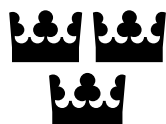


# Hälsovård, sjukvård och social omsorg

9





## Förslag till statens budget för 2017

## Hälsovård, sjukvård och social omsorg

## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Tabellförteckning.....   | 7  |
| Diagramförteckning .....   | 11 |
| 1 Förslag till riksdagsbeslut .....  | 13 |
| 2 Lagförslag.....  | 15 |
| 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....  | 15 |
| 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ..... | 16 |
| 2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ..... | 17 |
| 2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ..... | 18 |
| 2.5 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....                     | 19 |
| 3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....                                       | 21 |
| 3.1 Omfattning.....  | 21 |
| 3.2 Utgiftsutveckling .....  | 21 |
| 3.3 Skatteutgifter.....  | 22 |
| 3.4 Mål för utgiftsområdet.....  | 23 |
| 4 Hälsö- och sjukvårdspolitik.....   | 25 |
| 4.1 Omfattning.....  | 25 |
| 4.2 Utgiftsutveckling .....  | 25 |
| 4.3 Mål för området.....   | 26 |
| 4.4 Resultatredovisning.....   | 26 |
| 4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder.....                         | 26 |
| 4.4.2 Resultat.....  | 26 |
| 4.4.3 Analys och slutsatser .....  | 49 |
| 4.5 Den årliga revisionens iakttagelser.....                                       | 51 |
| 4.6 Politikens inriktning .....  | 52 |
| 4.7 Tillkännagivanden .....  | 59 |
| 4.8 Förslag om särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa .....                | 60 |
| 4.8.1 Ärendet och dess beredning.....  | 60 |
| 4.8.2 Regeringens förslag och bedömning .....                                      | 60 |

|      |        |  |     |
|------|--------|--|-----|
|      | 4.8.3  | Konsekvenser.....  | 64  |
|      | 4.8.4  | Författningskommentar.....   | 66  |
| 4.9  |        | Budgetförslag .....  | 67  |
|      | 4.9.1  | 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....                          | 67  |
|      | 4.9.2  | 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ....            | 67  |
|      | 4.9.3  | 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....                           | 68  |
|      | 4.9.4  | 1:4 Tandvårdsförmåner .....  | 68  |
|      | 4.9.5  | 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....                                  | 69  |
|      | 4.9.6  | 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....                               | 70  |
|      | 4.9.7  | 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....                          | 72  |
|      | 4.9.8  | 1:8 Bidrag till psykiatri.....   | 74  |
|      | 4.9.9  | 1:9 Läkemedelsverket.....  | 75  |
|      | 4.9.10 | 1:10 E-hälsomyndigheten .....  | 75  |
|      | 4.9.11 | 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler .....                        | 77  |
|      | 4.9.12 | 8:1 Socialstyrelsen .....  | 77  |
|      | 4.9.13 | 8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....                                  | 79  |
| 4.10 |        | Övrig verksamhet .....   | 80  |
|      | 4.10.1 | Avgiftsfinansierad verksamhet vid Läkemedelsverket .....                   | 80  |
| 5    |        | Folkhälsopolitik .....   | 81  |
|      | 5.1    | Omfattning .....   | 81  |
|      | 5.2    | Utgiftsutveckling.....   | 81  |
|      | 5.3    | Mål för området .....  | 82  |
|      | 5.4    | Resultatredovisning .....  | 82  |
|      | 5.4.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                      | 82  |
|      | 5.4.2  | Resultat .....   | 83  |
|      | 5.4.3  | Analys och slutsatser.....   | 95  |
|      | 5.5    | Politikens inriktning.....   | 98  |
|      | 5.6    | Budgetförslag .....  | 102 |
|      | 5.6.1  | 2:1 Folkhälsomyndigheten .....   | 102 |
|      | 5.6.2  | 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....                                     | 103 |
|      | 5.6.3  | 2:3 Bidrag till WHO.....   | 104 |
|      | 5.6.4  | 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma<br>sjukdomar .....          | 104 |
|      | 5.6.5  | 6:1 Alkoholsortimentsnämnden.....  | 105 |
|      | 5.6.6  | 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning,<br>tobak samt spel..... | 105 |
| 6    |        | Funktionshinderspolitik .....  | 107 |
|      | 6.1    | Omfattning .....   | 107 |
|      | 6.2    | Utgiftsutveckling.....   | 107 |
|      | 6.3    | Mål för området .....  | 108 |
|      | 6.4    | Resultatredovisning .....  | 108 |
|      | 6.4.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                      | 108 |
|      | 6.4.2  | Resultat .....   | 108 |
|      | 6.4.3  | Analys och slutsatser.....   | 112 |
|      | 6.5    | Politikens inriktning.....   | 113 |
|      | 6.6    | Budgetförslag .....  | 114 |
|      | 6.6.1  | 3:1 Myndigheten för delaktighet .....                                      | 114 |
|      | 6.6.2  | 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer.....                        | 114 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 7      | Politik för sociala tjänster .....  | 115 |
| 7.1    | Omfattning .....  | 115 |
| 7.2    | Utgiftsutveckling .....   | 116 |
| 7.3    | Mål för området .....   | 117 |
| 7.4    | Resultatredovisning – övergripande för hela området .....                   | 117 |
| 7.4.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                       | 117 |
| 7.5    | Resultatredovisning - Omsorgen om äldre .....                               | 121 |
| 7.5.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                       | 121 |
| 7.5.2  | Resultat .....  | 122 |
| 7.6    | Resultatredovisning – Individ- och familjeomsorg .....                      | 128 |
| 7.6.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                       | 128 |
| 7.6.2  | Resultat .....  | 129 |
| 7.7    | Resultatredovisning – Personer med funktionsnedsättning .....               | 146 |
| 7.7.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                       | 146 |
| 7.7.2  | Resultat .....  | 147 |
| 7.7.3  | Analys och slutsatser om övergripande insatser .....                        | 153 |
| 7.8    | Politikens inriktning .....   | 158 |
| 7.8.1  | Omsorgen om äldre .....   | 160 |
| 7.8.2  | Individ- och familjeomsorg .....  | 161 |
| 7.8.3  | Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning .....                   | 164 |
| 7.9    | Förslag om ändringar avseende assistansersättningen .....                   | 165 |
| 7.9.1  | Ärendet och dess beredning .....  | 165 |
| 7.9.2  | Regeringens förslag .....   | 166 |
| 7.9.3  | Konsekvenser .....  | 166 |
| 7.9.4  | Författningskommentar .....   | 167 |
| 7.10   | Budgetförslag .....   | 167 |
| 7.10.1 | 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....                 | 167 |
| 7.10.2 | 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....                    | 168 |
| 7.10.3 | 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....                    | 169 |
| 7.10.4 | 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning .....                         | 170 |
| 7.10.5 | 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet .....                    | 171 |
| 7.10.6 | 4:6 Statens institutionsstyrelse .....                                      | 173 |
| 7.10.7 | 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....                      | 174 |
| 8      | Barnrättspolitik .....  | 177 |
| 8.1    | Omfattning .....  | 177 |
| 8.2    | Utgiftsutveckling .....   | 177 |
| 8.3    | Mål för området .....   | 178 |
| 8.4    | Resultatredovisning .....   | 178 |
| 8.4.1  | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                       | 178 |
| 8.4.2  | Resultat .....  | 178 |
| 8.4.3  | Analys och slutsatser .....   | 186 |
| 8.5    | Politikens inriktning .....   | 188 |
| 8.6    | Budgetförslag .....   | 191 |
| 8.6.1  | 5:1 Barnombudsmannen .....  | 191 |
| 8.6.2  | 5:2 Barnets rättigheter .....   | 191 |
| 9      | Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning ..... | 193 |
| 9.1    | Omfattning .....  | 193 |
| 9.2    | Utgiftsutveckling .....   | 193 |
| 9.3    | Mål för området .....   | 194 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 9.4   | Resultatredovisning .....  | 194 |
| 9.4.1 | Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder .....                      | 194 |
| 9.4.2 | Resultat .....   | 194 |
| 9.4.3 | Analys och slutsatser.....   | 198 |
| 9.5   | Politikens inriktning.....   | 198 |
| 9.6   | Budgetförslag .....  | 199 |
| 9.6.1 | 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd:<br>Förvaltning ..... | 199 |
| 9.6.2 | 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd:<br>Forskning.....    | 199 |

Bilaga 1 Förslag om särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa

Bilaga 2 Promemorian Förslag till ändring i 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken

## Tabellförteckning

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabell 1.1  | Anslagsbelopp .....   | 14 |
| Tabell 1.2  | Beställningsbemyndiganden .....   | 14 |
| Tabell 3.1  | Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....                         | 21 |
| Tabell 3.2  | Härledning av ramnivån 2017–2020. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....              | 22 |
| Tabell 3.3  | Ramnivå 2017 realekonomiskt fördelad. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.....          | 22 |
| Tabell 3.4  | Skatteutgifter .....  | 22 |
| Tabell 4.1  | Utgiftsutveckling inom Hälso- och sjukvårdspolitik .....  | 25 |
| Tabell 4.2  | Hälso- och sjukvårdsutgifter, 2009–2014 .....   | 27 |
| Tabell 4.3  | Kostnader för läkemedel, 2010–2015 .....  | 46 |
| Tabell 4.4  | Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd 2008–2015 .....  | 48 |
| Tabell 4.5  | Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....                                       | 67 |
| Tabell 4.6  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....                | 67 |
| Tabell 4.7  | Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....                         | 67 |
| Tabell 4.8  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ..... | 68 |
| Tabell 4.9  | Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....  | 68 |
| Tabell 4.10 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....                 | 68 |
| Tabell 4.11 | Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner .....   | 68 |
| Tabell 4.12 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:4 Tandvårdsförmåner.....                                       | 69 |
| Tabell 4.13 | Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.....  | 69 |
| Tabell 4.14 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna .....                        | 70 |
| Tabell 4.15 | Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård .....  | 70 |
| Tabell 4.16 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.....                      | 72 |
| Tabell 4.17 | Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden .....                                       | 72 |
| Tabell 4.18 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden.....                 | 73 |
| Tabell 4.19 | Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri .....   | 74 |
| Tabell 4.20 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:8 Bidrag till psykiatri .....                                  | 74 |
| Tabell 4.21 | Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket .....  | 75 |
| Tabell 4.22 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:9 Läkemedelsverket .....                                       | 75 |
| Tabell 4.23 | Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten.....  | 75 |
| Tabell 4.24 | Offentligrättslig verksamhet .....  | 76 |
| Tabell 4.25 | Uppdragsverksamhet .....  | 76 |
| Tabell 4.26 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:10 E-hälsomyndigheten...                                       | 76 |
| Tabell 4.27 | Anslagsutveckling 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....                                      | 77 |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| Tabell 4.28 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler.....   | 77  |
| Tabell 4.29 | Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen .....   | 77  |
| Tabell 4.30 | Offentligrättslig verksamhet.....   | 77  |
| Tabell 4.31 | Uppdragsverksamhet.....   | 78  |
| Tabell 4.32 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 8:1 Socialstyrelsen .....  | 78  |
| Tabell 4.33 | Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg.....   | 79  |
| Tabell 4.34 | Offentligrättslig verksamhet.....   | 79  |
| Tabell 4.35 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg .....   | 79  |
| Tabell 4.36 | Offentligrättslig verksamhet.....   | 80  |
| Tabell 5.1  | Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik.....  | 81  |
| Tabell 5.2  | Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten .....  | 102 |
| Tabell 5.3  | Uppdragsverksamhet.....   | 102 |
| Tabell 5.4  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:1 Folkhälsomyndigheten .....   | 102 |
| Tabell 5.5  | Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....  | 103 |
| Tabell 5.6  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap .....   | 103 |
| Tabell 5.7  | Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO .....   | 104 |
| Tabell 5.8  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:3 Bidrag till WHO.....   | 104 |
| Tabell 5.9  | Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.....   | 104 |
| Tabell 5.10 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar .....   | 105 |
| Tabell 5.11 | Anslagsutveckling 6:1 Alkoholsortimentsnämnden.....   | 105 |
| Tabell 5.12 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden .....   | 105 |
| Tabell 5.13 | Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....   | 105 |
| Tabell 5.14 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.....  | 106 |
| Tabell 6.1  | Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik .....  | 107 |
| Tabell 6.2  | Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet.....  | 114 |
| Tabell 6.3  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 3:1 Myndigheten för delaktighet.....  | 114 |
| Tabell 6.4  | Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer.....   | 114 |
| Tabell 6.5  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer.....   | 114 |
| Tabell 7.1  | Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster .....   | 116 |
| Tabell 7.2  | Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre.....   | 122 |
| Tabell 7.3  | Förändringar i kommuners utbud av hemtjänst respektive särskilt boende. En jämförelse av 284 kommuner mellan 2010 och 2015 för personer 80 år och äldre i antal och procent ..... | 126 |
| Tabell 7.4  | Antal inrapporterade ej verkställda beslut/år (insats: permanent bostad enligt socialtjänstlagen, äldreomsorg) .....  | 127 |
| Tabell 7.5  | Avslutad vård vid SiS ungdomshem.....   | 130 |
| Tabell 7.6  | Andelen unga vuxna (18–24 år) med ekonomiskt bistånd .....  | 136 |
| Tabell 7.7  | Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistans i december månad och antal beviljade timmar per vecka i genomsnitt samma månad 2005–2015.....                | 149 |



|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| Tabell 7.8  | Antal personer som beviljats bilstöd 2011–2015, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning mellan olika grupper (%) ..... | 150 |
| Tabell 7.9  | Antal personer 0-64 år med pågående SoL-insats 1 oktober 2015, fördelat på kön .....  | 151 |
| Tabell 7.10 | Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....   | 167 |
| Tabell 7.11 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....                                       | 168 |
| Tabell 7.12 | Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....  | 168 |
| Tabell 7.13 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet .....  | 169 |
| Tabell 7.14 | Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning .....  | 169 |
| Tabell 7.15 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning.....   | 170 |
| Tabell 7.16 | Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....  | 170 |
| Tabell 7.17 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning.....  | 171 |
| Tabell 7.18 | Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet.....   | 171 |
| Tabell 7.19 | Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet .....  | 172 |
| Tabell 7.20 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet .....  | 172 |
| Tabell 7.21 | Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse .....  | 173 |
| Tabell 7.22 | Offentligrättslig verksamhet .....  | 173 |
| Tabell 7.23 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:6 Statens institutionsstyrelse .....  | 174 |
| Tabell 7.24 | Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....  | 174 |
| Tabell 7.25 | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. ....  | 175 |
| Tabell 8.1  | Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik .....   | 177 |
| Tabell 8.2  | Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen.....   | 191 |
| Tabell 8.3  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 5:1 Barnombudsmannen..  | 191 |
| Tabell 8.4  | Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter.....  | 191 |
| Tabell 8.5  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 5:2 barnets rättigheter ....  | 191 |
| Tabell 9.1  | Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.....                             | 193 |
| Tabell 9.2  | Utbetalt forskningsbidrag 2011–2015 i miljoner kronor för olika bidragstyper, fördelat på andel kvinnor och män.....                        | 196 |
| Tabell 9.3  | Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning.....  | 199 |
| Tabell 9.4  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning .....                            | 199 |
| Tabell 9.5  | Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning .....   | 199 |
| Tabell 9.6  | Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning.....                               | 200 |

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Tabell 9.7 | Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning..... | 200 |
|------------|--|-----|

## Diagramförteckning

---

|              |   |    |
|--------------|---|----|
| Diagram 4.1  | Landstingens intäkter 2015, procentuellt fördelade på intäktslag.....   | 28 |
| Diagram 4.2  | Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2015, procentuellt fördelade på verksamhetsområde .....                  | 28 |
| Diagram 4.3  | Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2009–2014.....  | 28 |
| Diagram 4.4  | Patientupplevd kvalitet i primärvård, 2015 .....  | 29 |
| Diagram 4.5  | Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2011–2015..... | 29 |
| Diagram 4.6  | Andel läkare som i liten utsträckning eller inte alls anser sig ha tid att samordna vården .....                        | 30 |
| Diagram 4.7  | Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, efter utbildningsnivå, 2004–2014 .....                             | 31 |
| Diagram 4.8  | Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå kvinnor, 2004–2014 .....               | 32 |
| Diagram 4.9  | Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå män, 2004–2014 .....                   | 32 |
| Diagram 4.10 | Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, efter utbildningsnivå män, 2004–2014 .....              | 32 |
| Diagram 4.11 | Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, efter utbildningsnivå kvinnor, 2004–2014 .....          | 32 |
| Diagram 4.12 | Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, efter utbildningsnivå, 2004–2014 .....  | 33 |
| Diagram 4.13 | Andel som instämmer helt eller delvis i att väntetider till besök på vårdcentral är rimliga, 2010–2015.....             | 33 |
| Diagram 4.14 | Andel patienter som får behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar .....                                | 34 |
| Diagram 4.15 | Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister.....   | 36 |
| Diagram 4.16 | Antal hälso- och sjukvårdspersonal för olika professioner 2013 .....  | 38 |
| Diagram 4.17 | Relativ femårsöverlevnad i alla former av cancer 1994–2013.....   | 40 |
| Diagram 4.18 | Kostnader för läkemedelsförmånerna, 2006–2015 .....   | 45 |
| Diagram 4.19 | Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist 2010–2015 .....   | 49 |
| Diagram 5.1  | Medellivslängd 2006–2015 .....  | 83 |
| Diagram 5.2  | Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2005–2014.....   | 84 |
| Diagram 5.3  | Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, 2005–2014.....  | 84 |
| Diagram 5.4  | Antal insjuknande i hjärtinfarkt, 35–79 år, utbildningsnivå, 2012–2014.....   | 85 |
| Diagram 5.5  | Antal döda i hjärtsjukdom, utbildningsnivå, 2012–2014 .....   | 85 |
| Diagram 5.6  | Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor, 2006–2015 .....                       | 85 |
| Diagram 5.7  | Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män, 2006–2015 .....                           | 85 |
| Diagram 5.8  | Antal självmord, kvinnor, ålder, 2004–2014 .....  | 86 |
| Diagram 5.9  | Antal självmord, män, ålder, 2004–2014 .....  | 86 |

|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| Diagram 5.10 | Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) 2006–2015 .....  | 87  |
| Diagram 5.11 | Andel som anger att de har en stillasittande fritid respektive att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 16–84 år, 2006–2015 ..... | 91  |
| Diagram 5.12 | Andel som anger att de har en stillasittande fritid, 16–84 år, utbildningsnivå, 2015.....   | 91  |
| Diagram 5.13 | Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 16–84 år, utbildningsnivå, 2015.....                                     | 91  |
| Diagram 5.14 | Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, 2015 .....  | 92  |
| Diagram 5.15 | Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, utbildningsnivå, 2015 .....                               | 92  |
| Diagram 7.1  | Utbetalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1997–2015.....  | 135 |
| Diagram 7.2  | Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd .....   | 137 |
| Diagram 7.3  | Antal hemmaboende barn 0-17 år som upplevt en separation under året (inkl. ombildade hushåll) under åren 2000–2015 (SCB).....               | 143 |
| Diagram 7.4  | Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten under åren 2006–2015 (Socialstyrelsen) .....                 | 143 |
| Diagram 7.5  | Kostnader för personlig assistans .....   | 147 |
| Diagram 8.1  | Andelen elever som har uppnått grundskolans mål.....  | 183 |
| Diagram 8.2  | Andel barn med psykosomatiska besvär .....  | 183 |
| Diagram 8.3  | Andelen barn i ekonomiskt utsatta familjer.....   | 184 |
| Diagram 9.1  | Av Forte utbetalt forskningsstöd 2011–2015 fördelat på forskningsområdena hälsa, arbetsliv och välfärd. ....                                | 195 |
| Diagram 9.2  | Av Forte utbetalt forskningsstöd 2011–2015 fördelat på män resp. kvinnor inom forskningsområdena hälsa, arbetsliv och välfärd .....         | 195 |

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

## Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. (avsnitt 2.1 och 4.8),
2. antar förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (avsnitt 2.2 och 4.8),
3. antar förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (avsnitt 2.3 och 4.8),
4. antar förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (avsnitt 2.4 och 4.8),
5. antar förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken (avsnitt 2.5 och 7.9),
6. bemyndigar regeringen att för 2017 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 4.9.6),
7. bemyndigar regeringen att för 2017 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar (avsnitt 4.9.6),
8. för budgetåret 2017 anvisar ramanslagen under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt tabell 1.1,
9. bemyndigar regeringen att under 2017 ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst de belopp och inom den tidsperiod som anges i tabell 1.2.

**Tabell 1.1 Anslagsbelopp**

Tusental kronor

| Anslag       |  |                   |
|--------------|--|-------------------|
| 1:1          | Myndigheten för vård- och omsorgsanalys                        | 34 885            |
| 1:2          | Statens beredning för medicinsk och social utvärdering         | 81 560            |
| 1:3          | Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket                         | 140 964           |
| 1:4          | Tandvårdsförmåner  | 5 747 835         |
| 1:5          | Bidrag för läkemedelsförmånerna                                | 24 049 736        |
| 1:6          | Bidrag till folkhälsa och sjukvård                             | 2 729 286         |
| 1:7          | Sjukvård i internationella förhållanden                        | 485 476           |
| 1:8          | Bidrag till psykiatri  | 1 108 993         |
| 1:9          | Läkemedelsverket   | 132 018           |
| 1:10         | E-hälsomyndigheten   | 144 051           |
| 1:11         | Bidrag för mänskliga vävnader och celler                       | 74 000            |
| 2:1          | Folkhälsomyndigheten   | 380 030           |
| 2:2          | Insatser för vaccinerberedskap                                 | 88 500            |
| 2:3          | Bidrag till WHO  | 37 665            |
| 2:4          | Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar           | 75 502            |
| 3:1          | Myndigheten för delaktighet                                    | 57 883            |
| 3:2          | Bidrag till funktionshindersorganisationer                     | 188 742           |
| 4:1          | Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd              | 24 096            |
| 4:2          | Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet                 | 411 514           |
| 4:3          | Bilstöd till personer med funktionsnedsättning                 | 266 995           |
| 4:4          | Kostnader för statlig assistansersättning                      | 25 931 000        |
| 4:5          | Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet                 | 2 473 858         |
| 4:6          | Statens institutionsstyrelse                                   | 946 750           |
| 4:7          | Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.                  | 711 815           |
| 5:1          | Barnombudsmannen   | 24 557            |
| 5:2          | Barnets rättigheter  | 27 761            |
| 6:1          | Alkoholsortimentsnämnden                                       | 242               |
| 6:2          | Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel | 213 629           |
| 7:1          | Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning  | 33 998            |
| 7:2          | Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning    | 546 998           |
| 8:1          | Socialstyrelsen  | 627 986           |
| 8:2          | Inspektionen för vård och omsorg                               | 697 839           |
| <b>Summa</b> |  | <b>68 496 164</b> |

**Tabell 1.2 Beställningsbemyndiganden**

Tusental kronor

| Anslag  |   | Beställnings-<br>bemyndigande | Tidsperiod |
|---|---|-------------------------------|------------|
| 4:5   | Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet              | 583 000                       | 2018-2020  |
| 7:2   | Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning | 925 000                       | 2018-2021  |
| <b>Summa beställningsbemyndiganden under utgiftsområdet</b> |   | <b>1 508 000</b>              |            |

## 2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

---

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

Härigenom föreskrivs att 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 19 §<sup>1</sup>

Förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år.

*Varor som avses i 18 § 1 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.*

Varor som avses i 18 § 3 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället har fyllt 18 år.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2015:968.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 1 kap. 4 §

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 20 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för *barn och ungdomar* till och med det år då de fyller 19 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för *personer* till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.



## 2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt lagförslag 2.2*

*Föreslagen lydelse*

### 1 kap. 4 §<sup>1</sup>

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 23 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller 22 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.

## 2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt lagförslag 2.3*

*Föreslagen lydelse*

### 1 kap. 4 §<sup>1</sup>

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 23 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller 22 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 24 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.

## 2.5 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs att 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 51 kap.

#### 11 §<sup>1</sup>

*För varje år bestäms med vilket belopp per timme som assistansersättning lämnas. Beloppet ska bestämmas som ett schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om schablonbeloppet.*

Om det finns särskilda skäl kan ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det årliga schablonbeloppet. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent.

Assistansersättning som betalas ut enligt 16 § andra stycket lämnas med skäligt belopp.

*Assistansersättning lämnas med ett särskilt angivet belopp per timme. Det eller de belopp som assistansersättning lämnas med ska för varje år bestämmas som schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om schablonbelopp för assistansersättningen.*

Om det finns särskilda skäl kan ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det schablonbelopp med vilket assistansersättning ska lämnas till den försäkrade enligt vad som följer av första stycket. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:935.



## 3 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

### 3.1 Omfattning

Utgiftsområdet omfattar områdena Hälsa- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik, Funktionshinderspolitik, Politik för sociala tjänster – omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg, personer med funktionsnedsättning samt Barnrättspolitik.

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<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Hälsa- och sjukvårdspolitik   | 33 905         | 36 785                      | 34 555          | <b>36 055</b>   | 35 952           | 35 655           | 35 149           |
| Folkhälsopolitik  | 803            | 804                         | 770             | <b>796</b>      | 795              | 773              | 711              |
| Funktionshinderspolitik   | 233            | 246                         | 247             | <b>247</b>      | 248              | 249              | 250              |
| Politik för sociala tjänster  | 28 136         | 31 673                      | 26 669          | <b>30 766</b>   | 31 586           | 30 370           | 30 716           |
| Barnrättspolitik  | 45             | 58                          | 57              | <b>52</b>       | 47               | 48               | 48               |
| Forskningspolitik   | 545            | 539                         | 531             | <b>581</b>      | 646              | 697              | 728              |
| Äldreanslag   | 1 313          | 1 038                       | 1 025           | <b>0</b>        | 0                | 0                | 0                |
| <b>Totalt för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg</b> | <b>64 979</b>  | <b>71 143</b>               | <b>63 854</b>   | <b>68 496</b>   | <b>69 274</b>    | <b>67 791</b>    | <b>67 602</b>    |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

**Tabell 3.2 Härledning av ramnivån 2017–2020.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

|  | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>                      | <b>69 238</b> | <b>69 238</b> | <b>69 238</b> | <b>69 238</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>                     |               |               |               |               |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup>            | 45            | 108           | 176           | 249           |
| Beslut   | -1 510        | -3 175        | -6 530        | -7 937        |
| Övriga makro-<br>ekonomiska<br>förutsätt-<br>ningar  | 1 258         | 2 985         | 4 072         | 4 455         |
| Volym  | -407          | 238           | 954           | 1 716         |
| Överföring<br>till/från andra<br>utgifts-<br>områden | -120          | -120          | -120          | -120          |
| Övrigt   | -9            | 1             | 1             | 1             |
| <b>Ny ramnivå</b>                                    | <b>68 496</b> | <b>69 274</b> | <b>67 791</b> | <b>67 602</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

**Tabell 3.3 Ramnivå 2017 realekonomiskt fördelad.  
Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg**

Miljoner kronor

|                                  | 2017          |
|----------------------------------|---------------|
| Transfereringar <sup>1</sup>     | 64 032        |
| Verksamhetsutgifter <sup>2</sup> | 4 446         |
| Investeringar <sup>3</sup>       | 18            |
| <b>Summa ramnivå</b>             | <b>68 496</b> |

Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2015 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 budgetens utgiftssida. Vid sidan av dessa stöd finns det även stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en likformig beskattning, s.k. skatteutgifter. En skatteutgift uppstår om skatteuttaget för en viss grupp eller en viss kategori av skattebetalare är lägre än vad som är förenligt med normen inom ett visst skatteslag. Förutom skatteutgifter redovisas i förekom-

mande fall även skattesanktioner, där skatteuttaget är högre än den angivna normen inom skatteslaget.

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 jämföras med stöd på budgetens utgiftssida. En utförlig beskrivning av skatteutgifterna har redovisats i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2016 (skr. 2015/16:98). I det följande redovisas de nettoberäknade skatteutgifterna som är att hänföra till utgiftsområde 9.

**Tabell 3.4 Skatteutgifter**

Miljoner kronor

|   | Prognos<br>2016 | Prognos<br>2017 |
|---|-----------------|-----------------|
| Nedsatt förmånsvärde alkoholås                  | 10              | 10              |
| Läkemedel                                       | 2 060           | 2 120           |
| Förmån av privatfinansierad hälso- och sjukvård | -               | -               |
| <b>Totalt för utgiftsområde 9</b>               | <b>2 070</b>    | <b>2 130</b>    |

Ett "-" innebär att skatteutgiften inte kan beräknas.

#### Nedsatt förmånsvärde alkoholås

Enligt 11 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229) ska förmåner som fås på grund av tjänst tas upp till beskattning i inkomstslaget tjänst. Bilförmån är en sådan förmån som ska tas upp till beskattning. 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 lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus gäller kvalificerat undantag från mervärdesskatt enligt 3 kap. 23 § och 10 kap. 11 § mervärdesskattelagen (1994:200). Det innebär att försäljningen är undantagen från mervärdesskatt men att ingående mervärdesskatt är avdragsgill. (Icke receptbelagda läkemedel beskattas med normal skattesats.) 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 utomlands (11 kap. 18 § inkomstskattelagen). Arbetsgivaren har å andra sidan ingen avdragsrätt för kostnaden (16 kap. 22 § inkomstskattelagen). Skatteutgiften avser skatt på inkomst av tjänst och särskild löneskatt.

### 3.4 Mål för utgiftsområdet

I det följande redovisas de mål som gäller för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg och underliggande områden.

#### Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 4)

- Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

#### Folkhälsopolitik (avsnitt 5)

- Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.
- Ett samhälle fritt från narkotika och doping, 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).

#### Funktionshinderspolitik (avsnitt 6 och 7)

- 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.

#### Politik för sociala tjänster (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.
- Att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer.
- Att stärka skyddet för utsatta barn.

#### Barnrättspolitik (avsnitt 8)

- Barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

För beslut om målen ovan, där inget annat anges, se prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127 och prop. 2012/13:1 utg.omr. 9 avsnitt 6.3, bet. 2012/13:SoU1, rskr. 2012/13:115.

Mål för Forskningspolitik (avsnitt 9) redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, avsnitt 8.2 Mål för området.





## 4 Hälsa- och sjukvårdspolitik

### 4.1 Omfattning

Hälsa- och sjukvårdspolitiken omfattar statliga insatser till hälsa- och sjukvården. Avsnittet omfattar anslag för tandvårdsförmåner, läkemedelsförmåner, bidrag till folkhälsa och sjukvård, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till psykiatri samt bidrag för mänskliga

vävnader och celler. Vidare omfattas anslag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket, E-hälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Socialstyrelsen.

### 4.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 4.1** Utgiftsutveckling inom Hälsa- och sjukvårdspolitik

*Miljoner kronor*

|  | Utfall<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys                | 30             | 34                          | 34              | <b>35</b>       | 35               | 36               | 37               |
| 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering | 64             | 80                          | 80              | <b>82</b>       | 83               | 85               | 86               |
| 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket                 | 128            | 139                         | 138             | <b>141</b>      | 144              | 147              | 150              |
| 1:4 Tandvårdsförmåner                                      | 5 271          | 5 617                       | 5 522           | <b>5 748</b>    | 6 011            | 6 222            | 6 487            |
| 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna                        | 24 469         | 23 998                      | 22 071          | <b>24 050</b>   | 23 825           | 23 825           | 23 825           |
| 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård                     | 1 257          | 3 753                       | 3 655           | <b>2 729</b>    | 2 629            | 2 121            | 1 591            |
| 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden                | 457            | 503                         | 477             | <b>485</b>      | 493              | 500              | 507              |
| 1:8 Bidrag till psykiatri                                  | 819            | 1 081                       | 1 062           | <b>1 109</b>    | 1 118            | 1 123            | 844              |
| 1:9 Läkemedelsverket                                       | 122            | 131                         | 133             | <b>132</b>      | 135              | 138              | 141              |
| 1:10 E-hälsomyndigheten                                    | 78             | 119                         | 121             | <b>144</b>      | 146              | 118              | 120              |
| 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler              | 74             | 74                          | 74              | <b>74</b>       | 0                | 0                | 0                |
| 8:1 Socialstyrelsen  | 477            | 606                         | 564             | <b>628</b>      | 636              | 644              | 658              |
| 8:2 Inspektionen för vård och omsorg                       | 659            | 648                         | 624             | <b>698</b>      | 697              | 697              | 702              |
| <b>Summa Hälsa- och sjukvårdspolitik</b>                   | <b>33 905</b>  | <b>36 785</b>               | <b>34 555</b>   | <b>36 055</b>   | <b>35 952</b>    | <b>35 655</b>    | <b>35 149</b>    |
| <i>Åldreanslag</i>   |                |                             |                 |                 |                  |                  |                  |
| 2016 1:9 Bidrag för samordning och tillgänglighet          | 996            | 1 000                       | 1 000           | <b>0</b>        | 0                | 0                | 0                |
| <b>Summa Åldreanslag</b>                                   | <b>996</b>     | <b>1 000</b>                | <b>1 000</b>    | <b>0</b>        | <b>0</b>         | <b>0</b>         | <b>0</b>         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 4.3 Mål för området

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där också behovens storlek styr vårdens prioriteringar. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också kunna delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden för en patientcentrerad vård.

En effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård till befolkningen. En hälso- och sjukvård av god kvalitet innebär bl.a. att den ska baseras på bästa tillgängliga kunskap i alla delar av landet och ska vara jämlik.

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att hälso- och sjukvården även ska vara jämställd är en grundläggande målsättning för regeringen och en förlängning av det övergripande jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

En vård som är tillgänglig innebär bl.a. att den är lätt att komma i kontakt med och att den ges i rimlig tid.

### 4.4 Resultatredovisning

Resultatredovisningen belyser hur de statliga insatserna bidragit till uppfyllelsen av det nuvarande målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Strukturen på resultatredovisningen utgår dels från målen på området, dels från olika verksamheter såsom tandvård och läkemedelsområdet m.m. samt olika statliga insatser som genomförs på området. Under rubriken Analys och slutsatser behandlas resultaten i förhållande till målet, dvs. att hälso- och sjukvården ska vara

behovsanpassad, effektiv och av god kvalitet samt jämlik, jämställd och tillgänglig.

#### 4.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Måluppfyllelsen inom hälso- och sjukvårdspolitiken bedöms utifrån följande indikatorer:

- undvikbara slutenvårdstillfällen och sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall,
- dödlighet efter diagnos i några av de stora sjukdomsgrupperna,
- omdömen avseende centrala aspekter inom hälso- och sjukvården,
- väntetider inom hälso- och sjukvården, och
- besöksfrekvens inom tandvården.

Måttet undvikbara slutenvårdstillfällen innebär vårdtillfällen inom slutenvården som orsakats av utvalda sjukdomstillstånd och som bedöms hade kunnat undvikas. Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Vad gäller indikatorn omdömen avseende centrala aspekter inom hälso- och sjukvården avses t.ex. patientupplevd kvalitet i primärvården, upplevd tillgång till sjukvård och patientupplevd kvalitet inom psykiatrisk öppen- och slutenvård m.m.

Där det är möjligt redovisas resultaten uppdelat på kön, ålder och socioekonomi. Indikatorer och bedömningsgrunder som används för att följa upp måluppfyllelsen bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer.

#### 4.4.2 Resultat

Staten ansvarar för att främja och ge hälso- och sjukvården goda förutsättningar. Landstingen och även i viss utsträckning kommunerna har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering, organisation och genomförande.

Statens och landstingens delade ansvar för hälso- och sjukvården avspeglas i tabell 4.2 som redovisar utgiftsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

Diagram 4.3 visar kostnaderna för hälso- och sjukvård per invånare. Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2014 till 23 027 kronor per invånare.

I diagram 4.1 och diagram 4.2 redovisas fördelningen av landstingens intäkter respektive kostnader för hälso- och sjukvård. Av landstingens totala kostnader bestod cirka 90 procent av kostnader för hälso- och sjukvård.

Utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården följs noga upp genom Öppna jämförelser och rapporter av olika slag från t.ex. Socialstyrelsen och andra myndigheter inom området. Skillnader i utfall vad gäller hälsa och vård lyfts bl.a. fram genom uppföljning av insjuknande, dödlighet, vård och behandling. Uppföljningar visar bl.a. på skillnader mellan olika socio-

ekonomiska grupper. I resultatredovisningen används utbildningsnivå för att beskriva socioekonomiska skillnader. Det förekommer även skillnader i hälso- och sjukvården med avseende på kön, bl.a. har kvinnor en sämre självskattad hälsa än män samtidigt som dödligheten i hjärtsjukdom är högre bland män än kvinnor. Det finns dessutom regionala skillnader mellan landstingen på grund av olikheter i lokala förutsättningar och organisation. Även om svensk hälso- och sjukvård kännetecknas av en god kvalitet i stort kvarstår således vissa utmaningar vad gäller t.ex. jämlikhet men även samordning och tillgänglighet.

**Tabell 4.2 Hälso- och sjukvårdsutgifter, 2009–2014**

*Miljarder kronor, löpande priser (andel i procent av totala hälso- och sjukvårdsutgifter)<sup>1</sup>*

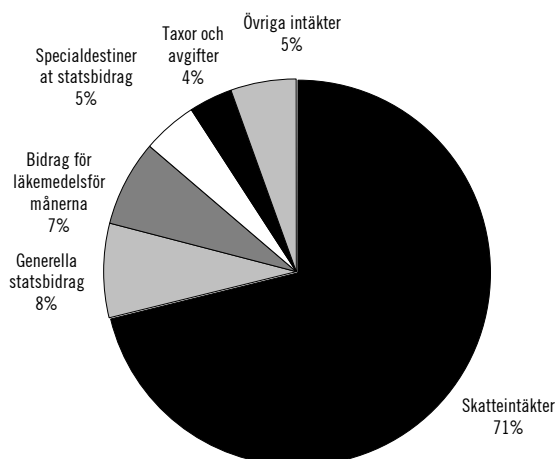
|  | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014 <sup>2</sup> |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|
| Offentlig sektor <sup>3</sup>              | 240,8 (82)   | 244,4 (82)   | 327,6 (85)   | 336,6 (84)   | 348,8 (84)   | 365,3 (83)        |
| Staten <sup>3</sup>                        | 6,4 (3)      | 5,6 (2)      | 5,9 (2)      | 6,3 (2)      | 6,8 (2)      | 7,0 (2)           |
| Kommuner <sup>3</sup>                      | 24,3 (10)    | 24,5 (10)    | 98,0 (30)    | 101,2 (30)   | 105,5 (30)   | 110,2 (25)        |
| Landsting <sup>3</sup>                     | 210,1 (87)   | 214,2 (88)   | 223,7 (68)   | 229,1 (68)   | 236,5 (68)   | 248,0 (57)        |
| Frivilliga sjukvårdsförsäkringar           | 1,5 (0,5)    | 1,6 (0,5)    | 1,9 (0,5)    | 2,0 (0,5)    | 2,4 (0,6)    | 2,4 (1)           |
| Hushållens ideella organisationer          | 0,3 (0,1)    | 0,3 (0,1)    | 0,3 (0,1)    | 0,3 (0,1)    | 0,3 (0,1)    | 0,3 (0)           |
| Företag                                    | 1,5 (0,5)    | 1,6 (0,5)    | 1,7 (0,4)    | 1,7 (0,4)    | 1,8 (0,4)    | 1,9 (0)           |
| Hushållens utgifter ur egen ficka          | 49,7 (17)    | 50,6 (17)    | 54,4 (14)    | 57,7 (14)    | 61,4 (15)    | 68,1 (16)         |
| <b>Totala hälso- och sjukvårdsutgifter</b> | <b>293,9</b> | <b>298,5</b> | <b>385,9</b> | <b>398,4</b> | <b>414,7</b> | <b>438,0</b>      |
| Andel av bruttonationalprodukt (BNP)       | 8,9          | 8,5          | 10,6         | 10,8         | 11,0         | 11,2              |

<sup>1</sup>: Hälso- och sjukvårdsutgifter redovisas sedan 2015 uppgifter på ett delvis nytt sätt. Uppdateringarna innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdsbegreppet utökats, vilket framför allt påverkar hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Detta medför att hälso- och sjukvårdens andel av BNP nu är högre än enligt tidigare publicerade data. Uppgifterna finns ej uppdelade på kön.

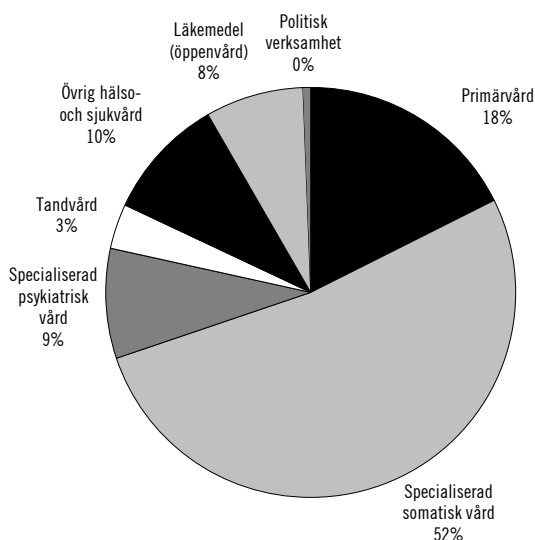
<sup>2</sup>: Uppgifterna för 2014 är baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna.

<sup>3</sup>: Offentlig sektor är en delsumma baserad på uppgifterna för stat, landsting och kommuner. Andelen för stat, landsting och kommuner baseras följaktligen på delsumman för offentlig sektor som nämnare.

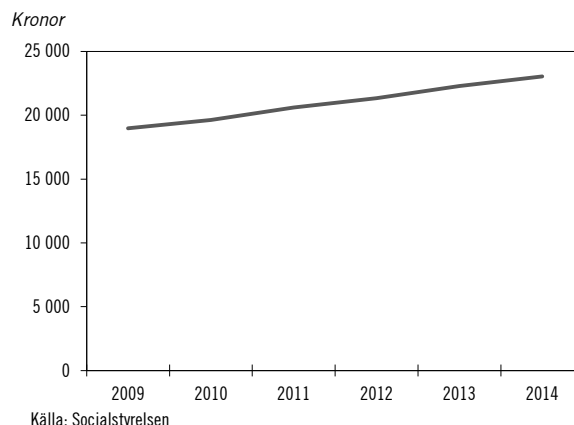
Källa: Statistiska centralbyrån (Hälso- och sjukvårdsutgifter).

**Diagram 4.1 Landstingens intäkter 2015, procentuellt fördelade på intäktslag**

Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

**Diagram 4.2 Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård 2015, procentuellt fördelade på verksamhetsområde**

Anm. Kostnader för regionalutveckling, trafik och infrastruktur har exkluderats.  
Källor: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

**Diagram 4.3 Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2009–2014**

### Behovsanpassad vård bidrar till bättre resultat inom hälso- och sjukvården

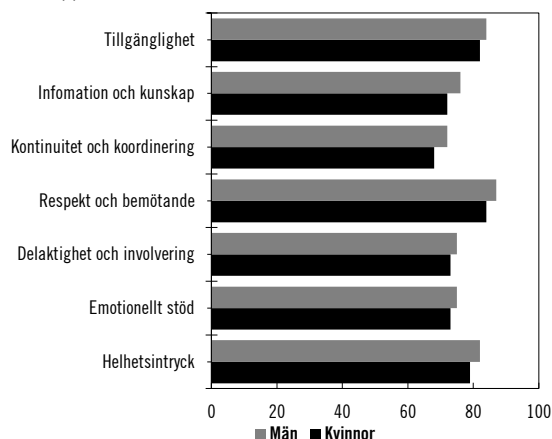
En central del av det hälso- och sjukvårdspolitiska målet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvård. En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, och att behovens storlek ska styra vårdens prioriteringar. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska även kunna delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden i en patientcentrerad vård.

#### *Patienter är överlag nöjda med kvalitet och bemötande i hälso- och sjukvården*

Patienter är överlag nöjda med kvaliteten i den svenska hälso- och sjukvården. Det visar resultaten i den nationella patientenkäten som genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Nedan i diagram 4.4 visas att patienterna i huvudsak är nöjda med kvaliteten i primärvården. Män är genomgående mer nöjda än kvinnor. Resultaten från den nationella patientenkäten visar också att patienterna är nöjda med bemötandet de får i hälso- och sjukvården.

**Diagram 4.4 Patientupplevd kvalitet i primärvård, 2015**

Patientupplevd kvalitet (PUK-värde)



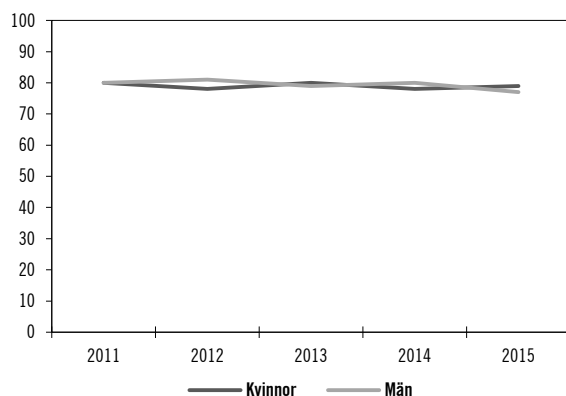
Anm: Resultaten presenteras i form av ett viktat värde, patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Ett PUK-värde ligger mellan 0 och 100 och ett högre värde innebär högre patientupplevd kvalitet. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort såsom "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje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

### *Patienternas upplevelser påverkas av socioekonomiska faktorer*

Andelen patienter som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den vård de behöver har i princip varit oförändrad sedan 2010, se diagram nedan.

**Diagram 4.5 Andel i befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2011–2015**

Procent



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

Könskillnaderna är små, ca åtta av tio kvinnor och män anger att de har tillgång till den vård de behöver. Däremot finns det skillnader som beror på hälsotillstånd och socioekonomiska faktorer. Endast 63 procent av dem som upplever att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd uppger att de har tillgång till den sjukvård de behöver, jämfört med 80 procent av dem som upplever att de har bra hälsa. Ensamstående föräldrar med barn,

personer födda utanför Norden och personer i åldrarna 50–59 år uppger att de i lägre grad har tillgång till den vård de behöver.

### *Patienterna har överlag förtroende för vården*

Sex av tio anger att de har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården. Förtroendet varierar dock över landet, från 50 procent i Västernorrland till 76 procent i Kalmar län. Förtroendet för vårdcentraler och sjukhus har varit relativt oförändrat sedan 2012. På nationell nivå har 63 procent förtroende för vårdcentralerna jämfört med 72 procent för sjukhusen i det egna landstinget. Även förtroendet för vården påverkas av hälsotillstånd och socioekonomiska faktorer. Ensamstående föräldrar, personer födda utanför Norden, personer i åldrarna 50–59 och personer som upplever att de har ett sämre hälsotillstånd uppger att de har lägre förtroende för vården.

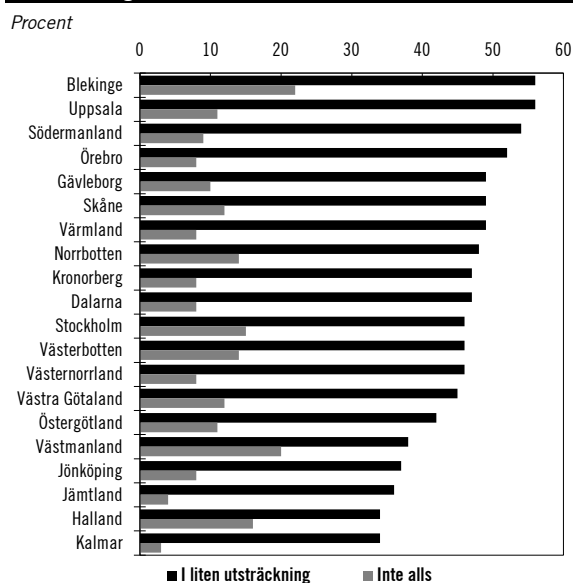
### *Samordning och kontinuitet i vården behöver utvecklas*

Samordning av vårdinsatser och kontinuitet i kontakterna med vårdpersonalen är viktiga aspekter för en patientcentrerad vård. Samordning är inte minst viktig för patienter med kroniska sjukdomar och personer med funktionsnedsättningar som ofta har många och långvariga kontakter med hälso- och sjukvården. I rapporten Samordnad vård och omsorg lyfter Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fram att bristande samordning ofta leder till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt i vissa fall till en kvalitativt sämre vård eller omsorg. Bristerna kan, enligt myndigheten, även medföra ökade kostnader till följd av att behandlingar eller undersökningar behöver upprepas i onödan. I rapporten visas att cirka en miljon patienter och brukare har komplexa samordningsbehov samtidigt som de har små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Den internationella uppföljningen International Health Policy Survey visar att svenska patienter är mer missnöjda med samordning och kontinuitet än patienter i andra länder. Mest missnöjda är patienter i åldersgrupperna 45–64 år och 65–74 år. Inom ramen för den internationella studien har läkares inställning till primärvården följts upp under 2015. Resultaten visar att inte alla läkare i Sverige anser sig ha den tid, det mandat eller de kommunikationskanaler som krävs för att samordna vården. I diagram 4.6

visas andelen läkare som i liten utsträckning eller inte alls anser sig ha tid att samordna vården.

**Diagram 4.6 Andel läkare som i liten utsträckning eller inte alls anser sig ha tid att samordna vården**



Anm: Uppgifterna finns inte uppdelat på kön.  
Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

### *Regeringen bidrar till förbättrade förutsättningar för en mer samordnad vård*

Regeringen har ingått flera överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i syfte att stärka samordningen och kontinuiteten i vården. En överenskommelse om kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården syftar till att främja förutsättningarna för en mer sammanhållen cancervård genom så kallade standardiserade vårdförlopp. De standardiserade vårdförloppen ska bidra till att minska väntetiderna i vården från det att en misstanke om cancer uppstår till det att vård och behandling för cancersjukdomen sätts in (se mer under avsnitt Standardiserade vårdförlopp för kortare väntetider). Vidare ingick regeringen under 2015 en överenskommelse med SKL om tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård. Överenskommelsens syfte var att stimulera landstingen att själva identifiera och genomföra insatser för att utveckla tillgängligheten.

Insatser för att stärka en patientcentrerad vård sker också inom ramen för regeringens arbete med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, både i uppdrag till Socialstyrelsen och till Livsmedelverket samt i en överenskommelse med SKL. Det handlar bl.a. om att stödja utvecklingen av patientanpassade vårdtjänster i primärvården och att sprida verk-

tyg för ett gott bemötande i hälso- och sjukvården.

### *Patientlagen stärker patientens ställning*

Patientlagen, som trädde i kraft den 1 januari 2015, syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen är det reglerat att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Socialstyrelsen tog i december 2015 fram ett kunskapsstöd inför situationer där personal behöver göra en bedömning av ett barns mognad i samband med barnets delaktighet i vård och omsorg. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning från 2016 visar dock att patientlagen än så länge inte föranlett några större förändringar i landstingens strategier och arbetssätt. Det saknas bl.a. nationella administrativa lösningar i form av en plattform för utbudsinformation m.m. och landstingens strukturella förutsättningar som utmaningar kring hur kompetensförsörjning påverkar möjligheterna att uppfylla lagen. Även kännedomen om landstingens skyldigheter och om patientlagen är låg bland befolkningen som helhet, men också bland de personer som har kontakt med vården. Av rapporten framgår det bl.a. att individer som har en sjukdom och personer som är äldre är mer motiverade än andra att ta del av den nya lagens möjligheter. Även kvinnor är mer motiverade att ta del av lagens möjligheter än män. Regeringen har avsatt totalt 24 miljoner kronor 2014–2016 för insatser som är direkt kopplade till patientlagens införande. Landstingen genomförde under 2015 olika utbildnings- och informationsinsatser kring patientlagen – främst mot vårdpersonalen. Arbeta har även gjorts, både lokalt och mellan landsting, för att stärka möjligheterna för patienterna att söka öppenvård i hela landet.

### *Betänkanden föreslår strukturförändringar i hälso- och sjukvården*

I januari 2016 lämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen där flera förslag om hur vården kan bedrivas mer effektivt lämnas, inte minst hur rätt personal kan användas på rätt sätt. Ytterligare ett slutbetänkande som lämnats till regeringen är Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98). I betänkandet lämnas förslag på hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en mer jäm-

lik och säker vård av god kvalitet oberoende av bostadsort. Båda ovan nämnda betänkanden är viktiga underlag för att vården bl.a. ska bli mer samordnad och bättre kunna tillgodose patientens behov. Dessa betänkanden bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att alla ska erbjudas vård, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning eller ekonomi. Regeringen arbetar löpande för att minska ojämlikheter mellan könen på områden där sådana har visat sig finnas. Insatser för att minska sådana skillnader kan riktas antingen mot kvinnor eller män, beroende på problematik.

