verksamheten inom äldreområdet,
- höja kompetensen bland äldreomsorgens personal,
- öka antalet platser i särskilt boende samt att stimulera fram nya boendeformer för ett tryggt boende för äldre,

- införa förslagen om en nationell värdegrund,
- öka kunskapen inom äldreområdet,
- främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet,
- stödja och utveckla anhöriga och närståendes insatser,
- fördela statsbidrag till pensionärsorganisationer,
- fördela statsbidrag till organisationer som vårdar och hjälper närstående.

### Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2014 för ramanslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 670 000 000 kronor 2015–2017.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska administreras av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) samt investeringsstöd till nybyggnad av och ombyggnad till särskilt boende och trygghetsboende för äldre som ska administreras av Boverket.

**Tabell 7.20 Beställningsbemyndigande 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusentals kronor

	Utfall 2012	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016–2017
Ingående åtaganden	433 200	569 893	670 000	-	-
Nya åtaganden	353 444	393 107	265 000	-	-
Infriade åtaganden	- 216 751	- 293 000	- 265 000	- 235 000	- 435 000
Utestående åtaganden	569 893	670 000	670 000	-	-
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>670 000</b>	<b>670 000</b>	<b>670 000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

## Regeringens överväganden

Regeringen avser att öka stödet till Nordiskt kompetenscentrum för anhöriga och föreslår därför att detta anslag ökas med 2 miljoner kronor och att anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshinderområdet* minskas med motsvarande belopp.

För 2013 fördes en tillfällig förstärkning motsvarande 33 miljoner kronor till anslag 4:4 *Bilstöd för personer med funktionsnedsättning*. För 2014 återförs dessa medel till detta anslag och anslaget 4:4 *Bilstöd för personer med funktionsnedsättning* minskas med motsvarande belopp.

För åren 2013–2015 finansieras delar av verksamheten vid Ersättningsnämnden från detta anslag. För 2014 minskas finansieringsnivån något jämfört med 2013 och därför ökas detta anslag med 1,55 miljoner kronor. Anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår ett införande av en fritidspeng för barn med ekonomiskt bistånd. Förslaget finansieras genom detta anslag så att anslaget minskas med 41 miljoner kronor jämfört med 2013. Anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med motsvarande belopp.

Regeringen bedömer att det, utifrån planerade insatser som finansieras via anslaget, även finns ett utrymme att minska anslaget med 23,4 miljoner kronor från och med 2014.

Sammantaget innebär regeringens förslag att för 2014 att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* minskas med 27,85 miljoner kronor jämfört med 2013.

**Tabell 7.21 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken**

Tusental kronor				
	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>1 772 630</b>	<b>1 772 630</b>	<b>1 772 630</b>	<b>1 772 630</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	-27 850	-216 050	-167 300	-167 300
Överföring till/från andra anslag		-185 000		
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>1 744 780</b>	<b>1 371 580</b>	<b>1 605 330</b>	<b>1 605 330</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2013 (bet. 2012/13:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 744 780 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 1 371 580 kronor, 1 605 330 000 kronor respektive 1 605 330 000 kronor.

## 7.6.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 7.22 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor				
2012	Utfall	781 811	Anslags-sparande	68 426
2013	Anslag	853 929 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	848 153
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>878 119</b>		
2015	Beräknat	892 846 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	914 830 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	939 245 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 878 119 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 878 119 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 878 119 tkr i 2014 års prisnivå.

## Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelsens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelses (SiS) uppgift att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

## Kompletterande information

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.

**Tabell 7.23 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

Offentlig- rättslig verksamhet	Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras)	Intäkter som får disponeras	Kostnader	Resultat (intäkt - kostnad)
Utfall 2012		1 355 739	2 137 550	-781 811
Prognos 2013		1 381 700	2 250 700	-869 000
Budget 2014		1 363 100	2 231 200	-868 100

### Regeringens överväganden

Regeringen bedömer att SiS fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2012. Inriktningen för myndighetens verksamhet bör i stort kvarstå.

En stor del av SiS verksamhet finansieras med avgifter på insatser där efterfrågan kan variera. Regeringen har låtit Statskontoret och Ekonomistyrningsverket utreda SiS finansieringsmodell (S2009/9138/FST, S2010/9059/FST).

Regeringen gör bedömningen att finansieringsmodellen för SiS kan behöva förtydligas i syfte att stärka myndighetens förutsättningar att långsiktigt och effektivt styra verksamheten.

I budgetpropositionen för 2013 beslutades att anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* delvis ska finansieras genom detta anslag. Riksdagen beslutade i 2014 års vårandringsbudget att delvis ändra finansieringen av Ersättningsnämnden så att de 10 miljoner kronor som hämtades från detta anslag i stället ska hämtas från anslag 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* Det innebär att detta anslag ökas med 10 miljoner kronor jämfört med vad som anvisades i budgetpropositionen för 2013. Anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med motsvarande belopp.

**Tabell 7.24 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:6 Statens institutionsstyrelse**

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>843 929</b>	<b>843 929</b>	<b>843 929</b>	<b>843 929</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	24 190	38 749	60 188	84 317
Beslut	10 000	10 168	10 713	10 999
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>878 119</b>	<b>892 846</b>	<b>914 830</b>	<b>939 245</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

Regeringen föreslår att 878 119 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 892 846 000 kronor, 914 830 000 kronor respektive 939 245 000 kronor.

### 7.6.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 7.25 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

			Anslags- sparande	
2012	Utfall	187 353		173 213
2013	Anslag	440 631 <sup>1</sup>	Utgifts- prognos	404 005
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>519 715</b>		
2015	Beräknat	507 215		
2016	Beräknat	508 215		
2017	Beräknat	473 215		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att stimulera utvecklingen av socialt arbete genom

- evidensbaserad praktik i socialtjänsten,
- medel för insatser i syfte att motverka våld mot kvinnor,
- påskynda utvecklingen av öppna jämförelser och brukarinflytande,

- satsning för att motverka hemlöshet,
- att stärka förutsättningarna för och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården samt andra särskilda tillfälliga åtgärder i samma syfte,
- införande av en fritidspeng för barn i hushåll med ekonomiskt bistånd,
- Insatser för att förstärka missbrukarvården,
- kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom området,
- bidrag för att utveckla samverkan med idéburna organisationer,
- bidrag till statistiska undersökningar samt
- att fördela statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området.

### Regeringens överväganden

I propositionen Jobbstimulans inom det ekonomiska biståndet (prop. 2012/13:94) föreslog regeringen ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) i syfte att stärka möjligheterna för personer med ekonomiskt bistånd att försörja sig själva genom arbete samt utöka socialtjänstens möjligheter att stimulera, uppmuntra och stödja biståndsmottagare till egen försörjning. Lagförslagen trädde i kraft den 1 juli 2013. I enlighet med den kommunala finansieringsprincipen ska kommunsektorn kompenseras för de kostnader som förslagen om jobbstimulans och höjd gräns för när hemmavarande barns och skolungdomars arbetsinkomster får beaktas vid biståndsbedömningen medför. Regeringen föreslår därför att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 ökas med 320 miljoner kronor och detta anslag minskas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår, i enlighet med vad som aviserades i budgetpropositionen för 2012, att arbetet med att motverka hemlöshet tillförs ytterligare 2 miljoner kronor. Sammantaget avsåts därmed 10 miljoner kronor för arbetet. Detta anslag ökas därmed med 2 miljoner kronor.

Anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* finansieras delvis genom detta anslag. Riksdagen beslutade i 2013 års vårändringsbudget att delvis ändra finansieringen av Ersättningsnämnden så att 10 miljoner kronor som tidigare hämtades från anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* i stället ska

hämtas från detta anslag. Det innebär att detta anslag minskas med 10 miljoner kronor jämfört med vad som anvisades i budgetpropositionen för 2013. Anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* ökas med motsvarande belopp.

Riksdagen beslutade även i 2013 års vårändringsbudget att tillföra medel, för ett upprättande av ett jourtelefonnummer för försvunna barn, till anslag 2:6 *Ersättning till SoS alarm Sverige AB för alarmeringstjänst enligt avtal* under utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. Finansiering motsvarande 250 000 kronor hämtades från detta anslag. Kostnaden beräknas från och med 2014 till 166 000 kronor. Det innebär att detta anslag minskas med 166 000 kronor jämfört med vad som anvisats i 2013 års budgetproposition och att anslaget 2:6 *Ersättning till SoS Alarm Sverige AB för alarmeringstjänst enligt avtal* under utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap ökas med motsvarande belopp.

Regeringen avser att avsätta ytterligare medel för att de idéburna organisationerna, i samverkan med Sveriges kommuner och landsting, ska ges ökade möjligheter att stimulera framväxten av fler lokala och regionala överenskommelser inom det sociala området. Regeringen föreslår därför att detta anslag ökas med 1 miljon kronor för 2014 och att anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen aviserar vidare ett införande av en fritidspeng för barn med ekonomiskt bistånd. Med anledning av det föreslås att detta anslag ökas med 41 miljoner kronor jämfört med 2013. Anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreomsorgen* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen aviserar också i denna proposition ytterligare insatser för att förstärka missbrukarvården och därmed föreslås detta anslag öka med 35 miljoner kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag för 2014 att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* ökas med 68,834 miljoner kronor jämfört med 2013.

**Tabell 7.26 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>450 881</b>	<b>450 881</b>	<b>450 881</b>	<b>450 881</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	388 834	266 334	267 334	232 334
Överföring till/från andra anslag	-320 000	-210 000	-210 000	-210 000
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>519 715</b>	<b>507 215</b>	<b>508 215</b>	<b>473 215</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 519 715 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 507 215 000 kronor, 508 215 000 kronor respektive 473 215 000 kronor.

### 7.6.8 4:8 Ersättning för vård i den sociala barn- och ungdomsvården

**Tabell 7.27 Anslagsutveckling 4:8 Ersättning för vård i den sociala barn- och ungdomsvården**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos	
2012	Utfall			0
2013	Anslag	309 400 <sup>1</sup>		220 000
2014	Förslag	365 000		
2015	Beräknat	365 000		
2016	Beräknat	0		
2017	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera utgifter för ersättning enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall. Anslaget får även användas för utgifter för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt utgifter för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning.

#### Regeringens överväganden

Enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall har personer som utsatts för övergrepp eller försummelser av allvarlig art i samband med att de varit omhändertagna för samhällsvård under perioden 1 januari 1920 till och med den 31 december 1980 rätt till ersättning. Ersättning lämnas med schablonbelopp om 250 000 kronor. Ersättningsnämnden handlägger och beslutar i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden.

De beräknade kostnadskonsekvenserna i propositionen (2011/12:160) är baserade på beräkningar som gjordes av Upprättelseutredningen (SOU 2011:9). Utredningen har gjort sina uppskattningar utifrån offentlig statistik, svensk och internationell forskning samt erfarenheter från liknande ersättningssystem. Utredningens bedömning är att mellan 2000 och 5000 personer kommer beviljas ersättning. I propositionen konstaterar regeringen att beräkningarna är behäftade med stor osäkerhet och bedömer det som mest troligt att kostnaderna kommer hamna i den övre delen av spannet och uppgå till ca 1 250 miljoner kronor fördelat över tre år.

Regeringen bedömer att fler ärenden kommer avgöras under det andra och tredje verksamhetsåret. Mot bakgrund av hittillsvarande utfall och de prognoser som Ersättningsnämnden lämnat under första halvåret 2013 så bedömer regeringen att förbrukningen av medel sammantaget för perioden 2013–2015 kommer bli 330 miljoner kronor lägre än vad som från början beräknats.

Inom anslaget finansieras även kostnader för resor, ersättning till vittnen för förlorad inkomst samt kostnader för psykologiskt stöd i anslutning till prövning av sökandes rätt till ersättning.



**Tabell 7.28 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>309 400</b>	<b>309 400</b>	<b>309 400</b>	<b>309 400</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	175 000	175 000	-309 400	-309 400
Övriga makro-ekonomiska förutsättningar				
Volymer	-119 400	-119 400		
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>365 000</b>	<b>365 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 365 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:8 *Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården* för 2014. För 2015 beräknas anslaget till 365 000 000 kronor.

## 7.6.9 4:9 Ersättningsnämnden

**Tabell 7.29 Anslagsutveckling 4:9 Ersättningsnämnden**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos	
2012		-		0
2013	Anslag	45 900		44 796
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>44 350</b>		
2015	Beräknat	39 350		
2016	Beräknat	0		
2017	Beräknat	0		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för Ersättningsnämndens förvaltningsutgifter.

### Regeringens överväganden

Ersättningsnämnden som bildades den 1 januari 2013 ska, enligt lagen (2012:663) om ersättning

på grund av övergrepp eller försummelse i samhällsvården av barn och unga i vissa fall, handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter det att ansökan lämnats till nämnden.

I budgetpropositionen för 2013 beslutades att finansieringen av nämndens verksamhet skulle hämtas från tre källor enligt följande. Anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet* minskas med 25,9 miljoner kronor, anslagen 4:6 *Statens institutionsstyrelse* och 4:7 *Bidrag till socialt arbete m.m.* minskas med 10 miljoner kronor vardera. I vårändringsbudget för 2013 beslutade riksdagen att de 10 miljoner kronor som hämtats från anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* i stället skulle hämtas från anslaget 4:7 *Bidrag till socialt arbete m.m.* Detta gäller även i den fortsatta finansieringen av Ersättningsnämndens verksamhet.

Regeringen föreslår i likhet med den beräknade anslagsnivån för 2014 som lämnades i budgetpropositionen för 2013 att anslaget minskas med 1,55 miljoner kronor jämfört med 2013. Anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet* ökas med motsvarande belopp. Anslaget till Ersättningsnämnden pris- och löneuppräknas inte.

**Tabell 7.30 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:9 Ersättningsnämnden**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>45 900</b>	<b>45 900</b>	<b>45 900</b>	<b>45 900</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>				
Beslut	-1 550	-6 550	-45 900	-45 900
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				1
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>44 350</b>	<b>39 350</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 44 350 000 kronor anvisas under anslaget 4:9 *Ersättningsnämnden* för 2014. För 2015 beräknas anslaget till 39 350 000 kronor.

## 7.6.10 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

**Tabell 7.31 Anslagsutveckling 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

2012	Utfall	15 007	Anslags-sparande	184
2013	Anslag	14 889 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	14 710
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>15 154</b>		
2015	Beräknat	15 347 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	15 599 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	15 938 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 15 154 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 15 154 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 15 154 tkr i 2014 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA). Anslaget får även användas för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till de adopterade organisationer.

### Kompletterande information

I förordningen (2008:1239) finns bestämmelser om statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och riksorganisationer för adopterade.

### Regeringens överväganden

MIA ansvarar för vissa frågor som rör internationella adoptioner och har ansvar för auktorisation och tillsyn av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner. Vidare ansvarar myndigheten bl.a. för information i frågor om internationella adoptioner.

MIA är centralmyndighet enligt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner.

Regeringen anser att MIA har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2012.

**Tabell 7.32 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 4:10 Myndigheten för internationella adoptionsfrågor**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013 <sup>1</sup></b>	<b>14 889</b>	<b>14 889</b>	<b>14 889</b>	<b>14 889</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	286	479	732	1 071
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt <sup>3</sup>	-21	-21	-22	-22
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>15 154</b>	<b>15 347</b>	<b>15 599</b>	<b>15 938</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10).

Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2012. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2014–2016 är preliminär.

<sup>3</sup> Vissa anslag minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 15 154 000 kronor anvisas under anslaget 4:10 *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 15 347 000 kronor, 15 599 000 kronor respektive 15 938 000 kronor.

## 8 Barnrättspolitik

### 8.1 Omfattning

Barnrättspolitikerna omfattar frågor med utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna som varje människa under 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser och särskilt åtagandena enligt konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen) och dess två tilläggsprotokoll. De mänskliga rättigheterna, inklusive barnets rättigheter, ska respekteras fullt ut i Sverige. Målgruppen för barnrättspolitikerna är varje människa under 18 år. Barnrättspolitikerna syftar till att ta tillvara och stärka barn – såväl flickors som pojkars – rättigheter, med utgångspunkt i barnkonventionen. Till området hör myndigheten Barnombudsmannen som har till

uppgift att företräda barnets rättigheter och intressen samt att bevaka och driva på genomförandet av barnkonventionen.

### 8.2 Mål

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1, bet.2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127). Målet grundar sig på de åtaganden som Sverige har tagit på sig genom att ratificera barnkonventionen.

### 8.3 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 8 Barnrättspolitik

*Miljoner kronor*

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
5:1 Barnombudsmannen	21	23	23	24	24	24	25
5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige	15	22	13	33	34	34	28
<b>Summa Barnrättspolitik</b>	<b>35</b>	<b>46</b>	<b>36</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>53</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## 8.4 Resultatredovisning

Nedan presenteras en resultatredovisning av de övergripande åtgärder som regeringen har vidtagit under 2012 för att skapa förutsättningar för genomförandet av barnets rättigheter enligt barnkonventionen på nationell, regional och lokal nivå.

### **Spridning av Strategi för att stärka barnets rättigheter**

I december 2010 godkände riksdagen den av regeringen föreslagna strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232). Den nationella strategin ska ses som ett verktyg i arbetet med att förverkliga barnets rättigheter. Barnombudsmannen har fått i uppdrag att genomföra insatser för att sprida och kommunicera denna strategi i kommuner, landsting och statliga myndigheter (S2011/8293/FST). Arbetet ska ske med utgångspunkt i ombudsmannens egna förslag till kommunikationsstrategi – Pejling och dialog, att sprida strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige 2012–2014.

Pejlingen startades under hösten 2012 med en nulägesmätning i ett femtiotal kommuner, landsting/regioner och myndigheter gällande kunskapen om barnkonventionen och den nationella strategin. Generellt har konstaterats att arbetet med barnkonventionen och med barnfrågor är prioriterade områden inom kommun, landsting och myndigheter. Det finns goda kunskaper om barnkonventionen och dess innebörd men begränsade kunskaper om den nationella strategin. Det finns dessutom en efterfrågan på att få ta del av goda exempel och rätta verktyg i arbetet med barnets rättigheter ute i verksamheterna.

### **Ökad nationell samordning**

För att öka samordningen av och dialogen om barnrättsfrågorna har regeringen tagit initiativ till ovan nämnda strategi som en gemensam utgångspunkt för det fortsatta arbetet. Regeringen har också tagit initiativ till s.k. temadialoger, där representanter från frivilliga sektorn, myndigheter och Regeringskansliet har samrått om utvecklingsmöjligheter med utgångspunkt i relevanta rekommendationer från FN:s kommitté

för barnets rättigheter (barnrättskommittén). Under 2012 genomfördes en dialog om våld mot barn och en dialog om det fortsatta arbetet med barnets rättigheter med utgångspunkt i Sveriges femte periodiska rapport till barnrättskommittén om barnkonventionens genomförande under 2007–2012.

År 2012 lämnade regeringen sin femte periodiska rapport till barnrättskommittén (S2012/3601/FST) om åtgärder för att förverkliga åtagandena enligt barnkonventionen. Rapporten omfattar även åtgärder i förhållande till de två fakultativa protokollen till barnkonventionen, om indragning av barn i väpnade konflikter och om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi. Inför rapporteringen har tematiska dialoger med frivilliga organisationer och myndigheter genomförts, bl.a. ett särskilt samråd med organisationer från det civila samhället och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Rapporten har spridits till kommuner, landsting, ett antal statliga myndigheter samt organisationer inom det civila samhället.

Att tillgängliggöra material inom barnrättsområdet och låta översätta centrala dokument är angeläget för att regeringen ska kunna stödja genomförandet av barnkonventionen. Mot den bakgrunden fick Barnombudsmannen i uppdrag att översätta bl.a. de tematiska allmänna kommentarerna från barnrättskommittén (S2012/7439/FST). Dessa kommentarer har under 2012 översatts till svenska och finns nu tillgängliga på Barnombudsmannens webbplats.

### **Ökande barnrättsperspektiv i kommuner och landsting**

Arbetet med att förstärka barnrättsperspektivet i kommuner och landsting har följt riktlinjerna i den treåriga överenskommelsen, Handslaget 2010–2013, mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Dess syfte är att intensifiera och utveckla arbetet med barnets rättigheter i verksamheter för och med barn inom kommuner och landsting. Utgångspunkten för överenskommelsen har varit att arbetet ska vara långsiktigt och hållbart.

En handlingsplan för hur barnets rättigheter kan stärkas i kommuners och landstings verksamheter har tagits fram, baserat på en kartläggning av bl.a. utbildningsbehov som SKL har genomfört. Enligt handlingsplanen har en web-

baserad vägledning etablerats som stöd för medlemmarna i arbetet med att stärka barnets rättigheter. Nyckelpersoner i kommuner, landsting och regioner har utbildats om rättigheterna i barnkonventionen och flera regionala konferenser runt handlingsplanen har anordnats. I några regioner har Handslagets arbete lett till nya strukturer för barnrättsarbetet.

Socialtjänstens organisation har blivit mer specialiserad under de senaste åren, men arbets sättet präglas fortfarande av att helhetssynen på familjen och nätverket har betydelse för barnet. Socialsekreterarnas handlingsutrymme är stort, då varje barns och familjs situation är unik. Den sociala barn- och ungdomsvården uppvisar i dag ett mer genomfört barn- och barnrättsperspektiv än tidigare, större möjligheter för barn och föräldrar att vara delaktiga, mer struktur i utredningar och insatser samt ett mer kunskapsbaserat arbete.

### **Större utrymme för barnens åsikter**

Att barn ska ges förutsättningar att uttrycka sina åsikter i alla frågor som berör dem är en viktig utgångspunkt enligt den nationella strategin. Ett steg framåt på området är de nya bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) som syftar till att stärka stödet och skyddet för barn som far illa eller riskerar att fara illa (prop. 2012/13:10). Bestämmelserna innebär bland annat att barnet ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klargöras på annat sätt.

På regeringens uppdrag har Barnombudsmannen utvecklat en metod, Unga direkt, för att inhämta barns och ungas åsikter och erfarenheter i frågor som berör dem. Metoden har använts av myndigheten de senaste åren för att systematiskt lyssna på barn och unga i utsatta situationer. Under det senaste året har myndigheten presenterat resultatet av regeringsuppdragen att lyssna till barn och unga som utsatts för våld och övergrepp (S2011/8443/FST) och att lyssna till barn och unga som lever med skyddade personuppgifter (S2011/8343/FST).

Barn- och äldreministern har deltagit i en dialog med barn och unga inom ramen för Barnombudsmannens granskning av hur barnets rättigheter respekteras när barn är frihetsberövade och misstänkta för brott. Barnombudsmannen

har ställt öppna frågor om vad som händer och vad man tänker när man, som barn, är frihetsberövad, antingen i polisaresten eller i häktet. Barns berättelser har sedan presenterats i en särskild skrift både för regeringen och för de berörda myndigheterna.

På Barnombudsmannens initiativ har barn och unga träffat fyra statsråd för att presentera sina förslag för att förbättra skyddet och stödet till barn och unga som upplever våld i nära relationer.

Barnets rätt att komma till tals har också varit såväl utgångspunkten som målsättningen de senaste tre åren när över tusen barn och unga i sex kommuner arbetat med regeringsuppdraget Barn och unga i samhällsplaneringen. Boverket, Trafikverket och Statens Folkhälsoinstitut har drivit uppdraget tillsammans med kommunerna och resultatet finns redovisat i en slutrapport som presenterades till regeringen i början av 2013 (S2009/9431/FST). Kommunerna har arbetat med projekt som de själva har valt ut, och barn och unga har fått stort utrymme i arbetet under projektiden.