Genom Öppna jämförelser får huvudmän, professioner och patienter insyn i och möjlighet att jämföra kvaliteten inom hälso- och sjukvården och identifiera områden där skillnader finns. Regeringen stöder arbetet med Öppna jämförelser på olika sätt. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla, publicera och sprida Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvårdsområdet, bl.a. med fokus på jämlikhet i vården. Olika rapporter från bl.a. Socialstyrelsen visar att det fortfarande finns oskäligen skillnader inom hälso- och sjukvården. Exempelvis är de regionala skillnaderna fortfarande stora när det gäller diagnostik och tillgång till rekommenderade behandlingar. Även patientens utbildningsnivå påverkar sannolikheten att överleva olika diagnoser. Dessutom visar Socialstyrelsen att tillgängligheten till vård och insatser inom vården måste utvecklas för att bättre möta behoven hos personer med funktionsnedsättningar.

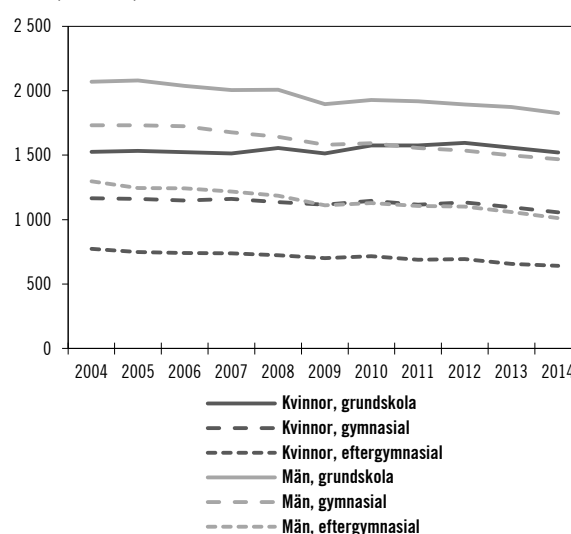
#### Skillnader mellan kvinnor och män

I Öppna jämförelser för 2015 konstateras att resultaten generellt har förbättrats för flertalet indikatorer. Dock kvarstår skillnader mellan olika landsting. Det finns fortfarande skillnader mellan kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. När det gäller personer med kroniska sjukdomar som är i störst behov av vård upplever kvinnor att de har lägre tillgång till den vård de behöver och har lägre förtroende för vården än män. Män med kronisk sjukdom får också i

högre utsträckning undvikbar slutenvård än kvinnor. Se diagram 4.7 nedan. Måttet undvikbar slutenvård bygger på antagandet att ett väl fungerande omhändertagande inom den öppna vården för ett antal utvalda sjukdomstillstånd kan förhindra att patienterna behöver vårdas på sjukhus. Män vårdas i högre utsträckning än kvinnor inom slutenvården för dessa diagnoser. En orsak kan vara att det är vanligare att män drabbas av sjukdomar som omfattas av måttet. Undvikbar slutenvård är även vanligare bland kvinnor och män med lägre utbildning.

**Diagram 4.7 Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, efter utbildningsnivå, 2004–2014**

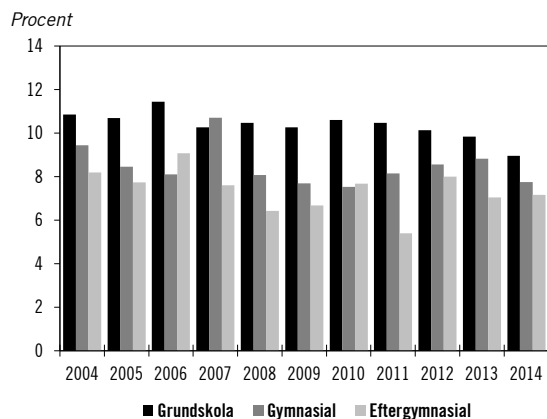
Antal personer per 100 000 invånare



Anm: Åldersgrupperna 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret och Utbildningsregistret).

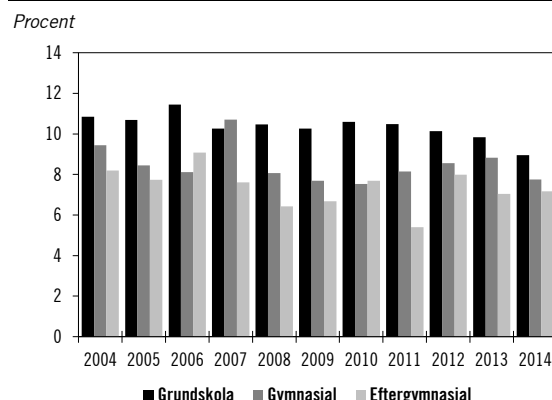
Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i Sverige. Risken för sjukdomen kan påverkas via riskfaktorer såsom rökning. En minskad dödlighet och minskade skillnader mellan landstingen, har skett över en längre tid. Skillnaderna mellan kvinnor och män har också minskat men män har fortfarande en betydligt högre dödlighet än kvinnor i kärllkramp och hjärtinfarkt. Diagram 4.8–4.11 visar dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt respektive förstagångsstroke. Dessa mått är avsedda att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården. Dödligheten efter hjärtinfarkt och stroke har minskat för kvinnor och män de senaste 10–20 åren. Skillnaderna mellan könen är små.

**Diagram 4.8 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå kvinnor, 2004–2014**



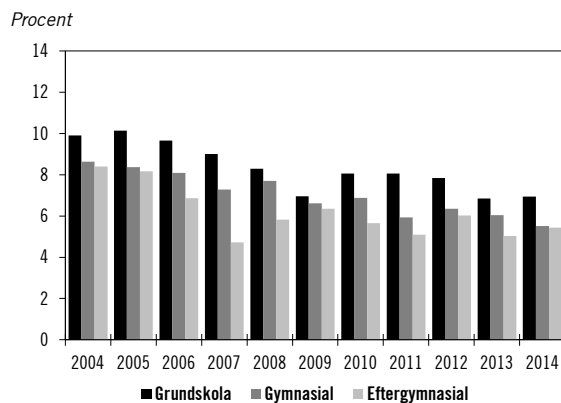
Anm: Åldersgrupperna 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

**Diagram 4.11 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, efter utbildningsnivå kvinnor, 2004–2014**



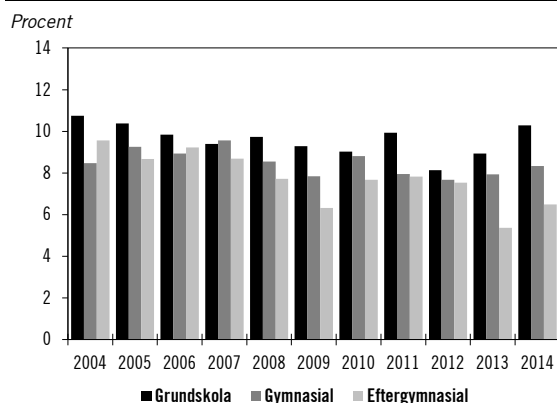
Anm: Åldersgrupperna 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

**Diagram 4.9 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, efter utbildningsnivå män, 2004–2014**



Anm: Åldersgrupperna 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

**Diagram 4.10 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, efter utbildningsnivå män, 2004–2014**



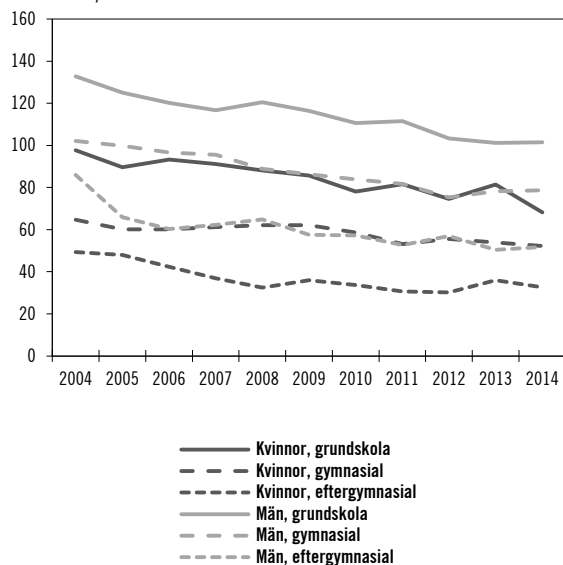
Anm: Åldersgrupperna 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.  
Källa: Socialstyrelsen (Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

Minskningen av den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har planat ut, se diagram 4.12. Måttet består av dödlighet i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka genom tidig upptäckt och medicinska insatser. I måttet ingår dödsfall orsakade av t.ex. stroke, diabetes och cancer i livmoderhals. I riket avlider 39 personer per 100 000 invånare i de diagnoser som ingår i indikatorn. Det är även fortsatt stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, där dödligheten bland män är högre i de diagnoser som ingår i måttet. Utbildningsnivån har ett samband med utfallet. Kvinnor och män med lägre utbildning har högre dödlighet i vissa sjukdomar än kvinnor och män med gymnasial och eftergymnasial utbildning.



**Diagram 4.12 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, efter utbildningsnivå, 2004–2014**

Antal döda per 100 000 invånare



Anm: åldersgrupperna 35–79 år.

Källa: Socialstyrelsen (Dödsorsaksregistret och Utbildningsregistret).

### Regionala skillnader finns och utbildningsnivån har ett samband med utfallet av vården

Socialstyrelsen visar i sin rapport om Öppna jämförelser för kvinnors hälso- och sjukvård 2015 att det inom den vård som särskilt riktas till kvinnor, bl.a. graviditets- och förlossningsvård, finns tydliga skillnader både kopplat till regionala variationer och till kvinnans utbildningsnivå. I de allra flesta fall uppvisar hälso- och sjukvården ett sämre resultat för kvinnor med kort utbildning jämfört med kvinnor med längre utbildning. I några fall finns skillnader även när vården jämförs i relation till kvinnors etniska bakgrund. Inom området gynekologisk vård visar resultaten att det fortfarande finns skillnader mellan olika landsting. Exempelvis är skillnaderna mellan olika landsting påtagliga när det gäller användandet av eftersträvansvärd s.k. minimalinvasiv teknik i samband med operationer av äggstockar och äggledare samt borttagande av livmoder. Tekniken medför bl.a. kortare vårdtider och snabbare återhämtning för patienten. När det gäller cancersjukvården visar resultaten att den relativa femårsöverlevnaden vid såväl äggstockscancer som bröstcancer fortsätter att öka. Kvinnor med högre utbildning har en högre femårsöverlevnad jämfört med kvinnor med lägre utbildning.

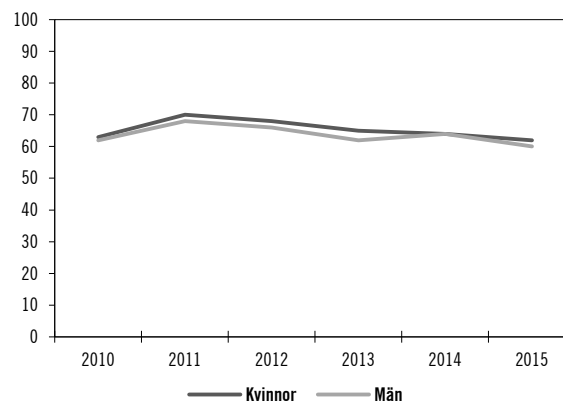
### Tillgängligheten till vården varierar

En god tillgänglighet till hälso- och sjukvården är en förutsättning för patienternas tillfredsställelse. Tillgängligheten varierar dock både inom olika sjukdomsområden och mellan olika landsting.

Många landsting och verksamheter inom primärvården och den specialiserade vården lever upp till den nationella vårdgarantin, men det finns fortsatt variationer mellan landstingen. Vårdgarantin anger hur länge en patient som längst ska behöva vänta för att komma i kontakt med vården och få den vård som behövs. Det ska bl.a. inte dröja mer än sju dagar att få träffa en läkare i primärvården eller 90 dagar för att få besöka den specialiserade vården. Inom primärvården besvarades 88 procent av telefonsamtalen samma dag och cirka 84 procent av såväl de kvinnliga som manliga patienterna fick komma på ett läkarbesök inom 7 dagar.

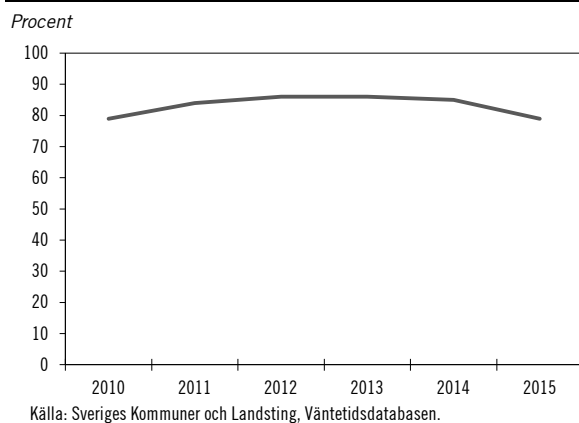
**Diagram 4.13 Andel som instämmer helt eller delvis i att väntetider till besök på vårdcentral är rimliga, 2010–2015**

Procent



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (Vårdbarometern).

Andelen patienter som fick komma på ett första-besök i specialiserad vård inom 90 dagar var cirka 83 procent för både kvinnor och män. Cirka 79 procent av patienterna fick behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar (78 procent av männen och 81 procent av kvinnorna) (se diagram 4.14). Dessa tidsperioder omfattas av vårdgarantin.

**Diagram 4.14 Andel patienter som får behandling eller åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar**

Den genomsnittliga totala vistelsetiden vid samtliga akutmottagningar 2015 var 2 timmar och 59 minuter. Medianväntetiden för män är genomgående kortare än för kvinnor. Sedan den första mätningen 2010 har vistelsetiden ökat med 31 minuter. Mätningarna visar på stora skillnader i väntetider mellan olika sjukhus. Andelen som instämmer helt eller delvis i att väntetider till besök på vårdcentral är rimlig har sjunkit något de senaste åren. I diagram 4.13 visas utvecklingen över tid fördelat på kön. Skillnaderna mellan könen är små.

År 2015 träffade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om förbättrad tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård. Överenskommelsen syftade till att stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälso- och sjukvård. I enlighet med överenskommelsen tog samtliga landsting fram handlingsplaner där de identifierade insatser som de genomförde under året för att utveckla tillgängligheten utifrån patienternas behov av vård. Förändringar har genomförts eller kommer att genomföras som avser hälso- och sjukvårdens organisation, t.ex. förändringar i vårdutbud, förbättrad samverkan och kompetensväxling. Andra förändringar avser införande av produktions- och kapacitetsplanering samt ökad användning av förbättringsarbete.

De senaste årens uppföljningar av cancervårdens tillgänglighet har visat att väntetiderna är långa och att de regionala skillnaderna är stora. Ett arbete med att införa standardiserade vårdförlopp i syfte att korta väntetiderna har därför påbörjats inom cancervården (se mer under avsnitt Standardiserade vårdförlopp för kortare väntetider).

#### *Uppföljningen av tillgängligheten vidareutvecklas*

De senaste åren har uppföljningen av tillgängligheten förbättrats men det finns fortsatt behov av vidareutveckling. Socialstyrelsen fick i januari 2016 i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. I uppdraget ingår att göra årliga mätningar av väntetider inom hälso- och sjukvården och att analysera orsaker och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet. SKL har dessutom fått medel för att samordna uppföljningen och utvecklingen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Insatserna ska särskilt fokusera på att utveckla uppföljningen av tillgängligheten inom cancervården och primärvården. Uppföljningen ger underlag till landstingen för verksamhetsutveckling och jämförelser och möjliggör på så sätt utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

#### *Hälso- och sjukvård samt tandvård till asylsökande, nyanlända och personer som vistas i landet utan tillstånd*

Asylsökande personer och personer som vistas i landet utan tillstånd har tillgång till hälso- och sjukvård inklusive tandvård i Sverige. Barn under 18 år har rätt till fullständig vård och vuxna har rätt till vård som inte kan anstå. Socialstyrelsen har gjort en analys av hälso- och sjukvårdens möjligheter och utmaningar när det gäller att tillhandahålla vård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Analysen visar på att vården har ställts inför flera utmaningar, t.ex. att erbjuda alla asylsökande en hälsoundersökning, vaccinera asylsökande barn och att möta akuta vårdbehov särskilt inom tandvården, mödravården och barn- och ungdomspsykiatri. Landstingen har klarat att bemöta situationen genom olika åtgärder, men de regionala skillnaderna är stora. Bristen på tolkar är en viktig orsak till att landstingen har svårt att t.ex. genomföra hälsoundersökningar.

Statskontoret har följt upp landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Enligt myndigheten erbjuds den aktuella målgruppen hälso- och sjukvård inklusive tandvård i enlighet med lagstiftningen.

## Kunskapsbaserad vård

Hälso- och sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. För att underlätta för landstingen att tillhandahålla kunskapsbaserad vård utvecklar de statliga myndigheterna nationella kunskapsstöd för olika diagnoser eller behandlingar.

Regeringen bidrar till utvecklingen av kunskapsstöd på olika nivåer och till olika verksamheter i hälso- och sjukvården. Detta har bl.a. resulterat i arbetet med programråd för olika kroniska sjukdomar och nationella vårdprogram inom ramen för det nationella cancerarbetet.

Följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer utvärderas löpande. Under 2015 utvärderade Socialstyrelsen följsamheten till de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvården och för diabetesvården. Utvärderingen visar att det inom svensk diabetesvård skett en stadig förbättring samtidigt som bl.a. insatserna för att stimulera patienterna till ökad fysisk aktivitet och rökstopp är otillräckliga. Utvärderingen av hjärtsjukvården visar att det akuta omhändertagandet ständigt förbättras. Samtidigt noterar Socialstyrelsen oskäliga skillnader i fråga om i vilken utsträckning kvinnor och män får behandling, exempelvis förekommer betydande variationer avseende behandling med pacemaker vid hjärtsvikt och implanterbar defibrillator vid hjärtrytmsrubbningar. Behandlingarna är tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor, och i enskilda landsting är könsskillnaderna ännu större. Utvärderingen visar också att det finns utvecklingspotential när det gäller förebyggande åtgärder.

Regeringen har uppmärksammat brister i följsamheten till nationella kunskapsstöd i stort, vilket i längden kan påverka hälso- och sjukvårdens möjligheter att ge en vård som är kunskapsbaserad och likvärdig över hela landet. Av den anledningen har regeringen tillkallat en särskild utredare med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås (dir. 2015:127).

### *Rådet för styrning med kunskap*

Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst inrättades den 1 juli 2015 och ska bl.a. bidra till att styrningen med kunskap är samordnad, effektiv och anpassad till olika professioners och huvudmäns

behov. Styrningen med kunskap ska också bidra till en ökad jämställdhet. I rådet ingår myndighetscheferna för Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Rådet har bl.a. inlett ett arbete för att kartlägga myndigheternas styrning med kunskap och ta fram förslag till förbättringar, påbörjat samarbeten inom området e-hälsa samt genomfört en förstudie om psykisk ohälsa hos äldre kvinnor och män.

En huvudmannagrupp har bildats med företrädare för kommuner och landsting i syfte att informera rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras.

Statskontoret har i uppdrag att utvärdera om syftet med förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst uppnås. Statskontorets sammanfattande bedömning i en redovisad delrapport är att myndigheterna står inför utmaningar som kräver strategiska ställningstaganden.

### *Regeringen har initierat utredning med förslag avseende biobanker*

Regeringen vill underlätta utvecklingen och förbättra förutsättningarna för användning av prover och uppgifter i svenska biobanker, för patientens, hälso- och sjukvårdens och forskningens behov. Regeringen har därför gett en särskild utredare i uppdrag att göra en översyn av den lagstiftning som reglerar hanteringen av humanbiologiskt material, s.k. vävnadsprover, och information om proverna i biobanker (dir. 2016:41). Samtidigt ska utredaren säkerställa att hanteringen av vävnadsprover vid biobanker och information om dessa prover fortsatt sker med respekt för den enskildes personliga integritet och självbestämmande. En delredovisning ska lämnas senast den 1 maj 2017 och slutredovisning senast den 31 december 2017.

### Kvalitetsregister och Öppna jämförelser ger underlag för analys och förbättringsarbete på olika nivåer

Uppföljning av hälso- och sjukvården är avgörande för att nå målet om en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet som är jämlik, jämställd och tillgänglig. Genom bl.a. Öppna jämförelser sätter ledningar och personal fokus på kvalitet och resultat. Arbetet med Öppna jämförelser skapar förutsättningar för att analysera huruvida vården är jämlik och jämställd samt förutsättningar för förbättringsarbete och prioriteringar. Viktiga delar i uppföljningen av hälso- och sjukvården hämtas från nationella kvalitetsregister. Information från de nationella kvalitetsregistren används även som underlag i Öppna jämförelser.

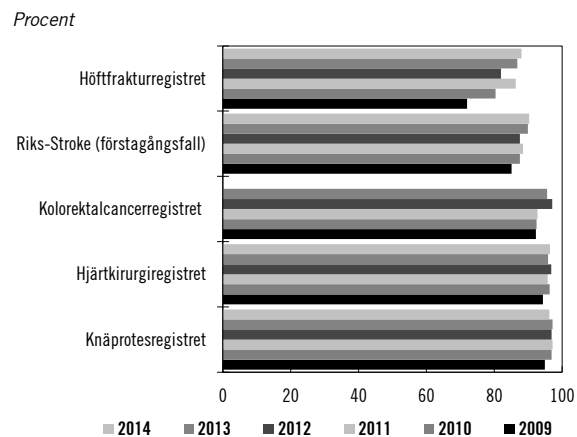
#### Överenskommelse om nationella kvalitetsregister

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om utveckling och finansiering av nationella kvalitetsregister 2012–2016. För 2016 omfattar överenskommelsen 220 miljoner kronor i statliga medel och 100 miljoner kronor från landstingen.

Insatserna inriktas på att förbättra datakvalitet, analyser och återkoppling. Dessutom genomförs insatser för ökad patientmedverkan, samordning av it-system och minskad dubbelregistrering. Inom ramen för överenskommelsen beviljades under 2016 medel till 96 register och 12 registerkandidater.

Effekt målen i överenskommelsen följs upp löpande. Den särskilda satsningen på kvalitetsregister har lett till flera förbättringar. I diagram 4.15 redovisas goda exempel på utvecklingen av kvalitetsregistrens täckningsgrad som har betydelse för registrens användbarhet. Den högre täckningsgraden har lett till att kvaliteten i registren har förbättrats och att forskning baserat på registerdata har ökat. Satsningen har även lett till ökad öppenhet och tillgång till data för patienterna.

Diagram 4.15 Täckningsgrad i ett antal nationella kvalitetsregister



Anm: Täckningsgrad i nationella kvalitetsregister i förhållande till totala antalet registreringar i Socialstyrelsens hälsodataregister. Uppgifterna finns ej tillgängliga uppdelade på kön.

Källa: Socialstyrelsen (Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren – jämförelser av täckningsgrader2015).

#### Ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården har utvecklats

Den nationella uppföljningen av primärvårdens resultat är mindre utvecklad än uppföljningen av den specialiserade vården. Detta beror framför allt på att det finns begränsad tillgång till data för vård som utförs inom primärvården, vilket i sin tur försvårar uppföljningen. Under 2016 introducerades ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, "Primärvårds kvalitet". Systemet ger en bild av primärvårdens verksamhet och kompletterar de etablerade kvalitetsregistren.

#### Stöd till Öppna jämförelser

Regeringen stöder Socialstyrelsens arbete med Öppna jämförelser. Vidare pågår utvecklingsarbete med fokus på att tillgängliggöra och främja användningen av Öppna jämförelser bland patienterna, professionerna och verksamheterna. Ett webbaserat system för att beskriva och definiera indikatorer har utvecklats, bl.a. i syfte att öka nyttan av uppgifterna genom att göra dem mer aktuella. I utvecklingsarbetet ingår också att SKL stöder landstingen och sjukvårdens verksamheter så att uppgifterna kan om-sättas i lokalt förbättringsarbete.

## Tillsynen bidrar till att utveckla hälso- och sjukvården och socialtjänsten

*Tillsynen ska bidra till god och säker vård och omsorg*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) svarar för tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten, verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), klagomålshandling mot hälso- och sjukvården och dess personal samt viss tillståndsprovning. Tillsynen ska bidra till att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och förordningar.

*IVO har effektiviserat sitt arbetssätt*

IVO har en omfattande ärendehantering som bl.a. innefattar anmälningar enligt Lex Maria, Lex Sarah och klagomål som riktas mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten, LSS och omsorgen. Under 2015 har IVO fortsatt arbetet med att effektivisera sin ärendehantering. Detta har lett till kortare handläggningstider, sjunkande ärendebalanser och minskade styckkostnader för nästan samtliga ärendeslag. Trots det står ärendehanteringens fortfarande för en övervägande majoritet av IVO:s totala kostnader, bara klagomålshandlingarna uppgick totalt till cirka 300 miljoner kronor under 2015, dvs. närmare hälften av IVO:s förvaltningsanslag. Detta påverkar i sin tur IVO:s möjligheter att bedriva riskbaserad tillsyn inom angelägna områden.

Migrationsströmmarna har haft inverkan på IVO:s verksamhet under 2015, särskilt när det gäller tillståndsprovning för hem för vård eller boende (HVB), där antalet ansökningar har ökat med flera hundra procent bara under hösten 2015. Inom detta område har ärendebalanserna därför inte minskat på motsvarande sätt som inom övriga områden. IVO:s insatser inom detta område har lett till undanträngningseffekter för myndighetens övriga verksamhetsområden, såsom tillsynen av socialtjänsten och tillsynen av hälso- och sjukvården.

*IVO arbetar med att utveckla sin riskbaserade tillsyn*

Enligt IVO:s instruktion ska myndigheten bedriva riskbaserad tillsyn på ett effektivt och enhetligt sätt inom landet. Under 2015 har IVO avsatt cirka 15 procent av myndighetens totala

resurser för sådan tillsyn. IVO har inte genomfört några nationella tillsynsinsatser under 2015.

På regional nivå har särskilda tillsynsinsatser genomförts inom missbruksvården, förlossningsvården och samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och elevhälsan, socialtjänstens uppföljning av familjehemsplaceringar och arbetet med orosanmälningar för barn och unga. Sammantaget visar IVO:s tillsynsrapport att det finns stora utmaningar inom hälso- och sjukvården främst när det gäller bemanning, kompetensförsörjningsfrågor och samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Detta medför patientsäkerhetsrisker i form av felbedömningar när det gäller diagnos och behandling samt bristande samordning och kontinuitet.

Dialog och kunskapsåterföring av tillsynens resultat är en central del av tillsynsarbetet. IVO arbetar med att förbättra och utveckla denna del av verksamheten och därigenom nå en bredare grupp av vård- och omsorgsgivare än de som uppvisar brister i verksamheten. Detta arbete har mottagits väl i kommuner och landsting.

IVO har också inlett ett långsiktigt arbete med att utveckla tillsynen för att i högre grad kunna belysa skillnader som beror på kön och för att främja ett jämställt bemötande i tillsynen. Därutöver arbetar IVO med att utveckla ett tydligare barnrättsperspektiv på tillsynsinsatserna.

*En mer ändamålsenlig klagomålshandling*

Klagomålsutredningen (S 2014:15) har lämnat sitt slutbetänkande Fråga patienten! Perspektiv på klagomål och tillsyn (SOU 2015:102) till regeringen. I slutbetänkandet lämnas förslag på hur klagomålshandlingarna kan bli mer ändamålsenliga. I utredningen föreslås också insatser för en mer patientcentrerad tillsyn och hälso- och sjukvård. Slutbetänkandet har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

*Vårdskadorna minskar*

Patientsäkerhet är ett fortsatt viktigt område för regeringen. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tilldelats medel för att, tillsammans med vårderna, genomföra mätningar av exempelvis antalet skador i vården.

Det totala antalet vårdskador minskade under perioden 2013–2015. Det visar SKL:s rapport från 2016 Skador i vården – utveckling 2013–2015. Andelen vårdtillfällen med vårdskador var

högre för män än för kvinnor, något som inte setts i tidigare studier.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt utvecklingen på patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen har bedömt att landstingen arbetar aktivt med sitt patientsäkerhetsarbete. Samtidigt är de regionala skillnaderna i utfall fortsatt stora. Myndigheten har även fått i uppdrag att följa utvecklingen för 2016.

Regeringen har också gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med andra berörda aktörer utveckla ett samlat stöd för hälso- och sjukvården på patientsäkerhetsområdet med fokus på att minska vårdskadorna. Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2016.

I syfte att minska de undvikbara skadorna är det viktigt att hälso- och sjukvården fortsätter att verka i enlighet med den nollvision för antalet vårdskador som formulerades i anslutning till den särskilda satsningen på patientsäkerhet 2011–2014.

### Tillgång till personal

Medarbetare med rätt kompetens är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs och en förutsättning för en god och säker hälso- och sjukvård. För att stödja landstingens och kommunernas personalplanering har Socialstyrelsen i uppdrag att årligen ta fram ett nationellt planeringsstöd.

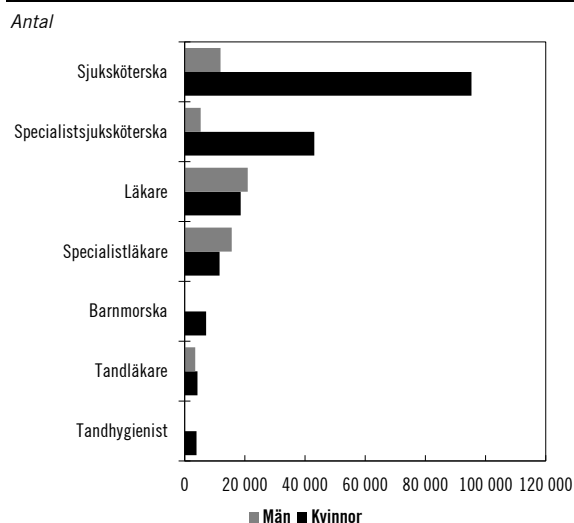
Av det nationella planeringsstödet 2016 framgår att tillgången på barnmorskor, sjuksköterskor och läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården har ökat över tid. Tillgången på tandläkare och specialiserade tandläkare har i stort sett varit oförändrad sedan början av 2000-talet, medan antalet tandhygienister har ökat. Där- emot minskar tillgången på specialistsjuksköterskor, framför allt inom internmedicin, kirurgi och psykiatrisk vård. Sammantaget hävdar sig ändå Sverige väl i tillgången till både läkare och sjuksköterskor. Sverige har den tredje högsta läkar- och sjukskötersketätheten per 100 000 invånare i EU. Socialstyrelsen konstaterar likväl att efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal ökar och överstiger tillgången på samtliga personalgrupper som omfattas av planeringsstödet, det är dock svårt att bedöma om och när detta kan få konsekvenser i vården.

Regeringen har under 2015 tagit initiativ till en nationell samling för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning med dialogmöten med de

mest centrala aktörerna inom hälso- och sjukvården. Regeringen har också avsatt medel för utbyggnad av utbildningarna till sjuksköterska, specialistsjuksköterska och barnmorska. Även antalet platser på yrkesinriktade kurser inom gymnasial vuxenutbildning samt inom yrkeshögskolan har utökats. Dessutom har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå hur det nationella planeringsstödet kan breddas till fler yrkesgrupper samt hur stödet kan ge störst nytta för huvudmän och andra vårdgivare i planeringen av sin kompetensförsörjning.

Som diagram 4.16 visar råder en relativt jämn könsfördelning i läkargruppen, där 47 procent är kvinnor och 53 procent är män. För gruppen sjuksköterskor och barnmorskor är dock bilden en annan. Bland sjuksköterskor är 89 procent kvinnor och 11 procent män och bland barnmorskor är nästan 100 procent kvinnor och mindre än en halv procent män.

**Diagram 4.16 Antal hälso- och sjukvårdspersonal för olika professioner 2013**



Anm: Uppgifterna avser personal som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

Källa: Socialstyrelsen (Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal).

### En effektivare process för utlandsutbildade

Att nyanlända snabbt kommer i arbete innebär en vinst för både individen, svensk hälso- och sjukvård och samhället. Antalet ansökningar om legitimation från personer med utländsk hälso- och sjukvårdsutbildning har fördubblats de senaste tre åren, antalet inkomna ärenden 2015 var cirka 5 500. Detta i kombination med att dokumentationen om den utländska utbildningen ibland är bristfällig eller obefintlig försvårar utredningsarbetet för Socialstyrelsen. Av denna anledning har regeringen avsatt särskilda medel för att myndigheten ska kunna effekti-

visera sina handläggningsprocesser. Socialstyrelsen arbetar därför med att korta sina handläggningstider genom förenklningar och effektiviseringar i den interna processen samt genom att kontinuerligt följa upp handläggningstider utifrån uppsatta mål och nyckeltal. Myndigheten har även genomfört resursförstärkningar såväl på handläggarsom på ledningsnivå.

Väntetiderna för den första prövningen av en ansökan har minskat med i genomsnitt 10 månader för specialläkare och med 6 månader för övriga yrkesgrupper. Samtidigt har antalet ansökningar ökat de senaste åren. Socialstyrelsen arbetar även med att förbättra informationen och dialogen gentemot sökande och andra berörda aktörer. En ny webbplats för förbättrad och mer användaranpassad kommunikation på arabiska, engelska och svenska har lanserats.

Socialstyrelsen har dessutom inlett en dialog med relevanta aktörer på området för att säkerställa en effektivisering av hela valideringsprocessen, inte bara den första bedömningen av själva utbildningen. Socialstyrelsen vill skapa en struktur där den faktiska kunskapen kan bedömas även när dokumentation om utbildning och kompetens saknas eller är bristfällig. Dialogerna avser därför bl.a. kunskapsprov som är en central del i valideringsprocessen. Kunskapsproven ska kunna genomföras för alla legitimationssyrken på hälso- och sjukvårdsområdet och syftar till att pröva kunskaper motsvarande legitimationsnivå. Under 2015 och 2016 har Arbetsförmedlingen samordnat snabbspår som arbetsmarknadens parter i samarbete med myndigheten har initierat. Snabbspåren riktar sig till deltagare i etableringsuppdraget som har tidigare erfarenhet eller utbildning inom ett bristyrke där arbetsmarknadens parter har kommit överens om ett snabbspår. I augusti 2016 finns snabbspår klara bland annat för ett antal legitimationssyrken inom hälso- och sjukvården (utg.omr. 14 Arbetsmarknad och arbetsliv).

### **Insatser inom förlossningsvården och kvinnors hälsa**

Insatser för kvinnors hälsa och en förbättrad förlossningsvård har betydelse för ett jämställt samhälle och är prioriterade av regeringen. Inom såväl förlossningsvården som den hälso- och sjukvård som har betydelse för kvinnors hälsa i övrigt finns tydliga utvecklingsområden.

Ett av dem gäller komplikationer och skador hos den födande kvinnan i samband med förlossning, bl.a. i form av bristningar. Enligt Socialstyrelsens rapport Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn har andelen kvinnor med allvarliga bristningar varit relativt konstant över tid. Enligt rapporten finns det betydande skillnader i förekomst av allvarliga bristningar mellan olika landsting och mellan olika sjukhus. Vid en internationell jämförelse ligger Sverige på höga nivåer, vilket OECD:s senaste rapport Health at Glance 2015 visar.

Det finns behov av samverkan och insatser för att höja och sprida vårdens kunskaper om sjukdomar som kvinnor drabbas av; ett exempel är sjukdomen endometrios. Även när det gäller bemanning, bemötande av patienter samt metoder för att nå kvinnor och flickor som inte är benägna att söka vård behövs insatser. Flera studier visar att behandling av skador, sjukdomar och smärttillstånd hos kvinnor varierar och att kvinnor därför får vård av varierande kvalitet. Det påverkar kvinnors hälsa på ett negativt sätt och därmed kvinnors möjligheter och förmåga att delta i samhället på ett aktivt och jämställt sätt.

### *Överenskommelse och uppdrag*

Regeringen har under 2015 och 2016 vidtagit flera åtgärder i syfte att förbättra förlossningsvården och kvinnors hälsa, bl.a. genom att ge myndigheter flera uppdrag.

Regeringen gav i mars 2015 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att bl.a. tillgängliggöra kunskap om metoder som minskar komplikationer och skador i förlossningsvården. SBU redovisade att skador hos den födande kvinnan, såsom allvarliga bristningar, är underdiagnostiserade i förlossningsvården. Rapporten från SBU visar bl.a. att det saknas kunskap generellt om behandling av förlossningsskador hos kvinnan.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingick i december 2015 en överenskommelse om sammanlagt 720 miljoner kronor i syfte att förbättra förlossningsvården och vård i övrigt som stärker kvinnors hälsa. Landstingens redovisning visar i korthet att samtliga landsting avsatt medel för att utbilda befintlig personal inom förlossningsvården. Alla landsting är eniga om att de behöver utöka bemanningen av barnmorskor, undersköterskor och/eller administrativ personal. Många lands-

ting ser även ett behov av nationell samordning för att sammanställa och sprida kunskap inom förlossningsvården, liksom att utöka deltagandet i kvalitetsregister.

När det gäller insatser inom primärvården har landstingen redovisat flera olika satsningar, bl.a. utbildning om psykisk ohälsa, uppföljning och omhändertagande av kvinnor som drabbats av bäckenbottenskador efter förlossning, hälsofrämjande åtgärder inom reproduktiv hälsa, utökad bemanning inom primärvården samt behandling av endometriosis och för att minska övervikt. Alla landsting har redovisat minst en satsning riktad mot socioekonomiskt utsatta områden. En majoritet av landstingen avsatte medel för insatser riktade till utlandsfödda kvinnor.

Landstingen uppger att många av de framtida utmaningarna som finns inom förlossningsvården och annan vård som rör kvinnors hälsa återspeglas i de insatser som landstingen påbörjat med medel för 2015–2016.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen ett samlat uppdrag om förlossningsvård och kvinnors hälsa samt med särskild inriktning på primärvård. Uppdraget redovisades till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 1 september 2016.

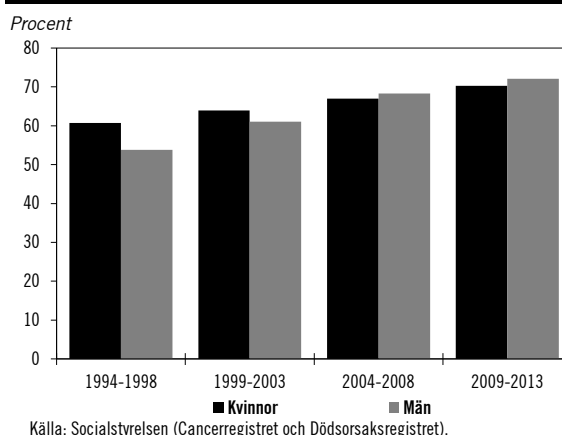
#### *Insatser för tidig upptäckt av våldsutsatthet och stöd till våldsutsatta*

Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt samhällsproblem som orsakar stort psykiskt och fysiskt lidande. Kvinnor och barn som utsätts för våld och hot om våld utvecklar ofta både en psykisk och fysisk ohälsa. Hälso- och sjukvården och tandvården möter i stor omfattning personer som har utsatts för våld, men även våldsutövare. Vården har en viktig roll när det gäller förebyggande arbete och tidig upptäckt. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela utvecklingsmedel och ge nationellt och regionalt kompetensstöd för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer. Av totalt 109 miljoner kronor 2016 avser 20 miljoner kronor insatser inom hälso- och sjukvårdens och tandvårdens områden – se vidare avsnitt 7. Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att kartlägga förekomst och utformning av rutinemässiga frågor om våldsutsatthet och våldsutövande i vård och omsorg.

#### **Insatser för en mer jämlik och tillgänglig cancervård**

Cancervården har vidareutvecklats och stärkts under de senaste åren. I ett internationellt perspektiv är den svenska cancervårdens medicinska kvalitet hög. Det medför generellt sett en relativt hög överlevnad för kvinnor och män som vårdas för cancer, se diagram 4.17. Skillnaderna mellan könen är små.

**Diagram 4.17 Relativ femårsöverlevnad i alla former av cancer 1994–2013.**



Uppföljningar av cancervårdens tillgänglighet visar dock att väntetiderna är långa och att de regionala skillnaderna är stora. För de flesta cancerformer har dock skillnader i väntetid mellan män och kvinnor utjämnats.

*Standardiserade vårdförlopp för kortare väntetider*  
Tillgängligheten inom cancervården behöver förbättras. Regeringen avsatte därför 500 miljoner kronor per år 2015–2018 för att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknar årliga överenskommelser fr.o.m. 2015 med målet att förbättra tillgängligheten, göra cancervården mer jämlik och att få nöjdare patienter. Den viktigaste åtgärden är att införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp som är tidsbestämt och innehållsmässigt definierat från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling.

Samtliga landsting har beslutat att införa standardiserade vårdförlopp inom cancervården och under hösten 2015 genomfördes ett omfattande arbete i landstingen för att införa de fem första vårdförloppen. Under 2016 införs det vårdförlopp för 13 olika diagnoser och ytterligare 10 kommer att tas fram under året.



Socialstyrelsen har sett att arbetet med standardiserade vårdförlopp har gett patienten ökade möjligheter att uppleva en välorganiserad vård. Det har även inneburit positiva synergieffekter som t.ex. effektivare arbetssätt och ökad samverkan mellan primärvård och den specialiserade vården.

#### *En mer sammanhållen cancervård*

Sedan 2009 har flera insatser initierats inom ramen för den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11). En av de viktigaste åtgärderna är etableringen av sex regionala cancercentrum (RCC). Enligt Socialstyrelsens senaste uppföljning som genomfördes 2015 sker etableringen av RCC enligt plan. Myndighetens uppföljningar av RCC visar att de har uppfyllt flertalet av de fastlagda kriterierna och samtliga regioner har kommit långt i arbetet, exempelvis när det gäller att stärka patientens ställning, införande av kontaktsjuksköterskor och att stärka styrningen med kunskap genom framtagandet och införandet av nationella vårdprogram samt planer för palliativ vård och rehabilitering. Arbetet med nivåstruktureringen av delar av den högspecialiserade cancer vården har fortsatt, t.ex. har landstingen beslutat att följa RCC:s rekommendation att koncentrera ytterligare sex specifika åtgärder till färre sjukhus än i dag.

#### **Ny strategi för att främja psykisk hälsa**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera regeringens arbete på området psykisk ohälsa. Myndigheten konstaterar i sin rapport från 2015, *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar*, att flertalet av insatserna har nått sina mål samt lett till positiva resultat inom ramen för insatserna. Många insatser och mycket medel har lagts på att förbättra tillgängligheten för barn och unga genom prestationsinsatser för att öka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Fortfarande kvarstår dock flera kvalitets-, jämlikhets-, jämställdhets- och effektivitetsutmaningar i vården och omsorgen för målgrupperna.

För att bättre kunna möta den ökande psykiska ohälsan i Sverige och de utmaningar som den psykiatriska vården står inför genomförde regeringen under 2015 en bred översyn av sta-

tens insatser inom området psykisk hälsa, efter dialoger och samverkan med berörda aktörer.

Som ett resultat av denna översyn presenterade regeringen en ny strategi för att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer, inte minst barn och unga som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser. Regeringens strategi avser åren 2016–2020. Regeringen och Sveriges kommuner och landsting har i enlighet med principerna i strategin ingått en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa för 2016.

Överenskommelsen ska stimulera utvecklingsarbete och skapa bättre förutsättningar för lokala och regionala analyser av utmaningar, behov och utvecklingsmål samt att förbättra ungas psykiska hälsa. Överenskommelsen omfattar totalt 845 miljoner kronor 2016.

#### *Ökad nationell samverkan*

För att samordna, följa upp och stärka utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa och verka för att regeringens ambitioner inom området fullföljs, inrättade regeringen vid årsskiftet 2015/16 en nationell samordnare (dir. 2015:138) med uppdrag att föreslå hur utveckling och samordning av statens insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur.

#### *Insatser för att möta den psykiska ohälsan bland nyanlända och asylsökande*

Regeringen beviljade SKL medel 2015 för en förstudie som syftade till att samla in kunskap och goda exempel på hur hälso- och sjukvården kan identifiera behov och erbjuda tidiga insatser för att motverka psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända, inklusive ensamkommande barn. Inom ramen för arbetet har det gjorts insatser och utvecklats stödjande verktyg för hälso- och sjukvården t.ex. genom framtagande av statistik samt olika utbildnings- och informationspaket.

I juni 2016 beslutade regeringen att bevilja SKL 30 miljoner kronor för att sprida de resultat och de metoder som visat sig vara effektiva i förstudien nationellt och även fortsätta att samla in goda exempel och tillgängliggöra dessa för resten av landet.

## Vården för personer med kroniska sjukdomar

Särskilda insatser har genomförts för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under 2014–2016. Regeringen har också aviserat medel för 2017.

En nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar togs fram 2014. Strategin fokuserar på utvecklingen av kunskapsbaserad och patientcentrerad vård, prevention och tidig uppmärksamhet.

Regeringen bedömer att den nationella strategin och de insatser som har genomförts har bidragit till att lyfta fram frågor som rör vården av kroniska sjukdomar och behovet av att skapa en långsiktigt socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård. Den nationella strategin har vidare pekat ut vilka områden som behöver utvecklas och att primärvården har en nyckelroll i detta arbete. För att vården för personer med kroniska sjukdomar ska förbättras på lång sikt krävs att landstingen och hälso- och sjukvårdens verksamheter arbetar aktivt med att förbättra vården. Regeringens insatser bidrar till en sådan utveckling genom att stärka landstingens förutsättningar att samordna flera viktiga utvecklingsinsatser när det gäller bl.a. patientcentrerad och kunskapsbaserad vård. Regeringen för också dialog med berörda intressenter om utvecklingen av hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar.

### *Insatser som bidrar till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar*

Under 2015 fördelade regeringen 100 miljoner kronor till olika insatser för att främja utvecklingsområdena i den nationella strategin. Insatserna tog i hög grad sikte på att utveckla primärvårdens insatser för målgruppen. Primärvården har en nyckelroll i arbetet med kroniska sjukdomar framför allt när det gäller att förebygga, diagnosticera och samordna vårdinsatser mellan vårdenheter och vårdnivåer. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som syftar till att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder samt resultatuppföljning i primärvården. I överenskommelsen ingår även att utveckla en generisk modell för spridning och tillämpning av kunskapsstöd, så kallade programråd. Under 2015 har nya programråd startats för ADHD, en nationell kompetensgrupp för primärvård, strama, biobankrådet samt

internetbaserat stöd och behandling. Arbetet med programråden har utvärderats och de har ett starkt stöd bland företrädare för huvudmännen. Programråden har bl.a. underlättat framtagande av vårdprogram inom prioriterade områden. Dessutom har SKL inlett ett arbete med att samordna utveckling och spridning av kliniska behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar till landstingen.

Socialstyrelsen har under 2016 utvecklat nya nationella kunskapsstöd för kroniska sjukdomar samt tillsammans med företrädare för professionens organisationer fortsatt att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen har även spridit verktyg och metoder för ett bättre bemötande i vården och fördelat statsbidrag till projekt som bidrar till bättre vård för personer med kroniska sjukdomar. Dessutom har Livsmedelsverket under 2016 främjat arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården med särskild inriktning på primärvården.

### *Fortsatt ökad samordning av resurser för personer med sällsynta diagnoser*

Nationella funktionen för sällsynta diagnoser (NFSD) arbetar sedan 2012, på uppdrag av Socialstyrelsen, med att samordna, koordinera och sprida information inom området sällsynta diagnoser. NFSD bidrar t.ex. i arbetet med att skapa Centrum för sällsynta diagnoser (CSD) i landets sex sjukvårdsregioner. CSD arbetar bland annat med att öka kunskapen om, och förbättra omhändertagandet av patienter med, sällsynta diagnoser. I dag finns ett CSD inom fem av sex sjukvårdsregioner. De olika centrumen har kommit olika långt i sitt arbete beroende på geografiska och ekonomiska förutsättningar.

I april 2016 lämnade Socialstyrelsen en rapport till regeringen med förslag på hur NFSD kan förvaltas efter 2018. Socialstyrelsen föreslår att en tydligare statlig roll kan etableras och att NFSD utvecklas mot en koordinerande roll i relation till detta. Regeringen bereder för närvarande förslaget.

### *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*

Personer med kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa står för en majoritet av sjukskrivningskostnaderna. För att minska sjukfrånvaron har staten och SKL sedan 2006 ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge

sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården. I regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro lyfts hälso- och sjukvården fram som en nyckelaktör för att främja hälsa, förebygga ohälsa och bidra till att minska sjukfrånvaron. I programmet finns därför insatser för att primärvårdens verksamhet i högre grad ska kunna anpassas för kvinnor och män med psykisk ohälsa och långvarig smärta.

### **E-hälsa och digitalisering – verktyg för utveckling av hälso- och sjukvården**

Hälso- och sjukvården har sedan länge integrerat it-stöd av olika slag i det dagliga arbetet. I princip har alla landsting elektroniska journaler och 98 procent av alla recept hanteras elektroniskt. I rapporter och undersökningar framkommer dock kritik mot hälso- och sjukvårdens it-stöd och den digitala arbetsmiljön i stort. Enligt rapporten Ur led är tiden från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys upplever medarbetarna inom hälso- och sjukvården att systemen har låg användarvänlighet, att det finns för många parallella system och att kompatibiliteten dem emellan är bristfällig, vilket bl.a. leder till dubbel- och trippelregistreringar.

Som ett led i arbetet med att komma till rätta med problemen har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) enats om en långsiktig vision för e-hälsoarbetet som rör hälso- och sjukvård, socialtjänst och i tillämpliga delar tandvården. Visionen säger att till 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd. Särskilt utpekade målgrupper i visionen är brukare, klienter, patienter samt medarbetare. Arbetet med digitalisering och e-hälsa ska drivas utifrån ett jämställdhetsperspektiv för att säkerställa likvärdig service, resursfördelning och inflytande. Vidare framgår att man i arbetet med visionen ska verka för att it-stöd bör vara användbara för alla människor oavsett t.ex. ålder, funktionsnedsättning eller kunskapsnivå.

Frågor om administration och it-stöd har även lyfts upp som ett av tre utvecklingsområden i överenskommelsen mellan regeringen och SKL om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den s.k. professionsmiljarden. E-hälsofrågorna kopplar även till arbetet som sker

inom politiken för digitaliseringen av det offentliga Sverige. Bland annat ingår E-hälsomyndigheten i Rådet för digitaliseringen av det offentliga Sverige, som inrättades 2015. Regeringens life science-samordnare arbetar med frågan och Verket för innovationssystem har i två regeringsuppdrag genomfört insatser avseende digitalisering för bättre hälsa, vård och omsorg. I arbetet med detta bidrar E-hälsomyndigheten, SKL och andra berörda aktörer som representerar näringsliv, forskarsamhälle, brukare vårdgivare m.fl.

Även landstingen har inom ramen för olika grupper initierat ett arbete med att gemensamt uppdatera sina it-system så att de bättre kan möta verksamheternas och invånarnas behov.

Sverige är fortsatt aktiv inom det europeiska nätverket eHealth Network. Bland annat medverkar E-hälsomyndigheten i den arbetsgrupp under nätverket som kallas Joint Action to support the eHealth Network. Fokus i det arbetet har legat på möjliggörande av utbyte av e-recept inom EU.

*Utvecklingsarbete för förbättrat informationsutbyte*  
Staten genomför sedan flera år insatser för att förenkla informationsutbytet inom hälso- och sjukvården. Under 2015 fick Socialstyrelsen ett utökad mandat att tillhandahålla dels standardiserade begrepp och termer, dels en struktur för hur informationsöverföring bör hanteras.

Under 2016 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att se över formerna för de insatser som myndigheten gjort inom ramen för arbetet med ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. I uppdraget ingick att analysera användbarhet kring de produkter och tjänster som myndigheten tillhandahåller utifrån behovet hos mottagarna, främst huvudmännen, professionerna samt berörda privata aktörer. En rapport lämnades i augusti 2016. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Socialstyrelsen har under ett antal år arbetat med att ta fram en nationell källa för ordinationsorsak vid läkemedelsbehandling. Källan blev klar 2015 och den terminologiska delen av källan används i dag av vissa landsting som underlag för s.k. ordinationsmallar. För att underlätta uppdateringen av kodsystemet och möjliggöra implementering i vården av hela källan för ordinationsorsak har E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen fått i uppdrag att under 2016 utveckla ett verktyg för förvaltning och distribution.

Arbetet med att förbättra informationsutbyte görs även inom andra sakområden, t.ex. när det gäller läkemedel via den nationella läkemedelslistan, se under avsnitt 4.6 Politikens inriktning, samt inom socialtjänstens område, se avsnitt 7 Politik för sociala tjänster.