### **Bättre kunskap om barns levnadsvillkor**

Enligt den nationella strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige ska aktuell kunskap om barns levnadsvillkor ligga till grund för beslut och prioriteringar som rör barn. Detta gäller såväl för åtgärder som vidtas av regering och statliga myndigheter, som för de som vidtas av kommuner och landsting.

Barnombudsmannen har på uppdrag av regeringen utvecklat en hemsida för att över tid kunna följa barns levnadsvillkor inom olika områden utifrån uppföljningsverktyget för barnets rättigheter – Max 18. Denna plattform är ett viktigt uppföljningssystem för regeringens barnrättspolitik, för att följa utvecklingen av barns levnadsvillkor och åskådliggöra effekten av regeringens åtgärder. Det ska också kunna användas av beslutsfattare på nationell, regional eller lokal nivå för att prioritera insatser på de områden som är mest relevanta för barn. Uppföljningssystemet och dess indikatorer är därför tillgängliga för aktörer vars arbete rör barn och lanserades under 2012. Från och med 2012 ansvarar Barnombudsmannen för drift, spridning och utveckling av uppföljningsverktyget Max 18.

## Översyn av barnets rättigheter i svensk rätt

Frågan om barnkonventionens rättsliga status i Sverige och huruvida barnkonventionen bör inkorporeras i svensk rätt, dvs. göras till lag, har väckts av bl.a. barnrättskommittén, Barnombudsmannen och flera enskilda organisationer. Socialutskottet har också uttryckt en förväntan om att regeringen ska återkomma till riksdagen i frågan. År 2011 utarbetades i Socialdepartementet en promemoria med syfte att belysa hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med rättigheterna i barnkonventionen (Ds 2011:37). Sammanfattningsvis konstaterades att svensk lagstiftning överlag står i god överensstämmelse med rättigheterna i barnkonventionen. För att få en fördjupad kunskap kring barnkonventionens rättsliga ställning i våra grannländer bjöd barn- och äldreministern i maj 2012 in till ett nordiskt kunskapsseminarium om barnkonventionens rättsliga ställning.

Som ett resultat av dessa insatser och det övriga beredningsarbetet inom Regeringskansliet under 2011/2012 har regeringen i mars 2013 beslutat att en särskild utredare ska göra en kartläggning inom särskilt angelägna områden av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med rättigheterna enligt barnkonventionen. Utredaren ska också analysera för- och nackdelar med att göra barnkonventionen till lag, dvs. inkorporera konventionen i svensk rätt. Utgångspunkten för regeringen är fortsatt transformering av barnkonventionen, dvs. att i den utsträckning det anses behövt, införa eller ändra svenska bestämmelser så att de överensstämmer med konventionens krav. Men regeringen anser också att det är angeläget att göra en grundlig och aktuell analys av fördelar och nackdelar med inkorporering av barnkonventionen och dess tilläggsprotokoll som Sverige tillträtt. En sådan analys bör bl.a. enligt regeringen ha sin utgångspunkt i en kartläggning och analys av hur rättstillämpningen överensstämmer med barnkonventionen och de tilläggsprotokoll som Sverige har tillträtt (dir. 2013:35). Uppdraget ska redovisas senast den 4 mars 2015.

### Bredare information om barns rättigheter till föräldrar

Föräldrarna är de mest betydelsefulla personerna i barnets liv; de står närmast barnet och de ska se

till att barnets behov tillgodoses och att barnets rättigheter inte kränks, i förhållande exempelvis till skolan, hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, men också inom familjen (se vidare avsnitt 7.4.12 Politik för sociala tjänster). Det är därför viktigt att föräldrar får kunskap om barnets rättigheter och vad rättigheterna innebär. Barnombudsmannen har haft i uppdrag att ta fram och sprida ett informationsmaterial till föräldrar och blivande föräldrar om barnets rättigheter med ett särskilt fokus på relationen mellan barn och föräldrar och barns rätt till skydd mot våld, såsom aga (S2010/4933/FST). Materialet – Viktigast av allt – består av tre korta filmer, en folder till föräldrar samt en handledning för den som leder föräldragrupper. För att sprida materialet har utbildningar för samordningsbarnmorskor och barnhälsovårdssamordnare har genomförts. Materialet finns på MVC- och BVC mottagningar och på Barnombudsmannens webbplats. Uppföljningen av vad aktörerna anser om materialet visar bl.a. att en majoritet är positiva till materialet och att det bidragit till en diskussion om hur föräldrastödet kan utvecklas.

### Barnombudsmannens verksamhet

Barnombudsmannen har enligt lagen (1993:335) om Barnombudsman i uppdrag att företräda barns och ungas rättigheter och intressen. I uppdraget ingår också att driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av konventionen. Myndigheten ska också uppmärksamma att lagar och andra författningar samt deras tillämpning stämmer överens med barnkonventionen och hos regeringen föreslå de författningsändringar eller andra åtgärder som behövs för att barns rättigheter ska tillgodoses.

De årliga Barnrättsdagarna som myndigheten arrangerar i samverkan med Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Barnrättsakademien är en årlig mötesplats för alla som vill utveckla sig och sitt arbete inom barnrättsområdet med fokus på att förverkliga barnkonventionen. Fokus för Barnrättsdagarna 2012 var barn och våld i nära relationer.

Under 2012 har Barnombudsmannen prioriterat barn och unga som är frihetsberövade och misstänkta för brott. Den kunskap som Barnombudsmannen samlat in presenterades i årsrapporten för 2012, Från insidan. Vidare har Barn-

ombudsmannen uppmärksammat situationen för ensamkommande barn och unga och frågor som rör barn med funktionsnedsättning, såsom assistansersättningen.

Myndigheten har också etablerat en dialog med olika myndigheter, bl.a. Kriminalvården, Polisen, Åklagarmyndigheten, Migrationsverket, Socialstyrelsen och Försäkringskassan kring hur barns rättigheter kan stärkas inom berörda verksamheter. Vidare har Barnombudsmannen initierat en direkt dialog med kommuner, bl.a. om situationen för ensamkommande barn inom ramen för regeringsuppdraget att kommunicera strategin för att stärka barnets rättigheter, s.k. Pejling och Dialog.

Barnombudsmannen har fört en dialog med barn och unga som misstänkts för brott och är frihetsberövade. Den direkta dialogen med barn och unga har använts av myndigheten också för att samla kunskap om livsvillkoren för barn och unga som utsatts för våld och övergrepp (S2011/8443/FST) och barn och unga som lever med skyddade personuppgifter (S2011/8343/FST).

#### 8.4.1 Analys och slutsatser

Sverige är ett föregångsland för genomförandet av barnets rättigheter. Såväl våra barns livsvillkor som barns rättigheter i samhället placeras oftast på ledande positioner i internationella jämförelser.

Genomförandet av barnets rättigheter är sektorsövergripande och förutsätter insatser på såväl nationell, regional och lokal som internationell nivå. Regeringens och Barnombudsmannens arbete som riktades mot kommuner och landsting har därför varit värdefulla för att uppnå målet för barnrättspolitik. Regeringen anser att den dialog som Barnombudsmannen för direkt med barn och unga i frågor som rör dem är strategiskt viktig för att driva på genomförandet av barnkonventionen.

Utgångspunkten för arbetet inom barnrättspolitik är den av riksdagen godkända strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Att sprida denna strategi till alla berörda offentliga aktörer är därför centralt för en ständig förbättring av barnets livsvillkor och för att nå målet för barnrättspolitik. I det arbetet är det viktigt att ta hänsyn till att barn är unika individer och att flickors och pojkers situation och behov kan se

olika ut på grund av bl.a. funktionsnedsättning och bakgrund.

### 8.5 Politikens inriktning

Regeringens vision är att Sverige ska vara det bästa landet för barn att växa upp och utvecklas i. Sverige ska erbjuda varje flicka eller pojke, utan hänsyn till deras olika bakgrund, de bästa förutsättningarna att utveckla sin personlighet, att växa som en fritt tänkande människa och att känna sig trygg och delaktig i samhällsutvecklingen.

Utgångspunkten för regeringens övergripande barnrättspolitik och specifika åtgärder är de mänskliga rättigheterna som varje människa under 18 år ska tillförsäkras enligt internationella överenskommelser och särskilt de åtagandena enligt barnkonventionen och dess två tilläggsprotokoll.

Regeringen fortsätter att prioritera områden som rör den sociala barn- och ungdomsvården, att öka kunskapen kring barns levnadsvillkor och inhämta deras åsikter samt att skapa goda uppväxtvillkor för alla barn. De uppdrag och initiativ som regeringen har tagit är en viktig del av det framåtsyftande utvecklingsarbetet som sker i enlighet med regeringens övergripande barnrättsstrategi.

För att stärka barnrättspolitik sker insatser inom flera politikområden, exempelvis inom den sociala barn- och ungdomsvården, funktionshinderspolitiken och satsningar på att stödja utsatta barn inom ramen för den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Samhällsutvecklingen berör i högsta grad barnets uppväxtvillkor. För regeringen är det därför angeläget att vara uppmärksam på nya företeelser i samhället som kan påverka barnets livsvillkor negativt och vid behov bemöta dem med effektiva åtgärder. Det krävs både ett långsiktigt och strategiskt arbete men också specifika punktinsatser inom väldefinierade verksamhetsområden, målgrupper och målsättningar. Det krävs också en ständig dialog med kommuner och landsting, med det civila samhället, med den privata sektorn och inte minst med barn och unga. Bland de områden och åtgärder som är angelägna för 2014 avser regeringen att särskilt lyfta fram följande:

- strategiskt angreppssätt både på nationell, regional, lokal samt internationell nivå för att tillgodose barnets rättigheter
- uppföljning av hur lagstiftningen och dess tillämpning överensstämmer med barns rättigheter
- stöd i föräldraskapet
- uppmärksamma ekonomiskt och socialt utsatta barn
- uppmärksamma barn med funktionsnedsättning
- stärka skyddet mot våld, övergrepp och exploatering
- bättre kunskap om barnets uppväxtvillkor och om barnens egna åsikter i frågor som rör dem

*Ett strategiskt arbete  
för att stärka barnets rättigheter.*

Barnrättspolitikerna kommer även i fortsättningen att bidra till att barnets rättigheter tillgodoses på alla relevanta politikområden. Ett barnrättsperspektiv ska vara utgångspunkten för regeringens arbete på alla områden som behandlar frågor rörande barn, såväl nationellt som internationellt.

Det långsiktiga arbetet för att tillförsäkra barn de bästa uppväxtvillkoren har sin grund i den nationella strategin för att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232). Strategin behöver även i fortsättningen spridas och kommuniceras till kommuner, landsting och statliga myndigheter. Det krävs också ett arbete för att omsätta de strategiska principerna i konkreta rutiner och arbetssätt, anpassade till de olika aktörernas specifika uppdrag, befogenheter och behov.

Regeringens överenskommelse – Handslaget – med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har pågått sedan 2010 och innefattat olika verksamheter för att stärka barnets rättigheter i kommunernas och landstingens verksamheter. En utvärdering av det treåriga arbetet ska presenteras i slutet av 2013. Även Barnombudsmannens pågående regeringsuppdrag – Pejling och Dialog – är relevant för stödet till kommuner, landsting och myndigheter. Regeringens ambition är att under 2014 tillsammans med SKL identifiera de mest effektiva samarbetsformerna med den kommunala och landstingskommunala sektorn och det behov som eventuellt kan finnas för att stärka barnrättsperspektivet i deras verksamheter.

Barns livsvillkor berör även andra aktörer utöver de offentliga myndigheterna och beslutsfattarna. Den privata sektorn, företag och organisationer kommer ofta i kontakt både med barn och med barnfamiljer. Regeringen är angelägen att stödja den privata sektorns eget arbete med att i sin verksamhet, både i Sverige och utomlands, ha ett tydligt barnrättsperspektiv, dvs. respektera och tillförsäkra barnen deras rättigheter. Regeringen ska både fortsätta och utveckla sitt samarbete med olika aktörer med sikte på att profilera Sverige som ett föregångsland när det gäller samarbetet mellan regeringen, myndigheter, den privata sektorn och det civila samhället runt frågor som rör barnets rättigheter och levnadsvillkor.

Barnkonventionens 25-årsjubileum under 2014 kan bli ett tillfälle för särskilda insatser av alla aktörer som arbetar med barnrättsfrågor. Regeringens politik inriktas på ett fortsatt samarbete med andra aktörer i samhället för att på det mest effektiva sättet sprida kunskap om barnets rättigheter och om framgångsrika arbetssätt för att tillämpa dessa rättigheter. En viktig målgrupp är i det sammanhanget barn och unga själva, deras föräldrar liksom myndigheter, kommuner och landsting.

Regeringen ska dessutom under 2014 i en skrivelse till riksdagen presentera resultaten av sitt arbete för att genomföra rättigheterna i barnkonventionen. Syftet med skrivelsen är att redogöra för regeringens prioriteringar och åtgärder inom barnrättspolitikerna under 2010–2013.

Det internationella samarbetet för genomförandet av barnets rättigheter ska fortsätta med strategiska bidrag och insatser med fokus bl.a. på kompetensutveckling av berörda aktörer. Sverige ska fortsätta arbeta aktivt för främjandet av barnets rättigheter inom EU, Europarådet, FN och Nordiska Ministerrådet.

*Lagstiftningen i överensstämmelse  
med barnkonventionen*

En av barnrättspolitikens målsättningar är att den svenska lagstiftningen och dess tillämpning respekterar normerna för barnets rättigheter enligt barnkonventionen och skapar förutsättningar för att dessa rättigheter tillgodoses för varje barn, pojke eller flicka, i alla sammanhang. Regeringens bedömning är att lagstiftningen över lag står i god överensstämmelse med barnkonventionen (Ds 2011:37), men att det bör



säkerställas att också tillämpningen gör det samma. Som ovan nämnts, under rubriken Resultatredovisning, har regeringen under 2013 gett i uppdrag till en särskild utredare att göra en kartläggning av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med barnets rättigheter enligt barnkonventionen och dess två tilläggsprotokoll (dir. 2013:35). Arbetet ska fortsätta under 2014 för att redovisas i mars 2015.

Den 19 december 2011 antog FN:s generalförsamling ett fakultativt protokoll till barnkonventionen om ett klagomålsförfarande. Generalförsamlingens antagande av tilläggsprotokollet i december 2011 innebär att alla MR-konventioner nu har en klagomålsprocedur. Frågan om hur Sverige ska förhålla sig till detta protokoll är föremål för beredning inom regeringskansliet.

#### *Stöd i föräldraskapet*

Barnet har rätt till sin familj, till sina föräldrar och till att omvårdas av dem. För att uppnå en fullständig och harmonisk utveckling bör barnet växa upp i en familjemiljö, i en omgivning av kärlek och förståelse. Föräldrarna eller i förekommande fall andra vårdnadshavare har det primära ansvaret för barns uppväxtvillkor. De ska därför erbjudas allt nödvändigt skydd, stöd och bistånd så att de till fullo kan axla detta ansvar. De flesta föräldrar tar sitt ansvar på stort allvar och många uttrycker att de vill stärkas som förälder och efterfrågar ytterligare stöd. Att föräldrar får stöd i föräldraskapet är angeläget, liksom att stödet anpassas till olika familjers skilda behov och är tillgängligt för alla.

Regeringens nationella strategi för föräldrastöd, Nationell strategi för utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla, är en hörnpelare i det arbetet. Det övergripande målet är att alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets hela uppväxt (se även avsnitt 7.5.9, Politik för sociala tjänster).

#### *Bekämpa våld, övergrepp på och exploatering av barn*

Regeringens vision är att varje barns ska skyddas mot allt slags våld, övergrepp och exploatering. Detta skydd som är en grundläggande faktor för barns trygghet, tillit och välbefinnande liksom för utvecklingen senare i livet, har länge varit en prioriterad fråga för regeringen. Flera insatser har genomförts för att ge barn en trygg uppväxt, fritt från våld, övergrepp eller exploatering. Trots detta arbete finns det fortfarande utmaningar. Barn utsätts i Sverige för människohan-

del, exploateras genom att användas i tiggeri och kriminell verksamhet eller faller offer för sexuella övergrepp och sexuell exploatering.

För att bemöta nya utmaningar när det gäller barns utsatthet i samhället, kommer regeringen att presentera en ny, uppdaterad handlingsplan mot sexuell exploatering av barn, denna gång med ett bredare perspektiv. Handlingsplanen kommer även att innehålla åtgärder med sikte på att ge flickor och pojkar skydd mot andra former av exploatering och övergrepp, såsom exempelvis människohandel och utnyttjande i tiggeri eller i kriminell verksamhet. Enligt regeringens bedömning behövs också ökad kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Regeringen avser därför att ge stöd för samordning och spridning av kunskap om våld mot barn. (se vidare avsnitt 7.5.3 Politik för sociala tjänster).

Utnyttjandet av barnsoldater är en av de mest cyniska exploateringsformer som barn utsätts för i många länder. Detta trots den positiva utvecklingen som det fakultativa protokollet till barnkonventionen om barns indragning i väpnade konflikter har inneburit för de utsatta barnen. Regeringen ska följa den internationella utvecklingen när det gäller straffrättsliga förbudet att rekrytera eller för direkt deltagande i fientligheter använder barn, med sikte på att den svenska lagstiftningen överensstämmer med sedvanerättsliga utvecklingen på området. Regeringens vision är att det krav som det ovan nämnda protokollet ställer på konventionsstaterna på sikt ska etableras som norm även i sedvanerätten gällande krigsförbrytelse.

#### *Ekonomiskt och socialt utsatta barn*

Barn har rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska och sociala utveckling. Föräldrarna eller andra som är ansvariga för barnet har, inom ramen för sin förmåga och sina ekonomiska resurser, huvudansvaret för att säkerställa de levnadsvillkor som är nödvändiga för barnets utveckling.

Regeringen har dock ansvaret för att inom ramen för statens resurser vidta lämpliga åtgärder för att bistå föräldrar och andra som har ansvaret för barnet så att dessa ska kunna leva upp till sitt ansvar för barnets utveckling.

Regeringen avser att se över reglerna för bostadsbidraget till föräldrar som har barn växelvis boende hos sig. Föräldrar med låga inkomster ska kunna få bostadsbidrag beroende på hur mycket de har sina barn boende hos sig och inte

som nu beroende på hur barnen är folkbokförda (se mer i utgiftsområde 12, Ekonomisk trygghet för familjer och barn, avsnitt 3.6).

Vidare avser regeringen att införa en fritidspeng till barn som bor i hushåll som haft ekonomiskt bistånd i minst sex månader.

Alla barn har rätt till att växa upp under trygga och goda sociala förhållanden. I de fall ett barn riskerar att utvecklas ogynnsamt, ska socialnämnden enligt socialtjänstlagen (2001:453) sörja för att barnet får det skydd och stöd det behöver.

Regeringen kommer att fortsätta sina ansträngningar för att stärka det sociala stödet och skyddet för barn. Arbetet kommer att fokusera på att bl.a. undvika att utredningar inte inleds trots information om allvarliga missförhållanden. Dessutom ska rutinerna kring hanteringen av anmälningar om missförhållanden när det gäller barn tydliggöras på ett bättre sätt. Detsamma gäller också socialtjänstens bedömning av barns utsagor i det sammanhanget.

Stödet till barn som växer upp i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning eller där våld förekommer är betydelsefullt ur ett barnrättsperspektiv. Att uppmärksamma konsekvenser för barn, med utgångspunkt i bl.a. den samlade strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47) är en fortsatt prioriterad fråga för regeringen. Kommuner, landsting och myndigheter ska erbjuda barn ett ändamålsenligt stöd utifrån deras egna förutsättningar och behov. För att stödja barn prioriteras också insatser för att förstärka barnrättsperspektivet och föräldraperspektivet i vården med syftet att föräldrarna får möjlighet att stärka sitt föräldraskap samtidigt som barnens behov uppmärksammas.

*Bättre kunskap om barnets livsvillkor och om barnens egna ståndpunkter i frågor som rör dem*  
Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige understryker en viktig strategisk utgångspunkt för alla aktörer som arbetar med barnfrågor: att aktuell kunskap om barns levnadsvillkor ska ligga till grund för beslut och prioriteringar som rör barn. Det innebär att beslutsfattare och tjänstemän vars arbete rör barn systematiskt behöver skaffa sig kunskap om hur barns rättigheter tillgodoses inom sina respektive verksamhetsområden. För att kunna vidta lämpliga åtgärder och göra prioriteringar som rör barn, är det därför nödvändigt att ha

god kunskap om barns levnadsvillkor på lokal, regional och nationell nivå.

Statistiska Centralbyrån (SCB) samlar in och levererar all statistik som publiceras på Max18. Den webbaserade uppföljningsplattformen visar statistik och information som gör det möjligt att följa hur genomförandet av barnkonventionen utvecklas i Sverige, på lokal, regional eller nationell nivå. Regeringen anser att indikatorerna även i fortsättningen behöver förbättras och utvecklas för att få en så heltäckande bild av barns levnadsvillkor som möjligt.

En viktig kunskapskälla om flickors och pojkars livsvillkor är barnets egna synpunkter. Regeringen kommer att fortsätta arbeta för att skapa möjligheter för barn att komma till tals på sina egna villkor, med särskilt fokus på barn med funktionsnedsättning. Många barn och unga med funktionsnedsättning behöver särskilt stöd i sin vardag och har därför regelbundna kontakter med olika aktörer. Dessa barn erbjuds sällan möjlighet att själva uttrycka sina åsikter eller påverka sin situation och det stöd som erbjuds. Att lyssna till dessa barn är en förutsättning för att få veta hur de upplever sin situation och utifrån den kunskapen överväga eventuella behov av åtgärder.

## 8.6 Budgetförslag

### 8.6.1 5:1 Barnombudsmannen

**Tabell 8.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor				
2012	Utfall	20 673	Anslags-sparande	261
2013	Anslag	23 250 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	22 945
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>23 796</b>		
2015	Beräknat	24 095 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	24 489 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	25 020 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 23 796 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 23 796 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 23 796 tkr i 2014 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

Regeringen anser att Barnombudsmannen har fullgjort sina åtaganden för verksamhetsåret 2012.

**Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>23 250</b>	<b>23 250</b>	<b>23 250</b>	<b>23 250</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	573	872	1 267	1 798
<b>Beslut</b>				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt <sup>3</sup>	-27	-27	-28	-28
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>23 796</b>	<b>24 095</b>	<b>24 489</b>	<b>25 020</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 23 796 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 24 095 000 kronor, 24 489 000 kronor respektive 25 020 000 kronor.

### 8.6.2 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige

**Tabell 8.4 Anslagsutveckling 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

År	Utfall	Anslags-sparande	Utgifts-prognos
2012	Utfall	14 662	16 728
2013	Anslag	22 261 <sup>1</sup>	13 468
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>33 261</b>	
2015	Beräknat	33 761	
2016	Beräknat	33 761	
2017	Beräknat	27 761	

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i konventionen om barnets rättigheter.

## Regeringens överväganden

**Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2014–2017, för 5:2 Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige**

Tusental kronor

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>22 261</b>	<b>22 261</b>	<b>22 261</b>	<b>22 261</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut	11 000	11 500	11 500	5 500
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>33 261</b>	<b>33 761</b>	<b>33 761</b>	<b>27 761</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 33 261 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter i Sverige* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 33 761 000 kronor, 33 761 000 kronor och 27 761 000 kronor.