### **Nationell läkemedelsstrategi bidrar till en bättre läkemedelsanvändning**

Regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-  
ting (SKL) har, tillsammans med de viktigaste aktörerna på läkemedelsområdet, enats om att bygga vidare på och utveckla det arbete som sedan några år pågår inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin för en säker, effektiv och jämlik läkemedelsanvändning utifrån tre perspektiv – patient, innovation och e-hälsa. Det finns en samsyn om att de komplexa utmaningar som finns inom området måste hanteras gemensamt och att arbetet behöver bedrivas långsiktigt. Strategidelen sträcker sig över åren 2016–2018, medan handlingsplanen revideras årligen. Den långsiktiga samverkansplattformen har medfört att flera förbättringar uppnåtts och strategins långsiktiga vision, rätt läkemedelsanvändning för patient och samhälle, har kommit närmare att förverkligas.

Nationella läkemedelsstrategin har även medfört att parterna samt övriga aktörer har enats om vilka insatser som måste prioriteras på läkemedelsområdet. Det gäller såväl vilka mål som ska uppnås och vilka aktiviteter som ska genomföras som hur arbetet ska följas upp och utvärderas. Samarbetet har också ökat kunskapen och förståelsen för vilka behov som finns, bidragit till att samordna det utvecklingsarbete som sker hos myndigheter, landsting och organisationer samt ökat samverkansytorna med andra initiativ och strategier. Av omkring 40 aktiviteter i strategins tidigare handlingsplaner har mer än hälften avslutats. Några aktiviteter har varit särskilt värdefulla eftersom de har bidragit till konkreta förbättringar på läkemedelsområdet. Ett exempel är insatser för bättre läkemedelsbehandling av barn, där strategin har bidragit till att barnsjukvården har kommit närmare införandet av ett nationellt kunskapsstöd för läkemedelsordinationer till barn.

Vidare har det tillsammans med barnsjukvården identifierats vilka kunskapsbehov som finns när det gäller läkemedelsbehandling av barn

och kunskapen på området har förbättrats genom framtagande av t.ex. behandlingsrekommendationer. Även processen med att åstadkomma ett nationellt ordnat införande av nya läkemedelsbehandlingar har hanterats inom ramen för strategin. De aktiviteter som ingår i den nationella läkemedelsstrategins handlingsplan syftar till att hantera flera av de utmaningar som finns inom läkemedelsområdet.

Arbetet kommer att utvärderas för att få kunskap om huruvida processen har bidragit till en mer jämlik och jämställd läkemedelsbehandling. Ytterligare aktiviteter som har avslutats inom den nationella läkemedelsstrategin är de webbaserade läkemedelsutbildningarna som utvecklats för hemtjänstpersonal och läkare. Vidare har den nationella läkemedelsstrategins arbetsgrupp för miljöindikatorer lämnat förslag på 22 läkemedelssubstanser vars förekomst i vattenmiljö är relevant att bevaka. Bland dessa substanser ingår inflammationshämmande läkemedel, antibiotika och hormonstörande substanser.

### *Minskat utrymme för manipulering av recept och oegentlig förskrivning*

Problematiken med manipulering av recept och oegentlig förskrivning av narkotiska läkemedel är ofta kopplad till användningen av pappersrecept. Läkemedelsverket har haft i uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen utreda möjligheterna att minska alternativt helt upphöra med förskrivningen av narkotiska läkemedel via särskilda receptblanketter. Regeringen har genomfört en förordningsändring i enlighet med förslagen i myndigheternas slutrapport. Ändringen syftar till att möjliggöra för Läkemedelsverket att föreskriva att pappersrecept på särskilda läkemedel som ska förnyas eller delexpedieras alltid måste förvaras på öppenvårdsapotek, såvida de inte omvandlas till elektroniska recept.

I syfte att skapa bättre förutsättningar för expederande farmaceuter på apotek att kontrollera individuella förskrivarbehörigheter har E-hälsomyndigheten på uppdrag av regeringen påbörjat arbetet med att automatisera och digitalisera uppgifter om begränsad respektive utökad förskrivningsrätt. För att möjliggöra E-hälsomyndighetens tekniska lösning har Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen påbörjat arbetet med att utöka myndighetens hantering av information om individuella förskrivarbehörigheter i myndighetens register över hälso- och

sjukvårdspersonal. Uppdragen ska slutredovisas senast 2017.

#### *Hantering av vissa läkemedel i förmånssystemet*

Regeringen föreslog i propositionen Läkemedel för särskilda behov (2015/16:143, bet. 2015/16:SoU15, rskr. 2015/16:250 ) nya regler för subvention och prissättning av licensläkemedel, extemporeläkemedel (specialtillverkade läkemedel för en enskild patient eller patientgrupp) och lagerberedningar, dvs. icke godkända läkemedel som får användas under vissa förutsättningar. Ändringarna träder i kraft den 1 april 2017 och innebär i huvudsak att nuvarande praxis kodifieras och att systemet blir mer transparent. Licensläkemedel bör som huvudregel kunna omfattas av förmånssystemet, men Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) kan besluta om att ett läkemedel inte ska ingå, t.ex. för att det inte bedöms vara effektivt. Extemporeläkemedel bör prissättas enligt en kostnadsbaserad taxa medan lagerberedningar bör prövas av TLV enligt fastställda kriterier. En möjlighet för TLV att besluta om tillfällig subvention för ett godkänt läkemedel som ersätter ett licensläkemedel föreslås också. Syftet med den tillfälliga subventionen är att patienter som behandlats med ett licensläkemedel ska kunna få subvention även under den tid då TLV handlägger ansökan om att det godkända läkemedlet ska ingå i läkemedelsförmånerna.

#### *Restnoteringar*

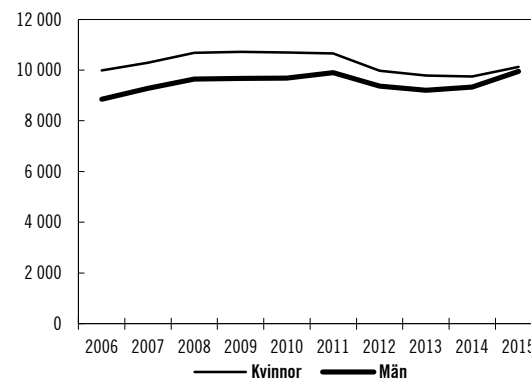
Under våren 2016 har Läkemedelsverkets rapport Restnoteringar av läkemedel – fortsatt utredning remissbehandlats. Restnoteringar innebär att läkemedelsföretag inte kan leverera sina läkemedel. Läkemedlet blir då restnoterat. Rapporten innehåller en kartläggning av restnoteringar, analys om vad de beror på och förslag om meddelandeskyldighet för restnoteringar, samordnad publicering samt sanktionsavgift. Rapporten bereds för närvarande i Regeringskansliet.

#### *Kostnaderna för läkemedelsförmånerna ökade*

Kostnaderna för läkemedel inom förmånerna ökade 2015 med 5,1 procent. Det finns flera förklaringar till att kostnaderna ökar. En underliggande och ständig kostnadsdrivare är att befolkningen växer och andelen äldre blir större. Trots dessa underliggande kostnadsdrivande faktorer så minskade kostnaderna för läkemedelsförmånerna under en period fram till och med 2013. De senaste åren har dock utvecklingen vänt och kostnaderna ökar igen. Se diagram 4.18 nedan.

**Diagram 4.18 Kostnader för läkemedelsförmånerna, 2006–2015**

Miljoner kronor (inklusive mervärdesskatt)



Källa: E-hälsomyndigheten.

Reformen med kostnadsfria läkemedel till barn och unga under 18 år som trädde i kraft i januari 2016 har bidragit till att kostnaderna för läkemedelsförmånerna har ökat under 2016. En annan orsak är att flera cancerläkemedel som tidigare hanterats utanför förmånerna nu förskrivs inom förmånerna. Läkemedelskostnadernas andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har minskat under en rad år och uppgick 2014 till 8,9 procent. Nedan i tabell 4.3 visas utvecklingen av kostnader för läkemedel. Kostnaderna för läkemedel ökar i lägre takt än kostnaderna för hälso- och sjukvården i övrigt.

**Tabell 4.3 Kostnader för läkemedel, 2010–2015**

Miljoner kronor (inklusive mervärdesskatt) och procent

|   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015           |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| Läkemedelsförmånerna                                  | 20 387 | 20 570 | 19 367 | 19 025 | 19 100 | 20 089         |
| Egenavgift  | 5 089  | 5 033  | 5 324  | 5 614  | 5 639  | 5 788          |
| Andel egenavgift <sup>1</sup>                         | 20,0%  | 19,7%  | 21,6%  | 22,8%  | 22,8 % | 22,4%          |
| Slutenvård <sup>2</sup>                               | 6 875  | 7 146  | 6 992  | 6 981  | 7 194  | 7 843          |
| Receptfritt <sup>3</sup>                              | 3 887  | 3 966  | 4 113  | 4 227  | 4 345  | 4 597          |
| Total   | 36 238 | 36 715 | 35 796 | 35 847 | 36 278 | 38 317         |
| Andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna <sup>4</sup> | 12,4%  | 9,5%   | 9,4%   | 9,1%   | 8,9%   | — <sup>5</sup> |

<sup>1</sup>Beräknat som andel av förmån och egenavgift.<sup>2</sup>Avser humanläkemedel på rekvisition inom slutenvård och öppenvård. Slutenvårdskostnaderna är svåra att jämföra mellan åren beroende på att nettopriser införts successivt och avsaknad av data vissa år.<sup>3</sup>Avser receptfria humanläkemedel som säljs över disk på apotek samt i detaljhandeln.<sup>4</sup>Dessa uppgifter är beräknade på ett annorlunda sätt jämfört med uppgifterna i budgetpropositionen för 2016 därav skiljer sig dessa något.<sup>5</sup>Uppgifter om totala hälso- och sjukvårdskostnader saknas för 2015. Från och med 2011 används en ny metod för att beräkna kostnaderna för hälso- och sjukvården vilket gör att 2010 inte är jämförbart med övriga år.

Källor: E-hälsomyndigheten och Statistiska centralbyrån (Hälsoräkenskaperna).

### *Utfallet av 2015 års överenskommelse med SKL kring formerna för statens bidrag till läkemedelsförmånerna*

Staten och SKL ingick under 2015 en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen innebär att staten ersatte landstingen med ett bidrag på 19,2 miljarder kronor för deras kostnader för läkemedelsförmånerna under 2015 och ett bidrag på 1,8 miljarder kronor för övriga poster i överenskommelsen. Därutöver fick landstingen ett bidrag på 1,5 miljarder kronor för kostnader som landstingen har haft för behandling av patienter med hepatit C under 2014 och 2015.

I överenskommelsen ingick även en vinst- och förlustdelningsmodell som innebär att om de faktiska kostnaderna för läkemedelsförmånerna översteg överenskommet belopp med mer än 3 procent så skulle staten och landstingen dela på överstigande belopp. De faktiska kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2015 översteg överenskommet belopp vilket innebär att staten har betalat ut ytterligare drygt 300 miljoner kronor till landstingen i enlighet med förlustdelningsmodellen i överenskommelsen.

### *TLV har utvecklat den värdebaserade prissättningen av läkemedel*

TLV bedömer att arbetet med att utveckla den värdebaserade prissättningen har genererat en besparing för förmånerna på 483 miljoner kronor år 2015 och en ackumulerad besparing för 2014 och 2015 på 976 miljoner kronor. Besparingen har realiserats dels genom prissänkningen

av läkemedel som är äldre än 15 år, dels genom myndighetens övriga arbete med bl.a. omprövningar av läkemedel.

Sverige har numera bland de lägsta priserna i Europa när det gäller konkurrensutsatta läkemedel som byts ut på apotek. Detta har således inneburit stora besparingar för samhället sedan den s.k. generikareformen genomfördes. Vad gäller läkemedel som fortfarande har patent har prisskillnaderna jämfört med andra länder minskat och Sverige ligger på åttonde plats av de 19 europeiska länder som TLV har jämfört.

### *Utvecklingen av marknaden för biologiska läkemedel*

Ett biologiskt läkemedel är ett preparat vars aktiva substans har producerats i eller renats fram ur material av biologiskt ursprung (levande celler eller vävnader). Biologiska läkemedel står för en stor andel av omsättningen av läkemedel i Sverige och ökar för varje år. Inom den öppna vården står biologiska läkemedel för drygt 20 procent av kostnaderna och inom den slutna vården för över hälften av kostnaderna. Totalt omsatte biologiska läkemedel drygt 10 miljarder kronor under 2015. I dagsläget är det endast 7 av alla godkända biologiska läkemedel som har konkurrens från biosimilarer. En biosimilar är ett läkemedel som innehåller samma aktiva substans och kan introduceras efter att patentet för originalläkemedlet har löpt ut. Även för de läkemedel där det finns en biosimilar har priskonkurrensen dock hittills varit svag. TLV föreslår i sin rapport om marknaden för biologiska läkemedel att åtgärder bör vidtas för att stimulera

ökad priskonkurrens och därmed möjligheter till lägre kostnader inom detta segment. Regeringen avser att följa frågan.

### *Medicinteknik*

Förhandlingarna avseende Europeiska kommissionens förslag till förordningar om medicintekniska produkter och in vitro-diagnostik har fortsatt under året och i juni 2016 enades parterna om en gemensam text. Förslagen har haft som utgångspunkt att skärpa det medicintekniska regelverket, garantera att patienterna tillhandahålls säkra produkter och att en fungerande inre marknad kan upprätthållas. Förordningarna förväntas bli antagna under det slovakiska ordförandeskapet hösten 2016. Till följd av att de nya förordningarna träder i kraft kommer Läkemedelsverket bl.a. att få ett utökat ansvarsområde.

### **Apotek**

Det fanns 1 358 öppenvårdsapotek i Sverige i december 2015 enligt Sveriges Apoteksförnings branschrapport 2016, vilket innebar en viss ökning jämfört med året innan. Ett fåtal stora kedjor dominerar marknaden, men det finns också mindre aktörer och enskilda fristående apotek. E-handeln står för fyra procent av omsättningen, men ökade enligt Sveriges Apoteksförning med 50 procent mellan april 2015 och våren 2016.

Totalt fördelade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) under 2015 ca 8 miljoner kronor till 29 apotek enligt förordningen (2013:80) om apoteksstöd i glesbygd. TLV slutrapporterade i november 2015 regeringsuppdraget att följa upp och utvärdera apoteksstödet och analysera om ändamålet kan uppnås på annat sätt. Myndighetens analys visar att det nuvarande stödet är det mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva alternativet ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

På Apoteket AB:s årsstämma 2016 förlängdes bolagets åtagande att behålla befintliga apoteksombud i den utsträckning som behövs för en god läkemedelsförsörjning till och med juni 2017.

Den 1 januari 2017 träder en lagändring i kraft som gör det möjligt för konsumenter att hämta ut licensläkemedel på valfritt öppenvårdsapotek i stället för enbart på den apotekskedja som be-

viljats licensen. Ändringen förväntas underlätta för konsumenterna och i viss mån minska arbetsbördan för apotek, förskrivare och Läkemedelsverket genom att antalet licensärenden minskar.

Regeringen tillsatte under 2015 en utredning (dir. 2015:118) med syfte att göra en översyn av apoteksmarknaden och vid behov lämna förslag på förändringar. Utredningen ska bl.a. analysera den utveckling som skett på apoteksmarknaden sedan omregleringen, se över kraven för att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek, analysera tillgänglighet till apotekstjänster i hela landet samt analysera leverans- och tillhandahållandeskyldigheten av läkemedel. Utredningen ska även analysera vilka eventuella åtgärder som krävs för att säkerställa efterlevnaden av 24-timmarsregeln.

Regeringen gav i november 2015 Läkemedelsverket i uppdrag att se över hur tillsynen kan utvecklas. I uppdraget ingick bl.a. att överväga om antalet inspektioner av apotek på plats ska öka och om tillsynen även ska inriktas på frågor om tillgänglighet till läkemedel och rådgivning vid receptexpediering. Översynen omfattar även dimensioneringen av tillsynsverksamheten. Bakgrunden till uppdraget är att tillsynsinsatserna bedöms viktiga för patientsäkerheten och apotekens förbättringsarbete. Vidare finns det signaler om att det förekommer brister när det gäller tillgängligheten till läkemedel och att förutsättningarna har försämrats för farmaceutisk rådgivning och kompetensutveckling för apotekspersonal. I sin redovisning av uppdraget föreslår Läkemedelsverket att tillsynen utvecklas genom bl.a. riskbaserat urval av tillsynsobjekt, fler inspektioner på apotek, tydligare riskbaserat utförande av inspektioner, inspektioner med fokus på receptexpedition och rådgivning, tillsyn som riktas mot apoteksaktörernas huvudkontor (eller motsvarande), utvecklade former för uppföljning av inspektioner och tillsynsärenden, och förbättrad spridning av resultat av tillsyn. Andra åtgärder som föreslås är information till allmänheten om Läkemedelsverkets tillsynsansvar, utvärdering av sanktionsmöjligheter, samverkan med andra myndigheter och utbyte med de nordiska länderna.

## Statligt stöd till tandvården

Tandhälsan i den vuxna befolkningen visar en positiv utveckling, enligt Socialstyrelsen. Skillnaderna i tandhälsa mellan olika socioekonomiska grupper kvarstår emellertid. De grupper som rapporterar att de har dålig tandhälsa avstår i högre utsträckning av ekonomiska skäl än andra grupper från att söka tandvård. Landstingen erbjuder avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år de fyller 19 år. För vuxna finns främst det statliga tandvårdsstödet som ska stimulera till regelbunden och förebyggande tandvård samt motverka alltför höga kostnader för patienter med stora tandvårdsbehov.

De totala tandvårdsutgifterna uppgick till 24 796 miljoner kronor 2014, enligt preliminära uppgifter från Statistiska centralbyrån (Hälso-

räkenskaperna). De statliga kostnaderna för tandvården uppgick 2014 till 3 601 miljoner kronor, landstingens utgifter uppgick till 5 855 miljoner kronor, kommunernas utgifter uppgick till 11 miljoner kronor och hushållens utgifter för tandvård uppgick till 15 329 miljoner kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter ca 62 procent. I

tabell 4.4 visas utbetald ersättning för det statliga tandvårdsstödet. I likhet med tidigare år tar kvinnor del av det statliga tandvårdsstödet i något högre grad än män. Ett skäl till detta är att kvinnor i något högre utsträckning än män besöker tandvården.

**Tabell 4.4 Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd 2008–2015**

Miljoner kronor

|   | 2008 <sup>1</sup> | 2009         | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         |
|---|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Allmänt tandvårdsbidrag<sup>2</sup></b>  |                   |              |              |              |              |              |              |              |
| Kvinnor                                     | 210               | 459          | 530          | 503          | 488          | 527          | 525          | 535          |
| Män   | 181               | 401          | 464          | 439          | 431          | 464          | 461          | 469          |
| <b>Särskilt tandvårdsbidrag<sup>3</sup></b> |                   |              |              |              |              |              |              |              |
| Kvinnor                                     | –                 | –            | –            | –            | –            | 11           | 18           | 18           |
| Män   | –                 | –            | –            | –            | –            | 5            | 9            | 11           |
| <b>Högekostnads-skydd<sup>4</sup></b>       |                   |              |              |              |              |              |              |              |
| Kvinnor                                     | 395               | 1 872        | 1 957        | 1 958        | 1 970        | 2 094        | 2 120        | 2 130        |
| Män   | 402               | 1 838        | 1 957        | 1 955        | 1 961        | 2 075        | 2 113        | 2 118        |
| <b>Samtliga tre tandvårdsstöd</b>           |                   |              |              |              |              |              |              |              |
| Kvinnor                                     | 605               | 2 331        | 2 487        | 2 461        | 2 458        | 2 632        | 2 663        | 2 683        |
| Män   | 583               | 2 239        | 2 421        | 2 394        | 2 392        | 2 544        | 2 583        | 2 598        |
| <b>Totalt<sup>5</sup></b>                   | <b>1 188</b>      | <b>4 571</b> | <b>4 910</b> | <b>4 856</b> | <b>4 854</b> | <b>5 184</b> | <b>5 253</b> | <b>5 291</b> |

<sup>1</sup> Under första halvan av 2008 gällde ett annat system, därav är siffrorna för 2008 ej direkt jämförbara med följande år.

<sup>2</sup> Det allmänna tandvårdsbidraget ska stimulera till regelbundna besök hos tandläkare och är främst tänkt att användas för undersökningar och förebyggande tandvård.

<sup>3</sup> Det särskilda tandvårdsbidraget riktar sig till personer som har sjukdomar eller funktionsnedsättningar som ökar risken för försämrad tandhälsa. Det särskilda tandvårdsbidraget infördes 2013.

<sup>4</sup> Högekostnadsskyddet innebär att den försäkrade vid större behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv.

<sup>5</sup> Utbetald ersättning totalt inkluderar besök där uppgift om kön ej finns tillgängligt.

Anm: De statliga tandvårdsstöden infördes 2008.

Källa: Försäkringskassan.

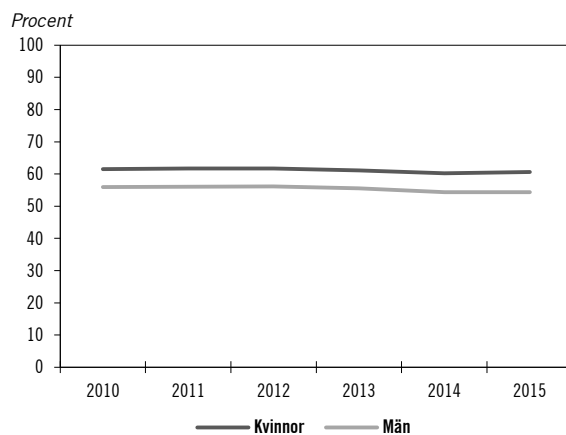


### Jämlik och jämställd tandvård

År 2015 besökte 60 procent av kvinnorna och 54 procent av männen tandvården. Diagram 4.19 visar andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist. Under perioden 2009–2014 besökte 87 procent av den vuxna befolkningen någon gång tandvården.

Andelen som trots behov avstått tandvård av ekonomiska skäl har minskat successivt från 12 procent 2007 till knappt 10 procent 2014. Det var något fler kvinnor än män som avstod från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Bland socioekonomiskt svagare grupper är det vanligare att enbart göra akuta besök hos tandvården. Statistiska centralbyrån (SCB) redovisar ett samband mellan dem som i mindre utsträckning besöker tandvården och deras benägenhet att enbart göra akuta besök i tandvården.

**Diagram 4.19 Andel vuxna som besökt tandläkare eller tandhygienist 2010–2015**



Källa: Försäkringskassan och Statistiska centralbyrån.

### Nöjda patienter inom tandvården

Svenskt kvalitetsindex (SKI) mäter varje år kundnöjdhet inom en rad branscher. Tandvården har sedan många år de nöjdaste kunderna bland alla de undersökta områdena. Nöjdheten har ökat något 2015 jämfört med 2014.

### Betänkande av utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd

Regeringen tillsatte 2014 en särskild utredare som hade i uppdrag att genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform. Sammanfattningsvis bedömer utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd (SOU 2015:76) att tandvårdsreformen 2008 nådde de mål som sattes upp. Utredningen ser dock behov av en bättre styrning och prioritering av det statliga tandvårdsstödet utifrån ett behovsperspektiv.

Utredningen ser också behov av bättre kontroll, uppföljning och analys. Vidare föreslås åtgärder för hur en bättre samverkan kan åstadkommas mellan tandvården och hälso- och sjukvården samt för integrering av mun- och tandhälsa i folkhälsoarbetet. Regeringen avser att återkomma till riksdagen med anledning av utredningens förslag.

### 4.4.3 Analys och slutsatser

Hälso- och sjukvården i Sverige faller väl ut i internationella kvalitetsjämförelser. I jämförelse med andra EU-länder har Sverige ett av Europas mest effektiva hälso- och sjukvårdssystem när det kommer till att maximera resultatet givet insatta resurser. Samtidigt finns det utrymme för förbättringar på en rad områden.

Hälso- och sjukvårdspolitiken har en viktig roll i att bidra till regeringens långsiktiga mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Även om mycket arbete återstår bidrar regeringens hälso- och sjukvårdspolitik sammantaget till måluppfyllelsen (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Nedan redovisas regeringens analys och slutsatser utifrån målet för hälso- och sjukvårdspolitiken, dvs. att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

### Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Svenska patienter är i huvudsak positiva till hälso- och sjukvården och har förtroende för den vård som erbjuds. Både kvinnor och män upplever i hög grad att de har tillgång till den vård de behöver. Hälsotillstånd, kön och socioekonomiska faktorer påverkar dock patienternas omdöme om vården.

Samordning av vårdinsatser och kontinuitet i kontakterna med vårdpersonalen är viktiga aspekter för en patientcentrerad och behovsanpassad vård. Svenska patienter är dock mer missnöjda med samordningen av vården jämfört med patienter i andra länder. Patientlagen som trädde i kraft 2015 har till syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning och i förlängningen leda till en mer behovsanpassad vård. Det har dock visat sig att landstingen uppfattar

tillämpningen av patientlagen som en stor utmaning. Arbete återstår för att stärka och tydliggöra patientens ställning.

Regeringen bedömer att hälso- och sjukvården i högre grad behöver erbjuda en patientcentrerad och samordnad vård som tar hänsyn till patienternas individuella behov. Regeringen vidtar åtgärder för en mer behovsanpassad vård. Till exempel kan insatserna som gjorts inom ramen för överenskommelsen med SKL om tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård bidra till detta. Syftet med överenskommelsen var att stimulera landstingen att själva identifiera och genomföra insatser för att utveckla tillgänglighet och samordning. Även satsningen på kroniska sjukdomar som bl.a. handlar om att stödja utvecklingen av patientanpassade vårdtjänster i primärvården och att sprida verktyg för ett gott bemötande i hälso- och sjukvården kan bidra i denna riktning.

### Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Regeringen bedömer att det återstår arbete för att hälso- och sjukvården i större utsträckning ska vara jämlik och jämställd.

Att hälso- och sjukvården ska vara jämställd handlar om att synliggöra kvinnors och mäns förutsättningar till jämlik vård och motverka omotiverade skillnader. På så sätt är jämställd vård ett led i arbetet med jämlik vård.

Regeringens arbete med jämställd hälso- och sjukvård bidrar i sin tur till måluppfyllelsen av regeringens jämställdhetspolitiska mål, att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta kräver dock ett kontinuerligt arbete.

Regeringens insatser inom t.ex. området förlösningvård och kvinnors hälsa har bidragit till en mer jämlik vård, men fortsatta förbättringar krävs för att skillnaderna i vårdkvalitet ska minska mellan landstingen.

Även regeringens insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar bidrar till en mer jämlik och jämställd vård. Insatser för en mer patientcentrerad vård och ett bättre bemötande är centrala delar i detta arbete.

Genom att samordna spridningen och tillämpningen av nationella och regionala kunskapsstöd till verksamheterna i hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna för att landstingen gör likartade bedömningar av patienters behov. Även

tillsynen av hälso- och sjukvård är ett av flera verktyg för att följa och driva på utvecklingen av en mer jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

Insatserna på cancerområdet, bl.a. framtagande av nationella vårdprogram och införande av standardiserade vårdförlopp, bidrar till att göra vården mer jämlik eftersom de standardiserade vårdförloppen inom cancer vården innebär att patienten ska utredas och behandlas på ett mer likvärdigt, samordnat och snabbare sätt.

### En effektiv hälso- och sjukvård

Med en effektiv sjukvård menas att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård till befolkningen. Regeringen bedriver ett aktivt arbete för att främja effektiviteten inom hälso- och sjukvården och anser att det är en viktig välfärdsfråga.

I jämförelse med andra EU-länder skattas Sverige utifrån ett effektivitetsperspektiv genomgående ha hög effektivitet. Detta framgår av rapporter från Socialstyrelsen m.fl. Sverige har således ett system som tillgodoser befolkningens behov av hälso- och sjukvård, men trots detta finns det flera utmaningar. Bland annat finns en bristande samordning mellan primärvården och sjukhusen. Internationella jämförelser visar t.ex. att koordinationen och kontinuiteten kan bli bättre. Sverige har även ett system där en stor del av vårdens resurser är bundna till sjukhusen vilket medför utmaningar när det gäller möjligheten att kunna erbjuda vård utanför sjukhusen, tillsammans med primärvård och kommunernas omsorg.

Medarbetare inom vården framför även att det sker en omfattande dubbeldokumentation. Genom att t.ex. främja ett nationellt fackspråk som en del av e-hälsosatsningen kan dokumentationen bli mer effektiv. Ungefär hälften av landstingen har etablerat processer och rutiner för att arbeta med dokumentationens innehåll och struktur, vilket enligt regeringen i förlängningen kommer kunna bidra till att effektivisera resursanvändningen inom hälso- och sjukvården.

### God kvalitet

Svensk hälso- och sjukvård ska baseras på bästa tillgängliga kunskap i alla delar av landet och

erbjudas alla, oavsett kön. Detta är en förutsättning för att vården ska vara jämlik och jämställd och det är därför en central kvalitetsparameter. Det finns utmaningar i hälso- och sjukvården när det gäller följsamhet till kunskap, vilket kan visa sig i exempelvis omotiverade skillnader mellan kvinnor och män. Det finns därför skäl för regeringen och myndigheterna att aktivt följa utvecklingen, bl.a. genom den tillsatta utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd.

En annan viktig del i kvalitetsarbetet är uppföljningen av hälso- och sjukvårdens resultat där tillsynen har en central roll. Regeringen bedömer dock att de resurser som IVO i dag avsätter för riskbaserad tillsyn inte är tillräckliga. Viktiga tillsynsinsatser, till exempel inom primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, mödravården samt inom den sociala barn- och ungdomsvården genomförs inte i önskad omfattning. Det innebär i sin tur att tillsynen riskerar att inte uppmärksamma brister i omsorg och patientsäkerhet.

Under hösten 2015 hade IVO en ansträngd situation på grund av migrationsströmmarna och den kraftiga ökningen av antalet ensamkommande barn. Det har lett till undanträngningseffekter för IVO:s övriga verksamhet, såsom tillsynen av socialtjänsten och tillsynen av hälso- och sjukvården. Detta kan få allvarliga konsekvenser för vårdens och omsorgens kvalitet.

### Tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården har blivit allt bättre men det finns fortfarande utmaningar med långa väntetider, t.ex. inom primärvården och cancervården. Problemen med långa väntetider och samlade mängder av patienter på akutmottagningar indikerar att det finns problem i samordningen av vården.

De bakomliggande orsakerna till varierande tillgänglighet är svåra att hantera. Ett av de mest angelägna områdena är att komma till rätta med kompetensförsörjningen. Bristen på personal och ineffektivt utnyttjande av medarbetarnas tid och kompetens leder till att vårdens kapacitet minskar. Det i sin tur gör att tillgängligheten försämras. Kompetensförsörjningsfrågan kräver åtgärder från såväl landsting som stat och andra aktörer. Staten och regeringen har ett ansvar för

vissa delar som t.ex. finansiering av vissa utbildningar, men även på ett övergripande plan för att förbättra förutsättningarna. Regeringen har vidtagit en rad åtgärder som kan bidra till bättre kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården, bl.a. avsätts en miljard kronor årligen för att stimulera bättre och effektivare användning av kompetensen inom hälso- och sjukvården. Staten ökar nu också antalet utbildningsplatser för flera bristyrken.

Hälso- och sjukvården har under 2015 påverkats på olika sätt av det historiskt höga antalet asylsökande. Landstingen har bemött situationen genom olika åtgärder, men de regionala skillnaderna är stora. Bristen på tolkar är en viktig orsak till att landstingen har svårt att t.ex. genomföra hälsoundersökningar.

Situationen har krävt flexibla lösningar för att kunna tillhandahålla vård, hantera administrativa och praktiska hinder samt informera om vårdsystemet. Myndigheterna har även arbetat på olika sätt för att stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att erbjuda vård till de asylsökande och nyanlända. Utmaningarna skiljer sig åt regionalt men regeringens samlade bedömning är att landstingen bemött situationen på ett bra sätt.

Läkemedel är en resurs som rätt använd räddar liv, ger ökad hälsa och förbättrar livskvaliteten. Samtidigt som läkemedel erbjuder stora möjligheter finns även komplexa utmaningar, såsom att säkra en läkemedelsbehandling som är tillgänglig, säker, effektiv och som ges på lika villkor. Statsbidraget till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. bidrar till god tillgång till effektiva och säkra läkemedel. Genom samarbetet inom den nationella läkemedelsstrategin hanteras också en del av utmaningarna. Konkreta resultat har redan åstadkommit, men mycket arbete kvarstår. Genomförda förändringar på apoteksmarknaden kräver fortsatt uppföljning för att säkerställa en säker, effektiv och jämlik läkemedelsförsörjning i hela landet och en apoteksmarknad med god tillgänglighet och service.

## 4.5 Den årliga revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har för 2015 lämnat ett uttalande med reservation för myndigheten Sta-

tens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Regeringen har följt upp att myndigheten har rutiner för att säkerställa att rätt kostnader belastar rätt finansiering. Med anledning av Riksrevisionens rekommendationer avser dock SBU att ytterligare se över dessa rutiner för att tillse en korrekt redovisning av kostnader i relation till dess intäktskälla.

#### 4.6 Politikens inriktning

Regeringens mål för hälso- och sjukvårdspolitikerna är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

Svensk hälso- och sjukvård faller väl ut i internationella jämförelser. Samtidigt står den inför en rad strukturella problem som kräver åtgärder i närtid för att underlätta en utveckling där Sverige kan behålla sin tätposition vad gäller resultat och effektivitet.

I en effektiv hälso- och sjukvård får patienter vård på rätt nivå. Nuvarande struktur i hälso- och sjukvården är en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns därför behov av genomgripande strukturförändringar i hälso- och sjukvårdens alla nivåer och primärvården behöver stärkas, med patientens bästa som utgångspunkt.

Även om patienter i Sverige i huvudsak är positiva till hälso- och sjukvården och har förtroende för den vård som erbjuds, finns det missnöje och utrymme för förbättringar, bl.a. avseende samordning och tillgänglighet. Regeringens arbete med patientkontrakt är ett led i arbetet med att möta dessa utmaningar. Regeringen ser tillgängligheten till vård som en stor utmaning och avser att fortsätta att arbeta aktivt med frågan. Även kompetensförsörjningen inom vården är en stor utmaning, som också i hög grad påverkar tillgängligheten. Regeringen avser att fortsätta prioritera kompetensförsörjningsfrågorna, bl.a. genom arbetet med professionsmiljarden.

Regionala skillnader riskerar att leda till ojämlig vård, och detta är en fråga som bl.a. är kopplad till landstingens organisatoriska och ekonomiska förutsättningar. Indelningskommittén har regeringens uppdrag att föreslå en ny läns- och

landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting. Kommittén lämnade i juni 2016 ett delbetänkande med förslag till tre nya större län och landsting. Kommittén ska senast den 31 augusti 2017 lämna ett slutbetänkande (utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner).

Det är angeläget att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad, jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män. En förutsättning för detta är en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i vården. Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127) har därför i uppdrag att utreda förutsättningarna för en sådan utveckling och ska bl.a. utreda förutsättningar för att göra nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården i någon form obligatoriska eller mer bindande. Utredningen ska redovisa sina förslag senast den 1 mars 2017.

När det gäller regeringens arbete med att motverka psykisk ohälsa, så presenterades den 1 januari 2016 en ny strategi inom området och regeringen ingick en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om totalt 845 miljoner kronor (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Ytterligare satsningar som regeringen gör för att bidra till hälso- och sjukvårdens arbete är det förebyggande folkhälsoarbetet, t.ex. vad gäller tobaks- och alkoholkonsumtion, ett arbete som har potential att bidra till minskade vårdbehov (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

#### Patientkontrakt och patientens medverkan

##### *Patientkontrakt inom ramen för pågående satsningar och överenskommelser*

Tillgängligheten i vården är en fortsatt utmaning, liksom arbetet med att se till patienters skiftande behov och vårdssituation. Inom ramen för pågående satsningar och överenskommelser avser regeringen att fortsätta utveckla vården så att den blir mer patientcentrerad, inte minst för patienter med många och långvariga vårdkontakter, t.ex. personer med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. I detta arbete ingår bl.a. att verka för en försöksverksamhet där ett antal landsting utvecklar patientkontrakt. Ambitionen är att patientkontrakt ska bidra till att patienter får den vård de har rätt till, oavsett förmåga att själva ta kontakt med hälso- och sjukvården. Patientkontraktet kan också komma att

komplettera vårdgarantin och bidra till att insatser samordnas för patienter med parallella vårdkontakter och att den sammanlagda tiden för vård och behandling blir så kort som möjligt.

#### *Ökad patientmedverkan inom ramen för pågående satsningar och överenskommelser*

Regeringen bedömer att det inom ramen för pågående satsningar och överenskommelser, bl.a. inom kronikerområdet, finns möjligheter till en mer patientcentrerad, och därmed mer effektiv hälso- och sjukvård som i högre utsträckning än i dag möjliggör för patienter och närstående att medverka vid vård och behandling. Vidare bör utbildning och annat kunskapsmaterial fortsätta att utformas för patienter och deras närstående så att de aktivt kan delta i dialog och medverka i beslut om vård och behandling. Barns och ungas rätt till delaktighet bör särskilt beaktas i detta arbete.

#### **Behov av strukturförändringar i hälso- och sjukvården**

##### *En nivåstrukturerad hälso- och sjukvård främjar en jämlig och säker vård*

I betänkandet Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) lämnas förslag på hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en mer jämlig och säker vård av god kvalitet oberoende av bostadsort. För att uppnå detta behöver den högspecialiserade vården koncentreras i högre utsträckning. Utredningens förslag bereds i Regeringskansliet.

##### *Primärvården ska vara förstahandsvalet*

Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. För detta ändamål måste primärvården vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar.

Regeringen ser behov av att stärka primärvården och genomför flera satsningar med relevans för primärvården, bl.a. inom områdena kroniska sjukdomar, cancer, psykisk ohälsa och kvinnors hälsa. Betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) är ett av flera viktiga underlag i regeringens fortsatta arbete.

##### *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*

Andelen äldre i befolkningen ökar och därmed antalet patienter med behov av en sammanhållen hälso- och sjukvård och omsorg. Regeringen har tagit emot betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SOU 2015:20). Betänkandet bereds i Regeringskansliet.

##### *Regeringen vill hålla samman universitetssjukhusen*

Universitetssjukhusen har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stöder och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Eftersom universitetssjukhusen har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman, något som regeringen avser att arbeta vidare med.

##### *Regeringen vill säkerställa att behov går före betalningsförmåga*

Att genom en privat sjukvårdsförsäkring köpa sig till en bättre vårdkvalitet och tillgänglighet inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte förenligt med principen om vård efter behov och på lika villkor. Det är den enskildes hälsotillstånd som ska avgöra vårdinsatsen, inte den enskildes betalningsförmåga. Regeringens ambition är att detta ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen.

##### *Reglering av privat utförd verksamhet*

Regeringen har tillsatt en utredning om ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster (dir. 2015:22, dir. 2015:100 och dir. 2015:108), där hälso- och sjukvård ingår. Utredningen har bl.a. i uppdrag att föreslå hur det kan säkerställas att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo (utg.omr. 25 avsnitt 3.5.4).

Regeringen har även tagit initiativ till att öka insynen i hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av privata utförare. I september 2015 tillsattes en utredning för att ge förslag på hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer (dir. 2015:92). Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2016.

För att meddelarskydd ska börja gälla så snart som möjligt avser regeringen att, baserat på

betänkandet Stärkt meddelarskydd för privatanställda i offentligt finansierad verksamhet (SOU 2013:79) och på den lagrådsremiss som regeringen fattat beslut om, lämna en proposition om att anställda m.fl. som deltar i enskilt bedriven men offentligt finansierad vård ska omfattas av meddelarskydd.

#### *Tydligare ansvarsfördelning i hanteringen av klagomål*

I december 2015 överlämnade klagomålsutredningen slutbetänkandet Fråga patienten! Nya perspektiv i klagomål och tillsyn (SOU 2015:102). Ett arbete med att utveckla en mer effektiv klagomålshantering och tillsyn pågår i Regeringskansliet. Regeringen avser att lägga fram lagförslag under 2017.

#### *Avgiftsfri öppenvård för personer som är 85 år eller äldre*

Regeringen lämnar i denna proposition förslag om att öppenvård inom högkostnadsskyddet ska bli avgiftsfri för personer som är 85 år eller äldre. Reformens syfte är att förbättra hälsan hos äldre som har ett omfattande behov av hälso- och sjukvård. För ändamålet avsätter regeringen 200 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 för att kompensera landstingen för de tillkommande kostnaderna. Regeringen aviserade initialt denna reform i budgetpropositionen för 2016. Reformen föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Eftersom förslaget påverkar utgifterna under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner lämnas förslaget under det utgiftsområdet (utg.omr. 25 avsnitt 3.6).

#### *Regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*

Regeringen beslutade i september 2015 om ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. I åtgärdsprogrammet har Försäkringskassan, arbetsgivare samt hälso- och sjukvården identifierats som de viktigaste aktörerna. I regeringens fortsatta arbete med åtgärdsprogrammet kommer hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen att vara ett prioriterat utvecklingsområde (utg.omr. 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning).

#### **Kompetensförsörjningen central för vårdens kvalitet och tillgänglighet**

Hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs är dess medarbetare. Kompetensförsörjningen är en stor utmaning på både kort och lång sikt, bl.a. på grund av svårigheter att rekrytera inom vissa yrkesgrupper. Därför måste befintliga resurser användas på ett mer effektivt och flexibelt sätt.

Under 2015 och våren 2016 har regeringen samlat viktiga aktörer, såsom företrädare för huvudmännen och vårdens medarbetare, för tematiska samtal om kompetensförsörjning. Regeringen ser ett utvecklat ledarskap och en bättre nationell och regional samverkan som centrala komponenter för kompetensförsörjning i vården.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har genom professionsmiljarden skapat förutsättningar för landstingen att lägga kraft och fokus på kompetensförsörjning. Överenskommelsen för 2016 innebär att totalt 950 miljoner kronor har fördelats till landstingen. Inom ramen för överenskommelsens tre fokusområden ryms bland annat möjligheten till specialistutbildning för olika yrkesgrupper, en angelägen fråga för vårdens kompetensförsörjning. Avsikten är att ingå överenskommelser även för kommande år under förutsättning att riksdagen beslutar om medel för ändamålet.

Regeringen har tagit olika initiativ för effektivare validering av utländska utbildningar. Kompetensbehoven inom hälso- och sjukvården samt de nyanländas behov av att få sin kompetens validerad står i fokus för regeringens insatser på området. Att underlätta etableringen på arbetsmarknaden innebär vinster både för individen, svensk hälso- och sjukvård och för samhället (utg.omr. 14 Arbetsmarknad och arbetsliv och utg.omr. 16 Utbildning och universitetsforskning).

Regeringen satsar 2017 på att ge ytterligare medel till Socialstyrelsen för fortsatt viktigt arbete med att korta handläggningstiderna för legitimationsärenden från sökande från länder utanför EU/EES. Socialstyrelsen får för detta ändamål, utöver de 75 miljoner som tilldelades 2016, 47 miljoner kronor 2017 och därefter 42 miljoner kronor årligen.

## E-hälsan bidrar till en effektivare hälso- och sjukvård

Arbetet med den vision för e-hälsoarbetet som löper till 2025, och som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting enades om i mars 2016, fortsätter. Visionen innebär att Sverige 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter.

I enlighet med regeringens ambitioner på hälso- och sjukvårdsområdet i stort utgår visionen ifrån patientens perspektiv. Visionen pekar ut tre insatsområden som också kommer att behandlas i arbetet med handlingsplanen. Dessa områden är standardiseringsfrågor, enhetligare begreppsanvändning och ett tydligare regelverk.

E-hälsofrågorna har kopplingar till många andra av regeringens satsningar, bl.a. kompetensförsörjning, kvalitetsregister och läkemedel, något som kommer att beaktas i det fortsatta arbetet. Till exempel arbetar regeringen med att skapa juridiska förutsättningar för att möjliggöra en nationell läkemedelslista.

## Regeringen ökar stödet till vården bl.a. till följd av antalet asylsökande

Det stora antalet asylsökande och nyanlända har inneburit utmaningar för hälso- och sjukvården. Hälsa är en viktig förutsättning för en framgångsrik etablerings- och integrationsprocess.

För att stärka välfärden och för att skapa långsiktiga planeringsförutsättningar för kommuner och landsting avsätter regeringen 10 miljarder kronor till kommunsektorn för 2017 och framåt (utg.omr. 25 avsnitt 3.5.2). Det skapar möjligheter för landstingen att höja kvaliteten i välfärdssektorn.

Därtill satsar regeringen 40 miljoner per år 2017–2020 för att öka tillgängligheten av vård och behandling för traumatiserade asylsökande och nyanlända (avsnitt 5 Folkhälsopolitik).

Ett kunskapscentrum avseende ensamkommande barn bildas som en funktion vid Socialstyrelsen. Kunskapscentret ska arbeta för att insatser som bedrivs i kommuner, landsting och av ansvariga myndigheter baseras på aktuell kunskap, framgångsrika metoder och effektiva processer. En större satsning genomförs 2017 och 2018 med anledning av omfattande behov av kunskapsspridning som har uppstått av de två

senaste årens omfattande mottagande. För satsningen tilldelas Socialstyrelsen 10 miljoner kronor årligen 2017–2018 och därefter 5 miljoner kronor årligen 2019–2020.

## Jämlik och tillgänglig cancervård av hög kvalitet

Svensk cancervård håller en hög medicinsk kvalitet, men samtidigt finns det ojämlikheter i vården, bland annat när det gäller tillgängligheten till vård. Väntetiderna i cancervården är på många håll alltför långa och varierar både mellan och inom landstingen. Utöver de 500 miljoner kronor som regeringen årligen satsade 2015–2016 satsar regeringen fortsatt 500 miljoner kronor årligen för 2017–2018, för att korta väntetiderna och skapa en mer jämlik cancervård. Satsningen bygger på de årliga överenskommelserna mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. En viktig del i den fortsatta processen är arbetet med att utveckla en nationell nivåstrukturerad inom cancervården.

## Regeringen satsar för att stärka kvinnors hälsa

### *Satsningarna på kvinnors hälsa fortsätter*

Vården till kvinnor behöver förbättras. För regeringen är detta ett prioriterat arbete, både ur ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.

Under flera år har den svenska förlossningsvården visat tecken på ett ansträngt läge. Landstingen har svårt att rekrytera och behålla den personal som krävs för att kunna ge en god och säker förlossningsvård, en situation som blir extra ansträngd under sommarmånaderna. Regeringens bedömning är att satsningar på att stärka bl.a. bemanningen och kompetensförsörjningen i sin helhet inom förlossningsvården och den hälso- och sjukvård som rör kvinnors hälsa är angelägna. Regeringen har därför aviserat att årligen 2016–2019 avsätta 400 miljoner kronor till förlossningsvården och 130 miljoner kronor för att stärka kvinnors hälsa, med ett särskilt fokus på insatser i primärvården. Dessutom trädde satsningen på avgiftsfri mammografi i kraft den 1 juli 2016.

### *Kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år*

Regeringen lämnar i denna proposition förslag om att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna ska vara kostnadsfria för unga under

21 år (avsnitt 4.8). Reformens syfte är att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Lagförslaget är ur ett köns- perspektiv neutralt i sin utformning. För närvarande finns det dock inga preventivmedel för män inom läkemedelsförmånerna, vilket innebär att förslaget i praktiken enbart avser preventivmedel till unga kvinnor. Det är av stor betydelse att nå och involvera män i förebyggandet av oönskade graviditeter då kvinnor och män har ett lika stort ansvar för den sexuella och reproduktiva hälsan. För att införa kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år avsätter regeringen 27 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017. Regeringen aviserade initialt denna reform i budgetpropositionen för 2016. Reformen föreslås träda i kraft den 1 januari 2017.

### Reformer för en förbättrad tandvård

#### *Jämlik tandhälsa*

Jämlik tandhälsa är en viktig politisk fråga för regeringen. Regeringen ser ett antal utvecklingsmöjligheter inom tandvårdsområdet, bl.a. förbättrad information om hur det statliga tandvårdsstödet är utformat och förbättrad prisinformation till allmänheten. Vidare kan Försäkringskassans möjligheter att mer effektivt arbeta med efterhandskontroller utvecklas. Ansvarsfördelningen mellan, och styrningen av, de myndigheter som ansvarar för olika delar av tandvårdsstödet kan behöva förtydligas och samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården stärkas. Även frågan om hur munhälsan kan integreras i folkhälsoarbetet är en viktig fråga för regeringen.

Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att utvärdera det särskilda tandvårdsbidraget och sådan tandvård som omfattas av högkostnadsskyddet inom öppen hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår bl.a. att analysera hur stödets mål uppnås, vilka patientgrupper som utnyttjar stöden och att lämna förslag på förbättringar. Uppdraget ska delredovisas i maj 2017 och slutredovisas i december 2018.

#### *Höjt tandvårdsbidrag för äldre*

Med åldern ökar risken för sjukdomar i munnen då många har implantat och tänder som tidigare har lagats.

Tandvårdskonsumtionen är i genomsnitt som störst kring 65 års ålder. En 65-årig median-

patient köper tandvård för mer än dubbelt så mycket som en 29-åring. Samtidigt är det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) hälften så stort för en person som är 65–74 år som det är för en 29-åring.

Då gruppen äldre generellt har ett större tandvårdsbehov är det motiverat med ett högre stöd för regelbunden tandvårdskontakt. Regeringen avser därför att höja det allmänna tandvårdsbidraget från 150 kronor till 300 kronor för personer som är mellan 65 och 74 år från och med den 1 juli 2017. Därmed får gruppen 65–74 år samma nivå på det allmänna tandvårdsbidraget som gruppen 75 år eller äldre. Detta innebär en satsning på totalt 50 miljoner kronor 2017 och därefter 100 miljoner kronor per år.

#### *Avgiftsfri tandvård för unga*

Regeringen lämnar i denna proposition förslag om att tandvård blir avgiftsfri för unga till och med 21 år från och med den 1 januari 2017, 22 år från och med den 1 januari 2018, och 23 år från och med den 1 januari 2019 (avsnitt 4.8 och utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner). Reformens syfte är att förbättra tandhälsan och möjliggöra tandvård på lika villkor oavsett ungas ekonomi. Från och med 2019, när reformen är fullt genomförd, avsätter regeringen totalt 463 miljoner kronor per år för att kompensera landstingen för de tillkommande kostnaderna som förslaget medför. Regeringen aviserade initialt denna reform i budgetpropositionen för 2016. Eftersom förslaget om avgiftsfri tandvård för unga till den del det avser ändringar i tandvårdslagen påverkar utgifterna under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner lämnas förslaget till ändringar av den lagen under det utgiftsområdet (utg.omr. 25 avsnitt 3.6).

### Regeringen ökar stödet för arbetet med tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Tillsynen är ett viktigt verktyg för att uppmärksamma fel och brister i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter, varför det är viktigt att myndigheten har förutsättningar att kunna bedriva sitt arbete effektivt. Tillsynen ska också bidra till lärande och utveckling samt främja kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande inom verksam-



heterna. Regeringen bedömer att arbetet med tillsynen behöver utvecklas. Regeringen avser därför att förstärka IVO:s förvaltningsanslag med 70 miljoner kronor fr.o.m. 2017. Förslaget möjliggör en långsiktig kompetensförsörjning hos IVO.

IVO:s verksamhet har påverkats av de omfattande migrationsströmmarna och det ökande antalet ensamkommande barn, särskilt när det gäller tillståndsprövningen av hem för vård eller boende. För att möjliggöra handläggning och frekvenstillsyn samt motverka undanträngnings-effekter inom IVO:s övriga verksamheter bedömer regeringen att IVO behöver en tillfällig resursförstärkning med 40 miljoner kronor 2017, 25 miljoner kronor 2018 och 10 miljoner kronor 2019.

### **Initiativ till lag om ersättning till personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet**

Att kräva att en människa genomgår sterilisering är både långtgående och ingripande för den enskilde. Sterilisering som villkor för ändrad könstillhörighet är ett uttryck för ett synsätt som regeringen, såväl som samhället, i dag tar avstånd från. Regeringen har sedan tidigare aviserat ett kommande lagförslag som innebär att personer som drabbats av det tidigare steriliseringskravet i könstillhörighetslagen kommer att kunna ansöka om ersättning av staten. Ett lagförslag är under utarbetande inom Regeringskansliet och ambitionen är att en ny lag kan träda i kraft den 1 juli 2018.