## 9 Alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel

### 9.1 Omfattning

Området omfattar insatser mot narkotika och dopning samt för minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, liksom ett minskat tobaksbruk och spelberoende.

Vidare finansierar regeringen bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser.

Inom området finansieras även Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll och Alkoholsortimentsnämnden.

### 9.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 9.1** Utgiftsutveckling inom Alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel

*Miljoner kronor*

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
6:1 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0	0	0	0	0
6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel	251	299	279	299	299	114	114
<b>Summa ANDT-politik</b>	<b>251</b>	<b>299</b>	<b>280</b>	<b>299</b>	<b>299</b>	<b>114</b>	<b>114</b>

### 9.3 Mål

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

Den samlade strategin syftar till att underlätta statens styrning av utvecklingsinsatserna på ANDT-området. Den anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015. Förutom det övergripande målet innehåller strategin sju långsiktiga mål till vilka ett antal prioriterade mål knyts som ska uppnås under strategiperioden. En ändamålsenlig struktur är under uppbyggnad för öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering av ANDT-strategins 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).

ANDT och spel ingår också som ett av de elva målområdena inom folkhälsopolitiken och omfattas således av uppföljningen av det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet (se vidare avsnitt 5.3).

## 9.4 Resultatredovisning

### 9.4.1 Indikatorer och andra bedömningsgrunder

Sedan ANDT-strategin antogs har en projektgrupp arbetat med att ta fram ett samordnat uppföljningssystem för att följa ANDT-strategin. Projektgruppen har lämnat förslag till uppföljningssystem och indikatorer för att mäta samtliga mål i strategin. Med det samordnade uppföljningssystemet blir det möjligt med årliga uppföljningar av strategin, av utvecklingen av konsumtion och missbruk, av medicinska och sociala skadeverkningar samt av verksamheter och insatser inom ANDT-området. En första uppföljning av indikatorerna för de långsiktiga målen, och arbetet med att samla in data avseende indikatorerna för de prioriterade målen, har påbörjats.

Under 2012 har projektgruppen och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, i samverkan med SoRAD vid Stockholms universitet, också genomfört en särskild kvalitetsgranskning av skattningarna av den oregistrerade alkohol- och tobaksanskaffningen. Genomgången visar att Monitormätningar i dag kvalitetsmässigt håller en acceptabel nivå för att kunna skatta nivåer och utveckling av nämnda delmängder.

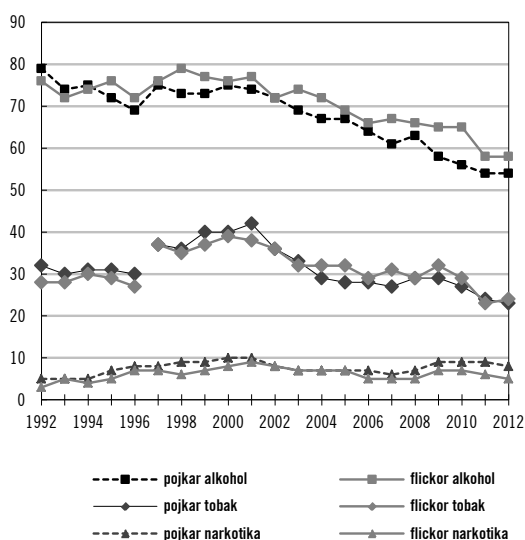
Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att utvärdera ANDT-strategin. I uppdraget ingår att analysera i vilken utsträckning de statliga insatserna bidrar till att uppfylla strategins övergripande mål och om utformningen av ANDT-politiken är ändamålsenlig för att uppnå strategins mål. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 april 2015.

### 9.4.2 Resultat

Eftersom det ännu inte är möjligt att ange några resultat av den samlade ANDT-strategin redovisas nedan de data som är möjliga att redovisa när det gäller utvecklingen.

*Utvecklingen på området för alkohol, narkotika, dopning och tobak är i huvudsak positiv*

Som framgår av diagram 9.1 har andelen 15–16-åringar som uppger att de dricker alkohol stadigt minskat sedan mitten av 2000-talet från en relativt hög nivå. Andelen 15-16-åringar som konsumerar tobak har i stort sett gått ned sedan början av 2000-talet. Andelen i samma åldersgrupp som någon gång provat narkotika ökade under 1990-talet för att sedan sjunka fram till 2007. Under 2008 skedde en viss uppgång då 9 procent av pojkarna och 7 procent av flickorna uppgav att de någon gång använt narkotika. Därefter har utvecklingen varit relativt stabil och år 2012 var andelen 8 respektive 5 procent.

**Diagram 9.1 Andel konsumenter av alkohol, tobak och narkotika bland elever i årskurs 9, 1992–2012**

Källa: CAN

Eftersom åldern för att börja använda narkotika är högre än för alkohol mäts också narkotikaanvändningen bland eleverna i gymnasiet årskurs 2. Där uppgav 20 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna 2012 att de någon gång använt narkotika. Dessa nivåer är i stort sett oförändrade sedan mätningarna startade 2004.

Enligt ESPAD-undersökningen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) som presenterades i maj 2012 är det förhållandevis få unga människor som använder narkotika. I Sverige är det långt fler som tar avstånd från droger jämfört med de flesta andra EU-länderna. Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar under 1990-talets första hälft har omkring en procent av de yngre männen svarat att de någon gång provat anabola androgena steroider (AAS).

#### Fortsatt sjunkande alkoholkonsumtion

Den totala alkoholkonsumtionen uppgick 2012 till 9,2 liter ren alkohol per person över 15 år, vilket innebär en minskning med 0,2 liter jämfört med året innan. Denna nedåtgående trend har kunnat konstateras sedan 2004 då totalkonsumtionen nådde en topp med 10,5 liter ren alkohol.

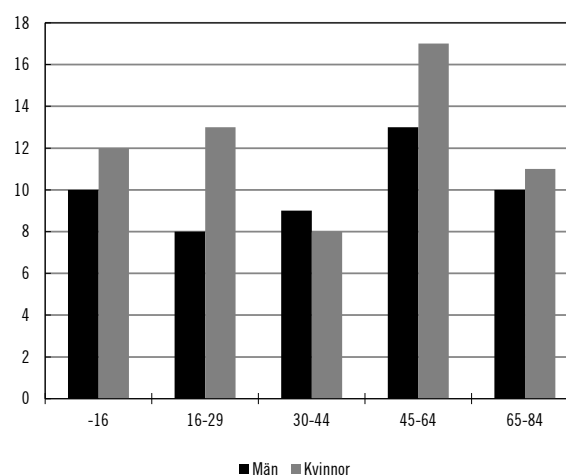
Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, är den svenska totalkonsumtionen per invånare 15 år och äldre lägre än genomsnittet i Europeiska unionen (EU). När det gäller yngres konsumtion visar ESPAD-studien att andelen 15–16-åringar som rapporterar att de har intensivkon-

sumerat alkohol någon gång den senaste månaden är lägre i Sverige än genomsnittet i Europa.

#### Systembolagets försäljning ökar medan resandeförsel och smuggling minskar

Alkohol från Systembolaget utgör den största delen av all alkohol som konsumeras. År 2012 utgjorde alkohol från systembolaget drygt 63 procent av den alkohol som konsumerades. Sedan 2004 har systembolaget i det närmaste stegvist ökat sin försäljning med 17 procent medan den oregistrerade konsumtionen stegvist har minskat med hälften.

#### Rökningen minskar

**Diagram 9.2 Andel dagligrökare fördelat på kön och ålder, 2012**

Källa: Statens folkhälsoinstitut

Enligt Statens folkhälsoinstitut har rökningen under de senaste 20 åren minskat med ungefär en procentandel per år i den vuxna befolkningen samtidigt som ungdomsrökningen de senaste tio åren fortsatt ligger på en hög nivå. Snusningen har de senaste åren legat på en stabil nivå i åldersgruppen 16–84, vilket även gäller bland flickor men bruket har minskat bland pojkar. Andelen dagligrökare i Sverige är i ett internationellt perspektiv låg, 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen rökte 2012. I årskurs 9 var det 24 procent av flickorna och 18 procent av pojkarna som uppgav att de rökte. I årskurs 2 på gymnasiet var det 39 procent av flickorna och 34 procent av pojkarna (röker ibland eller dagligen) (CAN, 2012).

#### Spelproblemen i befolkningen har omfördelats

Forskningsprogrammet SWELOGS som leds och finansieras av Statens folkhälsoinstitut publicerade i januari 2011 sin rapport Spel om

pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009 (FHI 2010:23). Resultatet kan jämföras med den svenska studie som genomfördes 1997/1998.

Färre personer spelar för allt mer pengar. Andelen personer som spelar spel om pengar har minskat från 88 till 70 procent under det senaste decenniet. Andelen problemspelare i befolkningen är två procent. Andelen problemspelare är högst bland dem med lägst utbildning och lägst inkomst.

Spelproblemen i befolkningen har omfördelats under det senaste decenniet. Andelen problemspelare har fördubblats bland män 18–24 år och bland kvinnor 25–44 år. Samtidigt har spelproblemen minskat bland pojkar 16–17 år, vilket var den grupp som hade mest problem med spelandet för tio år sedan. Andelen problemspelare har även minskat bland män 45–64 år och kvinnor 18–24 år.

### Regeringens åtgärdsprogram

I regeringens årliga åtgärdsprogram (S2013/2704/FST) konkretiseras statliga uppdrag och satsningar under budgetåret för att nå målen i ANDT-strategin.

#### *Samordning*

Regional och lokal samordning är prioriterat. Regeringen finansierar samordningsfunktioner på länsstyrelserna. Dessa fungerar som en länk mellan den lokala, regionala och nationella nivån och främjar regional samverkan mellan myndigheter, idéburna organisationer, näringslivet m.fl. Samtliga länsstyrelser har en sådan funktion på heltid. I de flesta av landets kommuner finns i dag särskilda personer som ansvarar för den lokala samordningen av det förebyggande arbetet.

#### *Minskad tillgänglighet*

När det gäller ANDT-strategins långsiktiga mål nummer ett, Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska, sker satsningar på ökad samverkan mellan polis och kommunala verksamheter. Lokala samverkansöverenskommelser mellan polis och kommun har tecknats i 85 procent av landets kommuner. Dessa överenskommelser syftar till att utveckla det lokala förebyggande arbetet. I tolv kommuner har vidare försök gjorts med sociala insatsgrupper. Dessa syftar till att genom tidiga, tyd-

liga och samordnade insatser minska risken för att unga väljer en kriminell livsstil och drogmissbruk. Av den utvärdering som Ersta Sköndal högskola har gjort (Ju2012/7262/PO) framgår att det inom ramen för de sociala insatsgrupperna utvecklats ett bra samarbete mellan polis och socialtjänst och att utvecklingen i ungdomsgruppen varit positiv under den tid de haft stöd från en social insatsgrupp.

#### *Tillsyn*

För en effektiv kommunal tillsyn är det viktigt att Statens folkhälsoinstitut och länsstyrelserna ger kommunerna information, råd och stöd som håller hög kvalitet. Vid länsstyrelserna pågår, med stöd av Statens folkhälsoinstitut, ett gemensamt utvecklingsarbete för att stärka och utveckla tillsynsverksamheten genom bl.a. utbildning och kompetensutveckling. Resultatet har blivit en gemensam arbetsmodell för tillsyn och rådgivning, en höjd ambitionsnivå och systematisk kompetensöverföring för handläggarna.

#### *Stöd till frivilligorganisationer*

Frivilligorganisationerna utför ett viktigt arbete både när det gäller opinionsskapande insatser och konkreta preventionsinsatser. Medel har via Statens folkhälsoinstitut fördelats till frivilligorganisationerna för att stärka dem i deras alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande arbete.