### **Tillgång till säkra och effektiva läkemedel**

#### *Arbetet med nationella läkemedelsstrategin utvecklas*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har, tillsammans med en bred uppslutning av läkemedelsaktörer, enats om att bygga vidare på och utveckla den nationella läkemedelsstrategin. Strategin sträcker sig över åren 2016–2018. Genom den långsiktiga samverkansplattform som strategin skapat finns det möjlighet att uppnå strategins långsiktiga vision om rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle.

#### *Regeringen vill säkerställa tillgången till effektiva läkemedel*

För att möta de behov av läkemedel som finns inom hälso- och sjukvården bedömer regeringen att dagens struktur för läkemedel behöver ses över. Regeringen ser behov av ett tydligt regelverk för prissättning och finansiering av läkemedel och en struktur som möjliggör att patienter över hela landet snabbt får tillgång till bra och effektiva läkemedel, till en rimlig och hanterbar kostnad, för såväl patienten som för det offentliga. De resurser som avsätts till läkemedel ska användas på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt inom ett regelverk som stämmer överens med och stöder hur modern hälso- och sjukvård bedrivs. Det framgår av avtalet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, om statens bidrag till landstingen för kostnader för läkemedelsförmåner m.m. att regeringen avser att tillsätta en utredning som ska lämna förslag till hur detta ska uppnås.

Vidare enades parterna i 2016 års avtal om att inga rabattavtal mellan enskilda landsting och läkemedelsföretag ska tecknas. Skälet till denna ordning är vikten av att fortsatt upprätthålla en sammanhållen nationell process för prissättning av läkemedel. Vidare enades parterna om att i avvaktan på ett nytt regelverk kan landstingen tillgodoräkna sig hela utfallet av den återbäring som det, inom ramen för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets arbete, gemensamt framtagna riskdelnings- och återbäringsavtalen resulterar i under 2016. Dessutom avser regeringen att skyndsamt arbeta för att rättsläget ska klargöras så att intentionerna i nuvarande lagstiftning upprätthålls tills ett nytt regelverk finns på plats.

#### *En nationell läkemedelslista tas fram*

Det övergripande syftet med att ta fram en nationell läkemedelslista är att yrkesutövare som ordinerar läkemedel, samt vissa andra yrkesutövare som deltar i patientens vård, ska få direktåtkomst till fullständiga uppgifter om patientens ordinerade och uthämtade läkemedel.

Arbetet med den nationella läkemedelslistan tar sin utgångspunkt i det förslag till lag om en gemensam läkemedelslista som E-hälsokommittén presenterade i sitt betänkande Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32) samt de remissvar som inkom hösten 2015. Frågan bereds i Regeringskansliet och arbetet sker i nära

dialog med berörda aktörer. Regeringen avser att återkomma i frågan under hösten 2016.

#### *Åtgärder för en bättre apoteksmarknad*

Det är viktigt att säkerställa en god tillgänglighet till läkemedel och en god patientsäkerhet i apoteksledet. Rådgivningen och informationen till patienterna behöver förbättras. När den nya apoteksmarknadsutredningens förslag överlämnats och remissbehandlats avser regeringen att presentera åtgärder inom detta område. I utredningens uppdrag ingår bl.a. att se över regleringen av och villkoren för apoteksombudsverksamheten. Regeringen avser att skapa varaktigt hållbara förutsättningar för denna verksamhet.

Tillsynen över apoteksmarknaden behöver stärkas. Ett led i detta är Läkemedelsverkets rapport om utvecklad tillsyn över apoteksmarknaden, men frågan behandlas även av utredningen. Det kan även bli aktuellt med tilläggsuppdrag till utredningen. En aktuell fråga som bör belysas är om apotekens handelsmarginal bör regleras för receptbelagda läkemedel som inte omfattas av högkostnadsskyddet. Regeringen avser också att återkomma när det gäller reglering och andra åtgärder rörande marknaden för dosdispensering.

#### *Omlokalisering av delar av E-hälsomyndigheten*

I juni 2016 beslutade regeringen att delar av E-hälsomyndigheten skulle omlokaliseras till Kalmar. Den del av myndighetens verksamhet som omfattas är de register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnads-effektiv läkemedelshandling. Omlokaliseringen ska vara avslutad senast den 1 maj 2018. För att ge E-hälsomyndigheten förutsättningar att genomföra reformen föreslår regeringen att myndighetens anslag ökas med 30 miljoner kronor 2017. Regeringen beräknar att ett motsvarande tillskott kommer att behövas även 2018. Regeringen kommer vidare att följa omlokaliseringen för att säkerställa att de aktörer som samverkar med myndigheten, eller är beroende av dess tjänster, inte påverkas negativt eller på annat sätt belastas i processen.

#### **Innovation driver hälso- och sjukvårdens utveckling**

*Innovation och life science är av stor vikt för utvecklingen av hälso- och sjukvården*

Utvecklingen av läkemedel, medicinteknik och informationsteknik är viktig för en modern och effektiv hälso- och sjukvård.

Samverkan inom life science-sektorn, mellan näringsliv, forskare och hälso- och sjukvård, har stor betydelse för utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Ett av regeringens fem samverkansprogram är inriktat mot life science.

De Nationella Kvalitetsregistren är en central kunskapskälla om hur vården fungerar och kan förbättras samt skapar förutsättningar för forskning. Regeringen avser att fortsätta bidra till finansiering och styrning av kvalitetsregistren. Regeringen kommer tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att genomföra en översyn av stödet till kvalitetsregistersystemet under 2017.

Den nya läkemedelsstrategin 2016–2018, som SKL och regeringen beslutat om, är viktig och har ett centralt innovationsperspektiv. I regeringens e-hälsovision, som ska leda till bättre nyttjande av digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården, lyfts det fram att ändamålsenliga it-stödverktyg är viktigt för forskning och utveckling av innovativa arbetssätt. Regeringen vill även arbeta för en utvecklad användning av kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål. Den pågående utredningen om biobanker är också ett led i det samlade utvecklingsarbetet.

#### *Forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer*

Regeringen föreslår en forskningssatsning för att öka kunskapen om styrningen av hälso- och sjukvård och socialtjänst för en kunskapsbaserad och innovativ utveckling. Satsningen ska utformas i bred samverkan med berörda.

Regeringen föreslår att anslaget till Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) ökas med 10 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med 15 miljoner kronor för vardera året 2018, 2019 och 2020 jämfört med anslagsnivån 2016 för forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer (avsnitt 9.5). Satsningen kommer att beskrivas närmare i den kommande forskningspolitiska propositionen.

## 4.7 Tillkännagivanden

### *Hjärtstartare*

Riksdagen beslutade i april 2013 om ett tillkännagivande med innebörd att regeringen bör se över möjligheterna att lagstifta om hjärtstartare i miljöer där många människor vistas (bet. 2012/13:FöU8, rskr. 2012/13:196). Frågan om att lagstifta om att tillhandahålla en särskild funktion inom hälso- och sjukvårdens område är komplex. Syftet med att placera ut hjärtstartare är att öka överlevnaden för akut hjärtsjukdom. Regeringen gav Socialstyrelsen ett uppdrag i juli 2012 att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting ta fram ett kunskapsunderlag till landsting om verktyg för att minska andelen personer med akut hjärt- och kärlsjukdom som dör innan de kommer till sjukvården. Uppdraget omfattade även genomförandet av vissa pilotprojekt som bedrevs av Norrbottens, Stockholms och Västerbottens läns landsting. Uppdraget slutredovisades i maj 2015. Socialstyrelsens bedömning av resultatet visar på vikten av att de insatser som görs för att öka överlevnaden vid akut hjärt- och kärlsjukdom genomförs utifrån den lokala kontexten som respektive landsting har att verka i. Utplacering av hjärtstartare utgör en del av de insatser som möjliggör att man kan öka överlevnaden men det bör genomföras som en integrerad del av utformningen av vården för personer med akut hjärt- och kärlsjukdom. Att strukturera hälso- och sjukvården är något respektive landsting har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Sedan den 1 januari 2011 gäller enligt 14 kap. 3 § RF att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. I förarbetena anges att denna reglering innebär att riksdagen regelmässigt måste pröva kommunernas självstyrelseintressen när begränsningar av självstyrelsen övervägs (prop. 2009/10:80 s. 212). Vidare anges att proportionalitetsprövningen bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som regleringen avser att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Principen om kommunal självstyrelse gäller för all kommunal verksamhet, dvs. även för hälso- och sjukvård som landstinget driver eller finansierar.

Regeringen bedömer att lagstiftning om hur utplacering av hjärtstartare ska genomföras

innebär en sådan detaljstyrning inom hälso- och sjukvårdens område som fråntar landstingen möjligheten att fritt utforma den hälso- och sjukvård som de själva bedömer vara mest lämpad utifrån respektive landstings förutsättningar. Förslaget att lagstifta om utplacering av hjärtstartare är därför inte ändamålsenligt i förhållande till den inskränkning i landstingens självstyrelse som det skulle medföra.

I dag sker en rad initiativ som medfört att ett stort antal hjärtstartare har placerats ut på många platser runtom i Sverige. Enligt Svenska rådet för hjärt- och lungräddningen som ansvarar för Sveriges hjärtstartregister har det fram till och med 2014 sålts ca 35 000 hjärtstartare utanför sjukhus i Sverige. Under samma period har 10 000 av dem registrerats. Detta innebär att många aktörer, både ideella organisationer, myndigheter och privata verksamheter, har tagit ansvar för att placera ut hjärtstartare.

I riksdagens tillkännagivande om hjärtstartare görs jämförelsen mellan tillgången till hjärtstartare och tillgången till brandsläckare och brandfilter. Regeringen kan konstatera att brand är något som omfattas av lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, men en akut hjärtsjukdom är inte en olycka som omfattas av denna lag.

Regeringen bedömer således sammanfattningsvis att det inte finns skäl att gå vidare med ytterligare insatser och anser därmed att detta moment i tillkännagivandet är slutbehandlat.

### *Centralisering av viss avancerad cancervård*

Riksdagen beslutade i april 2016 om ett tillkännagivande med innebörd att regeringen under 2016 bör ta initiativ till att påbörja arbetet med att samla viss avancerad cancersjukvård till ett mindre antal sjukhus för att höja kvaliteten (mot. 2015/16:2780, bet. 2015/16:SoU7, rskr. 2015/16:220). I regeringens överenskommelse 2016 med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att korta väntetiderna inom cancervården och minska de regionala skillnaderna ingår medel från regeringen till SKL för att genom RCC i samverkan arbeta med nivåstrukturering inom cancervården. RCC i samverkan beslutade i början av 2016 om en rekommendation till landstingen att koncentrera sex specifika åtgärder inom cancervården till färre platser i Sverige än i dag, med ikraftträdande den 1 januari 2017. Samtliga landsting har beslutat att följa denna rekommendation. RCC i samverkan har under våren 2016 även

remissbehandlat förslag om nivåstrukturering av ytterligare åtgärder på cancerområdet inför kommande beslut. Genom det som görs enligt överenskommelsen anser regeringen att detta moment i tillkännagivandet är slutbehandlat. Vidare kan det även tilläggas att arbetet med att samla avancerad cancervård till ett mindre antal sjukhus fortsätter, bl.a. genom beredningen i Regeringskansliet av betänkandet Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98). Utredningen föreslår bl.a. en ökad koncentration av den högspecialiserade vården.

## 4.8 Förslag om särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa

### 4.8.1 Ärendet och dess beredning

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 att öppenvård inom högkostnadsskyddet blir avgiftsfri för personer som är 85 år och äldre, att tandvård blir avgiftsfri för unga upp till 21 år respektive 23 år och att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för unga under 21 år. Syftet med reformerna är att förbättra hälsan hos äldre med ett omfattande vårdbehov, att grundlägga en god tandhälsa för unga vuxna samt att minska antalet oönskade graviditeter bland unga (prop. 2015/16:1 s. 56, 58 och 59).

Med anledning av den aviserade reformen tog Socialdepartementet fram en promemoria med förslag till författningsändringar i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, socialtjänstlagen, lagen om läkemedelsförmåner m.m. och lagen om statligt tandvårdsstöd. Promemorian skickades på remiss den 15 december 2015 med sista svarsdatum den 15 mars 2016.

En sammanfattning av promemorian, promemorians författningsförslag, en förteckning över remissinstanserna, lagrådsremissens författningsförslag och Lagrådets yttrande finns i *bilaga 1*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2015/07820/FS).

Förslagen om förändringar i lagen om statligt tandvårdsstöd och fria preventivmedel för unga under 21 lämnas under utgiftsområde 9 eftersom lagförslagets budgetpåverkan finns på anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* och anslaget 1:5 *Bidrag*

*för läkemedelsförmånerna*. Förslagen om avgiftsfri öppenvård inom högkostnadsskyddet för personer som är 85 år eller äldre samt förändringarna i tandvårdslagen behandlas under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner där lagförslagets budgetpåverkan finns.

### Lagrådet

Regeringen beslutade den 19 maj 2016 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 1*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 1*. Regeringen har utformat förslagen i enlighet med Lagrådets synpunkter.

### 4.8.2 Regeringens förslag och bedömning

#### Avgiftsfri tandvård för barn och unga vuxna

---

**Regeringens förslag:** Lagen om statligt tandvårdsstöd ska ändras i tre steg. Ändringarna innebär att statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år, 23 år respektive 24 år.

---

**Promemorians förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Vissa redaktionella ändringar har emellertid gjorts, varvid bl.a. benämningen barn och unga i lagtexten har bytts ut mot personer, samt ändringar som rör ikraftträdandet. De ändringar som gjorts beträffande ikraftträdandet redovisas under avsnittet Ikraftträdande nedan.

**Remissinstanserna:** De allra flesta av de remissinstanser som har yttrat sig ställer sig bakom förslaget om att successivt förlänga den avgiftsfria barn- och ungdomständerna från 19 års ålder i dag till 23 år och i konsekvens därmed höja åldern för inträdet i det statliga tandvårdsstödet. För redovisning av remissinstansernas synpunkter på det samlade förslaget, se utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, avsnitt 3.6.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen föreslår under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner en höjning av åldersgränsen för den avgiftsfria tandvården för unga vuxna. Förslaget innebär att folktandvården ska svara för

regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 21 år, 22 år respektive 23 år. Sådan tandvård ska vara avgiftsfri. Förslaget genomförs i tre steg med början 2017 då tandvården föreslås bli avgiftsfri till och med det år då personen fyller 21 år. Därefter höjs åldersgränsen med ett år 2018 och med ytterligare ett år 2019.

I dag är tandvården avgiftsfri för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år. Från det att patienten fyller 20 år omfattas denne av det statliga tandvårdsstödet. Som en konsekvens av att tandvården blir avgiftsfri för ytterligare åldersgrupper behöver lagen om statligt tandvårdsstöd ändras på så sätt att tandvårdsstöd inte längre ska utgå för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av den avgiftsfria tandvården.

### Kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år

**Regeringens förslag:** Lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska ändras. Ändringen innebär att varor som ingår i läkemedelsförmånerna och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Av de remissinstanser som har yttrat sig avseende förslaget om kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år har en majoritet tagit upp att den föreslagna åldersgränsen borde höjas till 25 år, bl.a. *Folkhälsomyndigheten*, *Stockholms läns landsting*, *Värmlands läns landsting*, *Sveriges Kommuner och Landsting* (SKL) och *Hallands läns landsting*. Dessa instanser hänvisar till SKL:s rekommendation om subventionering av preventivmedel för kvinnor till och med 25 år samt till att abortstatistiken visar att det sker flest aborter bland kvinnor i åldrarna 20–24 år. *Skåne läns landsting* anser att åldersgränsen bör sträcka sig till 26 år. *Folkhälsomyndigheten* framför dessutom att kvinnor i åldersgruppen 20–24 år många gånger har en lägre disponibel inkomst än tonåringar som ofta fortfarande bor hemma samt att personer i åldersgruppen 20–24 år har

fler sexuella kontakter. Myndigheten framför även att det är viktigt att följa upp effekterna av åtgärderna och att nödvändiga förutsättningar för detta säkerställs. Stockholms läns landsting anser att det uppdrag som ges E-hälsomyndigheten att utveckla en teknisk lösning bör utvecklas för att också fungera för de subventioner som landstingen ger för läkemedel. Värmlands läns landsting framför att en enhetlighet i subventionerna bör eftersträvas i den mån det går, att det skulle förenkla både för individer och för personal. Landstinget föreslår vidare att det bör göras en avvägning och ett förtydligande om huruvida fria preventivmedel ska göras tillgängliga för andra som vistas i Sverige som t.ex. asylsökande. Dessutom framför landstinget att preventivmedel kan förskrivas även av andra skäl än för att förhindra graviditet, t.ex. för endometriosis eller rikliga menstruationer och att det per ATC-kod klargörs vilka preventivmedel som är kostnadsfria för patienten. *Praktikertjänst* anför att det är viktigt att alla kvinnor får möjlighet att pröva sig fram och hitta det preventivmedel som fungerar bäst för just dem. De ser en risk med att de kvinnor som inte mår bra av just de preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna ändå kommer att behöva betala fullpris. *Praktikertjänst* anser även att den yngre gruppen har glömts bort i utredningen och önskar få specificerat vilka regler som gäller personer under 18 år. *Socialstyrelsen* konstaterar att promemorian inte resonerar kring frågan om att inkludera asylsökande m.fl. samt vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* välkomnar regeringens förslag att reformen begränsas till att innefatta preventivmedel som omfattas av läkemedelsförmånerna. *Läkemedelsverket* lyfter vilka eventuella effekter på kondom användning reformen skulle kunna medföra och relaterade risker för smittspridning och associerade hälsorisker. *Sveriges Läkarförbund* anför att eftersom förslaget ligger under landstingens nuvarande nivåer för subventioner av preventivmedel till unga finns en risk att landstingen anpassar sig till lagstiftningens lägsta krav, vilket skulle innebära en försämring för många. Det finns därför anledning att noga följa upp och säkerställa att lagstiftningsändringarna inte leder till en försämrad tillgång till subventionerade preventivmedel för unga jämfört med i dag. *Sveriges kvinnolobby* ser positivt på förslaget men efterfrågar dels mer forskning

om risker med hormonbaserade preventivmedel, dels ett mer kritiskt arbetssätt i förskrivningen. Det är viktigt att unga kvinnor informeras om eventuella risker och om alternativa preventivmedel. Det är också viktigt att det finns hormonfria alternativ att välja och att unga kvinnor uppmärksammas på de alternativen. *Östergötlands läns landsting* tillstyrker förslaget och anger att det kan ses som en förbättring för berörda personer. Landstinget tror dock inte att förslaget kommer att påverka de befintliga lokala preventivmedelssubventionerna runt om i landet. Om de lokala subventionerna behålls kommer landstingen och apoteksaktörerna även fortsättningsvis att få bära en stor administrativ börda för att hantera preventivmedelssubventionerna. För de unga borde logiken bakom olika avgiftsregler i åldersgruppen 21–25 år jämfört med till och med 20 år vara svårförståelig. *Umeå Kommun* anser att det krävs inkluderingar av flera sorters preventivmedel i subventionen för att bekämpa det tilltagande problemet med könssjukdomar. *Västra Götalands läns landsting* anser att det är önskvärt att subventionen också ska gälla för billigaste utbytbara produkt vid expeditionstillfället. Landstinget anser även att när preventivmedel förskrivs på annan indikation än antikonception, till exempel aknebehandling, bör dessa bekostas av patienten. Vanlig läkemedelssubvention bör tillämpas i dessa fall, vilket ställer krav på kommunikationen mellan förskrivare och apotek om vilken subvention som ska gälla. *Sveriges farmaceuter* anser att konsekvensanalysen borde ha inbegripit konsekvenser med avseende på apotekens it-system som ska hantera förslaget. Detta torde rendera i en viss kostnadsmassa för tillståndsinnehavare.

**Skälen för regeringens förslag:** Forskning visar att en av de viktigaste faktorerna för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga är subventionerade preventivmedel. De allra flesta av landstingen följer i dag Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) rekommendation om att subventionera preventivmedel för unga, men tillgången till preventivmedel är ändå olika beroende på vilket landsting personen tillhör. För att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter föreslår därför regeringen att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna ska vara kostnadsfria för unga under 21 år.

Många remissinstanser har haft synpunkter på den föreslagna åldersgränsen för kostnadsfria preventivmedel. Det har framförts att det är olyckligt att gränsen inte har satts vid 25 år i enlighet med SKL:s rekommendation om subvention av preventivmedel. Regeringen vill understryka att denna reform inte hindrar landstingen från att även fortsatt subventionera preventivmedel för unga upp till och med 25 år. Staten bekostar den del som rör kvinnor under 21 år och landstingen kan fortsätta subventionera preventivmedel för dem mellan 21 och 25 år. Reformen innebär att nationell likvärdighet säkerställs och en kostnadslättnad för landstingen som tidigare bekostat subventionen för hela gruppen 18–25 år. Anledningen till att regeringen valt den föreslagna åldergränsen är att försöka minska antalet tonårsaborter som, trots att de minskat över tid, ligger på den högsta nivån i jämförelse med de andra nordiska länderna.

Några remissinstanser har haft synpunkter på att förslaget enbart omfattar preventivmedel inom läkemedelsförmånerna. Anledningen till att det enbart är preventivmedel inom förmånerna som omfattas av förslaget är att om även preventivmedel utanför förmånerna skulle ingå skulle detta medföra att priskontrollen för preventivmedel släpps. De företag som framställer preventivmedel skulle inte längre ha incitament att ansöka hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om att få ingå i läkemedelsförmånerna och skulle dessutom ha möjlighet att höja priserna okontrollerat. Dessutom ingår de allra flesta nyare preventivmedel numera i läkemedelsförmånerna. Sammantaget innebär detta att regeringen bedömt att det enbart ska vara preventivmedel inom förmånerna som ska omfattas av förslaget.

En remissinstans, Praktikertjänst, har angett att personer under 18 år tycks ha glömts bort i förslaget och de önskar få specificerat vilka regler som gäller för dem. Den 1 januari 2016 blev läkemedel och andra varor inom förmånerna kostnadsfria för barn och unga under 18 år. I detta ingår även preventivmedel som ingår i förmånerna. Gruppen under 18 år är således redan omhändertagen genom reformen om kostnadsfria läkemedel för barn och unga under 18 år.

Några instanser har lyft frågan om att vissa preventivmedel skrivs ut i andra medicinska syften än födelsekontrollerande, såsom t.ex.

endometrios, rikliga menstruationer och akne. Remissinstanserna har anfört att det behöver tydliggöras vad som ska gälla i dessa fall. Regeringen vill med anledning av dessa synpunkter klargöra att det som styr kostnadsfriheten i denna reform är 18 § 1 lagen om läkemedelsförmåner m.m. där det anges att det ska röra sig om sådana varor som enbart förskrivs i födelsekontrollerande syfte.

När det gäller Socialstyrelsens och Värmlands läns landsting synpunkter att det bör göras en avvägning och resoneras kring huruvida fria preventivmedel ska göras tillgängliga för andra som vistas i Sverige som t.ex. asylsökande samt vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd konstaterar regeringen att dessa grupper är föremål för särskilda bestämmelser som innebär höga offentliga subventioner och låga grundavgifter för den enskilde.

I ett remissyttrande har anförts att konsekvensanalysen borde ha inbegripit konsekvenser med avseende på apotekens it-system som ska hantera förslaget. Regeringen konstaterar att apoteken kan komma att behöva anpassa sina expeditionssystem något med anledning av reformen. Bedömningen är dock att de anpassningar som kan behöva göras inte kommer att innebära några stora förändringar och således inte några stora kostnader.

Regeringen bedömer att effekterna på kondomvändningen kommer att vara begränsade med anledning av reformen. Läkemedelsverket lyfter detta och de relaterade riskerna för smittspridning och associerade hälsorisker som reformen kan medföra. Regeringen ser detta som en viktig och relevant fråga. Om en minskning av kondomvändningen observeras efter genomförandet av reformen, kan regeringen ha anledning att återkomma om detta.

Västra Götalands läns landsting anser att det är önskvärt att subventionen också ska gälla för billigaste utbytbara produkt vid expeditionstillfället. Landstinget anser även att när preventivmedel förskrivs på annan indikation än antikonception, till exempel aknebehandling, bör dessa bekostas av patienten. Vad gäller den första synpunkten från Västra Götalands läns landsting konstaterar regeringen att recept på preventivmedel som ingår i högkostnadsskyddet hanteras på samma sätt som läkemedel och kan således, om övriga förutsättningar är uppfyllda, bli föremål för utbyte. Vad avser den andra

synpunkten från landstinget framgår av lagen att det enbart är varor inom förmånerna som förskrivs i födelsekontrollerande syfte som ska vara kostnadsfria. Varor som förskrivs på annan indikation än antikonception omfattas således inte av kostnadsfriheten. Regeringen avser att förtydliga detta i författningskommentaren. Regeringen avser att en tid efter reformens genomförande göra en uppföljning av den, vilket är i linje med vad flera remissinstanser lyfter fram som betydelsefullt.

## Ikraftträdande

---

**Regeringens förslag:** Lagändringen som avser lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska träda i kraft den 1 januari 2017. Lagändringarna som avser lagen om statligt tandvårdsstöd ska träda i kraft den 1 januari 2017, den 1 januari 2018 respektive den 1 januari 2019.

---

**Promemorians förslag:** Överensstämmer inte med regeringens förslag när det gäller lagen om statligt tandvårdsstöd.

**Remissinstanserna:** Ingen av remissinstanserna har haft något att invända mot ikraftträdandet av förslaget om kostnadsfria preventivmedel inom förmånerna för personer under 21 år.

En klar majoritet av remissinstanserna har däremot haft synpunkter på tidpunkten för ikraftträdandet av förslaget om avgiftsfri tandvård för unga. Bland dem återfinns *SKL, Malmö Högskola Odontologiska Fakulteten, Västerbottens läns landsting, Värmlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Skåne läns landsting, Folk tandvårdsföreningen, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting, Uppsala läns landsting, Kalmar läns landsting, Jönköpings läns landsting* och *Hallands läns landsting*. Dessa remissinstanser framför att det skulle vara mer fördelaktigt om förslaget infördes i fler än två steg. Anledningen är att det nuvarande förslaget blir ofördelaktigt i förhållande till personer födda framför allt 1995. De som är födda år 1995 får avgiftsfri tandvård endast 2018, efter att ha varit berättigade till statligt tandvårdsstöd och eventuellt landstingens tandvårdsstöd under tre år. Året därpå, 2019, blir dessa individer åter betalande vuxna patienter och är då åter

berättigade till statligt tandvårdsstöd och eventuellt landstingens tandvårdsstöd. Remissinstanserna anser att det finns skäl att anta att många unga vuxna som är födda år 1995 kommer att avstå från tandvård mellan 20 och 22 års ålder i avvaktan på att tandvården blir avgiftsfri år 2018. Remissinstanserna anser att det kommer att uppstå ett uppdämt tandvårdsbehov som ska tillgodoses just det året samt även att många kommer att vilja få avgiftsfri undersökning under 2018, utan att det finns ett faktiskt behov. Remissinstanserna anför vidare att regeringens förslag skulle innebära att de som är födda år 1995 måste lista sig hos en vårdgivare för en period om högst ett år för att få ta del av den avgiftsfria tandvården för unga. Om kontakten tas sent under år 2018 blir perioden för avgiftsfri tandvård både tidsmässigt och ekonomiskt begränsad. Större behandlingar inom specialisttandvården blir svåra att påbörja och utföra. Promemorians förslag kommer också enligt remissinstanserna att medföra ökad administration för landstingen och vårdgivarna då många unga kommer att behöva skrivas in och ut i två olika system vid fler tillfällen med åtföljande kostnadsökningar.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen bedömer att remissinstansernas förslag att införa reformen om avgiftsfri tandvård för unga i tre steg i stället för i två steg medför bättre konsekvenser för vissa åldersgrupper. Regeringen instämmer i att detta skulle resultera i större tydlighet för patienten samtidigt som det skulle innebära en förenklad administrativ hantering för landstingen. Därför föreslår regeringen, som framgår under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, att tandvård för barn och unga ska erbjudas avgiftsfritt till och med det år de fyller 21 år (från och med den 1 januari 2017), till och med det år de fyller 22 år (från och med den 1 januari 2018) och slutligen till och med det år de fyller 23 år (från och med den 1 januari 2019). I konsekvens med detta görs ändringar i lagen om statligt tandvårdsstöd.

Vad avser reformen om kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år görs inga förändringar utifrån promemorians förslag.

Några övergångsbestämmelser anses inte nödvändiga.

### 4.8.3 Konsekvenser

#### Avgiftsfri tandvård för barn och unga vuxna

##### *Ekonomiska konsekvenser*

Kostnadsberäkningarna har utgått från antagandet att antalet besök till tandvården kommer att öka, både genom fler individer och fler besök per individ. Antaganden om att den tandvård som konsumeras kommer att vara dyrare, i och med att unga väljer åtgärder som kostar mer jämfört med om den unga själv står för kostnaden, har också gjorts. Dessa antaganden bygger på erfarenheter från Västra Götalands läns landsting där en höjning av åldersgränsen till 21 år infördes redan 2008. Antalet tandvårdsbesök ökade då med 46 procent. Givet detta har regeringen tagit höjd för att antalet besök kommer att öka med 50 procent och att de genomsnittliga tandvårdskostnaderna per besök kommer att öka med 20 procent i de kostnadsberäkningar som legat till grund för förslaget.

I det första steget 2017, när tandvård blir avgiftsfri för 20- och 21-åringar, bedöms reformen innebära ökade kostnader för landstingen med 276 miljoner kronor. Förslaget innebär en ny skyldighet för landstingen, vilket innebär att de bör kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Regleringen föreslås ske genom att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med 276 miljoner kronor 2017. Samtidigt innebär det en utgiftsminskning inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, med 43 miljoner gällande minskade kostnader för det allmänna tandvårdsbidraget. Nettokostnaden för staten 2017 blir därmed en ökning av kostnaderna med 233 miljoner kronor. I det andra steget, 2018, när tandvård blir avgiftsfri upp till och med 22 år, beräknas reformen kosta 417 miljoner kronor. Utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning* beräknas öka med 417 miljoner kronor. Det uppstår samtidigt en utgiftsminskning med 76 miljoner kronor inom utgiftsområde 9. Nettokostnadsökningen beräknas till 341 miljoner kronor. I det sista steget 2019, när tandvård blir avgiftsfri upp till och med 23 år, beräknas anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning* under utgiftsområde 25 öka med 576 miljoner. Utgiftsminskningen inom utgiftsområde 9 beräknas till 113 miljoner kronor.



Nettokostnadsökningen beräknas då till 463 miljoner kronor.

#### *En mer jämlik tandhälsa*

Ett antal faktorer har visat sig påverka besöksbenägenheten i tandvården, bl.a. den disponibla inkomsten och utbildningsnivån. Risken för uteblivna tandläkarbesök bland barn och unga ökar dessutom om familjen tar emot ekonomiskt bistånd och om ett barn lever med en ensamstående förälder, av vilka långt fler är kvinnor än män. Den föreslagna reformen skulle därmed få positiva effekter för en jämlik tandhälsa.

#### **Kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år**

##### *Den kommunala självstyrelsen*

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av detta analyseras. I denna promemoria finns förslag som innebär ett utvidgat åtagande för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Det utvidgade åtagandet innebär en skyldighet för landstingen att finansiera egenavgifterna för preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna till personer som är under 21 år.

Eftersom alla landsting redan i dag kraftigt subventionerar preventivmedel till unga bedöms förslaget medföra endast en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Ett mindre ingripande i den kommunala självstyrelsen skulle vara om staten ersätter apoteken direkt för uteblivna egenavgifter. Detta skulle dock kräva dubbla ersättningssystem.

Vikten av att tillförsäkra personer under 21 år tillgång till kostnadsfria preventivmedel bedöms väga över den marginella inskränkning som förslaget innebär och det bedöms därför vara proportionellt och godtagbart.

##### *Ekonomiska konsekvenser*

Kostnaderna för läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna betalas till största delen av landstingen, som i sin tur ersätts av staten genom statsbidraget för läkemedelsförmånerna (utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna*). År 2015 uppgick bidraget till ca 22,5 miljarder kronor.

Reformen berör de cirka 160 000 kvinnorna som är mellan 18–20 år. Kostnaden för reformen är beräknad utifrån aktuella data på inbetalda egenavgifter för preventivmedel till personer i åldersgruppen. Viss hänsyn har tagits till att reformen antas leda till en ökad användning och till att vissa personer kanske byter till ett preventivmedel som omfattas av reformen. Givet detta beräknas kostnaderna för reformen bli 27 miljoner kronor per år. Staten bör kompensera landstingen för detta via statsbidraget för läkemedelsförmånerna.

##### *Konsekvenser för myndigheter*

E-hälsomyndigheten berörs av förslaget. En teknisk lösning för att identifiera preventivmedel vid försäljningstillfället behöver utvecklas. En sådan ny teknisk lösning kräver förändringar av system, både hos myndigheten och hos apoteksaktörerna. Den lösning som togs fram i samband med reformen för kostnadsfria läkemedel för barn och unga kan inte återanvändas för kostnadsfria preventivmedel för unga upp till 21, eftersom den lösningen enbart känner av en patients ålder. E-hälsomyndigheten har därför sett över och utvecklat en sådan lösning som följer av denna reform.

##### *Företagen*

De företag som tillverkar preventivmedel som omfattas av läkemedelsförmånerna kan få en positiv försäljningseffekt om förslaget genomförs. Reformen kan förväntas leda till en ökad användning av preventivmedel och vissa personer kanske byter till ett preventivmedel som omfattas av läkemedelsförmånerna. Apoteken kan även komma att behöva anpassa sina expeditionssystem.

##### *Miljön*

Reformen skulle kunna leda till att fler unga hämtar ut preventivmedel som de sedan inte kommer att använda. Oanvända läkemedel som exempelvis spolats ned i toaletten är inte bra för miljön. Bedömningen är dock att detta kommer att ske i en begränsad omfattning. Då det krävs recept från läkare eller barnmorska för att få tillgång till preventivmedel som omfattas av reformen får syftet antas vara att uthämtade läkemedel också används.

*Jämlikhet och jämställdhet*

Reformen som innebär kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år är ur ett könsperspektiv neutral i sin utformning. För närvarande finns det dock inga preventivmedel för män inom läkemedelsförmånerna, vilket innebär att förslaget i praktiken enbart avser preventivmedel till kvinnor. Reformen kommer därmed enbart att få direkt betydelse för kvinnor. Ett av syftena med reformen är att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa. Som ovan nämnts förekommer oplanerade graviditeter i större utsträckning bland personer som lever i sämre socioekonomiska förhållanden. Genom att förebygga negativa följdverkningar av oönskade graviditeter och upprepade aborter kan förslaget ha en positiv effekt på jämlikhet och jämställdhet mellan kvinnor och män.

**4.8.4 Författningskommentar****Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.****19 §**

Ett nytt *andra stycke* införs som innebär att varor för vilka det med stöd av 18 kap. 2 § läkemedelslagen (2015:315) har föreskrivits att läkemedelslagen helt eller delvis ska gälla och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år. Samma varor som förskrivs i andra syften omfattas inte av kostnadsfriheten.

*Tredje stycket* motsvarar det tidigare andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 4.8.2.

*Ikraftträdandebestämmelse*

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

**Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd****1 kap. 4 §**

I paragrafens *första mening*, som rör när statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder, ändras åldern från 20 år till 22 år. Ändringen är en konsekvens av en ändring i 7 § 1 tandvårdslagen (1985:125). Paragrafen ändras även genom

att åldern i hänvisningen till 7 § 1 och 15 a § tandvårdslagen höjs från 19 år till 21 år.

Paragrafen har utformats i enlighet med Lagrådets synpunkter.

Övervägandena finns i avsnitt 4.8.2.

*Ikraftträdandebestämmelse*

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

**Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd****1 kap. 4 §**

I paragrafens *första mening* ändras åldern från 22 år till 23 år. Ändringen korresponderar med en ändring i 7 § 1 tandvårdslagen (1985:125) som rör folktandvårdens ansvar för avgiftsfri tandvård för barn och unga vuxna. I paragrafens andra mening ändras i hänvisningen till 7 § 1 och 15 a § tandvårdslagen genom att åldern höjs från 21 år till 22 år.

Övervägandena finns i avsnitt 4.8.2.

*Ikraftträdandebestämmelse*

Lagen träder i kraft den 1 januari 2018.

**Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd****1 kap. 4 §**

I paragrafens *första mening* ändras åldern från 23 år till 24 år. Ändringen korresponderar med en ändring i 7 § 1 tandvårdslagen (1985:125) som rör folktandvårdens ansvar för tandvård för barn och unga. I paragrafens andra mening ändras i hänvisningen till 7 § 1 och 15 a § tandvårdslagen genom att åldern höjs från 22 år till 23 år.

Övervägandena finns i avsnitt 4.8.2.

*Ikraftträdandebestämmelse*

Lagen träder i kraft den 1 januari 2019.

## 4.9 Budgetförslag

### 4.9.1 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

**Tabell 4.5 Anslagsutveckling 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys**

Tusental kronor

| År          | Utfall         |                     | Anslags-sparande |        |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2015        | Utfall         | 30 019              |                  | 2 568  |
| 2016        | Anslag         | 34 000 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 34 453 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>34 885</b>       |                  |        |
| 2018        | Beräknat       | 35 436 <sup>2</sup> |                  |        |
| 2019        | Beräknat       | 36 113 <sup>3</sup> |                  |        |
| 2020        | Beräknat       | 36 920 <sup>4</sup> |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 34 887 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 34 887 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 34 887 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 7 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 4.6 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys**

Tusental kronor

|   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>           | <b>34 000</b> | <b>34 000</b> | <b>34 000</b> | <b>34 000</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |               |               |               |               |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 889           | 1 438         | 2 115         | 2 922         |
| Beslut                                    | -4            | -2            | -2            | -2            |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |               |               |               |               |
| Övrigt                                    |               |               |               |               |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>34 885</b> | <b>35 436</b> | <b>36 113</b> | <b>36 920</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 34 885 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 35 436 000 kronor, 36 113 000 kronor respektive 36 920 000 kronor.

### 4.9.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

**Tabell 4.7 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering**

Tusental kronor

| År          | Utfall         |                     | Anslags-sparande |        |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2015        | Utfall         | 63 766              |                  | 4 456  |
| 2016        | Anslag         | 79 713 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 80 420 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>81 560</b>       |                  |        |
| 2018        | Beräknat       | 82 961 <sup>2</sup> |                  |        |
| 2019        | Beräknat       | 84 699 <sup>3</sup> |                  |        |
| 2020        | Beräknat       | 86 452 <sup>4</sup> |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 81 402 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 81 402 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 81 278 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Anslaget ökades med 3 miljoner kronor årligen 2015 och 2016 för myndighetens uppgift att sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdomar. För 2017–2020 beräknas motsvarande nivå. Finansiering sker från anslaget 2:2 *Inspektionen för socialförsäkringen* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Anslaget minskas med 30 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 4.8 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering**

Tusental kronor

|   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>           | <b>79 713</b> | <b>79 713</b> | <b>79 713</b> | <b>79 713</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |               |               |               |               |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 1 872         | 3 434         | 5 176         | 7 065         |
| Beslut                                    | -25           | -186          | -190          | -326          |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |               |               |               |               |
| Övrigt                                    |               |               |               |               |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>81 560</b> | <b>82 961</b> | <b>84 699</b> | <b>86 452</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 81 560 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 82 961 000 kronor, 84 699 000 kronor respektive 86 452 000 kronor.

#### 4.9.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

**Tabell 4.9 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | Anslags-<br>sparande | Utgifts-<br>prognos |
|-------------|----------------|----------------------|---------------------|
| 2015        | 128 396        | 973                  |                     |
| 2016        | Anslag         | 139 203 <sup>1</sup> | 138 163             |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>140 964</b>       |                     |
| 2018        | Beräknat       | 143 658 <sup>2</sup> |                     |
| 2019        | Beräknat       | 146 624 <sup>3</sup> |                     |
| 2020        | Beräknat       | 149 804 <sup>4</sup> |                     |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 140 973 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 140 973 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 140 973 tkr i 2017 års prisnivå

#### Ändamål

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

#### Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 27 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 4.10 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tusental kronor

|   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>           | <b>139 203</b> | <b>139 203</b> | <b>139 203</b> | <b>139 203</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |                |                |                |                |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 1 782          | 4 467          | 7 434          | 10 614         |
| Beslut                                    | -21            | -12            | -13            | -13            |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |                |                |                |                |
| Övrigt                                    |                |                |                |                |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>140 964</b> | <b>143 658</b> | <b>146 624</b> | <b>149 804</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 140 964 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 143 658 000 kronor, 146 624 000 kronor respektive 149 804 000 kronor.

#### 4.9.4 1:4 Tandvårdsförmåner

**Tabell 4.11 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | Anslags-<br>sparande   | Utgifts-<br>prognos |
|-------------|----------------|------------------------|---------------------|
| 2015        | 5 271 023      | 514 487                |                     |
| 2016        | Anslag         | 5 617 003 <sup>1</sup> | 5 522 398           |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>5 747 835</b>       |                     |
| 2018        | Beräknat       | 6 011 347              |                     |
| 2019        | Beräknat       | 6 222 184              |                     |
| 2020        | Beräknat       | 6 486 853              |                     |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### 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

Anslagssparandet uppgick till 514 miljoner kronor 2015. Anslagssparandet drogs in vid årskiftet 2015/16. Jämfört med anvisade medel 2016 beräknas utgifterna bli ca 95 miljoner kronor lägre, vilket innebär ett anslagssparande även 2016. Avvikelsen beror främst på att efterfrågan beräknas bli lägre än den bedömning som gjordes i budgetpropositionen för 2016.

Regeringen föreslår att tandvård stegvis ska komma att erbjudas avgiftsfritt för unga vuxna t.o.m. det år de fyller 21 år, 22 år respektive 23 år (avsnitt 4.8 samt utg.omr. 25 Allmänna bidrag till kommuner). Regeringen föreslår vidare att statligt tandvårdsstöd ska få lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs fr.o.m. det år patienten fyller 22 år, 23 år respektive 24 år. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2017, den 1 januari 2018 respektive den 1 januari 2019. Mot bakgrund av ändringarna föreslås att anslaget minskas med 43 miljoner kronor 2017 samt beräknas minskas med 76 miljoner kronor 2018 och 113 miljoner kronor per år fr.o.m. 2019. Finansiering av reformen i sin helhet regleras inom anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

Anslagsnivån för 2017 och framåt revideras jämfört med anvisade medel 2016 eftersom detta anslag är av en anslagstyp vars nivå anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år. Utgiftsutvecklingen för anslaget är främst beroende av ersättningsnivåer och antal personer som besöker tandvården. Anslaget beräknas öka successivt under prognosperioden vilket främst förklaras av en kombination av befolknings- och prisökningar. Dessa ökningar redovisas på volymraden i tabell 4.12.

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) för personer mellan 65 och 74 år höjs fr.o.m. den 1 juli 2017 från 150 till 300 kronor per år. Anslaget föreslås mot denna bakgrund öka med 50 miljoner kronor 2017. Därefter beräknas anslaget öka med 100 miljoner kronor per år.

**Tabell 4.12 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:4 Tandvårdsförmåner**

| Tusental kronor                         |                  |                  |                  |                  |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
|   | 2017             | 2018             | 2019             | 2020             |
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>         | <b>5 617 003</b> | <b>5 617 003</b> | <b>5 617 003</b> | <b>5 617 003</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>        |                  |                  |                  |                  |
| Beslut                                  | 7 000            | 34 000           | -3 000           | -3 000           |
| Övriga makro-ekonomiska förutsättningar |                  |                  |                  |                  |
| Volymer                                 | 123 832          | 360 344          | 608 181          | 872 850          |
| Överföring till/från andra anslag       |                  |                  |                  |                  |
| Övrigt                                  |                  |                  |                  |                  |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>          | <b>5 747 835</b> | <b>6 011 347</b> | <b>6 222 184</b> | <b>6 486 853</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 5 747 835 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 6 011 347 000 kronor, 6 222 184 000 kronor respektive 6 486 853 000 kronor.

### 4.9.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

**Tabell 4.13 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

| Tusental kronor |                |                         |                  |            |
|-----------------|----------------|-------------------------|------------------|------------|
| År              | Typ            | Belopp                  | Ändring          | Belopp     |
| 2015            | Utfall         | 24 468 582              | Anslags-sparande | -2 134 763 |
| 2016            | Anslag         | 23 997 988 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 22 071 294 |
| <b>2017</b>     | <b>Förslag</b> | <b>24 049 736</b>       |                  |            |
| 2018            | Beräknat       | 23 825 000              |                  |            |
| 2019            | Beräknat       | 23 825 000              |                  |            |
| 2020            | Beräknat       | 23 825 000              |                  |            |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 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 läkemedelsförmånerna. Syftet är att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Anslaget får även användas för att er-

sätta landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för vissa kostnader inom läkemedelsområdet som inte ingår i läkemedelsförmånerna.

### Regeringens överväganden

Under 2015 utbetalades 24,47 miljarder kronor till landstingen för deras kostnader för läkemedelsförmånerna dels som en följd av överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. 2015, dels på grund av att en månads utbetalning till landstingen tidigare lades och utbetalades under 2015 i stället för under 2016. Den tidigare lagda utbetalningen innebär att anslaget anslagskredit användes och anslaget fick ett negativt ingående överföringsbelopp 2016 på 2,1 miljarder kronor. I överenskommelsen mellan staten och landstingen fanns en vinst- och förlustdelningsmodell som innebär att om kostnaderna över eller understeg det bidragsbelopp som staten och SKL kommit överens om med mer än 3 procent så skulle parterna dela lika på det överstigande beloppet. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna 2015 blev högre än överenskommets belopp vilket innebär att staten, som en följd av vinst- och förlustdelningsmodellen i överenskommelsen för 2015, har utbetalat ytterligare 304 miljoner kronor i bidrag till landstingen under 2016.

I samband med propositionen Vårändringsbudget för 2016 (prop. 2015/16:99, bet. 2015/16:FiU21, rskr. 2015/16:310) ökades anslaget med drygt 1,8 miljarder kronor för att bl.a. möjliggöra en överenskommelse med SKL. I juni 2016 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. för 2016. Överenskommelsen innebär att statens bidrag till landstingen för deras kostnader 2016 uppgår till 23,935 miljarder kronor. I detta belopp ingår ett bidrag om 865 miljoner kronor för läkemedel för behandling av hepatit C. Därutöver får landstingen ett bidrag för ett antal kostnadsposter som inte heller ingår i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. I överenskommelsen uppgår detta belopp till 1,62 miljarder kronor. Bidraget till landstingen från anslaget utbetalas med två

månaders fördröjning, vilket medför att överenskommet belopp och anslagsbelopp skiljer sig åt.

För 2017 finns ännu ingen överenskommelse med SKL. Regeringen bedömer dock att anslaget bör uppgå till ungefär samma nivå som avtalet för 2016.

**Tabell 4.14 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna**

*Tusental kronor*

|                                   | 2017              | 2018              | 2019              | 2020              |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>   | <b>22 173 558</b> | <b>22 173 558</b> | <b>22 173 558</b> | <b>22 173 558</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |                   |                   |                   |                   |
| Beslut                            | 1 876 178         | 1 651 442         | 1 651 442         | 1 651 442         |
| Överföring till/från andra anslag |                   |                   |                   |                   |
| Övrigt                            |                   |                   |                   |                   |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>24 049 736</b> | <b>23 825 000</b> | <b>23 825 000</b> | <b>23 825 000</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 24 049 736 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 23 825 000 000 kronor respektive år.

### 4.9.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

**Tabell 4.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

*Tusental kronor*

| År          | Typ            | Belopp                       | Anslags-sparande | Utgifts-prognos |
|-------------|----------------|------------------------------|------------------|-----------------|
| 2015        | Utfall         | 1 257 079                    | 200 450          |                 |
| 2016        | Anslag         | 3 753 019 <sup>1</sup>       |                  | 3 654 579       |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>2 729 286<sup>2</sup></b> |                  |                 |
| 2018        | Beräknat       | 2 629 286                    |                  |                 |
| 2019        | Beräknat       | 2 121 286                    |                  |                 |
| 2020        | Beräknat       | 1 591 286                    |                  |                 |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Den beräknade statliga ålderspensionsavgiften för 2017 uppgår till 187 tkr. Beloppet består av en preliminär avgift om 393 tkr för 2017 samt regleringsbelopp för 2014 om -206 tkr.

## Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård.

Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare.

Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Anslaget får dessutom användas till bidrag till nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci.

Medel på anslaget får också användas för ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix. Anslaget får även användas till beredskapslager av antivirala läkemedel. 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 har använts.

## Beredskapsinvesteringar

---

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2017 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 350 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

Regeringen bemyndigas att under 2017 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret som inklusive tidigare gjord upplåning uppgår till högst 100 000 000 kronor för beredskapsinvesteringar.

---

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis behövs låneramar i samma storlek som tidigare fastställts, för att ha en beredskap om det inträffar allvarliga händelser som medför att materiel behöver införskaffas. Det kan t.ex. avse tillgång till läkemedel för att förhindra utbrott av smittsamma sjukdomar eller annan hälso- och sjukvårdsutrustning. Utifrån sitt ansvarsområde behöver Folkhälsomyndigheten en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar som t.ex. influensapandemier. Socialstyrelsen behöver en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera allvarliga händelser som kan medföra konsekvenser för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Utöver de beredskapsinvesteringar som tidigare genomförts och som finansieras med lån i Riksgäldskontoret beräknar myndigheterna att genomföra nya investeringar för perioden 2017–2019. Folkhälsomyndighetens beräknade beredskapsinvesteringar för perioden är cirka 60 miljoner kronor och Socialstyrelsens cirka 6 miljoner kronor.

## Regeringens överväganden

Under de senaste åren har ett antal insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet påbörjats. Flera av insatserna är långsiktiga åtaganden som kommer att kräva finansiering även under 2017 och framåt. Däribland kan nämnas insatser för cancervård, kvinnors hälsa och förlossningsvård samt professionsmiljarden. Regeringens avsikt är att

påbörjade åtaganden ska fullföljas med finansiering under 2017.

För 2014 och 2015 ökades anslaget med 50 miljoner kronor respektive 100 miljoner kronor för insatser avseende långvariga eller kroniska sjukdomar. För 2016 ökades anslaget med 150 miljoner kronor för samma ändamål. Motsvarande belopp beräknas uppgå till 150 miljoner kronor 2017 och 50 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018 för detta ändamål.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen lagerhåller på regeringens uppdrag läkemedel och sjukvårdsmateriel för att stödja landstingen med beredskap inför en allvarlig händelse eller kris. Lagren innehåller värdemässigt till största delen antivirala läkemedel att användas vid pandemisk spridning av influensa. Lagren har hittills huvudsakligen finansierats med medel från anslaget 2:4 *Krisberedskap* under utgiftsområde 6 Försvar och samhällets krisberedskap. I samband med budgetpropositionen för 2010 ändrades villkoren för det anslaget och finansieringen stämmer därmed inte längre överens med anslagets ändamål. Genom anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* finansieras liknande verksamhet, bl.a. beredskapsläkemedel. För att säkerställa den fortsatta finansieringen av lagren överförs sedan 2015 medel från anslaget 2:4 *Krisberedskap* under utgiftsområde 6 till detta anslag. För 2016 tillfördes anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* 46 miljoner kronor. Från 2017 görs en permanent överföring om 24 miljoner kronor per år från anslag 2:4 *Krisberedskap* under utgiftsområde 6. För 2017 föreslås därför 24 miljoner kronor avsättas inom anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för detta ändamål. För 2018 och framåt beräknas 24 miljoner kronor per år.

Under perioden 2014–2016 har det inom anslaget avsatts 8 miljoner kronor per år för att stödja genomförandet av den nya patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015. Satsningen avslutas 2016 och anslaget minskas därmed med 8 miljoner kronor 2017.

Under 2015 och 2016 ökades anslaget med 500 miljoner kronor för insatser inom cancer vården. För detta ändamål föreslås 500 miljoner kronor 2017 och för 2018 beräknas 500 miljoner kronor.

Anslaget ökades med 200 miljoner kronor 2015 och 400 miljoner kronor 2016 för insatser som rör förlösningssvård och kvinnors hälsa. För 2017 föreslås 400 miljoner kronor för mot-

svarande verksamhet och för 2018–2019 beräknas 400 miljoner kronor per år.

Anslaget ökades med 130 miljoner kronor 2016 för en riktad primärvårdssatsning med fokus på kvinnor. För 2017 föreslås 130 miljoner kronor för samma ändamål. Motsvarande belopp beräknas till 130 miljoner kronor per år 2018 och 2019.

Anslaget ökades engångsvis 2016 med 1 miljard kronor för att möjliggöra särskilt angelägna insatser i hälso- och sjukvården.