#### *Tobaksprevention*

Statens folkhälsoinstitut har också medel för att genomföra särskilda åtgärder inom det nationella tobaksförebyggande arbetet. I enlighet med prioriteringar inom ramen för regeringens folkhälsopolitik har satsningen fokuserat på nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan samt kraftsamling för tobaksavvänjning. Under 2012 har förstärkningen av Statens folkhälsoinstituts tillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner fortsatt. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2015.

#### *Skydd av barn*

Statens folkhälsoinstitut har under flera år arbetat med att samordna och utveckla det alkohol- och tobaksförebyggande arbetet inom mödra- och barnhälsovården. Arbetet har bidragit till att lägga grunden för ett långsiktigt förebyggande arbete som omfattar kvalitetssäkring, kompe-



tensutveckling, spridning av information, ny forskning m.m.

Socialstyrelsen har i uppdrag att stötta införande av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården. 2012 införlivades det pågående utvecklingsarbetet av alkohol- och tobaksinformation till blivande föräldrar i detta uppdrag. Arbetet leds av Socialstyrelsen i samarbete med Svenska Barnmorskeförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkarförbundet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2014.

Under 2013 fortsätter regeringens satsning på att utveckla stödet till barn som växer upp i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där det förekommer våld. Det är en samlad och långsiktig satsning som berör flera myndigheters ansvarsområden. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting är huvudaktörer. Arbetet syftar till att utveckla fungerande strukturer, erbjuda kompetensutveckling till personal och stärka samverkan inom och mellan berörda verksamheter i kommuner och landsting. Mer familjeorienterade arbetssätt ska utvecklas och användas inom missbruks- och beroendevården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Mödra- och barnhälsovården, förskola och skola ingår också i satsningen.

#### *Internationellt arbete*

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. Under 2006 antogs en EU-strategi (COM (2006) 625 Final) för att stödja medlemsländerna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna. EU:s alkoholstrategi sträcker sig t.o.m. 2012. Under 2012 har det pågått ett gemensamt arbete mellan kommissionen och medlemsländerna att utvärdera strategin. Medlemsländerna har gemensamt framfört att det finns behov av en fortsatt men mer fokuserad EU-strategi. I december 2012 antog EU:s hälsoministrar råds slutsatser som bland annat gav EU-kommissionen i uppdrag att återkomma med ett förslag till en fortsatt strategi till stöd för EU:s medlemsländer.

Världshälsoförsamlingen antog 2011 en global alkoholstrategi. För att sprida och genomföra strategin inrättades ett globalt nätverk med

representanter från WHO:s medlemsländer. Vid nätverkets konstituerande möte valdes Sverige och Sydafrika till ordförande i nätverket. Det innebär också att Sverige och Sydafrika tillsammans med WHO:s sekretariat leder arbetet i det koordinerande råd som inom WHO:s ram ska samordna det fortsatta arbetet med att minska alkoholskadorna.

Inom EU antogs en narkotikastrategi för perioden 2013–2020. Strategin syftar till att bidra till en minskad efterfrågan och tillgång på narkotika inom EU och till en minskning vad gäller de hälso- och samhällsfaror och de skador för hälsan och samhället som orsakas av narkotika genom strategin som utgör såväl ett stöd och ett komplement till nationell politik, dels en ram för samordnade och samlade insatser såväl som grunden och den politiska ramen för EU:s externa samarbete inom detta område.

I november 2012 hölls det femte partsmötet (COP 5) för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll i Seoul, Sydkorea. Vid mötet beslutade parterna bl.a. att anta nya riktlinjer till artiklarna 9 och 10 som reglerar innehållet i tobaksprodukter. Vidare antogs ett protokoll om illegal handel med tobaksprodukter.

Inom ramen för EU:s Östersjöstrategi är hälsa från och med 2013 ett eget prioriteringsområde och arbete pågår med att identifiera mål och indikatorer. Arbetet koordineras av Nordliga Dimensionens Partnerskap för Hälsa och Socialt Välbefinnande (NDPHS), sedan 2013 en internationell organisation med säte i Stockholm. Kunskaps- och erfarenhetsutbyte sker bland annat inom alkohol och drogberoende. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) representerar Sverige i arbetsgruppen och projektet ”Alkohol- och drogförebyggande bland unga”.

### **9.4.3 Analys och slutsatser**

Syftet med den samlade ANDT-strategi som regering och riksdag antog 2011 är att få till en långsiktig utveckling mot de i strategin angivna målen.

Ett av strategins mål är att utveckla ett antal indikatorer som ska göra det möjligt att på ett bättre sätt än tidigare kunna följa utvecklingen. Detta gäller såväl konsumtion och utbud som samhällets insatser.

Det är alltså för tidigt att slå fast några tydliga effekter av de insatser som genomförts inom ramen för strategin.

Regeringens bedömning är dock att det långsiktiga arbetet med tydliga mål har underlättat en ökad samordning mellan olika huvudmän och sektorer. Samhällets mål har tydliggjorts och en rad olika insatser har initierats. Kontinuitet och långsiktighet är viktiga element i strategin. Det är därför angeläget att aktörer på nationell, regional och lokal nivå fortsätter att prioritera insatser för att nå ANDT-strategins mål. Lika angeläget är det att säkerställa ett uppföljningssystem som gör det möjligt att följa effekterna av samhällets insatser.

Vi kan konstatera att alkohol- och tobaksbruket i befolkningen har fortsatt minskat. Sverige har på vissa områden gått emot den allmänna ökningstrenden i Europa, exempelvis vad gäller s.k. intensivkonsumtion av alkohol bland unga. Andelen som prövat eller använder narkotika eller röker har minskat under 2000-talet. Genomförandet av rökfria miljöer fick en påverkan på exponering av tobaksrök hos arbetstagare och har bidragit till minskningen. Även om utvecklingen har gått i rätt riktning så ligger ANDT-användningen fortfarande på en alltför hög nivå.

Åtgärder för att minska tobaksbruket är viktigt för att förbättra folkhälsan och inom sjukvården är rökavvänjning en av de mest effektiva metoderna. Därför är fortsatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder riktade såväl till barn och unga som till vuxna angelägna.

## 9.5 Politikens inriktning

### *En samlad strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak*

Regeringen har i propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken m.m. (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203) angett mål och inriktning för hur samhällets insatser på ANDT-området ska genomföras, samordnas och följas upp under åren 2011–2015. För att fortsätta ett kraftfullt ANDT-arbete har regeringen för avsikt att bibehålla utgiftsnivån om 299 miljoner kronor per år under hela strategiperioden till och med 2015. Samverkan för en mer effektiv och tydlig myndighetsstyrning inom de sektorer som

har central betydelse för genomförandet av regeringens ANDT-strategi ska fortsatt prioriteras. Regeringens råd för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor, ANDT-rådet, som består av representanter för myndigheter, kommuner, forskarvärlden och idéburna organisationer har en viktig uppgift i att bidra till ökad samordning och samverkan för att kunna nå uppställda mål i strategin.

De nuvarande samordningsstrukturerna på nationell, regional och lokal nivå ska kvarstå. Ökad samordning och samverkan med idéburna organisationer bör ingå som en naturlig del i den regionala och lokala samordningen.

Fortsatta insatser behövs för att förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer. För att stimulera utvecklingen på regional och lokal nivå och förbättra det ANDT-förebyggande arbetet krävs en fortsatt satsning på den regionala ANDT-samordningen samt på metod- och kompetensutveckling. Även vården och stödinsatserna behöver utvecklas (se Individ- och familjeomsorg, avsnitt 7.5.7). Ett förslag till ett långsiktigt hållbart system för uppföljning och utvärdering inom ANDT-området har tagits fram i samverkan med berörda myndigheter, forskare och andra centrala aktörer. Systemet ska implementeras under strategiperioden.

Insatserna för att integrera det brottsförebyggande och drogförebyggande arbetet behöver utvecklas. En ökad samverkan för tidiga insatser för att minska nyrekrytering i narkotikabrottslighet är angelägen liksom en målinriktad och effektiv samverkan mellan Kriminalvården och berörda myndigheter, t.ex. socialtjänsten, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, för ett effektivt återfallsförebyggande arbete och meningsfulla frigivningsförberedelser.

Tillsynen behöver förstärkas, vilket bl.a. Riksrevisionen konstaterade i rapporten Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas alkoholkonsumtion (RiR 2010:21). För närvarande pågår ett gemensamt utvecklingsarbete mellan länsstyrelserna som bl.a. omfattar kvalitetsutveckling och samverkan på tillsynsområdet. Syftet är att förtydliga länsstyrelsernas roll och utveckla gemensamma arbetsmetoder för en likvärdig och rätts-säker tillämpning.

Punktskatten på alkoholdrycker kommer i enlighet med regeringens tidigare utfästelse (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr.

2010/11:203) att höjas under 2014. Detta på grund av att realpriset på öl och vin sjunkit sedan 1993 respektive 2006.

Ett av målen i ANDT-strategin är att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning och tobak. Det är också ett prioriterat mål att färre barn ska födas med skador orsakade av ANDT. Den kunskap som genererats under det tidigare Riskbruksprojektet ska tas tillvara och spridas, exempelvis genom det nätverk av barnmorskor som byggts upp. Det gäller inte minst kunskap om hur man tidigt kan upptäcka och stödja blivande föräldrar med ett risk- eller missbruk för att minska riskerna att barnet skadas. Kvinnor som har ett etablerat och långvarigt missbruk behöver tät uppföljning och ett kvalificerat stöd under graviditeten. För att kunna tillgodose denna grupps behov krävs en ökad tillgång till specialutbildade barnmorskor med kunskap om drogproblematik.

En fortsatt prioriterad fråga för regeringen är att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående. Barn i familjer med missbruksproblem eller där föräldrarna av andra skäl sviktar i sin omsorg ska erbjudas ett ändamålsenligt stöd utifrån sina egna förutsättningar och behov. För att utveckla ett ändamålsenligt stöd för alla barn i dessa familjer krävs insatser inom flera politiska områden. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att leda och samordna en satsning, som syftar till att stödja kompetensuppbyggnad och kvalitetsutveckling och att främja ett familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården och socialtjänsten. De idéburna organisationerna ska också involveras i detta arbete, som ska pågå t.o.m. 2014.

För att stödja barnen behöver insatser göras för att förstärka både barnperspektivet och föräldraperspektivet i vården med syftet att föräldrarna, oavsett om de har vårdnad om barnen eller ej, får möjlighet att stärka sitt föräldraskap och barnens behov uppmärksammas. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har därför ingått en överenskommelse (S2011/7432/FST) som innebär att utvidga det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom utvecklingsarbetet Kunskap till praktik, till att omfatta också insatser för att förstärka barnperspektivet och föräldraperspektivet i vården. Insatserna kommer att ha fokus på lokalt och regionalt utvecklingsarbete utifrån huvudmännens behov.

Under 2012 initierade regeringen en särskild satsning mot cannabis som kommer att pågå under hela strategiperioden. En del är samarbetet mellan storstäderna Malmö, Göteborg och Stockholm. Det utvecklingsarbete mellan städerna som påbörjades under 2011 har lett till en bred och samordnad satsning – Trestad 2. Det övergripande syftet är att minska användningen av cannabis bland ungdomar under 25 år. För att nå detta mål kommer städerna dels att utveckla förebyggande metoder och arbetssätt för att förhindra en debut i missbruk, dels att utveckla metoder och arbetssätt för att genom tidiga insatser avbryta ett begynnande missbruk så snart som möjligt, dels att utveckla insatser för att stödja individer att bryta med ett mer avancerat missbruk. Till satsningen knyts också forskare som har till uppgift att följa och utvärdera satsningen totalt men även det lokala arbetet i respektive stad.