**Tabell 4.16 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård**

|                                   | Tusental kronor  |                  |                  |                  |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                   | 2017             | 2018             | 2019             | 2020             |
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>   | <b>3 753 019</b> | <b>3 753 019</b> | <b>3 753 019</b> | <b>3 753 019</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |                  |                  |                  |                  |
| Beslut                            | -1 022 000       | -1 122 000       | -1 630 000       | -2 160 000       |
| Överföring till/från andra anslag | 567              | 567              | 567              | 567              |
| Övrigt                            | -2 300           | -2 300           | -2 300           | -2 300           |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>2 729 286</b> | <b>2 629 286</b> | <b>2 121 286</b> | <b>1 591 286</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 729 286 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 2 629 286 000 kronor, 2 121 286 000 kronor respektive 1 591 286 000 kronor.

#### 4.9.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

**Tabell 4.17 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

| Tusental kronor |                |                      |                  |         |
|-----------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2015            | Utfall         | 456 752              | Anslags-sparande | 154 783 |
| 2016            | Anslag         | 503 094 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 476 515 |
| <b>2017</b>     | <b>Förslag</b> | <b>485 476</b>       |                  |         |
| 2018            | Beräknat       | 492 527              |                  |         |
| 2019            | Beräknat       | 499 758              |                  |         |
| 2020            | Beräknat       | 507 172              |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 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) nr 883/2004 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, gällande överenskommelser om social trygghet som Sverige tecknat med andra länder samt för sådan övrig vård som Sverige vid tillämpning av EU-rätten är skyldigt att erbjuda.

## Kompletterande information

Kostnader för sjukvård i internationella förhållanden är en följd av det svenska EU-medlemskapet och till de avtal om sjukvård som Sverige tecknat med andra länder. Vilka ersättningar som Försäkringskassan genom ovan nämnda åtaganden ska utge till landstingen för tillhandahållen vård framgår bl.a. i förordningen (2013:711) om ersättningar för vissa kostnader för gränsöverskridande vård.

## Regeringens överväganden

Anslaget är svårt att prognostisera eftersom utgifterna på anslaget bestäms av faktorer som till övervägande del är svåra att påverka eller förutse. Utgifterna beror av människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Det finns också administrativa förhållanden, som eftersläpning i debiteringen från andra länder för turist- och pensionärvården, som bidrar till osäkerheten i prognoserna för vård i internationella förhållanden.

Landstingen och kommunerna har sedan den 1 oktober 2013 kostnadsansvar för vissa ersättningar för gränsöverskridande vård. Kostnadsansvaret täcker ersättningar 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. Skälet till att kostnadsansvaret flyttades över till kommuner och landsting från

staten var att det s.k. patientrörlighetsdirektivet genomfördes i svensk rätt.

Sedan kostnadsansvaret flyttades över från staten, har utgifterna på anslaget sjunkit, och regeringen ser därför ett behov av att sänka anslagsnivån.

I enlighet med vad som angavs i budgetpropositionen för 2014 (prop. 2013/14:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.11.7) flyttades därför 93 miljoner kronor från anslag 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg till anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämnning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner och för 2015 flyttas 162 miljoner kronor över på motsvarande sätt. Flytten av medel kommer att ske successivt på grund av en viss fördröjning i utgifterna, så att 222 miljoner kronor flyttades över 2016 medan 262 miljoner kronor flyttas över 2017 och 2018.

**Tabell 4.18 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden**

Tusental kronor

|  | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>        | <b>503 094</b> | <b>503 094</b> | <b>503 094</b> | <b>503 094</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>       |                |                |                |                |
| Beslut                                 | -40 000        | -40 000        | -40 000        | -40 000        |
| Övriga makroekonomiska förutsättningar | 10 773         | 7 773          | 7 766          | 7 808          |
| Volym                                  | 11 609         | 21 660         | 28 898         | 36 270         |
| Överföring till/från andra anslag      |                |                |                |                |
| Övrigt                                 |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>         | <b>485 476</b> | <b>492 527</b> | <b>499 758</b> | <b>507 172</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 485 476 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 492 527 000 kronor, 499 758 000 kronor respektive 507 172 000 kronor.

#### 4.9.8 1:8 Bidrag till psykiatri

**Tabell 4.19 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

| År          | Slagslag       | Belopp                 | År | Slagslag         | Belopp    |
|-------------|----------------|------------------------|----|------------------|-----------|
| 2015        | Utfall         | 818 848                |    | Anslags-sparande | 23 045    |
| 2016        | Anslag         | 1 080 893 <sup>1</sup> |    | Utgifts-prognos  | 1 061 829 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>1 108 993</b>       |    |                  |           |
| 2018        | Beräknat       | 1 117 993              |    |                  |           |
| 2019        | Beräknat       | 1 122 993              |    |                  |           |
| 2020        | Beräknat       | 843 893                |    |                  |           |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 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).

#### Regeringens överväganden

För att möta den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år ökades anslaget med 280 miljoner kronor år 2016. Ökningen kvarstår för 2017 till 2019 då satsningen avslutas.

Kammarkollegiet fick 2015 en permanent ökning av sitt förvaltningsanslag med 2 750 000 kronor för att hantera ansökningar om statlig ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering. Lagen om statlig ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering (2016:417) trädde i kraft i juli 2016. Cirka 450 ärenden förs över från Läke-medelsförsäkringen till Kammarkollegiet. Det är drygt 100 ärenden fler än vad som beräknades när medel tillfördes myndig-hetens förvaltningsanslag 2015. Dessutom har utbudet av medicinska rådgivare ökat, vilket möjliggör snabbare handläggning av ärendena än vad som tidigare förutsetts. Att det har blivit fler ärenden och att tillgången till medicinska råd-

givare har ökat gör att Kammarkollegiet behöver ytterligare medel till sin handläggning av de aktuella ärendena. Anslaget 1:2 *Kammarkollegiet* inom utgiftsområde 2 Samhällsekonomi och finansförvaltning föreslås öka med 900 000 kronor 2017 samt beräknas öka med 900 000 kronor 2018 och 900 000 kronor 2019. Anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* beräknas minska med motsvarande belopp.

Anslaget 13:1 *Stöd till idrotten* inom utgifts-område 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid föreslås öka med 7,5 miljoner kronor 2017 för insatser för att öka sysselsättningen. Finan-siering sker från anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* inom utgifts-område 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg föreslås öka med 3 000 000 kronor 2017. Detta anslag föreslås minska med 1 500 000 kronor som en delfinansiering.

Anslaget föreslås öka med 40 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med 40 miljoner kronor 2018–2020 för att motverka psykisk ohälsa i gruppen asylsökande och nyanlända.

**Tabell 4.20 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:8 Bidrag till psykiatri**

Tusental kronor

|                                   | 2017             | 2018             | 2019             | 2020             |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>   | <b>1 080 893</b> | <b>1 080 893</b> | <b>1 080 893</b> | <b>1 080 893</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |                  |                  |                  |                  |
| Beslut                            | 28 100           | 37 100           | 42 100           | -237 000         |
| Överföring till/från andra anslag |                  |                  |                  |                  |
| Övrigt                            |                  |                  |                  |                  |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>1 108 993</b> | <b>1 117 993</b> | <b>1 122 993</b> | <b>843 893</b>   |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 1 108 993 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 1 117 993 000 kronor, 1 122 993 000 kronor respektive 843 893 000 kronor.

#### 4.9.9 1:9 Läkemedelsverket

**Tabell 4.21 Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket**

| Tusental kronor |                |                      |                      |         |
|-----------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2015            | Utfall         | 122 066              | Anslags-<br>sparande | 3 622   |
| 2016            | Anslag         | 131 485 <sup>1</sup> | Utgifts-<br>prognos  | 132 658 |
| <b>2017</b>     | <b>Förslag</b> | <b>132 018</b>       |                      |         |
| 2018            | Beräknat       | 134 963 <sup>2</sup> |                      |         |
| 2019            | Beräknat       | 138 028 <sup>3</sup> |                      |         |
| 2020            | Beräknat       | 141 100 <sup>4</sup> |                      |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 132 100 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 132 181 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 132 258 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket 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 områden för kosmetika, medicinteknik, och avancerade terapier, samt
- utökade ansvarsområden som ålagts Läkemedelsverket efter apoteksomregleringen.

#### Regeringens överväganden

Anslaget minskas med 169 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 4.22 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:9 Läkemedelsverket**

| Tusental kronor                           |                |                |                |                |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
|   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>           | <b>131 485</b> | <b>131 485</b> | <b>131 485</b> | <b>131 485</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |                |                |                |                |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 2 305          | 5 205          | 8 224          | 11 249         |
| Beslut                                    | -169           | -173           | -176           | -180           |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |                |                |                |                |
| Övrigt                                    | -1 603         | -1 555         | -1 504         | -1 454         |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>132 018</b> | <b>134 963</b> | <b>138 028</b> | <b>141 100</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 132 018 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 134 963 000 kronor, 138 028 000 kronor respektive 141 100 000 kronor.

#### 4.9.10 1:10 E-hälsomyndigheten

**Tabell 4.23 Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten**

| Tusental kronor |                |                      |                      |         |
|-----------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2015            | Utfall         | 78 402               | Anslags-<br>sparande | 39 267  |
| 2016            | Anslag         | 119 189 <sup>1</sup> | Utgifts-<br>prognos  | 120 852 |
| <b>2017</b>     | <b>Förslag</b> | <b>144 051</b>       |                      |         |
| 2018            | Beräknat       | 145 883 <sup>2</sup> |                      |         |
| 2019            | Beräknat       | 117 530 <sup>3</sup> |                      |         |
| 2020            | Beräknat       | 120 197 <sup>4</sup> |                      |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 144 055 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 114 055 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 114 056 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för E-hälsomyndighetens förvaltningskostnader. Anslaget får även användas för de merkostnader som uppkommer till följd av E-hälsomyndighetens omlokalisering till Kalmar.

**Budget för avgiftsbelagd verksamhet****Tabell 4.24 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

| Offentlig-rättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|-------------------------------|--|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015                   |  | 176 000                     | 163 000   | 13 000                      |
| Prognos 2016                  |  | 180 000                     | 181 000   | -1 000                      |
| Budget 2017                   |  | 180 000                     | 183 000   | -3 000                      |

Intäkterna som avser offentligrättslig verksamhet tas ut via avgifter enligt lagen (1996:1156) om receptregister, lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning samt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Myndigheten disponerar intäkterna från verksamheten.

**Tabell 4.25 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet    | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|-----------------------|----------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015           | 33 000   | 44 000    | -11 000                     |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |
| Prognos 2016          | 25 000   | 39 000    | -14 000                     |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |
| Budget 2017           | 40 300   | 45 200    | -4 900                      |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |

Intäkterna som avser uppdragsverksamhet regleras främst i myndighetens instruktion. Det rör bl.a. granskning av elektroniska system som ska ansluta till myndighetens register, teknisk drift av register över motgifter (antidoter) och tillhandahållande av en teknisk plattform för uppgifter om läkemedel och andra varor som lands- och subventionerar utöver läkemedelsförmånerna.

**Regeringens överväganden**

Anslaget föreslås öka med 30 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med 30 miljoner kronor 2018 för att finansiera merkostnader som uppstår av regeringens beslut att omlokalisera delar av myndighetens verksamhet från Stockholm till Kalmar.

I samband med budgetproposition för 2016 ökades anslaget med 5 miljoner kronor engångsvis mot bakgrund dels av att barn och unga under 18 år har rätt till receptbelagda läkemedel kostnadsfritt från och med den 1 januari 2016, dels att personer under 21 år ska erbjudas kostnadsfria preventivmedel från och med den 1 januari 2017. Reformerna föranledde ökade kostnader för myndigheten eftersom det fanns behov av ändringar i E-hälsomyndighetens it-system. Den tillfälliga anslagsökningen medför att anslaget minskar med 5 miljoner kronor 2017.

Anslaget minskar med 214 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 4.26 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:10 E-hälsomyndigheten**

Tusental kronor

|                                      | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>      | <b>119 189</b> | <b>119 189</b> | <b>119 189</b> | <b>119 189</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>     |                |                |                |                |
| Pris- och löneomräkning <sup>2</sup> | 725            | 2 246          | 4 378          | 7 182          |
| <b>Beslut</b>                        | <b>24 704</b>  | <b>25 022</b>  | <b>-5 452</b>  | <b>-5 576</b>  |
| Överföring till/från andra anslag    | -567           | -574           | -584           | -598           |
| Övrigt                               |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>       | <b>144 051</b> | <b>145 883</b> | <b>117 530</b> | <b>120 197</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 144 051 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 E-hälsomyndigheten för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 145 883 000 kronor, 117 530 000 kronor respektive 120 197 000 kronor.

#### 4.9.11 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler

**Tabell 4.27 Anslagsutveckling 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | 74 000              | Anslags-sparande | 0      |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2015        | Utfall         | 74 000              | Anslags-sparande | 0      |
| 2016        | Anslag         | 74 000 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 74 000 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>74 000</b>       |                  |        |
| 2018        | Beräknat       | 0                   |                  |        |
| 2019        | Beräknat       | 0                   |                  |        |
| 2020        | Beräknat       | 0                   |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 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 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Resterande medel utbetalas via detta anslag.

**Tabell 4.28 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 1:11 Bidrag för mänskliga vävnader och celler**

Tusental kronor

|                                   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016<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                            |               | -74 000       | -74 000       | -74 000       |
| Överföring till/från andra anslag |               |               |               |               |
| Övrigt                            |               |               |               |               |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>74 000</b> | <b>0</b>      | <b>0</b>      | <b>0</b>      |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 74 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Bidrag för mänskliga vävnader och celler* för 2017.

#### 4.9.12 8:1 Socialstyrelsen

**Tabell 4.29 Anslagsutveckling 8:1 Socialstyrelsen**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | 477 069              | Anslags-sparande | -9 938  |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2015        | Utfall         | 477 069              | Anslags-sparande | -9 938  |
| 2016        | Anslag         | 606 410 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 563 788 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>627 986</b>       |                  |         |
| 2018        | Beräknat       | 635 694 <sup>2</sup> |                  |         |
| 2019        | Beräknat       | 643 796 <sup>3</sup> |                  |         |
| 2020        | Beräknat       | 657 779 <sup>4</sup> |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 623 137 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 617 935 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 617 935 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Socialstyrelsens förvaltningsutgifter och för förvaltningsutgifter för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

#### Budget för avgiftsfri belagd verksamhet

**Tabell 4.30 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

| Offentligrättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|------------------------------|--|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015                  | 14 292   | –                           | –         | –                           |
| Prognos 2016                 | 15 300   | –                           | –         | –                           |
| Budget 2017                  | 16 000   | –                           | –         | –                           |

Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser till stor del Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimationer.

**Tabell 4.31 Uppdragsverksamhet**

| Tusental kronor       |          |           |                             |
|-----------------------|----------|-----------|-----------------------------|
| Uppdragsverksamhet    | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
| Utfall 2015           | 21 773   | 23 450    | -1 677                      |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |
| Prognos 2016          | 19 000   | 20 463    | -1 463                      |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |
| Budget 2017           | 20 000   | 21 540    | -1 540                      |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |

Avgiftsintäkterna för uppdragsverksamhet består främst av avgifter för material, data- och statistikproduktion samt för försäljning av rapporter, skrifter, konferenser m.m. För publikationer ingår endast lagring samt tryck- och formgivningkostnader medan kostnader för personal, språkgranskning och översättning inte ingår.

#### Regeringens överväganden

I syfte att renodla finansieringen av Socialstyrelsen föreslås anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* öka med 28,4 miljoner kronor 2017. Anslaget beräknas öka med 28,4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018 för verksamhet av permanent karaktär. Förslaget avser verksamhet inom stöd till familjehemsvård, brukarundersökningar inom omsorgen, samt insatser för nationellt fackspråk och informationsstruktur. Anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* föreslås minska med 4 miljoner kronor 2017 och beräknas minska med 4 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018. Anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken* föreslås minska med 27,5 miljoner kronor 2017 och beräknas minska med 27,5 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

Anslaget ökades 2016 med 65 miljoner kronor för att ta tillvara den kompetens som utländskt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Insatsen syftar till att påskynda dessa personers etablering på arbetsmarknaden samtidigt som det bidrar till integration och sysselsättning. För 2017 föreslås 47 miljoner kronor för samma ändamål. För 2018 och framåt beräknas 42 miljoner kronor per år.

Anslaget föreslås öka med 3,25 miljoner kronor 2017 med anledning av att myndigheten fått nya och utökade uppgifter till följd av genomförande av EU:s direktiv om erkännande av

yrkeskvalifikationer (dir. 2005/36/EU och 2013/55/EU). För 2018 och framåt beräknas motsvarande nivå. Anslaget 2:64 *Särskilda utgifter inom universitet och högskolor* föreslås minska med 3,25 miljoner kronor 2017 och beräknas minska med samma belopp 2018 och framåt.

Med anledning av att Socialstyrelsen får ett permanent ansvar för det försäkringsmedicinska beslutsstödet föreslås anslaget öka med 1 miljon kronor 2017 och beräknas öka med samma belopp 2018 och framåt. Finansiering sker genom en minskning av anslaget 1:6 *Bidrag för sjuk-skrivningsprocessen* inom utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.

Anslaget föreslås öka med 10 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med 10 miljoner kronor 2018, 5 miljoner kronor 2019 och 5 miljoner kronor 2020 för ett kunskapscentrum avseende ensamkommande barn.

Anslaget minskas med ca 0,5 miljoner kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 4.32 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 8:1 Socialstyrelsen**

| Tusental kronor                      |                |                |                |                |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                      | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>      | <b>596 410</b> | <b>596 410</b> | <b>596 410</b> | <b>596 410</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>     |                |                |                |                |
| Pris- och löneomräkning <sup>2</sup> | 7 621          | 19 793         | 32 900         | 46 568         |
| Beslut                               | 23 955         | 19 491         | 14 486         | 14 801         |
| Överföring till/från andra anslag    |                |                |                |                |
| Övrigt                               |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>       | <b>627 986</b> | <b>635 694</b> | <b>643 796</b> | <b>657 779</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 627 986 000 kronor anvisas under anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 635 694 000 kronor, 643 796 000 kronor respektive 657 779 000 kronor.

### 4.9.13 8:2 Inspektionen för vård och omsorg

**Tabell 4.33 Anslagsutveckling 8:2 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | 658 573              | Anslags-sparande | -5 048  |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2015        | Utfall         | 658 573              | Anslags-sparande | -5 048  |
| 2016        | Anslag         | 648 458 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 624 316 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>697 839</b>       |                  |         |
| 2018        | Beräknat       | 696 956 <sup>2</sup> |                  |         |
| 2019        | Beräknat       | 696 848 <sup>3</sup> |                  |         |
| 2020        | Beräknat       | 702 103 <sup>4</sup> |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 683 173 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 668 777 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 659 385 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 4.34 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

| Offentligrättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|------------------------------|--|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015                  | 2 796  | –                           | –         | –                           |
| Prognos 2016                 | 2 600  | –                           | –         | –                           |
| Budget 2017                  | 2 600  | –                           | –         | –                           |

Intäkter för offentligrättslig verksamhet avser avgifter för tillstånd rörande blodverksamhet och verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler.

#### Regeringens överväganden

I syfte att renodla finansieringen för tillsynen av stödboende föreslår regeringen att finansieringen flyttas från anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* till anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg*. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås öka med 1,2 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med motsvarande belopp från och med 2018. Anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* föreslås

minska med 1,5 miljoner kronor 2017 och beräknas minska med motsvarande belopp från och med 2018.

Anslaget minskas med 140 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

Anslaget föreslås öka med 40 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med 25 miljoner kronor 2018 och 10 miljoner kronor 2019 för förstärkning av ärendehantering och tillsynen med anledning av flyktingsituationen.

Regeringen föreslår en ambitionshöjning avseende tillsyn av assistansersättning som ett led i arbetet med att komma tillrätta med missbruk, brottslighet och kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen. Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås öka med 10 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med 10 miljoner kronor fr.o.m. 2018 för att förstärka IVO:s tillsyn av och tillståndsgivning för anordnare av personlig assistans.

Anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* föreslås öka med 60 miljoner kronor 2017 och beräknas öka med motsvarande nivå fr.o.m. 2018.

**Tabell 4.35 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 8:2 Inspektionen för vård och omsorg**

Tusental kronor

|                                      | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016 <sup>1</sup></b>     | <b>638 458</b> | <b>638 458</b> | <b>638 458</b> | <b>638 458</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>     |                |                |                |                |
| Pris- och löneomräkning <sup>2</sup> | 8 925          | 21 986         | 36 098         | 50 865         |
| Beslut                               | 50 456         | 36 512         | 22 292         | 12 780         |
| Överföring till/från andra anslag    |                |                |                |                |
| Övrigt                               |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>       | <b>697 839</b> | <b>696 956</b> | <b>696 848</b> | <b>702 103</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 697 839 000 kronor anvisas under anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 696 956 000 kronor, 696 848 000 kronor respektive 702 103 000 kronor.

## 4.10 Övrig verksamhet

### 4.10.1 Avgiftsfinansierad verksamhet vid Läkemedelsverket

Läkemedelsverket är den myndighet som ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Verket utövar även tillsyn över kosmetiska och hygieniska produkter. Under 2015 omsatte Läkemedelsverket 736 miljoner kronor, vilket är 15 miljoner kronor mindre än föregående år. Verksamheten finansieras genom statliga anslag, avgifter och bidrag. Avgiftsfinansieringen är den avgjort största finansieringskällan och genererar ca 80 procent av intäkterna. Anslagsintäkten utgör ca 17 procent, bidrag ca 4 procent och de finansiella intäkterna är under 1 procent. Läkemedelsverkets minskade intäkter i jämförelse med 2014 beror främst på att bidragsintäkterna har minskat. Samtidigt har dock intäkter av avgifter ökat. Intäkterna för årsavgifter har ökat i linje med att det totala antalet läkemedelsprodukter på marknaden ökar, då fler produkter godkänns än vad som avregistreras. Läkemedelsverket fick en ny avgiftsförordning 2010 och startade då en uppbyggnad av myndighetskapitalet, ett kapital som myndigheten beräknar ska vara förbrukat 2017. Läkemedelsverket har till regeringen kommit in med en skrivelse till regeringen innehållande förslag till justering av avgiftsförordningen. Denna skrivelse är under beredning i Regeringskansliet.

**Tabell 4.36 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

| Offentligrättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|------------------------------|--|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015                  | 1 674  | 581 507                     | 604 840   | -23 333                     |
| Prognos 2016                 | 1 746  | 596 165                     | 643 611   | -47 446                     |
| Budget 2017                  | 1 746  | 606 184                     | 662 002   | -55 818                     |



## 5 Folkhälsopolitik

### 5.1 Omfattning

Inom avsnitt 5 Folkhälsopolitik redovisas huvudsakligen de åtgärder inom folkhälsoområdet som finansieras från utgiftsområde 9. Folkhälsopolitiken är sektorsövergripande varför flera insatser på området primärt redovisas inom andra berörda utgiftsområden.

Avsnittet omfattar anslag för Folkhälsomyndigheten, insatser för vaccinberedskap, insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar samt Sveriges bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. Vidare finansieras Alkoholsortimentsnämndens verksamhet och bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser samt insatser mot spelberoende.

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar inom folkhälsoområdet, men även Socialstyrelsen bidrar till genomförandet av regeringens folkhälsopolitik. Anslaget för Socialstyrelsen behandlas under avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik. Vissa insatser inom folkhälsoområdet finansieras även av anslag som behandlas under det avsnittet, t.ex. anslag 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* och anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

### 5.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 5.1** Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

*Milljoner kronor*

|  | Utfall<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| 2:1 Folkhälsomyndigheten   | 375            | 375                         | 374             | <b>380</b>      | 382              | 390              | 399              |
| 2:2 Insatser för vaccinberedskap                                   | 1              | 85                          | 58              | <b>89</b>       | 89               | 89               | 89               |
| 2:3 Bidrag till WHO  | 38             | 35                          | 37              | <b>38</b>       | 35               | 35               | 35               |
| 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar           | 145            | 146                         | 143             | <b>76</b>       | 76               | 76               | 76               |
| 6:1 Alkoholsortimentsnämnden                                       | 0              | 0                           | 0               | <b>0</b>        | 0                | 0                | 0                |
| 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel | 244            | 164                         | 158             | <b>214</b>      | 214              | 184              | 114              |
| <b>Summa Folkhälsopolitik</b>                                      | <b>803</b>     | <b>804</b>                  | <b>770</b>      | <b>796</b>      | <b>795</b>       | <b>773</b>       | <b>711</b>       |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 5.3 Mål för området

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

Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203). Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Regeringen arbetar även utifrån sitt långsiktiga mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Arbetet för en god hälsa i befolkningen ska ske utifrån regeringens ambition vad gäller jämställdhet mellan kvinnor och män respektive flickor och pojkar.

### 5.4 Resultatredovisning

Arbetet med att förbättra folkhälsan är ett sektorsövergripande arbete. Ett antal av de faktorer som påverkar folkhälsan ligger inom ramen för folkhälsopolitiken, medan andra finns inom andra områden. Exempelvis ligger idrotten inom utgiftsområdet för kultur, medier, trossamfund och fritid (utg. omr. 17) och hantering av smittor mellan djur och människor, så kallade zoonoser, livsmedelsfrågor och bra matvanor återfinns inom utgiftsområdet för areella näringar, landsbygd och livsmedel (utg. omr. 23). Ytterligare områden som är av betydelse för arbetet med folkhälsan är arbetsmarknad och arbetsliv, jämställdhet, utbildningsområdet samt miljö- och naturvård.

De samhällliga förutsättningarnas betydelse för folkhälsoutvecklingen har bl.a. lyfts fram i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), där den grundläggande inriktningen för det svenska folkhälsoarbetet beskrivs. Enligt propositionen ska folkhälsoarbetet i första hand inriktas på folkhälsans bestämningsfaktorer, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folk-

hälsan. För att underlätta arbetet med att nå det övergripande nationella folkhälsomålet har en målstruktur med elva målområden utvecklats:

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

Folkhälsomyndigheten följer utvecklingen inom varje målområde.

Resultatredovisningen inleds med en beskrivning av hälsoutvecklingen i landet. Därefter följer resultatredovisning inom målområdena skydd mot smittspridning, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

#### 5.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Följande resultatindikatorer och bedömningsgrunder används för att redovisa och beskriva utvecklingen inom folkhälsoområdet:

- medellivslängd,
- antal insjuknade och döda i folksjukdomar,
- sunda levnadsvanor,
- antal anmälda fall av infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA).

Resultatindikatorerna bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Indikatorer och bedömningsgrunder ska beakta kön och andra relevanta parametrar, såsom socioekonomiska faktorer. Indikatorerna ”hälsosamma levnadsår” och ”totala sjukdomsbördan orsakad av alkohol, narkotika och tobaksrökning” har tagits bort p.g.a. avsaknad av ny statistik och metodförändringar avseende datainsamlingen som försvårar jämförbarheten över tid.

## 5.4.2 Resultat

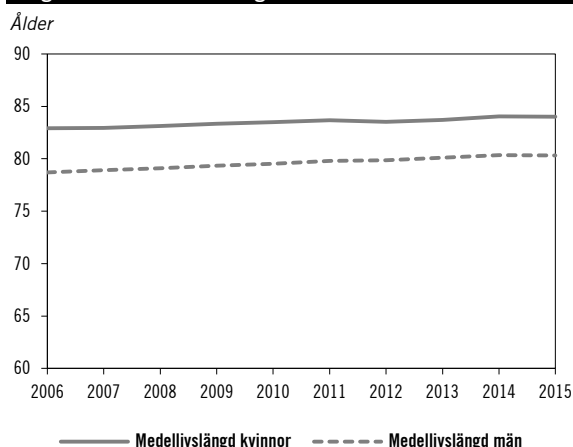
### Folkhälsans utveckling

Folkhälsan har under de senaste decennierna förbättrats och utvecklas fortsatt positivt i befolkningen som helhet. Däremot är det relativt stora skillnader i hälsan hos olika grupper i befolkningen. Skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, i detta avsnitt redovisade utifrån utbildningsnivåer, kvarstår och tenderar dessutom att öka i vissa avseenden. Det finns också skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället såsom nationella minoriteter, det samiska folket, personer med utländsk bakgrund, homosexuella, bisexuella och transpersoner samt personer med funktionsnedsättning och med psykisk ohälsa.

Medellivslängden har ökat. Folkhälsomyndighetens rapportering, Folkhälsan i Sverige 2016, visar att medellivslängden i Sverige aldrig tidigare har varit så hög som den är i dag. Ökningen drivs främst av att personer i medelåldern dör i mindre utsträckning och att äldre människor dör senare. En generellt ökad utbildningsnivå i befolkningen kan också spela en positiv roll för en förbättrad folkhälsa.

Den ökande medellivslängden är ett tecken på en god folkhälsa. Det föreligger dock relativt stora skillnader i medellivslängden mellan kvinnor och män och mellan grupper med olika utbildningsnivåer. Skillnaden är mindre mellan kvinnor och män med eftergymnasial utbildning än mellan kvinnor och män med lägre utbildningsnivå. Folkhälsomyndighetens folkhälso-rapport för 2016 visar även att skillnaderna i dödlighet är större mellan personer med olika utbildningsnivå än mellan kvinnor och män. Vid 30 års ålder förväntas eftergymnasialt utbildade kvinnor ha 5,1 år längre tid kvar att leva än kvinnor med endast förgymnasial utbildning, och eftergymnasialt utbildade män förväntas leva 5,7 år längre än dem med förgymnasial utbildning.

Diagram 5.1 Medellivslängd 2006–2015



Källor: Statistiska centralbyrån och Health in Europe (Information and Data Interface).

År 2015 var medellivslängden för kvinnor 84 år och för män 80 år.

Insjuknandet i hjärtinfarkt och stroke har minskat det senaste decenniet. I alla åldrar är risken att insjukna i hjärtinfarkt och stroke högre bland dem med lägre utbildningsnivå. Risken att insjukna har dock minskat i samtliga grupper under perioden 2005–2014.

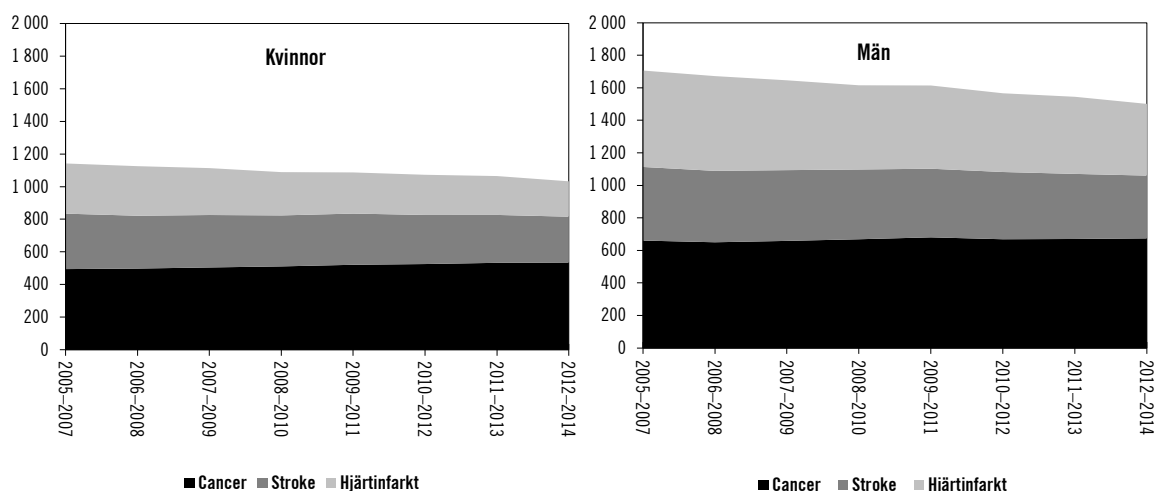
I takt med att hjärt- och kärlsjukdomar har minskat så har cancer relativt sett fått en större betydelse som dödsorsak. Antalet insjuknande i cancer har ökat bl.a. eftersom befolkningen i Sverige lever allt längre och stigande ålder ger en ökad risk för att drabbas av cancer.

Folkhälsomyndighetens rapport Folkhälsan i Sverige 2016 visar även att kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk att såväl insjukna som att dö i cancer jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning. För män ställs färre cancerdiagnoser bland dem med lägst utbildningsnivå. Trots detta är dödligheten högst i denna grupp.

Det är betydligt fler som insjuknar i cancer än som dör i cancer. En viss minskning av dödligheten i cancer har skett under de senaste tio åren trots att antalet cancerdiagnoser som ställs har ökat. Minskningen i dödlighet beror delvis på att cancerdiagnoser ställs i ett tidigare skede, vilket ofta innebär en bättre prognos, men det beror också på att vården blivit bättre på att behandla cancer. Dödligheten i cancer är högre bland män än bland kvinnor.

**Diagram 5.2 Antal insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer, 2005–2014**

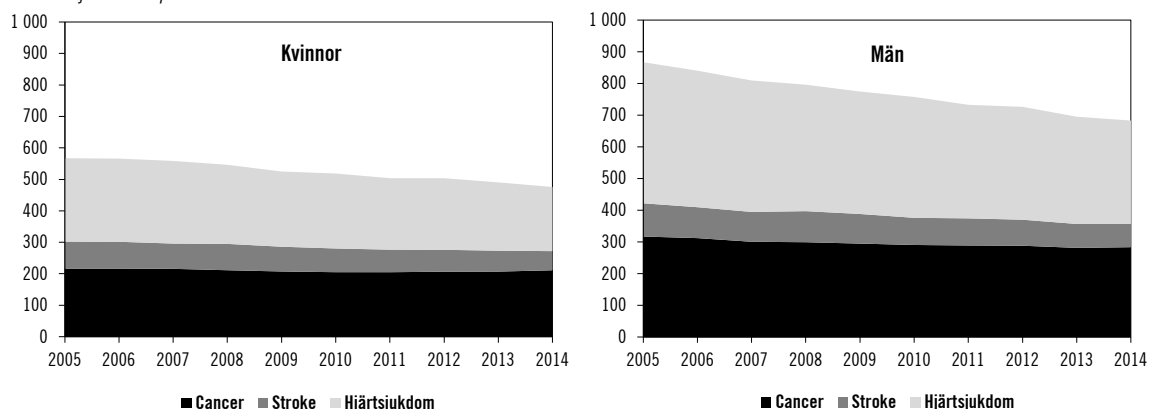
Antal insjuknande per 100 000 invånare



Anm.: Data avser förstagångsinfarkter och förstagångsstroke, cancer avser nya fall. Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010. Tre års glidande medelvärde.  
Källa: Socialstyrelsen.

**Diagram 5.3 Antal döda i hjärtsjukdom, stroke och cancer, 2005–2014**

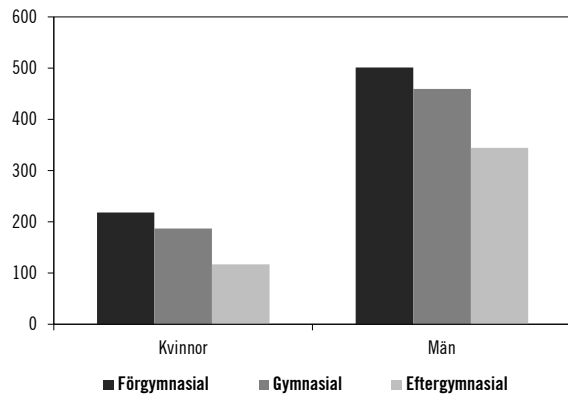
Antal insjuknande per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010.  
Källa: Socialstyrelsen

**Diagram 5.4** Antal insjuknande i hjärtinfarkt, 35–79 år, utbildningsnivå, 2012–2014

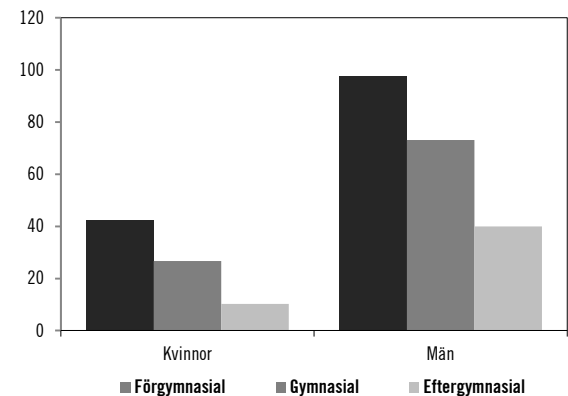
Antal insjuknande per 100 000 invånare



Anm.: Data avser förstagångsinfarkter och förstagångsstroke, cancer avser nya fall. Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010. Tre års glidande medelvärde.  
Källa: Socialstyrelsen.

**Diagram 5.5** Antal döda i hjärtsjukdom, utbildningsnivå, 2012–2014

Antal döda per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2010. Tre års glidande medelvärde.  
Källa: Socialstyrelsen.

Under 1990- och 2000-talen har barns och ungdomars psykiska ohälsa ökat. Ökningen avser främst depressioner och ångestsjukdomar.

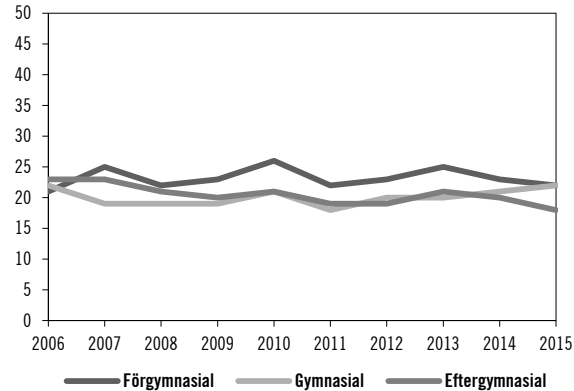
Andelen som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande var fram till och med 2014 högre bland kvinnor med endast förgymnasial utbildning än kvinnor med gymnasial eller eftergymnasial utbildning. År 2015 var andelen kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande lika stor bland kvinnor med förgymnasial som bland kvinnor med gymnasial utbildning.

Hos män ser fördelningen annorlunda ut. Bland män med gymnasial utbildning är andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande lägst medan andelen män som har rapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande är något högre bland dem

med förgymnasial eller eftergymnasial utbildning.

**Diagram 5.6** Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, kvinnor, 2006–2015

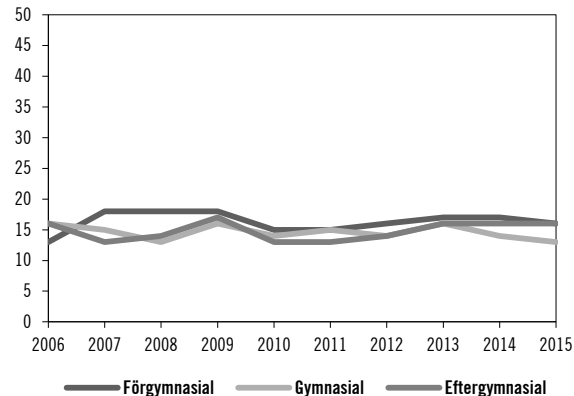
Procent



Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.7** Andelen som rapporterar psykiskt nedsatt välbefinnande, utbildningsnivå, män, 2006–2015

Procent



Källa: Folkhälsomyndigheten.

I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät ingår frågor till den vuxna befolkningen om de har haft besvär av ångslan, oro eller ångest. Bland kvinnorna uppgav 37 procent sådana besvär 2015 och motsvarande siffra för männen var 24 procent. Besvaren var större i den yngsta åldersgruppen (16–29 år), för såväl män som för kvinnor, jämfört med äldre åldersgrupper.

Det finns en påtagligt ökad dödlighet i kroppsliga sjukdomar hos personer med psykisk ohälsa. Detta gäller både vid svårare tillstånd, som schizofreni där risken att dö är åtta gånger högre än hos befolkningen som helhet, och vid lättare tillstånd som depressionssjukdom, där livslängden förkortas med nära 20 år. Personer med en psykiatrisk diagnos har en högre andel undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen jäm-

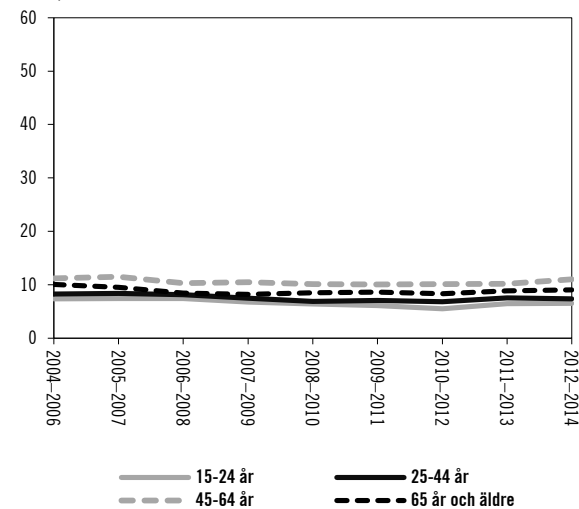
fört med personer utan en sådan diagnos, och en högre dödlighet i sjukdomar som är åtgärdbara. Dödligheten efter en hjärtinfarkt eller stroke är högre bland personer med en samtidig psykiatrisk diagnos. Trots att överlevnaden de senaste åren har ökat i många av de stora folksjukdomarna har inte motsvarande förbättringar skett i gruppen med psykisk ohälsa.

Folkhälsomyndighetens rapportering visar att självmord är vanligare bland män än bland kvinnor och vanligare bland äldre än bland yngre. Åren 2012–2014 begick i genomsnitt 350 kvinnor och 820 män självmord varje år. Den årliga rapporteringen visade även att självmord bland kvinnor är vanligast i åldersgruppen 45–64 år, och bland män i gruppen 65 år eller äldre (mätt i antal dödsfall per 100 000 personer i respektive ålderskategori). Självmorden har minskat snabbast bland de äldsta, särskilt bland männen, och skillnaderna mellan åldersgrupperna har minskat.

Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå. Syftet med uppdraget är att utveckla en samordnad styrning med kunskap inom det suicidpreventiva området.

**Diagram 5.8 Antal självmord, kvinnor, ålder, 2004–2014**

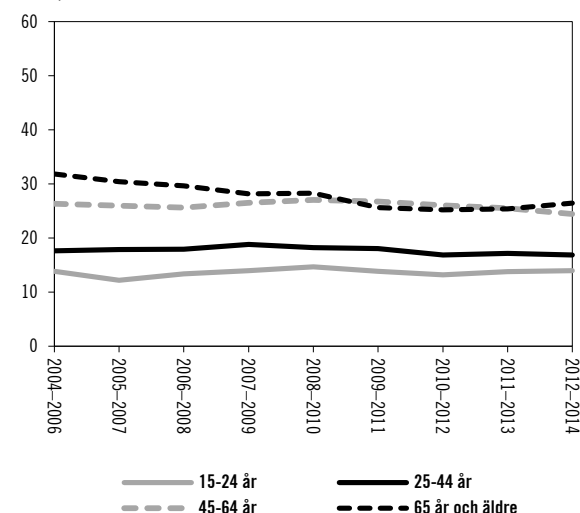
Antal per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige år 2010. Tre års glidande medelvärden.  
Källa: Socialstyrelsen.

**Diagram 5.9 Antal självmord, män, ålder, 2004–2014**

Antal per 100 000 invånare



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige år 2010. Tre års glidande medelvärden.  
Källa: Socialstyrelsen.

Missbruk av förskrivna läkemedel är ett växande problem i Sverige som skapar ohälsa i befolkningen.

### Skydd mot smittsamma sjukdomar

#### Hälsobot

Det globala hälsohotsarbetet har sin grund i det internationella hälsoreglementet (IHR 2005), ett regelverk som Världshälsoorganisationens (WHO) alla medlemsländer är bundna vid. Det består bl.a. av grundläggande krav om viss kapacitet för att förebygga, identifiera och hantera olika hälsohot. Hittills lever endast ungefär en tredjedel av medlemsländerna upp till IHR:s kapacitetskrav. Ebolautbrottet var en påminnelse om vikten av att IHR-regelverket implementeras globalt. Efter ebolautbrottet 2014–2015 pågår en reformering av WHO:s krishanterings- och krisledningsorganisation. Syftet är att stärka organisationens förmåga i samband med hanteringen av hälsohot såsom utbrott av smittsamma sjukdomar. Sverige är pådrivande för att reformprocessen ska genomsyras av en one health-ansats, dvs. insikten om att människor, djur och miljö är tätt sammankopplade i kretslopp utan tydliga gränser som hindrar mikroorganismer eller gifter från att spridas. För att stärka WHO:s förmåga att agera snabbt vid kommande hälsokriser har regeringen bidragit med 10 miljoner kronor till organisationens krisfond som inrättades 2015.

Inom EU styrs samarbetet för hälsohotfrågor av Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa. Arbetet syftar till att medlemsstaterna ska hålla varandra informerade och samarbeta genom koordinering av förebyggande arbete och vid hantering av allvarliga gränsöverskridande hälsohot. Central i det arbetet är EU:s hälsosäkerhetskommitté där alla medlemsstater finns representerade. För att stärka EU:s arbete med hälsohot, och på så sätt vara bättre rustat vid kommande kriser och utbrott, antogs vid rådet för sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor (EPSCO) i december 2015 rådsslutsatser om ebola. Slutatserna innehöll bl.a. lärdomar och erfarenheter att ta vidare i det gemensamma arbetet inom hälsosäkerhetskommittén.

Sverige är engagerade i det amerikanska initiativet Global Health Security Agenda (GHSA) som lanserades i februari 2014. Initiativet, som är femårigt, syftar till att bidra till ökad global säkerhet genom att utifrån ett sektorsövergripande one health-perspektiv lyfta frågan om hälsosäkerhetshot från smittsamma human- och djursjukdomar till en högre politisk nivå. Centralt i arbetet är att påskynda den globala implementeringen av det internationella hälsoreglementet. Sverige deltar särskilt i arbetet vad avser antimikrobiell resistens och zoonoser (sjukdomar som kan spridas mellan djur och människor).

Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt Socialstyrelsen har tillsammans fått i uppdrag att se över möjligheten att skapa en permanent svensk förmåga att kunna delta i internationella hälso- och sjukvårdsinsatser kopplat till hanteringen av hälsohot. Bakgrunden är att ta tillvara erfarenheter och resurser från den svenska insatsen i Västafrika under ebolautbrottet 2014–2015. Mot bakgrund av att framtida utbrott av smittsamma sjukdomar förväntas involvera zoonotiska smittor kommer även andra myndigheter inom zoonosområdet att involveras på lämpligt sätt.

Av alla befintliga infektionssjukdomar hos människan är 60 procent av det slag som sprids mellan människor och djur (s.k. zoonoser). När det gäller förväntade nya infektionssjukdomar beräknas 75 procent vara zoonoser. Förutom förbättringar av folkhälsan och djurhälsan ger en one health-ansats i hälsohotarbetet också posi-

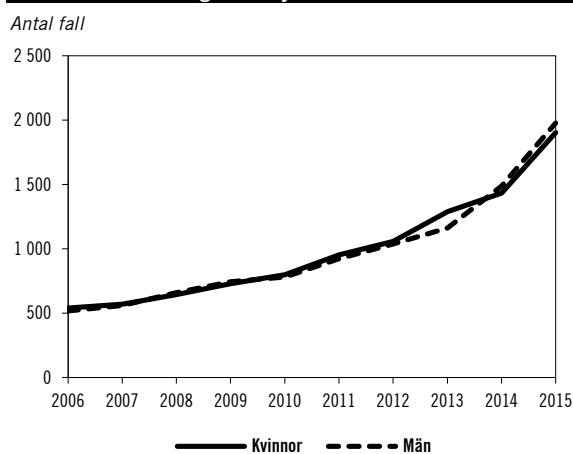
tiva sidoeffekter på global livsmedelsförsörjning, fattigdomsbekämpning och ekonomier i allmänhet.

#### *Ny svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens*

Antibiotikaresistens är ett växande globalt hälsohot som även påverkar Sverige. I ett internationellt perspektiv har Sverige dock i flera avseenden fortfarande en framstående ställning när det gäller arbete mot antibiotikaresistens bland både människor och djur. Inom svensk djurhållning används t.ex. minst antibiotika i hela EU och flertalet av de insatser som vidtas mot antibiotikaresistens inom svensk djurhållning görs för att skydda folkhälsan. (utg. omr. 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel).

Ett exempel på utvecklingen av antibiotikaresistens hos människor är ökningen av antalet fall med resistent bakterier av typen meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA). Under 2015 anmäldes 3 882 fall i Sverige, vilket är 30 procent fler än 2014 (diagram 5.10). Könskillnaderna är små. Ökningen beror främst på att fler personer från länder där resistent bakterier är vanligare har sökt sjukvård och genomgått provtagning i Sverige. Däremot har inte smittspridningen i Sverige ökat. Härutöver har resistens mot läkemedlet kolistin, som används som ett sista behandlingsalternativ när andra antibiotika saknas, nu även upptäckts i Sverige.

**Diagram 5.10 Antal anmälda fall av infektion med meticillinresistent gula stafylokocker (MRSA) 2006–2015**



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Antibiotikaförskrivningen inom svensk hälso- och sjukvård är låg i jämförelse med andra länder och fortsätter att minska. Antibiotikaförsäljningen i öppenvård minskade med ca två procent 2015 jämfört med 2014, från 328 till 323 recept

per tusen invånare och år. Cirka 60 procent av förskrivna antibiotika var avsedda för kvinnor och ca 40 procent var avsedda för män. Det finns dessutom regionala skillnader i hur ofta antibiotika förskrivs.

En svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens beslutades av regeringen i april 2016 (S2016/02971/FS). Strategin synliggör områden och en rad olika insatser för ett effektivt och samordnat arbete mot antibiotikaresistens. Strategin omfattar arbetet nationellt samt inom EU och internationellt. Strategin gäller fram till 2020.

Arbetet mot antibiotikaresistens är beroende av insatser från flera olika sektorer. Det avspeglas bl.a. i den svenska strategins multi-sektoriella perspektiv samt i att Folkhälsomyndigheten och Jordbruksverket har i uppdrag av regeringen att ansvara för en nationell samverkansfunktion i frågan.

Regeringen har initierat arbete i syfte att bevara möjligheten till effektiv behandling med antibiotika. Det handlar t.ex. om Folkhälsomyndighetens uppdrag att utvärdera befintliga antibiotika för att undersöka om ytterligare effekt kan erhållas ur dessa. Uppdraget ska redovisas i maj 2017. Härutöver fick Folkhälsomyndigheten och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i uppdrag att till december 2017 utforma förslag till en eller flera modeller för att säkerställa tillgänglighet till vissa antibiotika. Det ingår även att i december 2016 redovisa en förstudie av förutsättningarna för att i praktiken testa en ny ekonomisk ersättningsmodell.

I den svenska strategin för arbetet med antibiotikaresistens läggs en tydlig tonvikt på det internationella arbetet. Antibiotikaresistens är ett globalt problem som kräver att många länder bidrar till lösningen. Sveriges samarbeten med andra länder och bidrag till det internationella arbetet, t.ex. inom ramen för WHO, utgör viktiga delar av de svenska insatserna mot antibiotikaresistens. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att ge stöd till WHO:s arbete inom antibiotikaresistensområdet, vilket bidrar till genomförandet av den globala handlingsplanen som antogs av Världshälsoförsamlingen 2015. Globala åtaganden gjorda inom Agenda 2030, liksom Sveriges politik för global utveckling, PGU, är andra centrala ramverk för Sveriges fortsatta ledarskap i det internationella arbetet.

### *Vaccinationsprogram*

Uppföljning av de nationella vaccinationsprogrammen visar att vaccinationstäckningen fortfarande är hög och stabil, att de sjukdomar som omfattas är relativt ovanliga och att de vacciner som används inom programmen är säkra. Den höga vaccinationstäckningen tyder på att allmänheten har ett högt förtroende för vaccinationsprogrammen och personalen som vaccinerar. Under våren 2016 slutrappporterade Folkhälsomyndigheten sitt uppdrag om att genomföra den nya ordningen för nationella vaccinationsprogram genom att överlämna förslag om riktade vaccinationsprogram till särskilda riskgrupper. Förslag lämnades om vaccination av riskgrupper mot influensa, pneumokocker, tuberkulos och hepatit B. Regeringen har skickat förslagen på remiss.

Under 2015 och 2016 har brist uppstått på vissa vacciner som används i det nationella vaccinationsprogrammet. Läkemedel hanteras på en global marknad och bristen är inte isolerad till Sverige utan även andra länder upplever samma problematik. Flera myndigheter samt Sveriges Kommuner och Landsting har arbetat med frågan utifrån både ett kort och ett långt perspektiv. Dessutom har regeringen lyft frågan både inom EU och globalt inom WHO.