Som en del i cannabissatsningen kommer regeringen att genomföra en internationell konferens på temat cannabis som äger rum i Stockholm i november 2013. Konferensen kommer att samla ett stort antal nationella och internationella experter och forskare. Ministrar från en rad europeiska länder har också anmält intresse av att delta.

Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag (S2012/3114/FST) att samla och sprida kunskaper och metoder för att förebygga ett cannabismissbruk.

Statens folkhälsoinstitut har fått ett fortsatt uppdrag (S2011/5893/FST) att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på universitet och högskolor. Målet är att alla lärosäten ska utveckla ett långsiktigt och strukturerat preventivt arbete.

Tandvården utgör en möjlig resurs i arbetet med att förebygga tobaksbruk och sjukdom på grund av tobaksbruk, eftersom tandvården har erfarenhet av att tidigt identifiera personer som använder tobaksprodukter. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att utveckla och pröva användningen av en strukturerad metod för kort rådgivning för att hitta personer som kan vara motiverade för en längre rådgivning.

En särskild satsning pågår med syfte att utveckla företagshälsovårdens arbete med preventiva och tidiga insatser.

Ett annat prioriterat mål i ANDT-strategin är att antalet döda och skadade i trafiken p.g.a.

alkohol och andra droger ska minska. Målet innebär att strukturer för samverkan mellan polismyndighet, kommuner, beroendevård, landsting, trafikmyndigheter och andra berörda regionala aktörer, i enlighet med metoden Samverkan Mot Alkohol och Droger i Trafiken (SMADIT) eller liknande metod, bör fortsatt utvecklas.

Utvecklingen inom ANDT-området är i allt större utsträckning beroende av vad som pågår i omvärlden. Sverige kommer därför att fortsätta att arbeta för en mer folkhälsobaserad alkoholpolitik inom EU och för en global uppslutning bakom WHO:s globala alkoholstrategi. På narkotikaområdet kommer det fortsatta arbetet att fokusera på insatser som upprätthåller en restriktiv politik i linje med FN:s narkotikakonventioner. Detta kommer också att vara riktmärket inför översynen av EU:s narkotikastrategi som inleddes under 2012. Som ett led i arbetet att peka på hälsoriskerna med narkotikamissbruk och behovet av evidensbaserade behandlingsmetoder för de som fastnat i missbruk kommer regeringen även globalt att verka för att relevanta organisationer, såsom Världshälsoorganisationen, WHO, ökar sitt engagemang i dessa frågor. Sverige anslöt sig år 2005 till WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. Målet med konventionen är att skydda nuvarande och framtida generationer från de förödande hälsomässiga sociala, miljömässiga och ekonomiska konsekvenserna av tobaksbruk och exponering av tobaksrök, genom att tillhandahålla en ram för parternas genomförande av tobakskontrollåtgärder på nationell, regional och internationell nivå i syfte att fortlöpande minska tobaksbruket och exponeringen för tobaksrök. I november 2012 hölls den femte partskonferensen om ramkonventionen där bl.a. ett protokoll rörande illegal handel och smuggling av tobaksprodukter.

Bla. med bas i WHO:s konvention har EU:s tobaksdirektiv (direktiv 2001/37/EG) reviderats. I juni 2013 antogs det nya direktivet av ministerrådet. Om direktivet slutligt antas i sin nuvarande form innebär det bl.a. att obligatoriska bildvarningar införs på alla tobakspaket.

#### *Utredningar*

I augusti 2011 inrättades en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppdrag att utreda om provköp bör införas som metod för tillsyn enligt alkohollagen, tobakslagen, lagen om handel med

vissa receptfria läkemedel samt handel med nikotinläkemedel enligt lagen om handel med läkemedel. Uppdraget var begränsat till att enbart gälla provköp av den som fyllt 18 år. I mars 2012 presenterade arbetsgruppen ett förslag (S2012/2767/FST) till hur provköp kan lagregleras och inordnas i det ordinarie tillsynsarbetet. Förslaget bereds inom Regeringskansliet.

Regeringen har vidare tillsatt Utredningen om tillsyn av marknadsföring och e-handel med alkoholdrycker (dir. 2012:43). Utredningen har bl.a. gjort en kartläggning av omfattningen, inriktningen och formerna av sådan marknadsföring av alkoholdrycker som riktar sig till konsumenter, kartlagt i vilken omfattning barn och ungdomar exponeras för marknadsföring av alkoholdrycker och tobak via digitala medier och tv (inklusive beställ-tv) samt klarlagt vilka metoder som används. Utredaren har också, mot bakgrund av den tekniska utvecklingen, analyserat förutsättningarna för att bedriva central tillsyn av gällande regler för marknadsföringen av alkoholdrycker och tobak. Utredaren har vidare lämnat förslag till hur tillsyn av e-handel och hemleverans av alkoholdrycker till konsumenter bör bedrivas. Uppdraget redovisades i juni 2013 i betänkande En väg till ökad tillsyn: marknadsföring av och e-handel med alkohol och tobak (SOU 2013:50) och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag (S2012/1807/FST) att utreda och analysera förekomsten av passiv rökning på allmänna platser, i synnerhet där barn vistas, och att lämna förslag på åtgärder för att ytterligare minska den passiva rökningen på dessa platser. Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2013.

#### *Ökad uppmärksamhet kring 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. Under senare tid har också problemen med spelberoende fått ökad uppmärksamhet. Diagnosinstrumentet, DSM 5, har ändrats så att spelberoende kommer att diagnostiseras i likhet med andra beroenden som till exempel alkoholberoende och drogberoende. Fokus för regeringens fortsatta arbete kommer att vara att utveckla både de förebyggande insatserna och stödinsatser för personer

med ett spelberoende. Ansvaret för utveckling av behandlingsmetoder av spelberoende förs över från Statens folkhälsoinstitut till Socialstyrelsen. Inriktningen i arbetet mot spelberoende bör vara att integrera det i det ordinarie arbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

## 9.6 Budgetförslag

### 9.6.1 6:1 Alkoholsortimentsnämnden

År	Utfall		Anslags-sparande	
2012	Utfall	35		196
2013	Anslag	224 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	225
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>232</b>		
2015	Beräknat	235 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	239 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	245 <sup>4</sup>		

<sup>2</sup> Motsvarar 232 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 232 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 232 tkr i 2014 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>224</b>	<b>224</b>	<b>224</b>	<b>224</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löne- omräkning <sup>2</sup>	8	11	15	21
Beslut				
Överföring till/från andra anslag				
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>232</b>	<b>235</b>	<b>239</b>	<b>245</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FIU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 232 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 Alkoholsortimentsnämnden för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 235 000 kronor, 239 000 kronor respektive 245 000 kronor.

### 9.6.2 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel

Tabell 9.4 Anslagsutveckling för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel

År	Utfall		Anslags-sparande	
2012	Utfall	251 278		47 343
2013	Anslag	298 629 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	279 292
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>298 629</b>		
2015	Beräknat	298 629		
2016	Beräknat	113 629		
2017	Beräknat	113 629		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för särskilda åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel. Anslaget får även användas för utgifter för statsbidrag till Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning.

#### Regeringens överväganden

Arbetet med att minska alkohol- och tobaks-konsumtionen och att stoppa missbruket av narkotika och dopningsmedel bedrivs i enlighet med den strategi som riksdagen fattade beslut om den 30 mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203). Strategi-perioden löper till och med 2015 men finansiering av insatserna i strategin sträcker sig endast till 2014. För att finansiera insatserna för 2015 har regeringen för avsikt att i budgetpropositionen för 2015 föreslå att 185 miljoner kronor tillfälligt tillförs anslaget. Dessa medel hämtas tillfälligt för 2015 från anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken*.

**Tabell 9.5 Härledning av anslagsnivån 2013–2016, för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel**

	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>
<i>Förändring till följd av:</i>				
Beslut		-185 000	-185 000	-185 000
Överföring till/från andra anslag		185 000		
Övrigt				
<b>Förslag/ beräknat anslag</b>	<b>298 629</b>	<b>298 629</b>	<b>113 629</b>	<b>113 629</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att 298 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak, samt spel* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 298 629 000 kronor, 113 629 000 kronor respektive 113 629 000 kronor.

# 10 Forskning under utgiftsområde 16

## Utbildning och universitetsforskning

### 10.1 Omfattning

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte, t.o.m. 30 juni 2013 med namnet Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS) finansierar enligt rådets instruktion grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap. Rådet ska även ta initiativ till och främja angelägna forskningsbehov inom myndighetens verksamhetsområde samt mång- och tvärvetenskaplig forskning. Forte har även ansvar för samordning av forskning om barn och ungdomar, äldre, funktionshinder, socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning samt forskning om internationell migration och etniska relationer.

### 10.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 10.1** Utgiftsutveckling Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

Miljoner kronor

	Utfall 2012	Budget 2013 <sup>1</sup>	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017
<i>Forskningspolitik</i>							
7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	27	26	26	29	29	29	30
7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	412	474	468	512	519	528	539
<b>Summa Forskningspolitik</b>	<b>439</b>	<b>500</b>	<b>494</b>	<b>541</b>	<b>548</b>	<b>557</b>	<b>569</b>

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 10.3 Mål

Forte ska genom sin verksamhet bidra till att uppnå målen för forskningspolitiken. Regeringens mål för forskningspolitiken är att Sverige ska vara en framstående forskningsnation, där forskning och innovation bedrivs med hög kvalitet och bidrar till samhällets utveckling och näringslivets konkurrenskraft. Av regeringens forsknings- och innovationsproposition (prop. 2012/13:30 s. 16-17, bet. 2012/13:UbU3, rskr. 2012/13:151) framgår vidare att det är nödvändigt att strävan efter kvalitet i form av vetenskaplig excellens, nyttiggörande och relevans ska finnas inom hela forskningssystemet.

### 10.4 Resultatredovisning

#### 10.4.1 Resultat

##### Forskningsmedel

Fortes verksamhet syftar till att bidra till att målen för forskningspolitiken uppfylls. Vid internationella kvalitetsjämförelser av forskning används ofta s.k. bibliometriska mått, vanligen statistiska analyser av publiceringar och citeringar av vetenskapliga artiklar. Kvalitetsaspekterna relevans och nyttiggörande är svårare att mäta. Vetenskapsrådet (VR) och Verket för innovationssystem (Vinnova) har fått i uppdrag att utveckla metoder för att mäta detta.

Forte har ett tydligt krav på att resultat från den forskning som stöds publiceras i internationellt kvalitetsgranskade tidskrifter. Forte genomför också på eget initiativ utvärderingar av olika slag, oftast med internationella granskare. Syftet är att värdera forskningens kvalitet och identifiera kunskapsluckor och brister.

Forte fördelar forskningsmedel efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Forte använder internationella bedömare i de fall det är motiverat och strävar efter att öka andelen internationella bedömare.

Forte stöder forskning på många olika sätt. Medel beviljas till treåriga forskningsprojekt, till sexåriga s.k. programstöd, och till långsiktiga satsningar på starka forskningsmiljöer, s.k. Forte-centra, som kan ges stöd i upp till 10 år. Myndigheten prioriterar stödformer som särskilt riktar sig till yngre forskare, och beviljar bl.a.

medel till s.k. postdok-ansökningar (vars syfte är att ge yngre, nydisputerade forskare möjlighet att i nära anslutning till sin doktorsexamen fortsätta sin forskarkarriär) och till forskarskolor. Forte ger också bidrag till utlandsstipendier, resor, gästforskare, nätverk samt konferenser och symposier.

Under 2012 fick Forte drygt 1 500 ansökningar om forskningsstöd till en summa av 3,9 miljarder kronor. Myndigheten beviljade 360 miljoner kronor. Under den senaste treårsperioden har antalet projektansökningar ökat, liksom storleken på beviljat projektbelopp (i genomsnitt 2,9 miljoner kronor för treåriga projekt). Andelen projekt som har fått medel har sjunkit något, delvis som följd av att antalet ansökningar ökat.