### *Katastrofmedicin*

Socialstyrelsen gavs i mars 2013 ett uppdrag att ta fram ett planeringsunderlag för traumavård till landstingen. Syftet med uppdraget var att stödja landstingens arbete med att upprätta planer för traumavården och att hålla en beredskap för att kunna omhänderta ett större antal svårt skadade vid en allvarlig händelse i Sverige. Socialstyrelsen redovisade uppdraget i oktober 2015. Av redovisningen framgår att landstingens dokumentation och arbetssätt skiljer sig åt. Detta kan medföra problem särskilt vid allvarliga händelser som kräver omfattande samarbete såväl mellan sjukhus som mellan landsting och andra aktörer. Socialstyrelsen lämnade åtgärdsförslag i syfte att stärka traumavården.

För att säkerställa landstingens förmåga att samverka vid allvarliga händelser har regeringen beslutat om ett uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra en övning av en allvarlig händelse med många skadade med fokus på förmågan att genomföra sjukvårdstransporter inom och mellan landstingen. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget senast den 30 september 2016.



### *Statlig ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccineringen*

I Sverige genomfördes 2009 och 2010 en vaccinationskampanj med vaccinet Pandemrix efter att Världshälsoorganisationen (WHO) hade deklarerat en influensapandemi. Efter vaccinationskampanjen drabbades ett antal personer av sjukdomen narkolepsi. I maj 2016 hade Läke-medelsförsäkringen tagit emot 478 skadeanmälningar om narkolepsi, varav 253 avsåg flickor och kvinnor och 225 avsåg pojkar och män. Av dessa har 147 flickor och kvinnor respektive 165 pojkar och män fått narkolepsi godkänd som en läkemedelsskada. Detta innebär att 73 procent av de pojkar och män respektive 58 procent av de flickor och kvinnor som ansökt har fått narkolepsi godkänd som en läkemedelsskada hos Läke-medelsförsäkringen. Narkolepsiföreningen Sverige har beviljats ekonomiskt bidrag 2011–2016 för att möta de drabbades behov av stöd.

Den 1 juli 2016 trädde lagen (2016:417) om statlig ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering i kraft. Enligt lagen betalar staten ersättning för personskada till personer som har fått narkolepsi som med övervägande sannolikhet har orsakats genom användning av vaccinet Pandemrix. Personer som insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccineringen får i första hand ersättning från Läke-medelsförsäkringen och i andra hand ersättning från staten. Staten ersätter när de totala utbetalningarna i Läke-medelsförsäkringen har nått sin begränsning. Rätten till ersättning från staten gäller i de fall vaccinet har tillhandahållits under vaccinationskampanjen 2009 och 2010. Den statliga ersättningen uppgår till de belopp som följer av skadeståndslagens (1972:207) bestämmelser om ersättning för personskada. Grunden för att staten säkerställer ersättning till dem som har insjuknat i narkolepsi är inte att staten är skadeståndsskyldig. Det är i stället fråga om den exceptionella karaktären på händelsen som motiverar att de som insjuknat i narkolepsi får statlig ersättning. Den sammanlagda ersättningen från Läke-medelsförsäkringen och staten är begränsad till högst tio miljoner kronor för varje person som har beviljats ersättning. Rätten till ersättning begränsas inte till någon åldersgrupp. Ärenden om den statliga ersättningen handläggs av Kammarkollegiet. Kammarkollegiets beslut kan överklagas till Statens skaderegleringsnämnd.

### *Hälsoundersökningar*

Regeringen gav i december 2015 Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att bistå landstingen med kunskaps- och metodstöd för deras arbete med att erbjuda hälsoundersökningar till asylsökande. I uppdraget ingick även att se över möjligheterna att förenkla och effektivisera hur hälsoundersökningar bör genomföras.

Delrapporterna från myndigheterna visar att landstingen har utvecklat tillvägagångssätt för att genomföra hälsoundersökningar utifrån regionala och lokala förutsättningar. Myndigheterna konstaterar att det är viktigt att sprida de goda exemplen och samverka mellan de olika aktörerna för att kunna höja antalet hälsoundersökningar. Myndigheterna kommer att slutrapportera uppdraget till Socialdepartementet senast den 30 april 2017.

Regeringen har även avsatt 30 miljoner kronor till Sveriges Kommuner och Landsting för nationell spridning av insatser från en tidigare förstudie om positiv hälsoutveckling för nyanlända och asylsökande. Insatserna syftar bl.a. till att förbättra kvaliteten i hälsoundersökningarna (avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik).

## **Sexualitet och reproduktiv hälsa**

### *Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Enligt uppgifter från Folkhälsomyndigheten beräknas i dagsläget ungefär 6 800 personer i Sverige leva med en känd hiv-diagnos. Under 2015 rapporterades 450 nya fall av hivinfektion i Sverige, vilket är i samma nivå som genomsnittet under den senaste femårsperioden. Av rapporterade fall 2015 var 40 procent kvinnor och 60 procent män. Drygt 70 procent av individerna hade annat födelseland än Sverige, vilket är en liten minskning jämfört med 2014, men nivån ligger i linje med genomsnittet för de senaste fem åren. Liksom tidigare är rapporterade majoriteten, ca 80 procent, att de smittats utomlands.

Antalet inhemska fall, där smittöverföringen har skett i Sverige, ökade i början av 2000-talet, men har därefter påtagligt minskat, från drygt 200 fall 2007 till 84 fall 2015. En trolig anledning till minskningen av antalet smittöverföringar inom Sverige kan vara att allt fler personer med hivinfektion får behandling för sjukdomen (över 93 procent 2015). De vanligaste rapporterade

smittvägarna vid inhemsk smitta är sex mellan män och heterosexuell kontakt. En tydlig minskning av smitta kan noteras sedan 2013 i gruppen män som har sex med män. Antalet smittöverföringar mellan personer som injicerar droger var under 2015 fortsatt låg (två rapporterade fall).

Antalet klamydiafall har under de senaste fem åren stabiliserats på en nivå med omkring 36 000 rapporterade fall årligen. Klamydia-infektion sprids huvudsakligen bland ungdomar och unga vuxna och upptäcks oftare bland kvinnor än bland män. Könsskillnaden kan delvis förklaras med att endast 30 procent av dem som testas är män. Detta trots att hemtester för klamydia under senare år har blivit mer lättillgängliga via internet.

Gonorré har ökat under de senaste åren och majoriteten av fallen rapporteras bland män. Ökningen beror bl.a. på ökad inhemsk spridning bland män som har sex med män.

Staten har under 2016 avsatt statsbidrag till ideella organisationer samt till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Utgångspunkten för insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar är den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (prop. 2005/06:60, bet. 2005/2006:JuSoU1, rskr. 2005/06:218). Folkhälsomyndigheten har det nationella ansvaret för att följa upp strategin. Myndigheten har även en strategiskt stödande roll gentemot andra myndigheter, huvudmän och ideella organisationer som är verksamma inom området. Under 2015 har Folkhälsomyndigheten fördelat stöd till vissa landsting och kommuner på 95 miljoner kronor. Drygt hälften av medlen har kommuner och landsting fördelat vidare till ideella organisationer. Folkhälsomyndigheten har under 2015 fördelat 21 miljoner kronor i statsbidrag till ideella organisationer för verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Regeringen beslutade den 4 maj 2016 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att se över och vid behov lämna förslag på uppdateringar av innehåll, inklusive delmål, i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar som började gälla 2006. Utgångspunkter för översynen ska vara att tydliggöra att de insatser som genomförs är i enlighet med den epidemiologiska situationen och att de når samtliga preventionsgrupperna med hög förekomst av hivinfektion. Vidare ska översynen tydliggöra

att andra blodsjukdomar också ska uppmärksammas vid insatser mot hivinfektion. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2017 till Regeringskansliet.

#### *Samordnat arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*

Från och med den 1 oktober 2016 kan vård som ges i samband med abort kvalitetssäkras på nationell nivå. Detta på grund av en ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen som innebär att abort likställs med andra åtgärder som utförs inom hälso- och sjukvården. Enligt tidigare bestämmelser i förordningen fick vissa uppgifter inte behandlas i patientregistret för vårdkontakter som innehöll abort eller därtill sammanhängande diagnoser. Socialstyrelsen ansåg att undantaget kunde uppfattas som särbehandlande i och med att den vård som gavs i samband med abort inte kunde kvalitetssäkras på nationell nivå. Socialstyrelsen kom mot denna bakgrund in med en hemställan till regeringen om ändring i förordningen tillsammans med en kompletterande integritetsanalys som behandlats och diskuterats av Socialstyrelsens etiska råd. Regeringen har under beredningen av beslutet tagit stor hänsyn till ärendets integritetsaspekter och den oro som har visats. Regeringens bedömning är att patientregistret möter de höga krav på säkerhet och sekretess som behöver ställas. Det omgärdas av omfattande sekretess, och det finns inga kända fall där information från registret om enskilda individer kommit i felaktiga händer.

Folkhälsomyndigheten har genom ett tillägg i sin instruktion fått ett utpekat ansvar att verka för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt följa upp utvecklingen inom området.

Området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter omfattar hela befolkningen och människans hela livscykel. Det är ett område med stor betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande, oavsett ålder, funktionsförmåga, kön, könsidentitet eller könsuttryck och är en av hälsans bestämningsfaktorer och utfall.

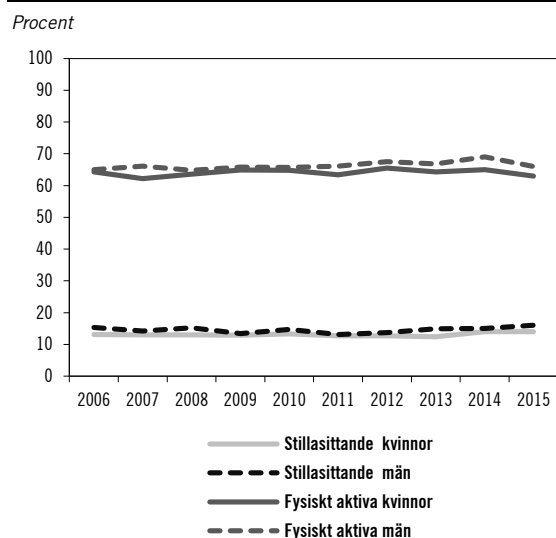
Planering och genomförande av hälsofrämjande insatser måste vila på en vetenskaplig grund. För att stärka arbetet med att främja och följa upp området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter gav regeringen i juli 2016 Folk-

hälsomyndigheten i uppdrag att låta genomföra en nationell befolkningsstudie på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (S2016/04991/FS). Senast en motsvarande studie gjordes var 1996.

### Fysisk aktivitet

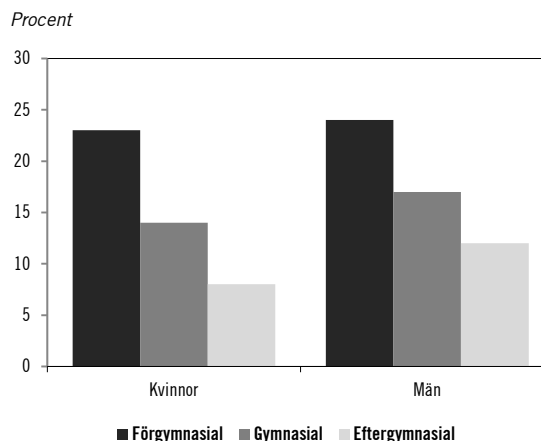
Enligt Folkhälsomyndighetens årliga rapportering om folkhälsan i Sverige har andelen kvinnor och män som rapporterat att de motionerar regelbundet ökat sedan 1980 och ligger nu kring 60 procent. Andelen kvinnor och män som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag har dock varit oförändrad den senaste tioårsperioden. Folkhälsomyndighetens rapportering, som bygger på data från Statistiska centralbyrån och den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor (HLV), visar även att andelen med en stillasittande fritid legat på en relativt oförändrad nivå, ca 13–15 procent, fram till år 2015.

**Diagram 5.11** Andel som anger att de har en stillasittande fritid respektive att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 16–84 år, 2006–2015



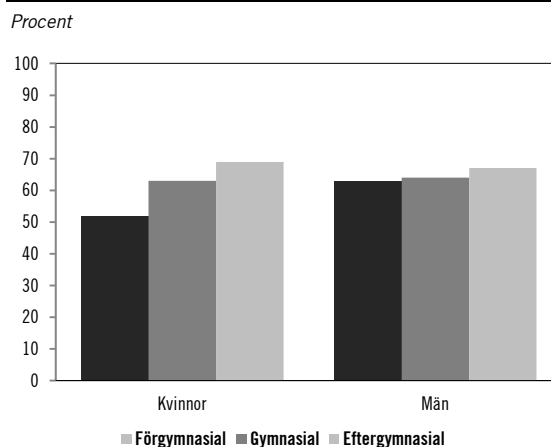
Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.12** Andel som anger att de har en stillasittande fritid, 16–84 år, utbildningsnivå, 2015



Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.13** Andel som anger att de är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag, 16–84 år, utbildningsnivå, 2015



Källa: Folkhälsomyndigheten.

En stillasittande fritid innebär att man ägnar sig åt stillasittande sysselsättning på fritiden och promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än två timmar i veckan. Med en stillasittande fritid är risken stor att man är otillräckligt fysiskt aktiv och kan drabbas av ohälsa. Enligt Folkhälsomyndigheten visar den nationella folkhälsoenkäten att de med låg utbildningsnivå oftare är stillasittande på sin fritid än högutbildade. Det visar sig alltså att andelen med stillasittande fritid minskar med ökad utbildningsnivå. Detta gäller för både kvinnor och män.

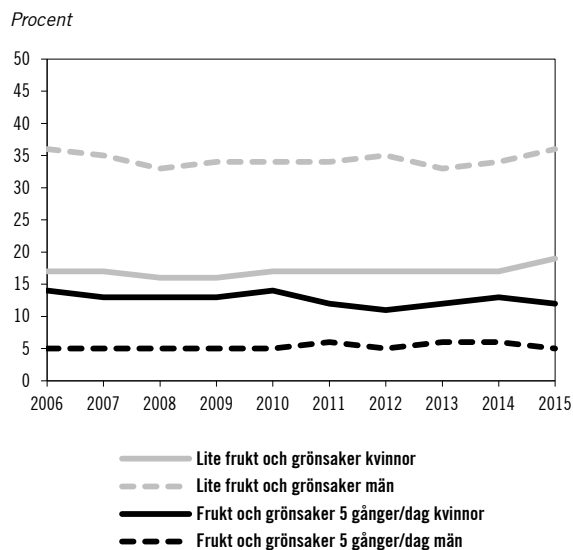
### Idrott

En fysiskt aktiv fritid för kvinnor och män respektive flickor och pojkar främjar hälsa och bidrar till att förebygga uppkomst av sjukdomar i befolkningen (utg. omr. 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid).

### Matvanor och livsmedel

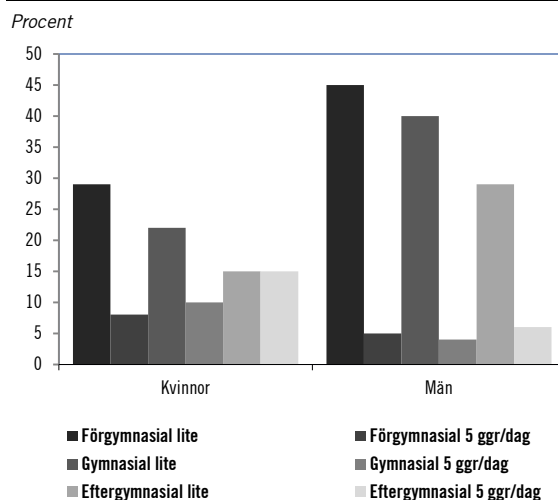
En mer hälsosam kost innebär en ökad konsumtion av frukt och grönsaker, samt ett minskat intag av salt, socker, mättat fett och transfetter jämfört med hur konsumtionen ser ut i dag. Ett lågt intag av frukt och grönsaker finns med på WHO:s lista över de tio största riskfaktorerna för både män och kvinnor vid sjukdomsburda i höginkomstländer. I Folkhälsomyndighetens årliga rapportering presenteras resultat från den nationella folkhälsoenkäten. Andelen som uppger att de äter lite frukt och grönsaker (högst 1,3 gånger per dag) har varit i stort sett oförändrad över tid.

**Diagram 5.14** Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, 2015



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2000.  
 Källa: Folkhälsomyndigheten.

**Diagram 5.15** Andel som anger att de äter lite respektive mycket frukt och grönsaker, 16–84 år, utbildningsnivå, 2015



Anm.: Åldersstandardisering i femårsgrupper efter befolkningsfördelningen i Sverige 2000.  
 Källa: Folkhälsomyndigheten.

Personer i åldern 16–29 år rapporterar oftare än övriga åldersgrupper att de äter lite frukt och grönsaker. Nästan dubbelt så många män som kvinnor äter endast lite frukt och grönsaker. Myndighetens årliga rapportering beskriver att analyser av data från den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, även visar på skillnader utifrån utbildningsnivå. Jämfört med personer med enbart förgymnasial utbildning är de med eftergymnasial utbildning tre till fyra gånger mer benägna att äta grönsaker (oftare än en gång per dag). För frukt ses liknande, men inte lika stora, skillnader.

### Alkohol, narkotika, dopning och tobak

#### En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2011–2015

I detta avsnitt redovisas måluppfyllelsen av regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2011–2015 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203). I strategin anges att det övergripande målet är ett samhälle fritt från narkotika och dopning med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk. Därtill anges sju långsiktiga mål som beskriver inriktning och prioriteringar för samhällets insatser inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT-området) i sin helhet under perioden 2011–2015. De långsiktiga målen omfattar tillgångs- och tillgänglighetsbegränsande arbete, skydd av barn

och ungdomar, förebyggande arbete, tidiga insatser, vård och behandling samt riktlinjer för samarbetet med andra länder inom EU och internationellt.

Under 2011–2015 avsatte regeringen ca 260 miljoner kronor årligen och beslutade om drygt 160 särskilda åtgärder för genomförandet av strategin. Syftet med den samlade strategin var att underlätta statens styrning av stödet inom ANDT-området och statens möjligheter att följa utvecklingen av det förebyggande ANDT-arbetet. För att kunna mäta effekterna av samhällets insatser har därför regeringen låtit utveckla ett uppföljningssystem kopplat till strategins målstruktur. Ett hundratal indikatorer finns i dag samlade i en databas som är tillgänglig på Folkhälsomyndighetens webbplats ([www.andtuppfoljning.se](http://www.andtuppfoljning.se)). Myndigheten har kontinuerligt arbetat med att vidareutveckla uppföljningssystemet.

Resultatredovisningen nedan visar utvecklingen inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet under strategiperioden för ett urval av indikatorer.

#### *Mål 1: Tillgången till ANDT ska minska*

Under strategiperioden har antalet systembolagsbutiker varit oförändrat och antalet ombud har minskat något. Antalet serveringsställen med serveringstillstånd ökade med 9 procent mellan 2011 och 2014, från 16,6 till 18,1 serveringstillstånd per 10 000 invånare som är 15 år och äldre, medan den registrerade alkoholförsäljningen via partihandel låg på en relativt stabil nivå. Alkoholpriserna på serveringsställen har höjts för samtliga alkoholdrycker.

Systembolaget är den vanligaste anskaffningskällan av alkohol både för elever i årskurs 9 och i gymnasieskolan, men anskaffningen från Systembolaget har dock minskat något. Den registrerade alkoholförsäljningen har legat relativt konstant runt 7,3 liter per invånare 15 år och äldre medan den beräknade oregistrerade alkoholskaffningen varierat mellan 1,9 och 2,5 liter. Distansförsäljningen av alkohol har ökat, dock från låga nivåer. År 2015 betalades ca 47 miljoner kronor in i skatt från distansförsäljare, vilket kan jämföras med ca 33,5 miljoner kronor 2012.

Den faktiska tillgången till narkotika är svårbedömd på grund av bristen på data. Uppskattningar om tillgången till narkotika består av data i form av beslag av tull och polis, antal tester

genomförda för att identifiera bruk av narkotika samt uppskattningar om prisnivåer för narkotika. Indikatorer för att följa tillgången till dopning saknas.

Antalet försäljningsställen av tobak minskade med 5 procent samtidigt som de reala priserna ökade med drygt 13 procent för både cigaretter och snus.

#### *Mål 2: Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDT*

Data om riskkonsumtion av alkohol, dvs. en alkoholkonsumtion som enligt forskning innebär ökad risk för ohälsa, under graviditet finns endast mellan 2012–2014. Under dessa år minskade andelen gravida i åldern 17–49 år med riskbruk vid inskrivningen på Mödrahälsovården från 6,2 procent till 4,8 procent. Under perioden 2000–2013 minskade andelen gravida som röker under graviditetsveckorna 30–32 från 7,3 till 4,1 procent, vilket nästan är en halvering. Andelen gravida som snusar har under en längre tid varit oförändrad (0,6 procent år 2013).

#### *Mål 3: Andelen barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska*

Under strategiperioden minskade andelen som debuterat med alkohol (minst ett glas alkohol) i åldern 13 år eller yngre. Andelen elever som uppger att de druckit sig berusade när de var 13 år eller yngre minskade också. Andelen elever i årskurs 9 som druckit alkohol de senaste 12 månaderna minskade med 9 procentenheter bland pojkarna och med 11 procentenheter bland flickorna. Motsvarande minskning bland elever i gymnasieskolans andra år var bland pojkarna 4,5 procentenheter och bland flickorna 5,8 procentenheter.

Andelen elever som använt narkotika de senaste 12 månaderna har fluktuerat, men minskade något mellan 2014 och 2015 hos båda könen i årskurs 9. Andelen pojkar i gymnasieskolans andra år som uppgav användning av narkotika någon gång minskade från ca 20 procent 2010–2014 till ca 17 procent 2015, medan andelen flickor har varit tämligen oförändrad på ca 14 procent 2010–2015.

Användningen av anabola androgena steroider (AAS) har legat på en relativt konstant och låg nivå under strategiperioden.

Andelen elever i årskurs 9 som rökt cigaretter de senaste 12 månaderna har minskat hos båda

könen. Bland elever i gymnasieskolans andra år har utvecklingen däremot varit relativt oförändrad.

Andelen elever i årskurs 9 och i gymnasieskolans andra år som snusar har varit relativt stabil under strategiperioden. Andelen elever som snusat någon gång vid åldern 13 år eller yngre har mellan 2012 och 2015 minskat med knappt 5 procentenheter bland pojkar och drygt 2 procentenheter bland flickor.

*Mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende ska successivt minska*

Under 2004–2015 minskade andelen män med riskkonsumtion av alkohol i befolkningen från 23 till 18 procent. Andelen kvinnor med riskkonsumtion har varit i stort sett oförändrad med undantag för kvinnor i åldersgruppen 65–84 år där riskkonsumtionen ökade (från en lägre nivå jämfört med övriga åldersgrupper). Mellan 2012 och 2015 minskade andelen pojkar och flickor i årskurs 9 och andelen pojkar i gymnasieskolans andra år med riskkonsumtion.

Intensivkonsumtion innebär att vid ett och samma tillfälle dricka en stor mängd alkohol. Det benämns även ibland berusningsdrickande. Intensivkonsumtion av alkohol de senaste 30 dagarna minskade bland de yngre åldersgrupperna och ökade bland de äldre.

Andelen personer i åldern 16–80 år med högkonsumtion av alkohol de senaste 30 dagarna har minskat från 18 till 14 procent bland män och från 10 till 8 procent hos kvinnor under 2002–2012.

Andelen personer i åldern 16–84 år som använt cannabis de senaste 12 månaderna ökade 2004–2015 från 1,8 till 2,5 procent. En större andel personer i åldern 16–29 år har använt cannabis jämfört med övriga åldersgrupper.

Det saknas data för att följa utvecklingen över tid när det gäller användning av anabola androgena steroider (AAS).

Under strategiperioden minskade andelen som röker dagligen med 1,3 procentenheter bland kvinnor och 1,8 procentenheter bland män. Daglig rökning, som är vanligast i åldersgruppen 45–64 år hos båda könen, minskade i alla åldersgrupper utom bland 65–84-åringar. Totalt har andelen som röker dagligen i den äldsta åldersgruppen varierat mellan 10 och 12 procent 2004–2015.

Andelen män mellan 16 och 84 år som snusar dagligen minskade under 2004–2015, medan andelen dagligsnusare bland kvinnor har varit oförändrad. I samtliga åldersgrupper är det mer än fyra gånger vanligare att män snusar dagligen än att kvinnor gör det.

*Mål 5: Ökad tillgänglighet till vård och behandling av god kvalitet*

Utvecklingen mot målet beskrivs i avsnitt 7.6.

*Mål 6: Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av ANDT ska minska*

Under perioden 2006–2014 ökade antalet vårdade i sluten och/eller specialiserad öppenvård med alkoholförgiftning och alkoholdiagnos. Antalet avlidna på grund av alkoholförgiftning minskade dock med 23 procent 2011–2014. Antalet personer som avlidit med alkoholdiagnos var oförändrad. Antalet avlidna kvinnor med alkoholdiagnos per 100 000 invånare 15 år och äldre ökade med 17 procent och antalet avlidna män minskade med knappt 5 procent.

Antalet vårdade i sluten- och/eller specialiserad öppenvård med narkotikadiagnos ökade med 18 procent 2011–2014. De regionala skillnaderna är stora. Det län som hade flest antal vårdade per 100 000 invånare hade två till tre gånger så många vårdade som det med minst antal.

Antalet narkotikarelaterade dödsfall ökade med 59 procent under perioden 2011–2014, vilket enligt Socialstyrelsen i huvudsak kan förklaras av förändrade analysmetoder, men en reell ökning i narkotikarelaterad död kan inte uteslutas.

Det finns inga indikatorer som enbart beskriver dopningsområdet inom detta mål.

Antalet avlidna personer med diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) ökade med ca 2 procent mellan 2011 och 2014. Antalet avlidna män med lungcancer minskade med 11 procent samtidigt som antalet avlidna kvinnor ökade med 3 procent.

Antalet självrapporterade fall av misshandel där gärningspersonen bedömdes vara påverkad av alkohol eller någon drog vid tillfället, oavsett tid, plats och relation, har fluktuerat, men vid den senaste mätningen 2013 rörde det sig om 3 143 fall per 100 000 invånare i åldern 16–79 år.

*Mål 7: En folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDT inom EU och internationellt*

Syftet med Sveriges internationella arbete med alkohol är att främja en effektiv alkoholpolitik med fokus på preventiva insatser. På EU-nivå arbetar regeringen framför allt för att genomföra insatser vad gäller gränsöverskridande frågor såsom marknadsföring, e-handel, prissättning, importkvoter och märkning av produkter. I december 2015 beslutade Europeiska unionens råd om rådsslutsatser som inbjöd Europeiska kommissionen att fortsätta stödja medlemsstaternas arbete med att motverka de alkoholrelaterade skadorna samt att under slutet av 2016 anta en bred sektorsövergripande EU-strategi med fokus på gränsöverskridande frågor där det finns ett tydligt mervärde på EU-nivå.

Syftet med Sveriges narkotikaarbete inom EU och Förenta nationerna (FN) är att främja en kunskapsbaserad narkotikapolitik med fokus på att stärka förebyggande insatser samt vård och behandling. I den ANDT-strategi som presenterades för riksdagen 2016 ändrades formuleringen i mål sju för att tydliggöra att utgångspunkten är hälsa och mänskliga rättigheter. I slutet av 2015 och början av 2016 har både EU-samarbetet och FN-samarbetet handlat om förberedelser inför FN:s generalförsamlings särskilda session om narkotika (UNGASS) som hölls i april 2016.

Vid sammanträdet inom FN:s narkotikakommission i mars 2016 var Sverige aktiva i framtagandet av tre resolutioner som fokuserade på prevention, vård och behandling samt kvinnor och narkotika. Sverige deltog också aktivt i förhandlingar om den resolution som innehöll förslag till deklaration att anta vid UNGASS. Sverige anordnade ett högnivåarrangemang tillsammans med Frankrike, FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) och WHO om prevention och betydelsen av att lyssna på barn och unga. En deklaration antogs vid mötet.

Våren 2014 antog rådet och EU-parlamentet ett reviderat tobaksproduktdirektiv. En särskild utredare tillkallades av regeringen med uppdrag att bl.a. lämna förslag om det nationella genomförandet av direktivet. Utredningen lämnade sitt förslag i betänkandet Mer gemensamma tobaksregler – Ett genomförande av tobaksprodukt-direktivet (SOU 2015:6). Utredningens slutbetänkande remitterades följt av att en lagrådsremiss beslutades i december 2015. Proposi-

tionen Åtgärder för ökad folkhälsa på tobaksområdet – genomförandet av EU:s tobaksprodukt-direktiv (prop. 2015/16:82, bet. 2015/16:SoU10, rskr. 2015/16:188) beslutades av riksdagen i januari 2016. Lagändringarna trädde i kraft den 20 maj 2016.

### **Minskade skadeverkningar av spelande**

Regeringens mål vad gäller spelmarknaden är en sund och säker spelmarknad där sociala skyddsintressen och efterfrågan på spel tillgodoses under kontrollerade former.

Regeringskansliet tog under 2015 fram departementspromemorian Förebyggande och behandling av spelmissbruk (Ds 2015:48). I promemorian lämnas förslag och överväganden som ska motverka spelmissbruk och minska de skadliga effekterna av överdrivet spelande. Promemorian har remitterats.

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag till en omreglering av spelmarknaden (Fi 2015:11). Regleringen ska bygga på ett licenssystem som innebär att alla som agerar på den svenska spelmarknaden ska göra det med behöriga tillstånd. I utredarens uppdrag ingår att förslaget bl.a. ska präglas av ett högt konsumentskydd och beakta hur skadeverkningar av spel kan begränsas (utg. omr. 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid).

### **5.4.3 Analys och slutsatser**

#### *Folkhälsan förbättras men i ojämna takt*

I befolkningen som helhet förbättras folkhälsan för såväl kvinnor som män. Utvecklingen visar dock att skillnaden i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, i detta avsnitt redovisat med utbildningsnivå, fortsätter att öka, vilket pekar på behovet av att genomföra insatser för att vända denna utveckling. En viktig åtgärd för att komma vidare inom området är bildandet av Kommissionen för jämlik hälsa (avsnitt 5.5).

Det är oroande att barns och ungdomars psykiska ohälsa har ökat.

#### *Hälsobot*

Gränsöverskridande allvarliga hot mot människors hälsa är ständigt aktuella. Världshälsoorganisationen (WHO) förklarade i mars 2016 att ebola inte längre utgör ett internationellt hot mot människors hälsa enligt det inter-

nationella hälsoreglementet (IHR) (2005). Nästan samtidigt deklarerade organisationen istället att ansamlingen av fall med neurologiska komplikationer och mikrocefali (en medfödd missbildning i hjärnan), som misstänks ha samband med spridningen av Zikaviruset, utgör ett nytt internationellt hot mot människors hälsa. Detta visar på betydelsen av det globala arbetet för att förebygga, identifiera och hantera olika gränsöverskridande hälsohot. Det ökande resandet och den alltmer globala handeln raderar successivt ut tidigare naturliga hinder för spridning av hälsohot. Smittsamma sjukdomar återuppstår och uppträder i nya regioner eller i förändrad skepnad.

För att stå bättre rustade är det viktigt att det internationella hälsoreglementet (IHR 2005) implementeras globalt samt att WHO får en effektivare och tydligare krislednings- och kris- hanteringsorganisation. Sveriges bidrag till den nyskapade krishanteringsfonden är därmed av central betydelse. Då Sverige sedan maj 2015 sitter i WHO:s styrelse finns goda möjligheter att fortsatt påverka utvecklingsarbetet. Det är också viktigt att fortsätta utveckla samarbetet inom EU för att effektivisera arbetet med att utbyta information och koordinera hälsohot- arbetet.

#### *Antibiotikaresistens*

Antibiotikaresistenta bakterier utgör ett hot mot såväl människors som djurs hälsa. Resistensläget bland människor och djur är visserligen fortfarande gott i Sverige, men det finns behov av fortsatta åtgärder för att vidhålla och förbättra situationen ytterligare. Antibiotikaresistens- frågan är av gränsöverskridande natur och en försämrad situation globalt påverkar även Sverige. Den globala rörligheten av människor, djur och varor kan leda till att resistenta bakterier når Sverige. Samarbete internationellt och mellan alla berörda sektorer är nödvändigt. Infektioner orsakade av antibiotikaresistenta bakterier medför ökade kostnader för hälso- och sjukvården och samhället i stort. Fortsatta insatser behövs på både nationell och internationell nivå. Den nya strategin som regeringen beslutade i april 2016 är en god grund för det fortsatta arbetet.

#### *Vaccinationsprogram*

De nationella vaccinationsprogrammen är en viktig förebyggande åtgärd för att upprätthålla en god hälsa på såväl individ- som befolknings-

nivå. Regeringen bedömer att det fortsatt finns ett högt förtroende i befolkningen för programmen. Under de senaste åren har det varit brist på vissa vacciner som används i de nationella vaccinationsprogrammen för barn. Det är allvarligt om brist på vaccin medför att barn inte kan erbjudas vacciner enligt programmet. Hitintills har folkhälsan inte påverkats, men situationen måste fortsatt följas och hanteras för att minimera risken för att det sker. Detta är dock inte en isolerad nationell utmaning utan flertalet andra länder upplever samma problem. Orsaksambanden är komplexa då läkemedel till största del hanteras på en global marknad. Regeringen ser positivt på de åtgärder som vidtagits och som samordnats av Sveriges Kommuner och Landsting med stöd av berörda nationella myndigheter. Syftet med åtgärderna är att hantera följderna av de uppkomna bristerna på vacciner samt motverka att de uppstår på nytt. Regeringen kommer fortsatt följa frågan såväl nationellt som internationellt.

#### *Katastrofmedicin*

Socialstyrelsens redovisning av uppdraget om traumavården, som gavs 2013, visar på vikten av förberedelser och samverkan för att upprätthålla en beredskap för allvarliga händelser. Detta gäller såväl på regional som på nationell nivå. Genom att genomföra övningar som utvärderas kan förbättringsåtgärder i systemet identifieras. Socialstyrelsens rapport visar att området fortsatt behöver följas.

#### *Hälsoundersökningar*

Delredovisningar som har skett av uppdragen till Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten samt Sveriges Kommuner och Landstings förstudie om hälsoundersökningar för asylsökande visar att det sker mycket arbete inom landstingen, men regeringen ser att det finns skäl att fortsatt bistå landstingen i arbetet med att erbjuda hälsoundersökningar till den aktuella målgruppen (avsnitt 4 Hälso- och sjukvårdspolitik).

#### *Hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar*

Det är fortsatt viktigt att genomföra insatser för att motverka spridningen av hivinfektion.

Förekomsten och spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar ser i stora drag ut som föregående år. Klamydiafallen har inte haft någon nedgång under 2015 utan är kvar på en nivå med ca 36 000 fall om året. Förekomsten av



gonorrhé har ökat under den senaste tioårsperioden. Detta är ett oroande problem sett utifrån bakteriens ökande resistens mot antibiotika.

Andelen nyrapporterade fall av hivinfektioner dominerades under 2015 av personer som är utrikes födda. Antalet rapporterade fall bland dem minskade dock något i jämförelse med året dessförinnan. Med hänsyn till att det har varit ett ökat antal asylsökande och nyanlända, framför allt under senare delen av 2015, är det viktigt att fortsatt genomföra insatser för att sprida information om rådgivning och testning samt att verka för att erbjudandet om hälsoundersökningar når ut till utrikes födda.

#### *Sexualitet och reproduktiv hälsa*

Folkhälsomyndighetens utökade ansvar för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en viktig insats för att stärka det främjande och förebyggande arbetet och för att ge en bättre uppföljning. Uppdraget att genomföra en befolkningsstudie inom SRHR-området möter behovet av ett uppdaterat kunskapsunderlag och förväntas förbättra förutsättningarna för ett effektivt folkhälsoarbete.

#### *Fysisk aktivitet och matvanor*

Ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet är de viktigaste bidragande orsakerna till våra vanligaste folksjukdomar och det finns tydliga socioekonomiska skillnader i befolkningen när det gäller fetma och övervikt samt grad av fysisk aktivitet.

Forskning har visat att arbetet för att påverka och förebygga ohälsa relaterad till dåliga matvanor och fysisk inaktivitet, såsom t.ex. övervikt, kräver insatser inom flera sektorer och av många aktörer. Mot denna bakgrund bedömer regeringen att det behövs en kraftsamling från hela samhället för att främja bra matvanor och fysisk aktivitet hos befolkningen. Möjligheterna för varje människa att oavsett bakgrund kunna göra medvetna val kring sina levnadsvanor behöver förbättras.

#### *Alkohol, narkotika, dopning och tobak*

Inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) ser utvecklingen olika ut. Läget är svårbedömt framför allt när det gäller utvecklingen av narkotika- och dopningsbruk på grund av att det saknas data.

En samlad bedömning av ANDT-strategins måluppfyllelse visar att utvecklingen går i rätt

riktning vad gäller tobak i förhållande till målet om minskad tillgång till ANDT. När det gäller målet om minskat antal barn och unga som debuterar tidigt och målet om minskat antal personer som utvecklar skadligt bruk går utvecklingen i rätt riktning vad gäller alkohol och tobak. Utvecklingen går även i rätt riktning när det gäller målet om minskat antal döda på grund av eget alkoholbruk. Emellertid går utvecklingen i fel riktning såväl när det gäller antal skadade till följd av eget alkoholbruk som avseende att minska antalet döda och skadade till följd av eget narkotikabruk.

En tydlig trend inom ANDT-området är en positiv utveckling kring tobak med minskad tillgång vad gäller försäljningsställen och en ökning av de reala priserna, minskad andel gravida som röker, minskad andel unga som debuterar tidigt med tobak och minskat sammantaget bruk i befolkningen. I vissa delar ses emellertid en negativ utveckling, exempelvis ett ökat antal döda personer i kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Risk-, intensiv-, och högkonsumtion av alkohol bland såväl skolelever som i den vuxna befolkningen har minskat, vilket är positivt. Utvecklingen är dock negativ vad gäller riskkonsumtion av alkohol i åldersgruppen 65–84 år.

Tillgången till alkohol har varit relativt oförändrad. Trots att antalet serveringsställen med serveringstillstånd ökade låg den registrerade alkoholförsäljningen via partihandel på en relativt stabil nivå. En delförklaring till detta kan vara att alkoholpriserna på serveringsställen höjdes under samma period. De indirekta skadorna i samband med alkoholbruk är främst relaterade till misshandel. Antalet polisanmälda misshandelsbrott minskade mellan 2011 och 2015, men i övrigt visar utvecklingen över tid inte på något entydigt mönster.

Den tydligaste negativa utvecklingen ses inom narkotikaområdet där antalet döda med narkotikadiagnos har ökat under det senaste decenniet, från i en internationell jämförelse redan höga nivåer. Detta gäller både kvinnor och män. Utvecklingen är oroande och det är viktigt att vidta åtgärder för att motverka den narkotika-relaterade dödligheten.

Ett ökande antal nya psykoaktiva substanser, ofta kallade nätdroger, fortsätter att komma ut på den svenska marknaden. Drogerna säljs lagligt fram till att de klassas som narkotika. Regeringen har i oktober 2015 tillsatt en utredning

för att se över möjligheterna att effektivisera klassning av narkotika för att få bort narkotikerna från marknaden så fort som möjligt.

Vad gäller skolelevers användning av narkotika och dopningsmedel syns inte någon tydlig förändring över tid. Det faktum att både kvinnor och män har börjat använda anabola androgena steroider i yngre åldrar än tidigare, understryker behovet av insatser som görs inom ramen för ANDT-strategin.

## 5.5 Politikens inriktning

Hela befolkningen ska ha goda förutsättningar för en god hälsa. Regeringens folkhälsopolitik har som syfte att långsiktigt utjämna skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället. De påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Folkhälsan behöver förbättras. En god folkhälsa förutsätter bl.a. goda levnadsvillkor, goda möjligheter till utveckling samt inflytande och delaktighet för alla.

Hälsan för Sveriges befolkning har ur ett helhetsperspektiv en positiv utveckling. Medellivslängden fortsätter att öka och dödligheten i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar minskar överlag.

Det finns dock ojämlikheter i hälsa mellan olika grupper i samhället. Såväl kvinnor som män med lägre utbildningsnivå har generellt sett sämre hälsa än dem med en högre utbildningsnivå. Det finns även en större risk för både kvinnor och män med lägre utbildningsnivå att insjukna eller dö i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar jämfört med dem med en högre utbildningsnivå. Det finns även stora skillnader i hälsa och hälsans bestämningfaktorer för homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer samt mellan transpersoner och befolkningen i allmänhet. Detta gäller både psykisk och fysisk hälsa. Levnadsförhållanden och livsvillkor påverkar människors hälsa och bidrar till skillnader i hälsa.

Folkhälsans bestämningfaktorer finns inom flera olika samhällsområden. Det innebär att folkhälsopolitiken behöver drivas tvärssektoriellt.

Insatser inom folkhälsopolitiken kan utöver att främja människors hälsa också bidra till att minska det framtida behovet av sjukvård hos befolkningen.

Det finns ett samband mellan miljöfaktorer och hälsa. Detta redovisas i utgiftsområde 20 Allmän miljö- och naturvård.

### *En kommission som främjar jämlik hälsa*

Det är allvarligt att det finns skillnader i hälsa mellan olika samhällsgrupper och det är oroande att dessa skillnader ökar. Våren 2015 beslutade regeringen att tillsätta en kommission för jämlik hälsa med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till regeringens mål om att sluta hälsoklyftorna inom en generation. Kommissionens fokus är hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete och hälsans fördelning baserat på olika åldersgrupper ska beaktas.

### *Ny inriktning inom området psykisk hälsa*

Förekomsten av psykisk ohälsa, definierat som nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, har ökat sedan början av 1990-talet. Förutom stora sociala och ekonomiska konsekvenser medför psykiska besvär hos individen ofta en sämre fysisk hälsa, kortare livslängd, ökad risk för att hamna utanför arbetsmarknaden och försämrade möjligheter att etablera sig i samhället jämfört med befolkningen som helhet. Insatser för att främja psykisk hälsa och minska psykisk ohälsa bidrar inte bara till barn och ungas välmående och livskvalitet utan har också potential att minska sjukfrånvaro och sjukskrivningar bland personer i arbetsför ålder.

Sedan den 1 januari 2016 har regeringen en ny strategi inom området psykisk hälsa. Prioriterade områden är förebyggande och främjande insatser, tidiga insatser, delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledarskap och organisation. Genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) avsatte regeringen 845 miljoner kronor för 2016 för att stimulera och stödja kommuner och landsting att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. Målsättningen är att överenskommelsen 2016 ska följas av överenskommelser med en likartad inriktning under 2017 och 2018.

En viktig del i regeringens strategi är en riktad satsning på 280 miljoner kronor per år under 2016–2019 för att möta den ökade ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år. I satsningen ingår att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete och stimulera nya initiativ på området.

Totalt avser regeringen, under förutsättning att riksdagen beviljar medel, att avsätta mer än en miljard kronor per år under perioden 2016–2019 för insatser inom området psykisk hälsa.

Regeringen har under 2016 tillsatt en nationell samordnare för utveckling och samordning på området som ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå.

#### *Tillämpad välfärdsforskning*

Regeringen föreslår en satsning på tillämpad välfärdsforskning. Denna satsning inkluderar bl.a. forskning om psykisk ohälsa för att samhället ska kunna utveckla kunskapsbaserade och verkningfulla insatser. Satsningen redovisas närmare i avsnitt 9.5. Satsningen kommer att beskrivas närmare i den kommande forskningspolitiska propositionen.

#### *Antibiotikaresistens motiverar fortsatt engagemang nationellt och internationellt*

Regeringen anser att ett brett arbete med att förebygga, identifiera och hantera allvarliga gränsöverskridande hälsohot behöver fortsätta. Antibiotikaresistens är ett globalt hälsohot som regeringen prioriterar högt. Arbetet ska ta sin utgångspunkt i den nya strategin som regeringen beslutade i april 2016.

För att Sverige ska kunna behålla sitt förhållandevis gynnsamma resistensläge krävs ett fortsatt aktivt och långsiktigt nationellt arbete. Arbetet ska baseras på det engagemang som finns hos flera aktörer inom olika discipliner, sektorer och nivåer. Utöver human- och djursidan behöver också sektorer såsom utbildning, forskning, miljö och internationell utveckling engageras (utg.omr. 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel).

Regeringens nya strategi lyfter fram det internationella perspektivet av antibiotikaresistenshotet. Redan i dag spelar Sverige en viktig roll i det internationella arbetet och ett fortsatt engagemang är motiverat. Det gäller t.ex. stöd till Världshälsoorganisationen (WHO) i genomförandet av den globala handlingsplanen som antogs av Världshälsoforsamlingen 2015. Ett framsteg är att ett samarbetscenter för WHO har utsetts vid Folkhälsomyndigheten under 2016. Sverige bidrar även till antibiotikaresistensarbetet inom EU och det s.k. Global Health Security Agenda (GHSA).

Den 21 september 2016 genomförs ett högnivåmöte om antimikrobiell resistens i Förenta nationernas (FN) generalförsamling. Sverige har varit pådrivande för att få till stånd mötet. Högnivåmötet utgör en möjlighet att öka medvetenheten på hög politisk nivå och skickar en signal om behovet av åtgärder inom alla berörda sektorer. Högnivåmötet måste följas upp av ett aktivt internationellt arbete med inriktning på att bekämpa antibiotikaresistens och dess konsekvenser för hälsa och hållbar utveckling världen över.

#### *Hälsoundersökningar för att upptäcka ohälsa*

Hälsoundersökningar är ett viktigt verktyg för att identifiera behov av sjukvård och tidigt kunna hantera eventuella smittskyddsinsatser hos asylsökande. Som en följd av flyktingsituationen har trycket ökat på landstingen att genomföra hälsoundersökningar. Regeringen har därför gett Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att stödja landstingen i deras arbete med att erbjuda hälsoundersökningar till asylsökande. 35 miljoner kronor har även avsatts till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för åtgärder inom området. Regeringen avser att följa dessa insatser som syftar till att effektivisera och förbättra kvaliteten i hälsoundersökningarna.

Förekomsten av sjukdomar som kräver vård vid ankomsten till Sverige har i stor utsträckning påverkats av upplevelser, trauman (krig, svält och tortyr) och risker som den asylsökande har exponerats för under flykten. Detta tillsammans med separation från familjemedlemmar innebär en ökad risk för psykisk ohälsa. För närvarande är det i flera delar av landet långa väntetider för sådan vård. Det stora antalet asylsökande som kom till Sverige hösten 2015 kommer sannolikt öka belastningen på traumacenter för krigs- och tortyrskadade runtom i Sverige. Regeringen planerar därför att vidta åtgärder för att öka tillgängligheten av vård och behandling för traumatiserade asylsökande och nyanlända. Regeringen föreslår i denna proposition en satsning på området som uppgår till 40 miljoner kronor 2017. Under 2018–2020 beräknar regeringen att avsätta 40 miljoner kronor per år för satsningen.

#### *Fortsatta insatser för att motverka spridning av hivinfektion*

Läget när det gäller hivinfektion i Sverige visar på ett fortsatt behov av insatser både för smittade personer och för grupper med högre risk för att

smittas. Den nationella strategin för att motverka spridning av hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar har funnits i tio år och behöver uppdateras bl.a. mot bakgrund av förändringar i det epidemiologiska läget. Regeringen har därför gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram förslag på en uppdatering av strategin. Grunden för det fortsatta arbetet bör enligt regeringen vara det författningsreglerade ansvar som landsting och kommuner har för att förebygga smittspridning och stödja de smittade och deras anhöriga. Omfattningen och inriktningen på de statliga insatserna inom området bör därför omprövas. Fokus för det statliga åtagandet inom området bör fortsättningsvis främst avgränsas till insatser för att stödja ideella organisationer på nationell, lokal och regional nivå.

I samhället behövs en minskad stigmatisering av hivinfektion och ett effektivt förebyggande arbete. I ett kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten framgår att med en rätt inställd behandling blir virusmängden i blodet för en person med hivinfektion mycket låg. Det är inte tillräckligt känt hur den nya kunskapen om smittsamhet vid behandlad hivinfektion tillämpas inom hälso- och sjukvården. Åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att smittade inte åläggs betungande och stigmatiserande förehållningsregler på grund av begränsad spridning av tillgänglig kunskap inom vården. Regeringen avser att ge berörda myndigheter i uppdrag att följa upp hur ny kunskap tillämpas i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens samlade insatser som rör smittöverföring av hivinfektion ska beaktas och vidare ska även t.ex. in vitro fertilisering för personer med hivinfektion och informationsplikten ingå i uppdraget.

#### *Bättre förutsättningar för ökad sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*

Regeringen avser fortsätta arbetet med att förbättra samhälleliga och sociala förutsättningar för ökad sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för individen. En viktig utgångspunkt förväntas bli resultaten från den befolkningsstudie på området som Folkhälsomyndigheten har fått regeringens uppdrag att genomföra.

#### *Bra matvanor och fysisk aktivitet ger bättre hälsa*

Att främja en god hälsa genom att förbättra människors möjligheter till bra levnadsvanor är en prioriterad fråga för regeringen. Inriktningen på detta arbete är att alla människor oavsett bak-

grund ska ges reella möjligheter till bättre levnadsvanor i det dagliga livet. Livsmedelsverket och Folkhälsomyndigheten har därför fått i uppdrag att ta fram underlag till insatser för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Regeringen anser att detta uppdrag blir viktigt för att föra det hälsofrämjande arbetet framåt.

Hälsa ska inte vara en klassfråga. Regeringen anser att det ska finnas bättre möjligheter för alla konsumenter oavsett socioekonomisk eller annan bakgrund och förutsättningar att göra medvetna val av livsmedel.

Regeringens stöd till idrottsrörelsen förväntas främja ökad fysisk aktivitet och därmed bidra till en bättre folkhälsa (utg. omr. 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid), liksom insatser för friluftsliv (utg. omr. 17) och för att öka cyklandet (utg. omr. 22 Kommunikationer).

#### *En samlad strategi för alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel 2016–2020*

I februari 2016 beslutade regeringen om en ny ANDT-strategi för perioden 2016–2020 (skr. 2015/16:86). I strategin betonas vikten av att tre perspektiv ska genomsyra allt ANDT-arbete. Dessa är jämlikhets-, jämställdhets-, och barn- och ungdomsperspektiven. I strategin betonas även att hälsofrämjande och preventiva åtgärder inom ANDT-området är av största vikt samt att ett strategiskt samlat ANDT-arbete på samhällets alla nivåer bidrar till minskad förekomst av alkohol- och narkotikamissbruk, minskat bruk av tobak samt minskad användning av dopningspreparat. Arbetet är därför en viktig del i den fortsatta processen för att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

#### *Skarpa åtgärder för minskat tobaksbruk*

Regeringen vill se ett fortsatt minskat tobaksbruk. Rökningen behöver reduceras så att det inte längre utgör ett dominerande folkhälsoproblem. Regeringen ställer sig därför bakom målet om att nå ett rökfritt Sverige till år 2025. EU:s tobaksprodukt direktiv (2014/40/EU), som genomfördes i Sverige den 20 maj 2016, syftar till att göra tobaksprodukter mindre attraktiva. Målgruppen är framför allt ungdomar. Regeringens särskilda utredare (S2014:6) har lämnat förslag på ytterligare förebyggande åtgärder i form av exponeringsförbud, krav på neutrala tobaksförpackningar och nya rökfria miljöer på

allmänna platser utomhus. Förslagen bereds vidare inom Regeringskansliet.

#### *En restriktiv lagstiftning på alkoholområdet*

En restriktiv politik med fokus på tillgänglighetsbegränsande insatser utgör basen i den svenska alkoholpolitiken. Arbetet för att minska alkoholens skadliga effekter vilar på kunskapen om att insatser bör syfta till att minska totalkonsumtionen av alkohol bl.a. genom restriktiv lagstiftning. Systembolagets ensamrätt till detaljhandel med spritdrycker, vin och starköl har ett alkoholpolitiskt syfte genom att begränsa alkoholens tillgänglighet. För att inte riskera själva grunden för Systembolagets ensamrätt och för att möta de utmaningar som finns utreds i Regeringskansliet vilka förändringar som kan behöva göras avseende distanshandel av alkohol. En promemoria om detta kommer att remitteras under hösten 2016.

Den svenska alkoholpolitiken utformas i en EU-gemensam kontext. Gränsöverskridande frågor såsom distanshandel, marknadsföring, märkning av alkoholprodukter samt prispolitik utgör frågor som behöver uppmärksammas både nationellt och på EU-nivå.

#### *Insatser mot narkotika för en bättre hälsa*

Regeringen anser att narkotikapolitiken ska vara balanserad och innehålla insatser som både begränsar tillgång och efterfrågan och ger förutsättningar för en jämlik hälsa för hela befolkningen. Insatser behöver genomföras för att förebygga narkotikabruk och för att stödja personer i missbruk och beroende. Den svenska politiken ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och i alla delar ha ett hälsofokus. Insatser och stöd behöver riktas till såväl enskilda individer som hela befolkningen.

Regeringen ser med oro på den höga narkotikarelaterade dödligheten. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete med särskild inriktning på att motverka narkotikarelaterad dödlighet.

Regeringen anser även att det är viktigt att öka samordningen av arbetet mot dopning i hela samhället. Därför har regeringen gett Folkhälsomyndigheten ett nationellt övergripande samordningsuppdrag att genomföra ANDT-strategin och där ingår dopningsarbetet. Det är av vikt att uppmärksamma dopningsanvänd-

ningen i yngre åldrar, vilket knyter an till ANDT-strategins insatsområden.

#### *Sprututbyte för att minska smittsamma sjukdomar*

I dag erbjuder endast 4 av 21 landsting sprututbytesprogram till personer som injicerar narkotika och programmet finns i dag i 7 kommuner i Sverige: Malmö, Lund, Helsingborg, Kristianstad, Kalmar, Jönköping och Stockholm. Många personer som injicerar narkotika nås i dag inte av verksamheten, varför regeringen anser att det är angeläget att förbättra tillgången till sprututbyten i hela landet för personer som injicerar droger. Sprututbytesverksamhet har bedömts vara ett effektivt redskap i bekämpningen av smittsamma sjukdomar (såsom exempelvis hiv och hepatiter) och riskbeteenden och rekommenderas såväl av Folkhälsomyndigheten i Sverige som av WHO m.fl. Regeringen avser att föreslå vissa ändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler i syfte att öka tillgängligheten till sådana insatser. Regeringen har därför beslutat om en lagrådsremiss med förslag om att landstingen blir ensam huvudman för att ansöka om och driva sprututbytesprogram samt förslag att åldersgränsen sänks från nuvarande 20 år till 18 år. Syftet med förslagen är att öka tillgängligheten till dessa verksamheter över hela landet.

#### *Vård vid missbruk*

Vård och behandling vid missbruk och beroende är en viktig del av ANDT-politiken som beskrivs i politikens inriktning i avsnittet om sociala tjänster (se avsnitt 7.8.).

#### *Insatser för att förebygga spelmissbruk*

Spelproblem kan orsaka sociala, ekonomiska och hälsomässiga skadeverkningar både för den enskilde och för anhöriga. Våren 2016 har departementspromemorian Förebyggande och behandling av spelmissbruk (Ds 2015:48) remitterats och är nu under beredning i Regeringskansliet. Regeringen har även gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra insatser för att förebygga spelproblem. Uppdraget syftar till att stödja ett effektivt och kunskapsbaserat förebyggande arbete på nationell, regional och lokal nivå.

## 5.6 Budgetförslag

### 5.6.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

**Tabell 5.2 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | 374 706              | Anslags-sparande | 4 683   |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2015        | Utfall         | 374 706              | Anslags-sparande | 4 683   |
| 2016        | Anslag         | 375 043 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 374 274 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>380 030</b>       |                  |         |
| 2018        | Beräknat       | 382 152 <sup>2</sup> |                  |         |
| 2019        | Beräknat       | 390 138 <sup>3</sup> |                  |         |
| 2020        | Beräknat       | 398 704 <sup>4</sup> |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 374 926 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 374 926 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 374 926 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention.

#### Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 5.3 Uppdragsverksamhet**

Tusental kronor

| Uppdragsverksamhet    | Intäkter | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|-----------------------|----------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015           | 27 189   | 25 090    | 2 099                       |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |
| Prognos 2016          | 47 698   | 43 553    | 4 145                       |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |
| Budget 2017           | 53 365   | 61 030    | -7 665                      |
| (varav tjänsteexport) | 0        | 0         | 0                           |

Folkhälsomyndighetens budget för avgiftsbelagd verksamhet innefattar tre olika uppdragsverksamheter.

Myndigheten bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och inkomsterna för denna diagnostik ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Ytterligare en uppdragsverksamhet är Folkhälsomyndighetens bekämpningsmedelsutbildningar. Myndigheten tar ut avgifter för denna verksamhet och inkomsterna ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

Den tredje uppdragsverksamheten är kopplad till EU:s tobaksdirektiv. Den 20 maj 2016 inkluderades EU:s tobakprodukt direktiv (2014/40/EU) i svensk lagstiftning. Direktivet genomförs till stor del av Folkhälsomyndigheten. Myndigheten ska ta ut avgifter från tillverkare och importörer av tobaksvaror med anledning av de nya kraven som införs. Regeringen avser att reglera avgifterna i förordning och avgifterna ska disponeras av Folkhälsomyndigheten.

#### Regeringens överväganden

För att förstärka Folkhälsomyndighetens arbete mot antibiotikaresistens ökade anslaget med 15 miljoner kronor 2015 och med 15 miljoner kronor 2016. För motsvarande arbete föreslås 15 miljoner kronor 2017 samt beräknas 10 miljoner kronor per år fr.o.m. 2018.

Anslaget minskar med 100 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 5.4 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:1 Folkhälsomyndigheten**

Tusental kronor

|                                      | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016 <sup>1</sup></b>     | <b>375 043</b> | <b>375 043</b> | <b>375 043</b> | <b>375 043</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>     |                |                |                |                |
| Pris- och löneomräkning <sup>2</sup> | 5 039          | 12 365         | 20 461         | 29 145         |
| Beslut                               | -52            | -5 256         | -5 366         | -5 484         |
| Överföring till/från andra anslag    |                |                |                |                |
| Övrigt                               |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>       | <b>380 030</b> | <b>382 152</b> | <b>390 138</b> | <b>398 704</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 380 030 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 382 152 000 kronor, 390 138 000 kronor respektive 398 704 000 kronor.

## 5.6.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

**Tabell 5.5 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

| År          | Slagslag       | Belopp              | Notering         | Belopp |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2015        | Utfall         | 1 419               | Anslags-sparande | 83 581 |
| 2016        | Anslag         | 85 000 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 57 500 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>88 500</b>       |                  |        |
| 2018        | Beräknat       | 88 500              |                  |        |
| 2019        | Beräknat       | 88 500              |                  |        |
| 2020        | Beräknat       | 88 500              |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 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.

### Kompletterande information

Regeringen bemyndigades av riksdagen i budgetpropositionen för 2016 att för anslag 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* ingå avtal om pandemivaccin som medför behov av framtida anslag på högst 510 miljoner kronor 2017–2022. Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att säkerställa tillgången till vaccinbehandling för hela befolkningen vid en pandemi. Folkhälsomyndigheten har under 2016 tecknat avtal med två vaccintillverkare, Seqirus och GlaxoSmithKline. Vid en pandemi har Folkhälsomyndigheten möjlighet att köpa de vacciner som behövs för att kunna erbjuda befolkningen skydd. Avtalen är giltiga i fyra år och kostar 85 miljoner kronor per år. Staten kommer i ett avtal svara för de årliga kostnaderna för att Sverige vid en pandemi ska ges möjlighet att få

vaccin levererat från en eller flera producenter. Med anledning av att Folkhälsomyndigheten tecknade avtal med vaccintillverkare under 2016 kommer anslaget belastas från maj 2016 vilket innebär att av 85 miljoner kronor beräknas 58 miljoner kronor förbrukas.

### Regeringens överväganden

Folkhälsomyndigheten kommer att få ökade kostnader för att hantera vaccinavtal och förberedande åtgärder för att kunna ta emot vaccin vid en influensapandemi. Denna kostnad beräknas uppgå till 3,5 miljoner kronor per år. Anslaget föreslås öka med 3,5 miljoner kronor 2017, samt beräknas öka med motsvarande belopp 2018 och framåt. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner beräknas minska med motsvarande belopp.

**Tabell 5.6 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap**

Tusental kronor

|                                   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016<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                            | 3 500         | 3 500         | 3 500         | 3 500         |
| Överföring till/från andra anslag |               |               |               |               |
| Övrigt                            |               |               |               |               |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>88 500</b> | <b>88 500</b> | <b>88 500</b> | <b>88 500</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 88 500 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 88 500 000 kronor respektive år.

### 5.6.3 2:3 Bidrag till WHO

**Tabell 5.7 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO**

*Tusental kronor*

| År          | Utfall         | Utgifter            | Anslags-sparande | Utgifter |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|----------|
| 2015        | Utfall         | 37 959              |                  | 56       |
| 2016        | Anslag         | 34 665 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 36 815   |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>37 665</b>       |                  |          |
| 2018        | Beräknat       | 34 665              |                  |          |
| 2019        | Beräknat       | 34 665              |                  |          |
| 2020        | Beräknat       | 34 665              |                  |          |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 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 2017 uppgår till ca 2 200 000 amerikanska dollar och ca 2 100 000 schweiziska franc. Sveriges andel av kostnaden för WHO:s ramkonvention om tobakskontroll för 2016 uppgår till ca 56 000 amerikanska dollar.

#### Regeringens överväganden

Till följd av en försämrad valutakurs för den svenska kronan föreslås anslaget öka med 3 miljoner kronor 2017. Finansiering sker delvis genom en neddragning av anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* som minskas med 1,5 miljoner kronor.

**Tabell 5.8 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:3 Bidrag till WHO**

*Tusental kronor*

|                                   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016 <sup>1</sup></b>  | <b>34 665</b> | <b>34 665</b> | <b>34 665</b> | <b>34 665</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |               |               |               |               |
| Beslut                            | 3 000         |               |               |               |
| Överföring till/från andra anslag |               |               |               |               |
| Övrigt                            |               |               |               |               |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>37 665</b> | <b>34 665</b> | <b>34 665</b> | <b>34 665</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 37 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 34 665 000 kronor respektive år.

### 5.6.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

**Tabell 5.9 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

*Tusental kronor*

| År          | Utfall         | Utgifter             | Anslags-sparande | Utgifter |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|----------|
| 2015        | Utfall         | 145 197              |                  | 305      |
| 2016        | Anslag         | 145 502 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 143 413  |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>75 502</b>        |                  |          |
| 2018        | Beräknat       | 75 502               |                  |          |
| 2019        | Beräknat       | 75 502               |                  |          |
| 2020        | Beräknat       | 75 502               |                  |          |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 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.



## Regeringens överväganden

Regeringen föreslår att anslaget minskar med 70 miljoner kronor 2017 och beräknar att anslaget minskar med motsvarande belopp från och med 2018 för angelägna satsningar inom andra områden i utgiftsområde 9.

**Tabell 5.10 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar**

Tusental kronor

|                                   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<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                            | -70 000        | -70 000        | -70 000        | -70 000        |
| Överföring till/från andra anslag |                |                |                |                |
| Övrigt                            |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>75 502</b>  | <b>75 502</b>  | <b>75 502</b>  | <b>75 502</b>  |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 75 502 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 75 502 000 kronor respektive år.

### 5.6.5 6:1 Alkoholsortimentsnämnden

**Tabell 5.11 Anslagsutveckling 6:1 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

| År   | Slagslag | Belopp           | Slagslag         | Belopp |
|------|----------|------------------|------------------|--------|
| 2015 | Utfall   | 184              | Anslags-sparande | 57     |
| 2016 | Anslag   | 238 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 99     |
| 2017 | Förslag  | 242              |                  |        |
| 2018 | Beräknat | 248 <sup>2</sup> |                  |        |
| 2019 | Beräknat | 254 <sup>3</sup> |                  |        |
| 2020 | Beräknat | 259 <sup>4</sup> |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 242 tkr i 2017 års prishnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 242 tkr i 2017 års prishnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 242 tkr i 2017 års prishnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Alkoholsortimentsnämndens förvaltningsutgifter.

## Regeringens överväganden

**Tabell 5.12 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 6:1 Alkoholsortimentsnämnden**

Tusental kronor

|                                       | 2017       | 2018       | 2019       | 2020       |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>       | <b>238</b> | <b>238</b> | <b>238</b> | <b>238</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>      |            |            |            |            |
| Pris- och löne-omräkning <sup>2</sup> | 4          | 10         | 16         | 21         |
| Beslut                                |            |            |            |            |
| Överföring till/från andra anslag     |            |            |            |            |
| Övrigt                                |            |            |            |            |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>        | <b>242</b> | <b>248</b> | <b>254</b> | <b>259</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 242 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Alkoholsortimentsnämnden* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 248 000 kronor, 254 000 kronor respektive 259 000 kronor.

### 5.6.6 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

**Tabell 5.13 Anslagsutveckling 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Tusental kronor

| År   | Slagslag | Belopp               | Slagslag         | Belopp  |
|------|----------|----------------------|------------------|---------|
| 2015 | Utfall   | 243 552              | Anslags-sparande | 15 077  |
| 2016 | Anslag   | 163 629 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 158 268 |
| 2017 | Förslag  | 213 629              |                  |         |
| 2018 | Beräknat | 213 629              |                  |         |
| 2019 | Beräknat | 183 629              |                  |         |
| 2020 | Beräknat | 113 629              |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 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

Från och med 2016 gäller en ny samlad alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. För att finansiera insatserna för 2017 föreslår regeringen att anslaget ökas med 50 miljoner kronor jämfört med 2016. För 2018 och 2019 beräknas anslaget öka med 50 respektive 20 miljoner kronor per år. För 2020 beräknas anslaget minska med 50 miljoner kronor.

**Tabell 5.14 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 6:2 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel**

Tusental kronor

|   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>         | <b>163 629</b> | <b>163 629</b> | <b>163 629</b> | <b>163 629</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>        |                |                |                |                |
| Beslut                                  | 50 000         | 50 000         | 20 000         | -50 000        |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag |                |                |                |                |
| Övrigt                                  |                |                |                |                |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b> | <b>213 629</b> | <b>213 629</b> | <b>183 629</b> | <b>113 629</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 213 629 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 213 629 000 kronor, 183 629 000 kronor respektive 113 629 000 kronor.

## 6 Funktionshinderspolitik

### 6.1 Omfattning

Området omfattar Myndigheten för delaktighet (MFD) som har till uppgift att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. Vidare omfattar området bidrag till funktionshindersorganisationer. Huvuddelen av insatserna inom funktionshinderspolitiken finansieras inom andra utgiftsområden än i utgiftsområde 9.

### 6.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 6.1** Utgiftsutveckling inom Funktionshinderspolitik

*Miljoner kronor*

|  | Utfall<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Funktionshinderspolitik</i>                 |                |                             |                 |                 |                  |                  |                  |
| 3:1 Myndigheten för delaktighet                | 50             | 57                          | 58              | <b>58</b>       | 59               | 60               | 62               |
| 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer | 183            | 189                         | 189             | <b>189</b>      | 189              | 189              | 189              |
| <b>Summa Funktionshinderspolitik</b>           | <b>233</b>     | <b>246</b>                  | <b>247</b>      | <b>247</b>      | <b>248</b>       | <b>249</b>       | <b>250</b>       |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 6.3 Mål för området

Funktionshinderspolitiken omfattar följande av riksdagen beslutade mål (prop. 2012/13:1):

- 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.

### 6.4 Resultatredovisning

Funktionshinderspolitiken är en del av arbetet med mänskliga rättigheter. Kostnader för att undanröja hinder och skapa tillgänglighet för alla människor, såväl flickor, pojkar, kvinnor och män, med funktionsnedsättning i alla åldrar ska finansieras inom ramen för ordinarie verksamheter i enlighet med ansvars- och finansieringsprincipen. 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 funktionshinderspolitiken samt genom ett uttalat ansvar 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).

#### 6.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Myndigheten för delaktighet har regeringens uppdrag att beskriva, följa upp och analysera utvecklingen och genomslaget av funktionshinderspolitiken. I uppdraget ingår bl.a. att utveckla indikatorer för uppföljning av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning, att sammanställa och analysera resultatet av myndigheternas arbete samt komplettera statistiska och andra underlag med olika former av

dialog med personer med funktionsnedsättning och funktionshindersorganisationerna.

Den slutliga utvärdering och analys som Myndigheten för delaktighet har lämnat om utvecklingen i förhållande till strategin för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 ligger till grund för den övergripande bedömningen av resultaten (S2011/11074/FST).

Det finns emellertid svårigheter att avgränsa och mäta effekten av enskilda statliga insatser i förhållande till de övergripande nationella målen för funktionshinderspolitiken. Måluppfyllelsen påverkas av insatser av kommuner och landsting.

De indikatorer och bedömningsgrunder som används för att redovisa resultaten av utveckling av levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning under strategiperioden utgår huvudsakligen från Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät, men även från andra undersökningar såsom bland annat Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökning (AKU) och Trafikanalys Resvaneundersökning samt Internetstiftelsen Sveriges årliga undersökning om svenskarnas internetvanor. Från Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät har huvudsakligen följande indikatorer och bedömningsgrunder använts:

- utbildning (t.ex. högsta utbildningsnivå hos befolkningen, andelen studerande),
- sysselsättning (t.ex. huvudsaklig sysselsättning, oro att förlora arbete),
- ekonomi (t.ex. kontantmarginal, ekonomisk kris),
- hälsa (t.ex. självskattad hälsa),
- fritid (t.ex. varit på teater eller bio, idrott/motionerat),
- trygghet/säkerhet (t.ex. utsatt för våld eller hot, utsatt för kränkning).

#### 6.4.2 Resultat

##### En strategi för att genomföra funktionshinderspolitiken 2011–2016

Den nationella funktionshinderspolitiken syftar bl.a. till att flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning ska bli fullt delaktiga i samhället. Arbetet inriktas därför särskilt på att undanröja hinder för delaktighet, att förebygga och bekämpa diskriminering samt att skapa

förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Under åren 2011–2016 har funktionshinderspolitiken genomförts i enlighet med en av regeringen beslutad strategi. För att förtydliga de funktionshinderspolitiska målen har inriktningsmål fastställts inom nio prioriterade områden: Arbetsmarknadspolitiken, Socialpolitiken, Utbildningspolitiken, Transportpolitiken, It-politiken, Ökad fysisk tillgänglighet, Rättsväsendet, Folkhälsopolitiken samt Kultur, medier och idrott (skr. 2009/10:166). Med utgångspunkt från dessa inriktningsmål har ett tjugotal strategiska myndigheter arbetat utifrån ett antal delmål för 2011–2016 inom sina respektive verksamhetsområden. Myndigheterna har årligen redovisat hur arbetet fortskrider till regeringen och till Myndigheten för delaktighet.

En närmare redogörelse för utvecklingen av funktionshinderspolitiken inom vissa områden lämnas under respektive utgiftsområde.

### **Tillgängligheten och delaktigheten ökar inom flera områden**

I juni 2016 inkom Myndigheten för delaktighets samlade utvärdering och analys av arbetet med strategin och utvecklingen av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning (S 2011/11074/FST). Den visar sammanfattningsvis följande.

Myndigheter och kommuner genomför många insatser för att öka tillgängligheten och delaktigheten i samhället för personer med funktionsnedsättning. Den största utvecklingen kan ses inom transportområdet och inom medier och film.

Tillgängligheten och användbarheten har utvecklats inom flera delar av transportsystemet. Andelen fordon i kollektivtrafiken med rullstolsplats, audiovisuellt hållplatsutrop och ramp/lift har ökat från 71 procent 2013 till 77 procent 2016.

Tillgängligheten inom medier har förbättrats och allt fler tv-program görs tillgängliga för personer med funktionsnedsättningar. Mellan åren 2014 och 2015 fördubblades antalet timmar teckenspråkstolkade tv-program på SVT och andelen timmar syntolkade tv-program ökade med nästan 50 procent. Genom lanseringen av en applikation för smarta telefoner har tillgången till syntolkad film på bio drastiskt ökat under

2015. För en närmare redovisning av tillgänglighetsaspekter inom film- och medieområdet se utg. omr.17, avsnitt 13 och 14.

Vidare samråder fler kommuner med funktionshinders organisationer i utbildningsfrågor och fler kommuner använder konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i arbetet med att öka tillgängligheten och delaktigheten för personer med funktionsnedsättning. Även andelen kommuner som ställer krav på tillgänglighet i offentliga upphandlingar ökar.

### *De strategiska myndigheternas arbete har gått framåt*

En stor del av strategins inriktningsmål för de nio prioriterade områdena har utvecklats i positiv inriktning under strategiperioden. För många inriktningsmål saknas dock tillräcklig effektmätning för att kunna bedöma måluppfyllelsen.

Myndigheten för delaktighets analys av de strategiska myndigheternas arbete visar att 43 procent av strategins delmål har uppnåtts under perioden 2011–2016.

Många strategiska myndigheter har dessutom genomfört arbete mot de av riksdagen beslutade nationella målen.

### *Kommunerna och de regionala kollektivtrafikmyndigheterna fortsätter sitt arbete*

Kommunernas och de regionala kollektivtrafikmyndigheternas arbete med tillgänglighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning sker i ungefär lika stor utsträckning 2016 som 2015 och 2014. Under strategiperioden 2011–2016 har tillgängligheten och användbarheten ökat inom transportsystemet.

### **Skillnader i levnadsvillkor och delaktighet**

Levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning har under strategiperioden 2011–2016 blivit bättre, bland annat har utbildningsnivån ökat. Myndigheten för delaktighets uppföljning visar dock att personer med funktionsnedsättning som grupp har generellt sett sämre levnadsvillkor och sämre möjligheter att delta i samhällslivet än övriga befolkningen. Kvinnor med funktionsnedsättning har genomgående sämre levnadsvillkor än män med funktionsnedsättning. Det finns även skillnader i levnadsvillkoren för flickor och pojkar med funktionsnedsättning. I det följande redovisas utveck-

lingen av levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning inom områdena utbildning, arbete och försörjning, politisk delaktighet samt hälsa och fritid.

#### *Utbildning*

Personer med funktionsnedsättning har lägre utbildningsnivå än övriga befolkningen. Utbildningsnivån bland personer med funktionsnedsättning har successivt ökat sedan 2000. Bland personer med funktionsnedsättning har 32 procent eftergymnasial utbildning jämfört med 44 procent i övriga befolkningen. Gapet mellan personer med och utan funktionsnedsättning har minskat något under strategiperioden 2011–2016.

Kvinnor har högre utbildningsnivå än män såväl bland personer med funktionsnedsättning som i övriga befolkningen.

Fler pojkar än flickor går i grund- och gymnasieskolan. (Skolverkets officiella statistik 2016.)

Skolmyndigheterna bedömer i sin slutrapportering av strategiarbetet att det utifrån redovisad statistik inte går att utläsa att skolors arbete med att göra anpassningar av verksamheten, när så behövs för att undanröja hinder för barn och elever med funktionsnedsättning, har förändrats under strategiperioden 2011–2016. För en närmare redovisning av stöd och insatser och utveckling inom barn- och ungdomsutbildningen se utg. omr.16, avsnitt 4.

#### *Arbete och försörjning*

63 procent av personer med funktionsnedsättning är yrkesarbetande, jämfört med 84 procent i övrig befolkning.

Män med funktionsnedsättning yrkesarbetar i något högre utsträckning än kvinnor med funktionsnedsättning och deras inkomster är också större. För personer med funktionsnedsättning gäller en något högre könsskillnad för andelen som yrkesarbetar jämfört med befolkningen som helhet.

De ekonomiska förutsättningarna för gruppen personer med funktionsnedsättning är sämre än för övriga befolkningen. I Folkhälsomyndighetens undersökning Hälsa på lika villkor 2016 framkommer att bland personer med funktionsnedsättning är det 28 procent som saknar kontantmarginal, medan motsvarande andel i övriga befolkningen är 14 procent. Att sakna kontantmarginal innebär att man inom en månad inte skulle klara av att betala en oväntad utgift på

10 000 kronor utan att låna eller be om hjälp. Kvinnor med funktionsnedsättning saknar i högre grad än män med funktionsnedsättning en kontantmarginal.

Enligt Statistiska centralbyråns arbetskraftsundersökning (AKU) har 62 procent av personer med funktionsnedsättning (med och utan nedsatt arbetsförmåga) sysselsättning jämfört med 78 procent i befolkningen totalt. Bland personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga har 54 procent sysselsättning. Det finns inte några signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

Behov av anpassning av arbetsförhållanden i form av lokalanpassning, arbetstid och arbetstempo uppges oftare hos sysselsatta kvinnor än män med funktionsnedsättning. För dem som inte har en sysselsättning finns inga signifikanta skillnader.

Färre kvinnor jämfört med män med funktionsnedsättning har en tillsvidareanställning, vilket avspeglar könsskillnaderna i övriga befolkningen. Betydligt fler män än kvinnor med funktionsnedsättning arbetar också heltid.

#### *Politisk delaktighet*

En samlad bild av personer med funktionsnedsättnings förutsättningar för att vara delaktiga i demokratin ges i 2014 års demokratiutredningens rapport Låt fler forma framtiden. Där framgår att personer med funktionsnedsättning är mindre delaktiga i demokratin än övriga befolkningen. Personer med funktionsnedsättning är till exempel underrepresenterade i de folkvalda församlingarna och röstar i något lägre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning.

Statistiska centralbyråns analyser visar att 20 procent av de folkvalda i kommunfullmäktige 2014 har en funktionsnedsättning. Andelen kan jämföras med andelen i befolkningen 16–64 år med en funktionsnedsättning, som 2012 var omkring 26 procent.

Sett till hela den röstberättigade befolkningen var valdeltagandet i riksdagsvalet 2014 marginellt högre (1 procentenhet) bland kvinnor än bland män. Valdeltagandet var dock lägre bland kvinnor med en funktionsnedsättning jämfört med övriga kvinnor i befolkningen. En sådan skillnad kan inte konstateras bland männen.

En något större andel av personer med funktionsnedsättning (6 procent) är medlem i ett politiskt parti än övriga befolkningen (5 procent). En lägre andel kvinnor än män med

funktionsnedsättning är medlemmar i politiska partier.

### *Hälsa*

Personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som sämre än övriga befolkningen. Kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som allra sämst. Läs mer om regeringens arbete mot psykisk ohälsa under utg.omr. 9 avsnitt 5.

Det är vanligare att personer med funktionsnedsättning uppger att de har utsatts för våld jämfört med personer i övriga befolkningen. Kvinnor med funktionsnedsättning uppger i högre utsträckning att de blir utsatta i egen eller annans bostad. Kvinnor med funktionsnedsättning tycks utsättas för hot och våld av personer de har nära relationer till, inte sällan i form av en partner, familjemedlem eller vårdare.

Av Barnombudsmannens årsrapport 2016 framgår att barn med funktionsnedsättning oftare utsätts för kränkningar och trakasserier än andra barn.

### *Fritid*

Även vad gäller fritid finns skillnader i delaktighet. Pojkar med funktionsnedsättning tränar i mindre utsträckning än pojkar utan funktionsnedsättning. Flickor tränar i samma utsträckning oavsett funktionsnedsättning. Många personer med funktionsnedsättning uppger i undersökningar som Myndigheten för delaktighet har gjort att de på olika sätt hindras från att idrotta eller motionera. Omkring 2 av 10 har känt sig diskriminerade i samband med att de har idrottat eller motionerat.

Personer med funktionsnedsättning har ett lägre socialt deltagande än den övriga befolkningen. 34 procent går sällan eller aldrig på aktiviteter som bio, studiecirkel, demonstrationer eller privata fester, jämfört med 15 procent bland den övriga befolkningen.

## **Delaktighet och tillgänglighet i kommunerna**

Myndigheten för delaktighet genomför sedan 2014 en årlig uppföljning av hur kommuner och regionala kollektivtrafikmyndigheter arbetar med delaktighet och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Indikatorerna har utvecklats med utgångspunkt i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och FN:s Högkommissarie för mänskliga rättigheters indikatorstruktur för

uppföljning av mänskliga rättigheter på nationell nivå, och syftar till att följa arbetet på struktur-, process- och resultatnivå. Kommunuppföljningen består av 95 indikatorer som gemensamt följer upp dessa olika nivåer.

Resultaten från kommunuppföljningen 2016 visar att Sveriges kommuner och regionala kollektivtrafikmyndigheter arbetar med tillgänglighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ungefär lika stor utsträckning som året innan. Inom områdena arbetsmarknad, idrott, kultur, fysisk tillgänglighet och transport har kommunernas och kollektivtrafikmyndigheternas arbete förstärkts jämfört med 2015. Inom utbildningsområdet har det inte skett någon förändring. Resultaten kan dock variera i högre grad för enskilda indikatorer.

Spridningen mellan kommunerna är emellertid stor. Förutsättningarna för delaktighet ser olika ut i olika delar av landet och det finns tydliga resultatskillnader mellan de olika kommungrupperna. Kommungruppen Storstäder har betydligt högre resultat avseende tillgänglighet och delaktighet än övriga kommungrupper. Andra kommungrupper med högt resultat är Större städer, Kommuner i glesbefolkad region och Förortskommuner till storstäder.

Enligt Myndigheten för delaktighet uppvisar kommuner som arbetar bra på den strukturella nivån bättre resultat än kommuner som inte arbetar på detta sätt.

## **Tillgänglighetsarbetet i staten**

Myndigheten för delaktighets uppföljning 2016 av förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförande av funktionshinderspolitiken visar att myndigheter har en svag negativ utveckling inom flera områden jämfört med föregående år. Det finns dock variationer på flera områden som delvis kan förklaras av bortfall och att fler myndigheter deltar i årets undersökning än föregående år (274 jämfört med 257).

Sammanfattningsvis anger närmare 68 procent av myndigheterna att de har en handlingsplan för sitt tillgänglighetsarbete och 62 procent av myndigheterna har utsett en samordnare. Tillgänglighetsinventeringar sker främst av myndighetens lokaler (88 procent). 78 procent av myndigheterna har åtgärdat sina personalutrymmen och

81 procent har vidtagit särskilda åtgärder för anställning. 46 procent av myndigheterna har vidtagit generella åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna söka arbete. De strategiska myndigheterna inkluderar i större utsträckning än andra myndigheter funktionshinderspersionen i verksamheten. Även museer och domstolar visar enligt Myndigheten för delaktighet på en positiv utveckling.

Över tid har myndigheterna blivit bättre på att tillgängliggöra sina webbplatser. 77 procent inventerar dessa ur ett tillgänglighetsperspektiv. Fortfarande är det dock relativt få myndigheter som inventerar den skriftliga informationen.

### **Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning**

Regeringen arbetar med att bereda de rekommendationer som kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning lämnade i samband med Sveriges första dialog med kommittén våren 2014. Både kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning och kommittén för barnets rättigheter har bland annat uttryckt oro över rapporter som visar att barn med funktionsnedsättning utsätts för våld i högre grad än barn utan funktionsnedsättning. Bristen på statistik på området har också påtalats och i de rekommendationer som de båda kommittéerna har lämnat rekommenderas Sverige att samla in uppgifter och statistik om våld mot barn med funktionsnedsättning.

Regeringen har därför i april 2016 beslutat att bevilja medel till Stiftelsen Allmänna Barnhuset för att genomföra en kunskapssammanställning över utsattheten för våld och kränkningar som drabbar barn med funktionsnedsättning i Sverige. Arbetet ska redovisas senast den 15 september 2016 (S2016/02234/FST).

Kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning har också uttryckt oro över bristen på uppgifter och information om frågor som påverkar personer med funktionsnedsättning som tillhör urfolksgrupper och har rekommenderat Sverige att systematiskt samla in, analysera och sprida uppgifter och information som bland annat innefattar ursprungsbe-folkning. För att öka kunskapen om samer med funktionsnedsättning har regeringen beviljat Nordens Valfärdscenar medel för att genomföra en studie om hur livssituationen för samer

med funktionsnedsättning och deras anhöriga i de samiska förvaltningskommunerna ser ut (S2016/02027/FST). Studien kommer bland annat att inkludera frågor om LSS-insatser och behov på samiska språket, kunskap om samiskt liv och kultur bland olika personalgrupper, boende och färdtjänst, hemsjukvård, förskola- och skola, koppling till särskilt stöd och specialpedagogik samt arbete och sysselsättning.

Studien ska slutredovisas den 15 januari 2017.

#### *Stöd till funktionshindersonorganisationer*

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning slår fast att personer med funktionsnedsättning och deras organisationer aktivt ska involveras i beslutsprocesser angående statens åtgärder för att genomföra de rättigheter som slås fast i konventionen. För att stödja funktionshindersonorganisationerna i deras arbete för full delaktighet och jämlikhet i samhället för personer med funktionsnedsättning har statsbidraget i enlighet med förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer tillförts ytterligare 6 miljoner kronor från 2016 och uppgår numera till 188 miljoner kronor.

### **6.4.3 Analys och slutsatser**

Sverige har under många år varit ledande i arbetet med att stärka efterlevnaden av rättigheterna för personer med funktionsnedsättning globalt. Sverige svarar också inom många områden väl upp till de krav som ställs i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Samtidigt visar olika rapporter och uppföljningar att det finns skillnader i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Vidare har kvinnor med funktionsnedsättning genomgående sämre levnadsvillkor än män med funktionsnedsättning. En del av dessa skillnader kan enligt Myndigheten för delaktighet förklaras av hur samhällssystemen är uppbyggda, och hur den fysiska och kognitiva miljön är utformad. Vidare vad som sker i mötet med andra människor, men också av olika yrkesgruppers förväntningar, bemötande och föreställningar om funktionsnedsättning och kön. (En jämställdhetsanalys av levnadsvillkor och delaktighetsmöjligheter för personer med funktionsnedsättning, Myndigheten för delaktighet 2016.)



Kunskapen om förutsättningar för delaktighet i samhället och om levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning har ökat de senaste åren. Likaså har förutsättningarna för att följa utvecklingen över tid ökat.

Den nuvarande strategin för genomförande av funktionshinderspolitiken avslutas under 2016. För att få beredningsunderlag inför regeringens överväganden inom funktionshinderspolitiken efter 2016 har Myndigheten för delaktighet fått i uppdrag att ta fram ett förslag på hur funktionshinderspolitiken kan bli mer effektiv och systematisk vad gäller såväl genomförande som uppföljning (S2015/3797/FST). I uppdraget ingår att lämna förslag på inriktningen på arbetet inom funktionshindersområdet framöver. Uppdraget redovisades den 30 juni 2016.

## 6.5 Politikens inriktning

Funktionshinderspolitik är en rättighets- och jämlikhetsfråga. Personer med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på samma villkor som människor utan funktionsnedsättning vad gäller delaktighet och tillgänglighet.

Funktionshinderspolitiken står inför ett antal utmaningar. Det finns alltså brister gällande jämlikhet i levnadsvillkor och möjlighet till delaktighet mellan personer med och utan funktionsnedsättning. Skillnaderna är stora när det gäller möjligheterna att påverka och vara delaktig i demokratin, liksom inom utbildnings- och arbetsmarknadsområdet. Att öka sysselsättningen för personer med funktionsnedsättning är därför en prioriterad fråga för regeringen. Läs mer om regeringens arbete (utg. omr. 14 och utg. omr. 16).

Trots de senaste årens strategiska arbete för att genomföra funktionshinderspolitiken går utvecklingen fortfarande för långsamt.

Nuvarande strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken löper ut under 2016. Regeringen avser att återkomma i frågan. Följande perspektiv ska då finnas med.

### *En politik för mänskliga rättigheter*

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, liksom de rekommendationer som kommittén för rättigheter har lämnat är en utgångspunkt i regeringens funktionshinderspolitik.

Jämställdhet behöver bli en tydligare del av politiken. Att utjämna skillnader i levnadsvillkor mellan flickor/kvinnor och pojkar/män med funktionsnedsättning är prioriterat.

Likaså är det angeläget att tydliggöra barnets rättigheter i alla åtgärder som rör barn med funktionsnedsättning. Barn är rättighetsinnehavare enligt barnkonventionen och deras bästa ska vara i centrum i alla åtgärder som rör dem.

Funktionshinderspolitiken är en del i arbetet för ett mer jämlikt samhälle. Människors socioekonomiska bakgrund eller utbildningsnivå ska inte avgöra vilken möjlighet vederbörande har att få rätt stöd.

Åtgärder som syftar till att förebygga och motverka diskriminering är grundläggande om människors lika värde ska respekteras. Att förebygga uppkomsten av all form av diskriminering är därför en viktig del i arbetet för full delaktighet och jämlikhet.

Våra individuella förutsättningar och behov är också en grundläggande utgångspunkt i arbetet för en socialt hållbar utveckling. De mål som har beslutats inom ramen för FN:s Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen utgör härvid en viktig del i arbetet.

När vi bygger samhället smart och hållbart ska hela befolkningens behov och förutsättningar beaktas.

Vidare måste ansvars- och finansieringsprincipen tydligt gälla. Varje sektor i samhället har ansvar för att funktionshinderspolitiken genomförs. Det är hela samhällets ansvar att se till att inte människor exkluderas och att alla människors kompetens kan tas tillvara.

## 6.6 Budgetförslag

### 6.6.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

**Tabell 6.2 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet**

Tusental kronor

| 2015        | Utfall         | 50 023              | Anslags-sparande | 4 322  |
|-------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2016        | Anslag         | 57 178 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 57 929 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>57 883</b>       |                  |        |
| 2018        | Beräknat       | 58 996 <sup>2</sup> |                  |        |
| 2019        | Beräknat       | 60 226 <sup>3</sup> |                  |        |
| 2020        | Beräknat       | 61 546 <sup>4</sup> |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 57 886 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 57 887 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 57 886 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 6.3 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 3:1 Myndigheten för delaktighet**

Tusental kronor

|   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>           | <b>57 178</b> | <b>57 178</b> | <b>57 178</b> | <b>57 178</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |               |               |               |               |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 714           | 1 824         | 3 054         | 4 374         |
| Beslut                                    | -9            | -6            | -6            | -6            |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |               |               |               |               |
| Övrigt                                    |               |               |               |               |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>57 883</b> | <b>58 996</b> | <b>60 226</b> | <b>61 546</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 57 883 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 58 996 000 kronor, 60 226 000 kronor respektive 61 546 000 kronor.

### 6.6.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

**Tabell 6.4 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer**

Tusental kronor

| 2015        | Utfall         | 182 742              | Anslags-sparande | 0       |
|-------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2016        | Anslag         | 188 742 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 188 742 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>188 742</b>       |                  |         |
| 2018        | Beräknat       | 188 742              |                  |         |
| 2019        | Beräknat       | 188 742              |                  |         |
| 2020        | Beräknat       | 188 742              |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till funktionshindersorganisationer 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 funktionshindersorganisationer finns i förordningen (2000:7) om statsbidrag till handikapporganisationer.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 6.5 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer**

Tusental kronor

|   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>         | <b>188 742</b> | <b>188 742</b> | <b>188 742</b> | <b>188 742</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>        |                |                |                |                |
| Beslut                                  |                |                |                |                |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag |                |                |                |                |
| Övrigt                                  |                |                |                |                |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b> | <b>188 742</b> | <b>188 742</b> | <b>188 742</b> | <b>188 742</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 188 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till funktionshindersorganisationer* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 188 742 000 kronor för respektive år.

## 7 Politik för sociala tjänster

### 7.1 Omfattning

#### *Områdets omfattning och finansiering*

Området omfattar omsorgen om äldre, verksamhet inom individ- och familjeomsorg inklusive familjerätt och stöd till föräldrar i föräldraskapet, samt insatser till personer med funktionsnedsättning. Socialtjänstens insatser berör årligen ca 800 000 personer.<sup>5</sup>

Verksamheten finansieras främst genom kommunala skatteintäkter, statsbidrag och avgifter.

#### *Kommunernas ansvar*

Kommunerna ansvarar för insatser enligt i huvudsak socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Det innebär att kommunerna har det huvudsakliga ansvaret för utveckling, genomförande och finansiering av sociala tjänster. Resultat inom politikområdet är därmed i stor utsträckning en effekt av kommunala insatser.

#### *Statens ansvar*

EU, riksdagen, regeringen och statliga myndigheter som t.ex. Socialstyrelsen bestämmer vilka regler som ska gälla för socialtjänsten.

Staten ansvarar för tillsyn av verksamheten. 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 förordningar.

Utgångspunkten för stöd till kommunsektorn är generella statsbidrag som fördelas från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommunerna. Anslaget 1:1 *Kommunal ekonomisk utjämning* består av två poster, en som avser medel till kommuner och en som avser medel till landsting. För kostnader enligt LSS finns det ett särskilt utjämningsystem (anslag 1:2 *Utjämningsbidrag för LSS-kostnader* under utgiftsområdet 25 Allmänna bidrag till kommuner). Utöver detta fördelas riktade statsbidrag till kommunal verksamhet som regeringen och riksdagen sett som särskilt angelägen att stödja.

<sup>5</sup> Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015-2016. Regeringskansliet, Socialdepartementet.

## 7.2 Utgiftsutveckling

Under perioden 2017 till 2020 beräknas utgifterna för området Politik för sociala tjänster minska med ca 50 miljoner kronor. Utgifterna för statlig assistansersättning som är den största utgiftsposten beräknas öka med ca 2,3 miljarder kronor. Regeringens tidsbegränsade satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen pågår till och med 2018 och därför beräknas anslaget Stimulansbidrag och andra åtgärder inom äldreområdet minska med 2 miljarder kronor mellan 2018 och 2019. Regeringens tidsbegränsade satsning inom den sociala barn- och ungdomsvården och satsningen på sommarlovsstöd pågår till

2019 och därmed beräknas anslaget Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. minska med 450 miljoner kronor mellan 2019 och 2020. Utgifterna inom området beräknas 2016 till 26,7 miljarder kronor. Det understiger anvisade medel med 5 miljarder kronor. Detta förklaras huvudsakligen av att Försäkringskassan inför efter-skotts betalning av assistansersättning från den 1 oktober 2016, vilket leder att stora delar av utbetalningarna uteblir för oktober och november. Denna minskning är tillfällig.

**Tabell 7.1 Utgiftsutveckling inom Politik för sociala tjänster**

Miljoner kronor

|   | Utfall<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Politik för sociala tjänster</i>                                   |                |                             |                 |                 |                  |                  |                  |
| 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd                 | 17             | 24                          | 21              | <b>24</b>       | 24               | 25               | 25               |
| 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet                    | 295            | 530                         | 515             | <b>412</b>      | 403              | 403              | 403              |
| 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning                    | 280            | 328                         | 315             | <b>267</b>      | 267              | 267              | 267              |
| 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning                         | 24 890         | 26 344                      | 21 635          | <b>25 931</b>   | 26 711           | 27 473           | 28 247           |
| 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet                    | 1 360          | 2 765                       | 2 530           | <b>2 474</b>    | 2 505            | 506              | 506              |
| 4:6 Statens institutionsstyrelse                                      | 900            | 908                         | 924             | <b>947</b>      | 976              | 997              | 1 019            |
| 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.                     | 394            | 774                         | 728             | <b>712</b>      | 700              | 700              | 250              |
| <b>Summa Politik för sociala tjänster</b>                             | <b>28 136</b>  | <b>31 673</b>               | <b>26 669</b>   | <b>30 766</b>   | <b>31 586</b>    | <b>30 370</b>    | <b>30 716</b>    |
| <i>Äldre anslag</i>   |                |                             |                 |                 |                  |                  |                  |
| 2016 4:8 Ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården | 180            | 32                          | 11              | <b>0</b>        | 0                | 0                | 0                |
| 2016 4:9 Ersättningsnämnden   | 40             | 7                           | 14              | <b>0</b>        | 0                | 0                | 0                |
| 2015 4:1 Personligt ombud   | 97             | 0                           | 0               | <b>0</b>        | 0                | 0                | 0                |
| <b>Summa Äldreanslag</b>  | <b>317</b>     | <b>38</b>                   | <b>25</b>       | <b>0</b>        | <b>0</b>         | <b>0</b>         | <b>0</b>         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 7.3 Mål för området

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål:

#### Omsorg om äldre (delavsnitt 7.5)

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 (delavsnitt 7.6)

- att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- att stärka skyddet för utsatta barn.

#### Personer med funktionsnedsättning (delavsnitt 7.7)

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

### 7.4 Resultatredovisning – övergripande för hela området

#### 7.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Redovisningen av resultat utgår från tre olika perspektiv. Ett utgår från indikatorer som visar resultat i förhållande till de övergripande målen. En resultatindikator mäter dock bara en avgränsad del av ett mål. Det används därför även ett antal bedömningsgrunder för att visa om verk-

samhet inom politikområdet håller god kvalitet. Slutligen görs även en bedömning av i vilken mån de statliga åtgärderna har bidragit till god kvalitet. Bedömningsgrunderna för god kvalitet är i vilken mån verksamheten är:

- Kunskapsbaserad. Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Säker. Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- Individanpassad. Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- Jämlik och jämställd. Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- Tillgänglig. Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

#### Statliga utvecklingsåtgärder för hela området

##### *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten*

För att uppnå en god kvalitet i socialtjänsten behövs en välutvecklad samverkan mellan staten och ansvariga huvudmän i kommunsektorn. Regeringen har därför sedan 2011 tecknat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. År 2016 tecknade regeringen den avslutande överenskommelsen med SKL.

I överenskommelsen för 2015 var den sociala barn- och ungdomsvården samt stöd inom funktionshindersområdet högst prioriterade.

Uppföljning av resultaten 2015 visar att merparten av kommunerna har eller är i färd med att ta fram länsgemensamma introduktions- och kompetensprogram. Fler kommuner arbetar systematiskt för att öka barns delaktighet och användningen av samordnad individuell plan

(SIP) har ökat, vilket tyder på ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och skolan.<sup>6</sup>

De regionala stöd- och samverkansstrukturerna som har utvecklats inom ramen för arbetet med evidensbaserad praktik är centrala för det långsiktiga arbetet. En del av överenskommelsen för 2016 är att SKL tillsammans med Socialstyrelsen ska utarbeta en plan för det fortsatta arbetet med evidensbaserad praktik.<sup>7</sup>

Från och med den 1 juli 2015 ska Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst bl.a. bidra till att styrningen med kunskap är samordnad, effektiv och anpassad till olika professioners och huvudmäns behov. Styrningen med kunskap ska också bidra till en ökad jämställdhet. I rådet ingår myndighetscheferna för Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Rådet har bl.a. inlett ett arbete för att kartlägga myndigheternas styrning med kunskap och ta fram förslag till förbättringar och påbörjat samarbeten inom t.ex. området psykisk ohälsa hos äldre kvinnor och män. Ett annat resultat är den checklista som tagits fram för att minska den administrativa bördan i vård och omsorgen.

En huvudmannagrupp har bildats med företrädare för kommuner och landsting i syfte att informera rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras. Mål för huvudmannagruppens arbete är att fokusera på faktorer som stärker utvecklingen mot en evidensbaserad praktik för en jämlik vård och omsorg. Huvudmannagruppen har upprättat en prioriteringsordning där socialtjänsten ligger högst. Prioriteringen bygger på vilka områden där gruppen ser att det finns störst behov och nyttoeffekt av förstärkta insatser.

SBU fick den 1 juni 2015 ett utvidgat uppdrag att även omfatta socialtjänsten vilket blir en viktig del i utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Myndigheten tar nu ett bredare och samlat ansvar för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter genom att socialtjänsten blir ett nytt område, utöver det tidigare kärnområdet hälso- och sjukvården. Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ha fått ett utökad uppdrag som omfattar hela socialtjänsten.

Statskontoret ska utvärdera om syftet, enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, uppnås. Statskontoret slutrapporterar uppdraget hösten 2018 men konstaterar i en första delrapport att myndigheterna i rådet inledningsvis vidtagit relevanta åtgärder.

#### *Öppna jämförelser verktyg för förbättringsarbete*

Öppna jämförelser är en del av den nationella kunskapsstyrningen. Öppna jämförelser består av en uppsättning indikatorer för resultat, process och struktur. Det övergripande syftet med öppna jämförelser är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv socialtjänst med god kvalitet. Socialstyrelsen ansvarar för arbetet i samverkan med SKL och i samråd med Vårdföretagarna och Famna. En ny handlingsplan har utarbetats för åren 2015–2018.

Denna handlingsplan fokuserar på insatser och aktiviteter med syftet att ytterligare främja ökad relevans och användbarhet. Öppna jämförelser ska också användas för att jämföra olika indikatorer mellan kvinnor och män.<sup>8</sup> Kommunerna har visat ett stort intresse för att medverka i det utvecklingsarbete gällande öppna jämförelser som Socialstyrelsen bedriver.<sup>9</sup>

#### *E-hälsa och välfärdsteknologi*

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp kommunernas utvecklingsarbete med e-hälsa och trygghetslarm. Socialstyrelsens uppföljning från 2016 av kommunernas utvecklingsarbete med e-hälsa och trygghetslarm visar att digitalisering av trygghetslarmen går framåt men användningen av andra e-tjänster är fortfarande på en låg nivå i kommunerna. Myndigheten kon-

<sup>6</sup> SKL - Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - Slutrapport för verksamhetsåret 2015.

<sup>7</sup> Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

<sup>8</sup> Öppna jämförelser inom socialtjänsten och hemsjukvården. Handlingsplan 2015–2018. Regeringskansliet, Socialdepartementet 2015.

<sup>9</sup> Uppgifter från Socialstyrelsen om svarsfrekvens på enkät, 2016.

staterar bl.a. att socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården behöver ta ett större ansvar bl.a. kring utvecklingen av de kommunikationsnät som välfärdstekniken är beroende av.<sup>10</sup> Socialstyrelsen har även haft i uppdrag att stödja kommunerna i det systematiska kvalitetsarbetet för trygghetslarm och har tagit fram ett digitalt stöd till kommunerna om detta.<sup>11</sup>

Myndigheten för delaktighet (MFD) har haft ett uppdrag om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård i syfte att öka förutsättningarna för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Arbetet har bl.a. resulterat i utbildningar för kommuner, ett digitalt ledningssystem för att kvalitetssäkra trygghetslarmsprocessen, vägledning om kommuners informationssäkerhetsansvar samt en webbsida som samlar kunskapsunderlag från berörda myndigheter. Några av slutsatserna i Myndigheten för delaktighets rapport från 2016 är att det finns ett fortsatt behov av kompetensutveckling och stöd till kommunerna bl.a. avseende införande av trygghetslarm och av kvalitetssäkring vid införande av nya teknikprocesser i kommunerna.<sup>12</sup>

#### *Vision för e-hälsoarbetet*

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har enats om en långsiktig vision för e-hälsoarbetet som rör hälso- och sjukvård, socialtjänst och i tillämpliga delar tandvården. Enligt visionen ska Sverige år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Särskilt utpekade målgrupper för visionen är brukare, klienter, patienter samt medarbetare. Arbetet med digitalisering och e-hälsa ska drivas utifrån ett jämställdhetsperspektiv och it-stöd bör vara användbara för alla människor oavsett t.ex. ålder, funktionsnedsättning eller kunskapsnivå.

#### *Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk*

Sedan 2007 har Socialstyrelsen haft i uppdrag att vidareutveckla, kvalitetssäkra och bidra till implementering av nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för hälso- och sjukvård och socialtjänst, som tillsammans kallas gemensam informationsstruktur. Det övergripande målet är en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Under 2015 har Socialstyrelsen i sitt uppdrag särskilt fokuserat på att öka kunskapen om och förståelsen för den gemensamma informationsstrukturen, och att stödja användningen av dess olika delar. Ett metodstöd har tagits fram för att strukturera och koda information för bl.a. elektronisk ärendehantering. Arbetet har bidragit till utvecklingen av arbetsätten Äldres behov i centrum (ÄBIC)<sup>13</sup> och Barns behov i centrum (BBIC).

#### *Förstärkt upphandlingskompetens*

Upphandlingsmyndigheten har haft i uppdrag att förstärka upphandlingskompetensen hos myndigheter som upphandlar verksamhet som berör äldre och personer med funktionsnedsättning. Uppdraget gavs inledningsvis till Konkurrensverket i januari 2015. I samband med bildandet av Upphandlingsmyndigheten, den 1 september, gick uppdraget över till den nya myndigheten.

Myndigheterna har bl.a. planerat och genomfört utbildningar, tagit fram en vägledning som vänder sig till kommuner som stöd vid upphandling av omsorgs- och stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. De har även kartlagt och inventerat problem när det gäller upphandling av välfärdsteknik och hjälpmedel.

Under 2015 har utbildningen genomförts för 263 tjänstemän och politiker från 21 kommuner och har omfattat hela inköpsprocessen, inkl. framtagande av mål, behovs- och marknadsanalys, innovationsvänlig upphandling samt hur kvalitetskrav kan ställas på tjänsterna äldreomsorg samt vård och stöd för personer med funktionsnedsättning. Utbildningen har även omfattat anbudsutvärdering, avtalsuppföljning

<sup>10</sup> E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, Socialstyrelsen 2016

<sup>11</sup> Trygghetslarm och systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen 2016

<sup>12</sup> Digitala tjänster inom socialtjänsten och hemsjukvården 2016, Myndigheten för delaktighet 2016.

<sup>13</sup> Bytt namn till IBIC – Individens behov i centrum, se sidan 11.

och utvärdering av mätbara mål. Enligt upphandlingsmyndighetens slutredovisning som lämnades i januari 2016 är 90 procent av dem som deltagit i utbildningen nöjda i hög eller mycket hög grad.