Andelen nya projektledare som fått projektstöd var 2012 drygt 50 procent. Andelen har ökat under treårsperioden. Projektledarnas genomsnittliga ålder har sjunkit och det är en jämn könsfördelning. En bidragande orsak till ökningen av yngre projektledare är enligt Forte införandet av juniorforskarbidrag 2011.

Den största delen av det forskningsstöd som Forte beviljat 2012 gick till Stockholms universitet, följt av Karolinska institutet, Lunds universitet och Göteborgs universitet.

Forte betalade under 2012 ut cirka 450 miljoner kronor i forskningsstöd (inklusive de 35 miljoner kronor i särskilda medel från anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, se avsnitt 00). Forte fattade under samma år beslut om att bevilja 360 miljoner kronor i forskningsstöd, varav merparten betalas ut under flera år.

Tillgängliga bibliometriska analyser visar enligt Fortes årsredovisning att den forskning som Forte finansierar står sig väl i internationella jämförelser. Under 2012 har Forte bl.a. publicerat en internationell utvärdering av forskningen inom området alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS). Denna visade bl.a. att den forskning som Forte stöder inom ANDTS-området står sig väl i internationella jämförelser. Forte har också publicerat en kartläggning under 2012 med analys och förslag om forskning om funktionsnedsättning och funktionshinder. En internationell utvärdering av de Forte-centra som inrättades 2007 visade att dessa i huvudsak hade lyckats väl eller mycket väl. En centrum-satsning avbröts dock i förtid och ett center fick reducerat anslag.



## Strategi och analys

Forte har under 2012 i högre grad än tidigare arbetat med strategier, analysarbete och utvärderingar. Det aktuella forskningsläget inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spelberoende (ANDTS) har analyserats, och en utvärdering av forskningen inom området arbetsorganisation har initierats. Under året har Forte fortsatt sitt arbete med att beskriva arbetslivsforskningens utveckling i ett nationellt forskningspolitiskt sammanhang samt göra internationella jämförelser. Forte har vidare påbörjat en kartläggning av forskningen inom området folkhälsoekonomi tillsammans med Statens Folkhälsoinstitut.

## Samverkan

Forte samverkar med övriga statliga forskningsfinansiärer, främst genom den samordningsgrupp som Forte, Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (Formas), Verket för innovationssystem (Vinnova) och Vetenskapsrådet (VR) har bildat. Under året har myndigheterna samverkat kring bl.a. hur svensk forskning och svensk innovationskapacitet kan förstärkas, barns och ungdomars psykiska hälsa och uppföljningen av de strategiska satsningarna från forskningspolitiska propositionen 2008. Samverkan kring internationell forskning gäller bl.a. strategin för forsknings- och innovationssamarbetet med Kina samt underlag till den internationella forskningsstrategi som regeringen beslutade om 2012.

Forskningsfinansiärerna har vidare anordnat gemensamma seminarier om t ex metoder och arbetssätt i analysarbetet. Samarbete sker också om Prisma, ett för VR, Forte och Formas gemensamt ansöknings- och projekthanteringsystem som tas i provdrift hösten 2013.

Kommunikationscheferna för Forte, Vinnova, VR och Formas har en samverkansgrupp för forskningskommunikation.

Forte har ett regelbundet samarbete med Vinnova om respektive myndighets bidrag till forskning inom arbetslivsområdet. Med Socialstyrelsen har Forte bl.a. samverkat om evidensbaserad forskning samt effektstudier inom det sociala området.

## Internationellt forskningsarbete

Forte arbetar aktivt för att främja internationalisering av svensk forskning och verka för ett ökat samarbete med utländska forskare och finansierare. Forte har under 2012 aktivt deltagit i arbetet med EU:s ramprogram för forskning och utveckling och samverkat med forskningsfinansiärer i andra länder.

Under året har en utlysning tillsammans med VR och Formas genomförts riktad mot Kina inom ramen för regeringens Kinauppdrag. Stöden ska avse bilaterala forskningsarbeten. Vidare har Forte under 2012 utlyst medel för riktade satsningar mot Indien med målsättningen att utarbeta förslag till teman med framtida bilateral potential. Forte har under ett antal år representerat Sverige i initiativet Joint Programming More Years Better Lives. Forte har särskilt bidragit till en kartläggning i flera länder av databaser som avser åldrande.

## Kommunikation och nyttiggörande

Forte ansvarar för kommunikation om forskning och forskningsresultat inom sitt ansvarsområde. Enligt myndighetens kommunikationsstrategi ska kommunikationen i ännu högre grad bidra till att skapa kunskap om forskning och främja en aktiv dialog kring Fortes ansvarsområden.

Forte bidrar till forskares kunskapsförmedling genom att ge bidrag till publicering, nätverk, resor och internationella konferenser i Sverige.

Under året har myndigheten bidragit till seminarier och konferenser, informerat om forskning i nyhetsbrev och genom forskningsmagasinet Forte. Myndighetens webbplats har under 2012 haft drygt 155 000 externa besök, vilket är en ökning jämfört med 2011. Tillgängligheten för besökare med funktionshinder har förbättrats. Sju teman på webben lyfter fram forskning inom samhällsrelevanta ämnen: Det friska åldrandet, barns och ungdomars psykiska hälsa, välfärd, arbetsliv, fetma, sömn samt alkohol, narkotika, dopning, tobak och spelberoende. Forte är vidare delägare i forskningsportalen forskning.se.

Forskare som finansieras av Forte ska fr.o.m. 2013 publicera sina artiklar med fri tillgång för alla (open access).

Från den 1 juli 2012 är alla publikationer från Forte gratis. Det har enligt Forte lett till att antalet beställningar har trefaldigats jämfört med 2011 samtidigt som kostnaderna för logistik och lagerhållning har minskat kraftigt.

#### 10.4.2 Analys och slutsatser

De forskningsområden som utvärderats visar att den forskning som Forte stöder står sig väl i internationella jämförelser.

Forte samverkar och samarbetar på ett positivt sätt med andra aktörer inom sitt ansvarsområde både nationellt och internationellt.

Forte främjar på olika sätt internationaliseringen av svensk forskning och har ett ökande engagemang på internationell och europeisk nivå. Forte har under 2012 i högre grad än tidigare arbetat med strategier, analysarbete och utvärderingar. Antalet forskningsansökningar till Forte har ökat. Myndigheten har vidare påbörjat ett arbete med att se över bl.a. sin beredningsorganisation, vilket regeringen ser positivt på.

Forte har på olika sätt förbättrat tillgängligheten till forskningsresultat. Forte har bl.a. utvecklat sin webbplats och samlat forskningsresultat utifrån aktuella teman. Det är viktigt att detta arbete fortsätter och att Forte utvecklar arbetssätt för att i ökad utsträckning ha en dialog kring Fortes ansvarsområden, inklusive kommunikation av forskningsresultat med myndigheter och andra mottagare inklusive patienter, brukare och anhöriga.

Regeringen anser att Forte uppfyller uppsatta krav och mål. Myndighetens verksamhet fungerar väl. Regeringen avser att, med anledning bl.a. av myndighetens ökande arbetsbelastning, följa dess ekonomi.

## 10.5 Budgetförslag

### 10.5.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

**Tabell 10.2 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor				
2012	Utfall	26 817	Anslags-sparande	-494
2013	Anslag	25 859 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	25 950
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>28 564</b>		
2015	Beräknat	28 937 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	29 431 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	30 083 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 28 565 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 28 564 tkr i 2014 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 28 564 tkr i 2014 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådets för hälsa, arbetsliv och välfärds (Forte) förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2014-2017 beräknats enligt följande.

Från och med den 1 januari 2014 inrättas en befattning som generaldirektör tillika myndighetschef på Forte (8 § förordningen (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd), i likhet med vad som gäller för forskningsfinansiärerna Vetenskapsrådet, Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande samt Vinnova. För att bl.a. finansiera denna befattning bör Fortes förvaltningsanslag ökas med 2 000 000 kronor. Finansiering föreslås ske genom att anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* minskas med motsvarande belopp.

Anslaget har för perioden 2014-2017 beräknats enligt följande:

**Tabell 10.3 Härlledning av anslagsnivån 2014–2017, för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	25 859	25 859	25 859	25 859
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	742	1 089	1 549	2 157
Beslut				
Överföring till/från andra anslag	2 000	2 026	2 061	2 106
Övrigt <sup>3</sup>	-37	-37	-38	-39
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>28 564</b>	<b>28 937</b>	<b>29 431</b>	<b>30 083</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 28 564 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 28 937 000 kronor, 29 431 000 kronor respektive 30 083 000 kronor.

### 10.5.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

**Tabell 10.4 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor			Anslags-sparande	
2012	Utfall	412 003		14 110
2013	Anslag	474 378 <sup>1</sup>	Utgifts-prognos	467 771
<b>2014</b>	<b>Förslag</b>	<b>512 442</b>		
2015	Beräknat	519 030 <sup>2</sup>		
2016	Beräknat	527 512 <sup>3</sup>		
2017	Beräknat	538 973 <sup>4</sup>		

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2013 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 512 442 tkr i 2014 års prismet.

<sup>3</sup> Motsvarar 512 443 tkr i 2014 års prismet.

<sup>4</sup> Motsvarar 512 441 tkr i 2014 års prismet.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, kommu-

nikationsinsatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

#### Regeringens överväganden

I enlighet med vad som presenterades i forsknings- och innovationspropositionen (prop. 2012/13:30, bet. 2012/13:UbU3, rskr. 2012/13:151), bör anslaget öka utöver nuvarande medel med 25 000 000 kronor för forskning om åldrande och hälsa fr.o.m. 2014. Vidare bör Forte avsätta minst 10 000 000 kronor för vårdforskning 2014 utöver rådets tidigare finansiering. Inom anslaget för forskning bör vidare 5 000 000 kronor användas fr.o.m. 2014 för att stärka forskning om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

**Tabell 10.5 Härlledning av anslagsnivån 2014–2017, för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor	2014	2015	2016	2017
<b>Anvisat 2013<sup>1</sup></b>	474 378	474 378	474 378	474 378
<i>Förändring till följd av:</i>				
Pris- och löneomräkning <sup>2</sup>	664	6 771	14 634	25 259
Beslut	40 000	40 514	41 176	42 071
Överföring till/från andra anslag	-2 000	-2 026	-2 059	-2 104
Övrigt <sup>3</sup>	-600	-608	-618	-631
<b>Förslag/beräknat anslag</b>	<b>512 442</b>	<b>519 030</b>	<b>527 512</b>	<b>538 973</b>

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2012 (bet. 2012/13:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2013. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2015–2017 är preliminär.

<sup>3</sup> Anslaget minskas fr.o.m. 2014 till följd av beräknade samordningsvinster i samband med e-förvaltningsprojekt som genomförs i statsförvaltningen.

Regeringen föreslår att 512 442 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2014. För 2015, 2016 och 2017 beräknas anslaget till 519 030 000 kronor, 527 512 000 kronor respektive 538 973 000 kronor.

**Bemyndigande om ekonomiska åtaganden**

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2014 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 973 000 000 kronor 2015–2018.

**Skälen för regeringens förslag:** Den forskning som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2014 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* besluta om bidrag som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 973 000 000 kronor 2015–2018.

**Tabell 10.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

<i>Tusental kronor</i>	Utfall 2012	Prognos 2013	Förslag 2014	Beräknat 2015	Beräknat 2016	Beräknat 2017–2018
Ingående åtaganden	827 000	769 000	877 000	–	–	–
Nya åtaganden	354 000	486 000	569 200	–	–	–
Infriade åtaganden	–412 000	–378 000	–473 200	–506 200	–318300	–148500
Utestående åtaganden	769 000	877 000	973 000	–	–	–
<b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b>	<b>821 000</b>	<b>877 000</b>	<b>973 000</b>	–	–	–