## EU och internationellt

### *Europa 2020-strategin*

Arbetet inom ramen för Europa 2020-strategin<sup>14</sup> fortgår. Ett av målen för strategin är att främja social delaktighet, framför allt genom fattigdomsminskning. Den 28 april 2016 beslutade regeringen om Sveriges nationella reformprogram för 2016. Det presenteras i en årlig rapport till EU-kommissionen. Rapporten beskriver utvecklingen mot de nationella mål som Sverige satt upp för att bidra till de EU-gemensamma målen i Europa 2020-strategin.

I årets rapport framgår att andelen kvinnor och män 20–64 år som är utanför arbetskraften fortsätter att minska. År 2015 var 12,4 procent utanför arbetskraften – bland kvinnor 14,5 procent och bland män 10,3 procent. Detta är en minskning med ca 92 000 personer sedan 2010. Antalet kvinnor minskade med 65 000 och antalet män med 27 000.

### *Fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt*

Fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt Fund for European Aid to the Most Deprived, (FEAD) ska främja social sammanhållning, förbättra social delaktighet och därmed bidra till målet att utrota fattigdomen i unionen och är ett komplement till Europeiska socialfonden. EU 2020-strategins mål är att antalet personer som riskerar fattigdom och social utestängning ska minska med minst 20 miljoner. Fonden i Sverige omfattar ca 13 miljoner kronor årligen under åren 2014–2020.

Målgruppen för insatserna i Sverige är socialt och ekonomiskt utsatta EU/EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige, dvs. under högst

tre månader. Rådet för Europeiska Socialfonden i Sverige (Svenska ESF-rådet) är förvaltande myndighet för det svenska programmet. Fem projekt har fått medel för perioden 2015–2018 och de har nyligen påbörjat sitt arbete.

### *Utsatta EU/EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige*

Den nationella samordnaren för utsatta EU/EES-medborgare lämnade sin slutredovisning till Socialdepartementet i början av februari 2016. I november 2015 uppskattades antalet utsatta EU- och EES-medborgare till ca 4 700 och i gruppen bedömdes att det fanns mellan 70–100 barn.<sup>15</sup> Samordnaren framhöll ett fortsatt behov av samordning och att den bör ingå i den befintliga samhällsstrukturen. Regeringen har därför givit Länsstyrelsen i Stockholms län i uppdrag att samordna arbetet under 2016–2017 och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utveckla stödet för socialtjänsten i mötet med EU/EES-medborgare som vistas tillfälligt i Sverige och som saknar uppehållsrätt.

### *Sveriges avtal med Rumänien och Bulgarien*

Sverige har under 2015 ingått ett samarbetsavtal med Rumänien. Avtalet omfattar tre samarbetsområden; barnrätt, jämställdhet samt sociala frågor i bred bemärkelse. Avtalet syftar till att byta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan frivilligorganisationer i respektive land.

I februari 2016 undertecknades ett liknande samarbetsavtal med Bulgarien. Avtalet innebär samarbete inom följande fem områden: jämställdhet, social välfärd och social trygghet, barns rättigheter, äldreomsorg samt funktionshinderfrågor.

### *Rättigheter för äldre inom FN-systemet*

Arbetet med att utvärdera den globala handlingsplanen Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) som lyfter fram äldres rättigheter pågår under 2016. Flera myndigheter och representanter för pensionärsorganisationerna deltar i arbetet med att beskriva nationella satsningar som har målsättningen att äldre kvinnor och män ska kunna leva ett aktivt liv och ha

<sup>14</sup> EU har fem överordnade mål för sysselsättning, innovation, utbildning, social sammanhållning, energi och klimat. Enligt strategin ska de uppnås före 2020. Varje medlemsland har antagit egna nationella mål för respektive område. Konkreta åtgärder på EU-nivå och i medlemsländerna ska bidra till ett lyckat resultat.

<sup>15</sup> Framtid sökes- slutredovisning från den nationella samordnaren för utsatta EU-medborgare SOU 2016:6.



inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg. En samlad rapport kommer att lämnas till UNECE senast den 31 oktober 2016.

## 7.5 Resultatredovisning - Omsorgen om äldre

### *Lägesbeskrivning och bakgrundsfaktorer*

Sverige är det tredje bästa landet i världen att åldras i, efter Schweiz och Norge, enligt den senaste Global Age Watch-rapporten.<sup>16</sup> Samtidigt blir befolkningen i Sverige allt äldre och Sverige har i dag en av världens äldsta befolkningar. Ökningen av antalet personer 80 år eller äldre kommer att bli allt kraftigare under de kommande åren. Enligt SCB:s befolkningsprognos kommer det år 2030 att finnas 150 000 fler kvinnor och 170 000 fler män som är 80 år och äldre. Fram till 2030 väntas antalet personer med demenssjukdom öka med drygt 50 procent.<sup>17</sup>

År 2014 var medellivslängden för kvinnor drygt 84 år och för män drygt 80 år. Medellivslängden skiljer sig inte bara mellan kvinnor och män, det finns också geografiska skillnader. Längst medellivslängd har man i Danderyd och kortast i Överkalix. Skillnaden i medellivslängd mellan dessa kommuner är 5 år för kvinnor och 7 år för män.

Överkalix har samtidigt den största andelen av befolkningen som är över 65 år. Där är ungefär 32 procent över 65 år, medan den andelen är 13 procent i Sundbyberg. Att skillnaderna i andelen äldre är stora mellan olika delar av landet innebär även att behoven av äldreomsorg är olika stora.

Kvinnors återstående medellivslängd vid 65 år har ökat med 5 procent och männens med 13 procent mellan 2000 och 2014. I och med männens ökande medellivslängd är det fler par som når hög ålder tillsammans och då hjälper varandra i hushållet. Den skillnad i förväntad medellivslängd som ändå kvarstår medför dock

att kvinnor har större risk än män att leva som ensamstående under en följd av år i hög ålder. Det innebär en större risk för ekonomisk utsatthet och en större risk att i hög grad få förlita sig på hjälp från samhällets äldreomsorg.<sup>18</sup>

### 7.5.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

I årets resultatredovisning används ett antal nya resultatindikatorer. Ett skäl till förändringen jämfört med föregående år är att de nya indikatorerna bedöms vara mer relevanta för att följa och bedöma utvecklingen av målpuppfyllelse än de som tidigare använts. Ett annat skäl är att det finns förbättrad tillgång till data jämfört med tidigare. Vissa bakgrundsindikatorer kvarstår och är därmed jämförbara med föregående år.

Följande bakgrunds- och resultatindikatorer används för att exemplifiera och följa utvecklingen inom äldreområdet för kvinnor och män:

- återstående medellivslängd vid 65 år
- andel av befolkningen och antal personer 80 år och äldre som får offentligt finansierad omsorg
- andel av befolkningen och antal personer 65 år och äldre med insatsen hemtjänst
- andel av befolkningen och antal personer 65 år och äldre boende i särskilda boendeformer
- bemötande, förtroende och trygghet i hemtjänsten
- bemötande, förtroende och trygghet i särskilt boende
- personalkontinuitet i hemtjänsten
- riskförebyggande åtgärder i särskilt boende
- fallskador bland personer 80 år och äldre
- olämpliga läkemedel, personer 75 år och äldre (särskilt boende och/eller hemtjänst)

<sup>16</sup> Global Age Watch-index har utvecklats av organisationen Help Age International och baseras på uppgifter från United Nations Department of Economic and Social Affairs, Världsbanken, World Health Organization, m.fl.

<sup>17</sup> Demenssjukdomarnas samhällskostnader 2012, Socialstyrelsen

<sup>18</sup> Behovsbarometern, Socialstyrelsen 2011, sid 7. Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2016, Socialstyrelsen 2016, sid 11.

## 7.5.2 Resultat

### Kostnadsutveckling

Kommunernas sammanlagda kostnader för vård och omsorg om äldre var 114 miljarder kronor 2015. Den största delen, 64,4 miljarder kronor, avsåg vård och omsorg i särskilt boende. Kostnaderna för vård och omsorg om äldre i ordinärt boende uppgick till 47,6 miljarder kronor 2015. Kostnaderna har ökat med 4,5 miljarder kronor jämfört med 2014.

**Tabell 7.2 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre**

Miljarder kronor

|                                   | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Vård och omsorg i ordinärt boende | 39,7         | 42,0         | 44,8         | 47,6         |
| Vård och omsorg i särskilt boende | 60,4         | 61,3         | 62,7         | 64,4         |
| Öppen verksamhet                  | 1,5          | 1,5          | 1,6          | 1,6          |
| <b>Totalt</b>                     | <b>101,7</b> | <b>104,9</b> | <b>109,1</b> | <b>113,6</b> |

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2015, Rikstotal, RS för kommuner.

### Kunskapsbaserad omsorg

#### *Positiv utveckling av personalens kompetens*

Kompetensnivån bland dem som arbetar inom äldreomsorgen har höjts visar utvärderingen av Omvårdnadslyftet.<sup>19</sup> Flera kommuner menar att satsningen har varit positiv eftersom man kunde genomföra en mer omfattande kompetenshöjning och inkludera fler medarbetare än vad ekonomin annars tillåter. Socialstyrelsens bedömning är att utvecklingen av kvalificerad personal inom äldreomsorg går åt rätt håll.<sup>20</sup>

Satsningen på att öka kunskap och kompetens inom äldreomsorgen fortsätter under 2016. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fördela medel för kompetenssatsning riktad till baspersonal inom äldreomsorgen och baspersonal inom funktionshindersområdet. Satsningen ska

ge kommunerna stöd att fortsätta och utveckla kompetenssatsningar till baspersonal inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet. Satsningen ska bl.a. bidra till en ökad kunskap och medvetenhet om myndighetsutövning, särskilt ur ett jämliks- och jämställdhetsperspektiv. I augusti 2016 hade 279 kommuner ansökt om medel motsvarande 176 miljoner kronor. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2017.<sup>21</sup>

#### *Tillsynen visar på fortsatt kompetensbrist*

Trots den positiva utveckling av kompetens som Socialstyrelsen uppmärksammat kvarstår brister i personalens kompetens. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2015 noterat att en stor del av bristerna i utförande inom äldreomsorgen beror på kompetensbrist. Detta hör delvis samman med att många äldre i dag har komplexa behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser, vilket ställer större krav på kompetens hos personalen.

Under 2014 pekade också IVO i sin tillsynsrapport på att många brister kunde kopplas till personalkontinuitet och tillgång till rätt kompetens. Särskild drabbade bedömdes de patienter eller brukare vara som tillhörde en riskgrupp, exempelvis mest sjuka äldre.<sup>22</sup>

IVO:s granskning under 2015 visar att brister i personalens kompetens bl.a. har lett till användning av tvångsåtgärder såsom inlåsning utan lagligt stöd, brister i handläggning och dokumentation samt brister i planering av vård och omsorg. Det finns också exempel när det har visat sig att hela eller delar av arbetsgrupper har saknat tillräcklig kompetens om exempelvis personer med demenssjukdom.<sup>23</sup>

#### *Stöd för utveckling av kvalitet i vård och omsorg om personer med demenssjukdom*

Regeringen gav 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att sprida kunskap om att förebygga och undvika

<sup>19</sup> Omvårdnadslyftet var en kompetenssatsning inom äldre- och funktionshinderomsorgen 2011–2014. På regeringens uppdrag fördelade Socialstyrelsen 974 miljoner kronor som ett prestationsbaserat statsbidrag till kommuner.

<sup>20</sup> Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2016, Socialstyrelsen.

<sup>21</sup> Uppdrag att utforma en kunskapssatsning för baspersonal i verksamheter inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet, dnr. S2015/08191/FST samt uppgift från Socialstyrelsen.

<sup>22</sup> Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014 (Inspektionen för vård och omsorg 2015).

<sup>23</sup> Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015 (Inspektionen för vård och omsorg 2016).

tvångs- och begränsningsåtgärder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Under 2016 har olika former av kunskapsstöd samlats på Kunskapsguiden, under temat tvång och begränsningar. Kunskapsunderlagen kommer från flera myndigheter.<sup>24</sup>

Kvalitetsregistret<sup>25</sup> BPSD (beteendemässiga och psykologiska symptom vid demenssjukdom) arbetar för en fortsatt spridning till fler enheter i kommunerna. Det är nu ett fåtal kommuner som inte har någon enhet ansluten till registret. Registret bidrar till utveckling av bättre kvalitet och en minskning av beteendemässiga och psykologiska störningar. Svenska demensregistret (SweDem) har utvidgats för att också de särskilda boenden där personer med demenssjukdom bor ska använda kvalitetsregistret så att den dagliga vården och omsorgen kan följas upp och utvärderas.

Svenskt demenscentrum har fortsatt utveckla utbildningar och studiematerial för att förebygga och undvika tvång och begränsningar. De följer också löpande upp statistik över genomförda utbildningar. Fler än 85 000 personer har genomgått webbutbildningen Demens ABC som riktar sig främst till personal inom vård- och omsorg motiverar personalen att tänka och arbeta personcentrerat.

Demenssjukdom medför betydande konsekvenser, både för de individer som drabbas, deras anhöriga och för samhället som helhet. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram underlag till en strategi för det fortsatta arbetet inom demensområdet som presenteras 2017. Underlaget ska även ligga till grund för en plan för prioriterade insatser inom området för perioden fram till 2022.

### Säker omsorg

IVO har under 2015 bedrivit utvecklingsarbete för att skapa förutsättningar att ta fram könsuppdelad statistik. Från 2016 kommer IVO att kunna ta fram könsuppdelad statistik vad gäller

beslutade ärenden för alla stora ärendekategorier/ärendeslag som gäller fysiska personer.

#### *IVO kritiserar brist på tillsyn nattetid*

Under 2015 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utrett och fattat beslut i knappt 600 klagomålsärenden rörande verksamheter inom äldreomsorgen. I ungefär vart fjärde ärende har IVO riktat kritik. De flesta av ärendena avser omsorg och omvårdnad.

IVO har också under 2015 fattat beslut i 594 lex Sarah-ärenden och 303 lex Maria-ärenden. Nästan hälften av anmälningarna enligt lex Sarah handlar om olika former av brister i utförandet av insatserna. Anmälningarna enligt lex Maria handlar ofta om brister i läkemedelshantering eller fallskador. IVO har med stöd av socialtjänstlagen utfärdat förelägganden om åtgärder mot 10 verksamheter efter att verksamheterna inte åtgärdat de brister som påtalats. Dessa ärenden har i huvudsak handlat om att äldre kvinnor och män har lämnats utan tillsyn av personal under kortare eller längre perioder nattetid, framför allt i särskilda boenden för personer med demenssjukdom.

IVO lyfter också fram exempel på hur samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän brister inom äldreomsorgen. Det kan t.ex. handla om att information om den enskildas läkemedelsbehandling inte når fram till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal på personens särskilda boende.<sup>26</sup>

#### *RisKFörebyggande vård och omsorg i särskilt boende*

En ny resultatindikator visar sammantaget åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer 65 år och äldre som bor på särskilt boende.

Andelen kvinnor i särskilt boende som bedömts ha risk för ett eller flera av områdena och får minst en åtgärd per riskområde är 55 procent och andelen män 54 procent. Av de personer i särskilt boende som bedömts ha risk för ett eller flera av områdena så får 55 procent av kvinnorna och 54 procent av männen minst en åtgärd per riskområde. Det innebär att nästan hälften av de

<sup>24</sup> Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2016, s. 36.

<sup>25</sup> Kvalitetsregistret drivs av professionerna inom området. BPSD registret har utvecklats av minnes kliniken vid UMAS som också utbildar instruktörer och samordnar verksamheten.

<sup>26</sup> Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015 (Inspektionen för vård och omsorg 2016).

boende inte får någon förebyggande åtgärd inom ett område som bedömts som ett riskområde för individen. Att dessa uppgifter är synliggjorda är ett resultat av användandet av kvalitetsregistret Senior Alert. Senior Alert är ett kvalitetsregister för vård och omsorg och är tillgängligt via webben där varje person som, 65 år eller äldre och har kontakt med vård eller omsorg, registreras vad gäller riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.

I det särskilda boendet finns tillgång till vård- och omsorgspersonal dygnet runt. Ett bra samarbete mellan omsorgspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är en förutsättning för en trygg och säker vård och omsorg på det särskilda boendet, enligt Socialstyrelsens bedömning.<sup>27</sup>

#### *Fallolyckor*

Antalet fallolyckor bland äldre har ökat de senaste tio åren. Varje vecka dör nära fjorton personer som är 80 år eller äldre till följd av en fallolycka, och nära 600 personer skadar sig så allvarligt att de söker vård. Av dem som drabbas av fallolyckor är två tredjedelar kvinnor.<sup>28</sup> Äldre personer skadar sig oftast i bostaden, på särskilt boende eller på sjukhus. Tidigare fallolyckor är den största riskfaktorn för ytterligare fallolyckor.<sup>29</sup>

Variationen är stor mellan kommunerna. Lägst antal fallolyckor har Ödeshög med 30 personer som drabbats per 1000 invånare, medan Malå har högst antal fallolyckor där 86 personer av 1000 invånare drabbats.<sup>30</sup>

Med målsättningen att halvera antalet fallolyckor uppdrog regeringen 2015 till Socialstyrelsen att ta fram en utbildning om fallprevention riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. Vidare ska Socialstyrelsen i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting genomföra en utbildningssatsning riktad till äldre om hur äldre själva kan skydda sig mot fallolyckor. I Social-

styrelsens delrapport i maj 2016 presenterades den modellen för webbutbildning riktad till professionen. Den del av utbildningssatsningen som är riktad till äldre slutredovisas mars 2017. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2019.

#### *Olämplig läkemedelsförskrivning*

Andelen äldre inom hemtjänsten som ordinerats läkemedel som kan anses som olämpliga för äldre fortsätter att minska under 2015. Det är fler kvinnor än män som ordinerats olämpliga läkemedel i gruppen 75 år och äldre. Andelen för kvinnor är 11 procent och för män är 10 procent. I behandling med dessa läkemedel i särskilda boenden är andelen lägre för kvinnor. Där är andelen 9 procent för kvinnor och 10 procent för män.<sup>31</sup>

#### *Ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)*

För att förtydliga kommunernas ansvar när det gäller tillgång till personal i särskilda boenden för äldre har regeringen beslutat om en ny bestämmelse i socialtjänstförordningen. Den innebär att det utifrån den enskildes aktuella behov ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa. Ändringen i förordningen trädde i kraft den 15 april 2016.

#### **Individanpassad omsorg**

##### *Fler nöjda med hemtjänst och äldreboenden*

De flesta äldre är fortsatt nöjda med både hemtjänst och särskilt boende och ger generellt goda omdömen om äldreomsorgen i sin helhet. Förändringarna mellan olika år är små. En övervägande majoritet, 89 procent, är nöjda med hemtjänsten. Kvinnor har svarat något mer positivt, men skillnaden är marginell. På äldreboendena är 82 procent nöjda med boendet. Även här är kvinnorna något mer positiva. De tycker att personalen utför arbetsuppgifterna på ett bra sätt. Andelen som svarade att utförandet är mycket bra har ökat mellan 2013 och 2015. Det finns dock stora skillnader mellan kommunerna.

<sup>27</sup> Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län (Socialstyrelsen, 2016).

<sup>28</sup> Statistik från Socialstyrelsen.

<sup>29</sup> Balansera rätt: Faktaunderlag om fall och fallrelaterade skador bland äldre personer (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap).

<sup>30</sup> Öppna jämförelser 2015, Vård och omsorg om äldre (Socialstyrelsen).

<sup>31</sup> Öppna jämförelser 2015 (Socialstyrelsen).

Nöjdheten med hemtjänsten i sin helhet varierar mellan olika kommuner från 70 till 99 procent. Nöjdheten med mat och måltidsmiljö i särskilt boende varierar mellan olika kommuner från 30 till 84 procent.

#### *Bemötande i hemtjänst och särskilt boende*

En sammanvägd indikator används för att få en mer djupgående bild av hur de äldre upplever olika aspekter av äldreomsorgen. Det gäller bemötande, förtroende och trygghet. Indikatoren visar andelen som svarat genomgående positivt på tre frågor som gäller om personalen alltid bemöter dem på ett bra sätt, att det känns tryggt att bo hemma med hemtjänst alternativt på äldreboendet samt att de känner förtroende för personalen.

Svaren på dessa frågor visar en annan och mer komplex bild än det mer övergripande, positiva omdömet om äldreomsorgen i sin helhet. För hemtjänsten 2015 svarade 39 procent av kvinnorna och 41 procent av männen genomgående positivt på de tre frågorna. Inom särskilda bostäderna var det 41 procent av kvinnorna och 40 procent av männen som svarade positivt på frågorna. Indikatoren är ny och därför kan ingen tidsserie redovisas.

#### *Svårt att påverka och brister i personalkontinuitet*

Det finns brister i personalkontinuiteten i hemtjänsten. I genomsnitt mötte äldre med hemtjänst 15 olika personer från hemtjänsten under två mätveckor hösten 2015. Spridningen mellan kommunerna varierar mellan 7 och 23 personer. De äldre uppfattar detta som ett problem och upplever att ny personal inte verkar få tillräcklig information i förväg om vilka tjänster de ska utföra, framkommer i brukarundersökningen bland äldre.<sup>32</sup>

Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn visar att äldre kvinnor och män har begränsade möjligheter att påverka hur insatserna inom socialtjänstens område utförs. Tillsynen visar att det ofta brister när det gäller kommunernas och verksamheternas planering och genomförande av beviljade insatser. Det får

till följd att enskildas möjligheter att påverka hur och när insatserna utförs begränsas väsentligt.<sup>33</sup>

#### *Fler kvinnor än män upplever otrygghet i äldreomsorgen*

Av de som har hemtjänstinsatser är 77 procent ensamboende. Betydligt fler kvinnor än män är ensamboende – drygt 80 procent kvinnor jämfört med drygt 60 procent män. De ensamboende känner sig mindre trygga med stödet från hemtjänsten, upplever i mindre utsträckning att de kan påverka när och hur insatserna utförs, är inte lika nöjda med utförandet och har sämre upplevelser av personalens bemötande. Det innebär att dessa problem drabbar kvinnor i högre grad än män.<sup>34</sup>

Ungefär hälften av kvinnorna med hemtjänst och två av tre kvinnor på äldreboendena uppgav att de har lätta eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Fler kvinnor än män, det skiljer 6–7 procentenheter, har besvär av ångslan, oro eller ångest.<sup>35</sup>

#### *Ökad bemanning för trygghet och kvalitet*

I syfte att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen gav regeringen i juni 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till kommunerna för ökad bemanning.

Alla kommuner utom en deltog i satsningen under 2015 och 978 miljoner kronor (av 995 miljoner) betalades ut. I augusti 2016 hade 274 kommuner rekvirerat totalt 1,9 miljarder kronor. Medlen får användas för personal som utför stöd och omvårdnad och som tillhör en personalkategori som arbetar nära de äldre. Personalen förväntas ha adekvat utbildning eller erbjudas introduktion, handledning och utbildning. Avsikten är att två miljarder kronor årligen ska betalas ut för ändamålet 2016–2018, förutsatt att riksdagen beviljar medel.

Socialstyrelsen ska redovisa en uppföljning av satsningen senast den 1 november 2017.

I december 2015 gav regeringen Statskontoret i uppdrag att följa upp styrning, utformning och arbetssätt avseende regeringens satsning på en

<sup>32</sup> Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2016, s. 27.

<sup>33</sup> Tillsynsrapport De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015 (Inspektionen för vård och omsorg 2016).

<sup>34</sup> Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015, Socialstyrelsen 2016.

<sup>35</sup> Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015, Socialstyrelsen 2016.

ökad bemanning inom äldreomsorgen. En delrapport ska lämnas till Regeringen den 31 mars 2017. Slutrapporten lämnas senast den 29 mars 2019.

#### *Behovsriktat och systematiskt arbetssätt*

Socialstyrelsen har sedan 2008 genom olika rege- ringsuppdrag arbetat både med utveckling och med stöd till implementering av en modell, ÄBIC (äldres behov i centrum), som stödjer ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt och ger möjlighet till strukturerad dokumentation. Arbetssättet syftar till att ge individen hjälp och stöd med utgångspunkt från personens individu- ella behov och inte från utbudet av existerande insatser. Mer än 900 personer har gått Social- styrelsens processledarutbildning för att införa och tillämpa modellen. I december 2015 hade 98 kommuner påbörjat införandet av modellen ÄBIC och ytterligare 68 kommuner planerar att påbörja införandet 2016.<sup>36</sup> ÄBIC har även ut- vecklats till att fungera för insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och har bytt namn till Individens Behov I Centrum (IBIC). Modellen innebär att doku- mentationen anpassas till det som är frågeställ- ningen i individens ansökan eller begäran. Det möjliggör en kortare utredning med begränsad mängd information och därmed en form av för- enklad biståndsbedömning jämfört med tradi- tionellt arbetssätt. Arbetssättet ger även bättre möjlighet att följa upp resultatet för individen.

#### **Tillgänglig omsorg**

##### *Äldreomsorg för personer 80 år och äldre*

Enligt SCBs befolkningsstatistik ökar antalet äldre personer under 80 år kraftigt medan antalet personer 80 år eller äldre ökar svagt.

Andelen kvinnor i åldersgruppen 80 år och äldre som har offentligt finansierad äldreomsorg har minskat med nästan två procentenheter mellan 2007 och 2015. Bland män i denna ålders- grupp har motsvarande andel minskat med drygt en procentenhet.

<sup>36</sup> Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum, Lägesrapport (Socialstyrelsen 2016).

Bland kvinnor i åldersgruppen hade knappt 42 procent hemtjänst eller bodde i särskilt boende 2015. Motsvarande andel bland män var drygt 27 procent. Det var närmare 130 000 kvinnor som hade dessa insatser och närmare 53 000 män, dvs. totalt ca 183 000 personer i åldersgruppen 80 år och äldre.<sup>37</sup>

**Tabell 7.3 Förändringar i kommuners utbud av hemtjänst respektive särskilt boende. En jämförelse av 284 kommuner mellan 2010 och 2015 för personer 80 år och äldre i antal och procent**

| Antalet kommuner där   | Antal      | andel av   |
|--|------------|------------|
| Andelen med hemtjänst och särskilt boende har ökat               | 29         | 10         |
| Andelen med hemtjänst har ökat medan särskilt boende har minskat | 118        | 42         |
| Andelen med hemtjänst har minskat medan särskilt boende har ökat | 32         | 11         |
| Andelen med hemtjänst och särskilt boende har minskat            | 105        | 37         |
| <b>Antalet kommuner med uppgifter</b>                            | <b>284</b> | <b>100</b> |

Källa: Socialstyrelsen, SCB.

Tabell 7.3 visar att den utveckling som pågått i många år fortsätter, där en allt större andel av vård och omsorg om äldre ges i form av hem- tjänstinsatser i ordinarie boende. I 79 procent av kommunerna har andelen av befolkningen som bor i särskilt boende minskat mellan 2010 och 2015. I 21 procent av kommunerna har denna andel ökat.

##### *Äldreomsorg för personer 65 år och äldre*

Andelen kvinnor med hemtjänst<sup>38</sup> i åldersgrup- pen 65 år och äldre har minskat med en procent- enhet mellan 2007 och 2015. Motsvarande andel

<sup>37</sup> Med hemtjänst avses här bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande. Endast individuellt biståndsprövad hemtjänst ingår. Endast verkställda beslut ingår. Beslut om trygghetslarm ingår inte i dessa uppgifter. Källor: Individstatistik från Socialstyrelsen och SCB.

<sup>38</sup> Samma definition som i fotnoten ovan. I budgetpropositionen 2015/16:1 redovisas mängdsstatistik för hemtjänst, vilket gör att uppgifterna som redovisas här ej är jämförbara med motsvarande i föregående års proposition.

bland män har minskat med 0,6 procentenheter. I åldersgruppen hade drygt 10 procent av kvinnorna och drygt 6 procent av männen hemtjänst.

När det gäller särskilt boende har andelen kvinnor i åldersgruppen minskat med knappt två procentenheter mellan 2007 och 2015. Bland män har denna andel minskat med drygt en procentenhet. Minskningen av andelen personer med hemtjänst respektive särskilt boende har pågått successivt under åren, utan några uppåtstående avvikelser.

I åldersgruppen 65 år och äldre bodde drygt fem procent av kvinnorna och knappt 3 procent av männen i särskilt boende. Medianåldern för inflyttning till särskilt boende var år 2014 för kvinnor 87 år och för män 85 år. Skillnaderna är stora mellan olika kommuner. Det kan bero på det lokala utbudet av särskilda boenden, på skillnader i befolkningens hälsa men framför allt på geografiska förhållanden. De som bor i kommuner i norra Sverige och flyttar till särskilda boenden är vanligen yngre än de som flyttar till särskilda boenden i kommuner i södra Sverige.

En betydande del av de som bor i särskilt boende har en demenssjukdom. Socialstyrelsen uppskattade 2012 att ca 66 000 personer med demenssjukdom bodde i särskilt boende. Totalt har ca 160 000 personer någon form av demenssjukdom. Stödet både till dem som har sjukdomen och till deras närstående har mycket stor betydelse eftersom många som får demenssjukdom bor kvar med stöd från familjen så länge det går.<sup>39</sup>

Under 2015 hade 375 500 personer i åldersgruppen 65 år och äldre någon form av biståndsbeslutad socialtjänstinsats. Fler kvinnor än män hade socialtjänstinsatser i oktober 2015; totalt stod kvinnorna för 68 procent.<sup>40</sup> Av de 375 500 personerna med socialtjänstinsats hade 223 200 personer hemtjänst i ordinärt boende. Det är 1 600 fler än 2014. Drygt 87 900 äldre över 65 år bodde i särskilt boende, vilket var 800 färre än året innan. Det totala antalet personer som får dessa insatser har ökat, men det har även antalet i befolkningen som är äldre än 65 år. Det innebär att andelen äldre som får en insats totalt sett har

minskat. Det beror troligtvis på det stora antalet personer som är födda i slutet av 1940-talet. De har nyligen passerat 65-årsgränsen och har inget behov av äldreomsorg, enligt Socialstyrelsens bedömning.<sup>41</sup>

Tiden med hemtjänst per person och månad ökade med drygt 40 minuter, till i genomsnitt 25 timmar, mellan en mätning i oktober 2014 och en i oktober 2015.<sup>42</sup>

#### *Tillgänglighet till särskilda boendeformer*

Under 2015 har IVO noterat att de insatser kommunerna beslutar om ibland styrs av annat än den enskildas ansökan. Det förekommer att den enskilde ansöker om särskilt boende men förmås acceptera hemtjänstinsatser.

Totalt 36 procent av kommunerna bedömer 2015 att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. År 2014 var motsvarande siffra 41 procent.<sup>43</sup>

**Tabell 7.4 Antal inrapporterade ej verkställda beslut/år (insats: permanent bostad enligt socialtjänstlagen, äldreomsorg)**

| Huvudsakligt skäl                  | 2013         | 2014         | 2015         |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Resursbrist, t.ex. saknar bostad   | 1 602        | 1 950        | 2 503        |
| Den enskilde har tackat nej        | 1 791        | 2 050        | 2 248        |
| Resursbrist, t.ex. saknar personal | 5            | 12           | 8            |
| Annat skäl                         | 253          | 440          | 410          |
| <b>Totalt antal</b>                | <b>3 651</b> | <b>4 452</b> | <b>5 169</b> |

Källa: Socialstyrelsen, SCB.

Underskottet på särskilda boendeformer visar sig även i statistiken för ej verkställda beslut om bostad. Tabell 7.4 visar utvecklingen av ej verkställda beslut när det gäller insatsen permanent bostad enligt socialtjänstlagen inom äldreomsorgen. Ökningen av antalet inrapporterade beslut som ej verkställts förklaras främst av kommunernas resursbrist där bostadsbrist är en av orsakerna. Denna ökning är 56 procentenheter mellan 2013 och 2015.<sup>44</sup>

Tillgången till bostäder för äldre är en central fråga för att klara den demografiska utveckling-

<sup>39</sup> Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>40</sup> Sveriges Officiella statistik, Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2015, Socialstyrelsen, 2016.

<sup>41</sup> Individstatistik från Socialstyrelsen, Faktablad april 2016.

<sup>42</sup> Källa: individstatistik från Socialstyrelsen och SCB.

<sup>43</sup> Statistik från Boverkets hemsida, april 2016.

<sup>44</sup> Statistik från IVO, 2016.

en. Det behöver även finnas ändamålsenliga bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden för att säkerställa äldre personers olika behov.

Byggnad av särskilda boenden och trygghetsboenden för äldre subventionerades med ca 260 miljoner kronor i investeringsstöd under 2015. Stödet utbetalades mot att det färdigställdes 1 585 bostäder i särskilt boende och ca 600 bostäder i trygghetsboenden.<sup>45</sup>

## 7.6 Resultatredovisning – Individ- och familjeomsorg

### Lägesbeskrivning

Flera faktorer såväl i Sverige som i omvärlden påverkar förutsättningarna för verksamhetsområdet, exempelvis utvecklingen på arbets- och bostadsmarknaden samt antalet asylsökande och nyanlända.

Under 2015 fick det stora antalet asylsökande betydande konsekvenser för verksamhetsområdet. Nästan 163 000 personer sökte asyl i Sverige, vilket var fler än någonsin tidigare. Av dessa var ca 70 000 barn, varav omkring hälften var asylsökande ensamkommande barn utan förälder eller vårdnadshavare i Sverige. Majoriteten av de asylsökande ensamkommande barnen var pojkar, ca 92 procent. Ankomstkommunen ansvarar för det tillfälliga mottagandet. Socialnämnden i ankomstkommunen ska inleda en utredning och tillgodose barnets eller den unges omedelbara behov av boende. I samband med att barnet söker asyl anvisar Migrationsverket barnet till en kommun (anvisningskommunen) som är den kommun som får ett mer långsiktigt ansvar för barnet. Socialnämnden i anvisningskommunen inleder en ny utredning i samband med att de övertar ansvar för barnet. Anvisningskommunen har samma ansvar för ensamkommande barn som för andra barn i kommunen. Om ensamkommande barn och unga beviljas uppehållstillstånd stannar de i normalfallet kvar i anvisningskommunens omsorg.

Det stora antalet asylsökande ensamkommande barn hösten 2015 ökade arbetsbelastningen inom socialtjänsten och innebar att den redan ansträngda situationen inom social omsorg för barn och unga blev än mer ansträngd. Regeringen har vidtagit ett stort antal åtgärder för att stödja kommunerna i den rådande flyktingsituationen. Regeringen har tillfört kommuner och landsting 9,8 miljarder kronor i den extra ändringsbudgeten som lämnades den 12 november 2015, medel som bl.a. förväntas ha kommit kommunernas socialtjänst till del.

### 7.6.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

De statliga insatserna syftar till att ge kvinnor, män, flickor och pojkar tillgång till ett likvärdigt, jämlikt och jämställt stöd från den kommunala individ- och familjeomsorgen oavsett var de bor i landet och att stärka kvaliteten i verksamheten.

Bedömningen av resultat och måluppfyllelse inom individ- och familjeomsorgen baseras på samma bedömningsgrunder som för hela socialtjänsten, dvs. en kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, jämställd och tillgänglig vård och omsorg.

I årets resultatredovisning har resultatindikatorer setts över och några har tagits bort. Ett skäl till förändringen jämfört med föregående år är att de nya indikatorerna är mer relevanta för att följa och bedöma utvecklingen av måluppfyllelse. Ett annat skäl är att det finns förbättrad tillgång på data jämfört med tidigare.

När det gäller våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor saknas indikatorer för att mäta våldets omfattning. Resultatredovisningen avser därför utvecklingen av det arbete som görs för att motverka våldet och stödet till dem som utsätts, främst kvinnor och barn.

Följande indikatorer används och vid de fall redovisningen inte uppdelas på kön finns ingen sådan information tillgänglig:

<sup>45</sup> Statistik från Boverket, 2016.



*Sociala barn- och ungdomsvården*

- andel flickor och pojkar som varit placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) under årskurs nio och har behörighet att söka till nationellt program i gymnasieskolan,
- antalet anställda handläggare som har socio-nomexamen och
  - minst ett års yrkeserfarenhet av socialt arbete,
  - minst tre års erfarenhet av barnutredningar,
  - mer än fem års erfarenhet av barnutredningar.

*Ekonomiskt bistånd*

- antal mottagare och utbetalningar av ekonomiskt bistånd,
- andel av biståndsmottagare som är långvariga mottagare,

*Missbruks- och beroendevården*

- hur tillgängligheten är till socialtjänstens missbruk- och beroendevård utifrån väntetider,

*Brottsutsatta*

- antal kommuner som gör systematiska uppföljningar av insatser för brottsoffer,
- antal kommuner som använder standardiserade bedömningsinstrument för våld i nära relationer,
- antal kommuner som har rutiner för att säkra skolgången för barn i skyddat boende,

*Familjerätt*

- antal barn som är föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten.

**7.6.2 Resultat****Den sociala barn- och ungdomsvården***Ökning av antalet ensamkommande barn och unga under 2015*

Varje år kommer många barn utan medföljande förälder eller annan legal vårdnadshavare till Sverige för att ansöka om asyl. Socialtjänsten utreder och fattar beslut om placering i lämpligt

boende, vanligen i hem för vård eller boende (HVB), ett familjehem eller hos anhöriga som även de ska utredas och godkännas som familjehem. Socialtjänsten utreder barnets behov av stöd och hjälp och ska också noga följa vården av barn och unga. Sedan mer än 10 år tillbaka har antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige ökat varje år. Ökningen var särskilt kraftig under 2015 då 35 369 ensamkommande barn sökte asyl vilket kan jämföras med 7 049 under 2014. Av dem som sökte asyl under 2015 var omkring 92 procent pojkar och 8 procent flickor. För att få veta mer om barnens syn på mottagandet har Barnombudsmannen genomfört intervjuer med asylsökande barn och unga. Där påtalar flera avsaknaden av information om asylprocessen, anvisningen och sina rättigheter.<sup>46</sup>

*En ökning av antalet placerade barn och unga*

Samhällsvården för barn och unga omfattar placeringsformerna: familjehem, HVB och sedan den 1 januari 2016 även stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år.

Under 2014 påbörjade 9 603 barn och unga, varav 5 203 pojkar och 4 400 flickor, med svenskt personnummer<sup>47</sup> en heldygnsinsats enligt socialtjänstlagen, SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Andelen barn och unga som får en heldygnsinsats någon gång under respektive år har ökat från 9 barn per 1000 barn 2006 till 14 barn per 1000 barn 2013. Den vanligast förekommande placeringsformen var familjehem.<sup>48</sup>

I gruppen 13–17 år ökade andelen pojkar som påbörjade en heldygnsinsats kraftigt och det är främst pojkar som skilts från båda sina föräldrar eller någon annan vuxen person som trätt i föräldrarnas ställe som står för denna ökning – dvs. ensamkommande barn. En svag ökning under perioden ses även för unga i åldern 18–20 år. Andelen barn under 13 år i befolkningen som påbörjade någon heldygnsinsats låg på samma nivå under hela perioden.

<sup>46</sup> Barn på flykt – barn och ungas röster om mottagandet av ensamkommande (Barnombudsmannen 2016).

<sup>47</sup> Sedan 1 januari 2014 består Socialstyrelsens personnummerbaserade statistik enbart av barn och unga med svenskt personnummer. Därmed ingår inte asylsökande som ännu inte fått uppehållstillstånd.

<sup>48</sup> Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2016 (Socialstyrelsen 2016).

*Ökning av heldygnsplaceringar enligt LVU*

I relation till hela befolkningen i åldern 0–21 år hade 1,6 procent av pojkarna och de unga männen någon heldygnsplacering 2013, och andelen var 1,0 procent av flickorna och de unga kvinnorna. Det är framför allt de frivilliga placeringarna enligt SoL som ökat, främst till följd av att allt fler ensamkommande barn och unga kommit till Sverige.

Parallellt med denna utveckling har även LVU-placeringarna ökat. Tvångsvård enligt LVU är en åtgärd som blir tillämplig när ett barn eller en ung person har ett skydds- eller vårdbehov som inte kan tillgodoses med frivilliga lösningar.

Mot bakgrund av att det skett en ökning av antalet barn och unga som är placerade enligt LVU har Socialstyrelsen genomfört en fördjupad registerstudie av de barn och unga som hade heldygnsinsatser enligt LVU under perioden 2000–2013<sup>49</sup>. Syftet var att undersöka i vilken utsträckning ensamkommande barn och unga placeras enligt LVU. Av de totalt 32 000 barn och unga som var placerade 2013 var sammantaget ca 8 000 placerade enligt LVU, vilket motsvarar 25 procent av det totala antalet placerade barn. Antalet placerade barn och unga enligt LVU hade ökat med 2 000 barn och unga sedan 2000. Av de 8 000 barn och unga som var placerade enligt LVU under 2013, var endast 4 procent ensamkommande barn och unga varav tre procentenheter var asylsökande. Bland de asylsökande ensamkommande barnen hade vissa avslagsbeslut och en del barn vistades i Sverige som papperslösa. Ökningen av antalet placeringar enligt LVU under perioden 2000–2013 berodde alltså inte på ensamkommande barn.<sup>50</sup> Statistiken finns inte uppdelad på kön.

*Utvecklingen inom den statligt bedrivna ungdomsvården*

Statens institutionsstyrelses (SiS) hade 24 ungdomshem i början av 2015, varav sex hade särskilda platser avsatta för sluten ungdomsvård. Under 2015 öppnades ytterligare ett ungdomshem för sluten vård.

Det totala antalet vårddygn 2015 var 229 258 dygn, vilket kan jämföras med 217 881 dygn året innan. Antalet flickor som har skrivits ut efter vård enligt LVU har ökat kraftigt jämfört med föregående år medan längden på vårdtiderna för flickor har varit konstant den senaste treårsperioden.

Utskrivningar gällande pojkar har minskat något, men här har den genomsnittliga vårdtiden ökat.

Under året frigavs 46 ungdomar efter att ha avtjänat sluten ungdomsvård (LSU), vilket är tio ungdomar fler än 2014. Den genomsnittliga strafftiden var en månad längre jämfört med föregående år.

**Tabell 7.5 Avslutad vård vid SiS ungdomshem**

|  | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|------|------|------|------|
| <b>LVU, SoL</b>                                |      |      |      |      |
| <i>Flickor</i>                                 |      |      |      |      |
| Antal utskrivningar efter vård enligt LVU      | 321  | 367  | 337  | 411  |
| Antal utskrivningar efter vård enligt SoL      | 22   | 8    | 13   | 11   |
| Genomsnittligt antal vårddygn vid utskrivning  | 174  | 160  | 161  | 160  |
| <i>Pojkar</i>                                  |      |      |      |      |
| Antal utskrivningar efter vård enligt LVU      | 867  | 861  | 853  | 833  |
| Antal utskrivningar efter vård enligt SoL      | 51   | 45   | 29   | 18   |
| Genomsnittligt antal vårddygn vid utskrivning  | 138  | 132  | 144  | 156  |
| <b>LSU<sup>51</sup></b>                        |      |      |      |      |
| Antal frigivningar                             | 70   | 47   | 36   | 46   |
| Genomsnittlig strafftid för frigivna (månader) | 9,5  | 10,0 | 8,0  | 9,0  |
| Källa: KIA SiS Årsredovisning.                 |      |      |      |      |

Det har skett en ökning av antalet ensamkommande barn som placeras inom SiS särskilda ungdomshem. Under 2015 var drygt var fjärde pojke som placerades inom SiS ensamkommande och samtliga av dessa hade sökt asyl i Sverige.

SiS har genomfört mätningar för att se hur många ungdomar som är inskrivna en viss given dag och där syftet med vården är uppnått. Vid

<sup>49</sup> Perioden har valts därför att efter 2013 ingår endast personer med svenskt personnummer i statistiken.

<sup>50</sup> Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>51</sup> Av SiS årliga statistik för 2015 framgår att 45 av de frigivna efter LSU var män och en var kvinna.

mätningen som genomfördes i oktober 2015 bedömde SiS och socialtjänsten att 55 av de 535 inskrivna ungdomarna var färdigvårdade inom SiS.

### En kunskapsbaserad vård

#### *Stor variation i frågan om handläggarnas utbildning och yrkeserfarenhet*

Att handläggare som utreder barns behov har rätt kompetens och erfarenhet är betydelsefullt för kvaliteten i den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsens öppna jämförelser 2015 visar att det finns stora variationer i kompetens hos personalen inom den sociala barn- och ungdomsvården.

70 procent av personalen som utreder barns behov av skydd, stöd, vård och behandling i landets kommuner hade socionomutbildning och minst tre års erfarenhet av barnutredningar. Resultatet var detsamma vid förra årets jämförelser. Andelen är ca 10 procentenheter lägre i kommuner med färre än 15 000 invånare. I kommuner med över 70 000 invånare och i storstädernas kommundelar, där flest barn blir berörda, varierar andelen mellan 17 procent och 100 procent.

Vidare hade 49 procent av handläggarna i landets kommuner socionomutbildning och minst fem års erfarenhet av barnutredningar, samma nivå som året innan. Även här var andelen ca 10 procentenheter lägre i kommuner med färre än 15 000 invånare. I kommuner med över 70 000 invånare och i storstädernas kommundelar, där flest barn blir berörda, varierade andelen mellan 4 procent och 100 procent.<sup>52</sup>

#### *Behörighetsregleringen i kommunal social barn- och ungdomsvård*

Sedan den 1 juli 2014 är det krav i socialtjänstlagen på behörighet för att få utföra vissa arbetsuppgifter i den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera konsekvenserna av behörighetsregleringen för kommunerna och vilka möjligheter som finns för icke behörig personal att bli behö-

riga. Av myndighetens delredovisning framgår att kommunerna är positiva till behörighetsregleringen och att den bl.a. medför ökad rättssäkerhet. Enligt uppföljningen har majoriteten av socialsekreterarna behörighet enligt kraven i föreskrifterna. Det är sju procent som saknar behörighet och många av dessa är t.ex. beteendevetare och socialpedagoger. Det finns utmaningar för en del kommuner att uppnå behörighetskravet till juni 2019. Socialstyrelsen framför även att det finns små möjligheter att uppnå behörighet genom en annan relevant examen enligt föreskrifterna. Socialstyrelsen har därför föreslagit att perioden för övergångsbestämmelserna för redan anställd obehörig personal förlängs.

#### *Introduktion och statsbidrag för att underlätta för och stärka kommunernas arbete med att utveckla kompetensen*

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett webbaserat stöd till yrkesintroduktion för nyanställda. Detta kan användas på lokal och regional nivå i introduktionsprogram och finns lättillgängligt på webbsidan Kunskapsguiden.se. I uppdraget ingick även att anskaffa två uppdragsutbildningar för socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården och chefer inom individ- och familjeomsorgen.

För att stärka kommunernas arbete med att utveckla kompetensen har Socialstyrelsen haft i uppdrag sedan 2013 att årligen fördela 57 miljoner kronor i statsbidrag till kommunerna. Av landets 290 kommuner har 259 kommuner rekviderat medel för kompetensutvecklingsinsatser 2015. Totalt har Socialstyrelsen betalat ut 54 747 188 kronor till kommunerna. Fyra kommuner har återbetalat medlen. Socialstyrelsens uppföljning av den genomförda kompetensutvecklingen 2015 visar att majoriteten av utbildningarna riktats till handläggare med socionomexamen. De flesta utbildningarna återfinns inom området socialt arbete och inriktningarna samtal med barn samt utredningsmetodik. Under 2015 har kommunerna genomfört 1 292 utbildningsinsatser med sammanlagt 10 947 utbildningsplatser. Enligt uppföljningen är kommunerna sammantaget positiva till satsningen. Den har möjliggjort en fördjupad kompetensutveckling och mer omfattande utbildningsinsatser som annars inte kommit till stånd. Däremot har kommunerna problem att förvalta genomförda utbildningar, vilket förklaras av den ansträngda

<sup>52</sup> Öppna jämförelser – 2015 Sociala barn- och ungdomsvård (Socialstyrelsen).

personalsituationen och den höga arbetsbelastningen.<sup>53</sup>

*Systematisk uppföljning av barnens situation för att utveckla verksamheten*

Genom systematiska uppföljningar kan barnens situation följas upp och den sammanställda kunskapen kan användas i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Det är dock få kommuner som på ett systematiskt sätt följer upp resultatet och sammanställer detta. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 27 procent av kommunerna har använt resultat från öppenvården för verksamhetsutveckling, och 20 procent har systematiskt följt upp insatserna i HVB och familjehem för att utveckla och förbättra verksamheten.

*Nationellt kunskapscentrum ska främja kunskapsutveckling om våld mot barn*

Linköpings universitet fick i uppdrag av regeringen i juni 2015 att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Universitetet har inrättat Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum. Barnafrid ska främja tvärprofessionell kunskapsutveckling och stimulera och stödja samverkan samt årligen lämna förslag på insatser till regeringen. Barnafrid lämnade en årlig redovisning till regeringen i mars 2016. Den första tiden har präglats av att strukturera verksamheten vad gäller bl.a. lokaler, rekrytering av personal och administration. Barnafrid har även påbörjat arbetet med att ta fram en kommunikativ informationsportal om våld och andra övergrepp mot barn.

## En säker vård

*Socialtjänstens ansträngda situation*

Under hösten 2015 gjorde fler än 30 kommuner lex Sarah-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälningarna handlade om att kommunerna bedömde att de inte hade förutsättningar att klara sitt uppdrag, främst gällande utredningar, placeringar och uppföljning av ensamkommande barn. Som skäl för

detta angav de strukturella omständigheter med koppling till flyktingsituationen.

IVO har i sin tillsyn under 2015 återkommande sett att det finns brister i kommunens myndighetsutövning, vilket är samma bild som framkommer från kommunernas lex Sarah-anmälningar. Det handlar till stor del om att kommunerna inte klarar att genomföra sitt uppdrag inom aktuella tidsramar.<sup>54</sup>

Socialstyrelsen konstaterar i lägesrapporten 2016 att kommunerna har svårigheter att uppfylla lagar och föreskrifter i arbetet med att ta hand om ensamkommande.

Även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) gjorde bedömningen att samhällets förmåga att ta emot ensamkommande barn var mycket ansträngd under hösten 2015, både gällande ankomstkommuner och anvisningskommuner.

Kommuner har under en längre period haft svårigheter att rekrytera och behålla socialsekreterare. Detta problem accentuerades då det stora antalet ensamkommande barn som kom hösten 2015 ökade behovet av socialsekreterare. Behovet av personal på hem för vård eller boende (HVB) ökade också, då antalet HVB nära nog fördubblades under 2015, från ca 500 i december 2014 till ca 1000 ett år senare.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys av konsekvenserna för socialtjänsten med anledning av flyktingsituationen och ökningen av antalet asylsökande ensamkommande barn och unga. Flera kommuner uppgav till Socialstyrelsen att deras förhållandevis långa erfarenhet av att ta emot ensamkommande barn har gjort att de har klarat den ansträngda situationen relativt bra. De har haft kompetent personal och tydliga och inarbetade rutiner för arbetet.<sup>55</sup>

*Kvalitet och rättsäkerhet*

Den 1 januari 2013 infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) med syftet att stärka stödet och skyddet för barn och unga

<sup>53</sup> Kompetenssatsning inom den sociala barn- och ungdomsvården Redovisning av 2015 års medel (Socialstyrelsen 2016).

<sup>54</sup> Tillsynsrapport, De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015 (Inspektionen för vård och omsorg 2016).

<sup>55</sup> Analys av situationen i socialtjänsten – lägesrapport under hösten 2015 och början av 2016 (Socialstyrelsen 2016).

som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen har vid uppföljning konstaterat att bestämmelserna generellt sett är kända inom socialtjänsten, men att efter levnaden är låg när det gäller, t.ex. att socialnämnden inom fjorton dagar efter anmälan ska fatta beslut om att inleda eller inte inleda en utredning, att socialnämnden i samband med beslut om placering i ett familjehem ska ingå avtal med familjehemmet och att barn som placeras i familjehem eller HVB ska ha en särskilt utsedd socialsekreterare.

#### *Barns behov i centrum bidrar till en mer likvärdig social barn- och ungdomsvård*

Barns behov i centrum (BBIC) är en nationellt enhetlig struktur som ger stöd till socialtjänsten vid handläggning, genomförande och uppföljning inom den sociala barn- och ungdomsvården och bidrar till en ökad rättssäkerhet för barnen och en mer likvärdig social barn- och ungdomsvård.

Under 2014 och 2015 reviderades och utvecklades BBIC, för att förenkla dokumentationen och underlätta systematiska uppföljningar av insatser och resultat. Det reviderade BBIC lanserades i oktober 2015. I dag arbetar 287 kommuner i enlighet med BBIC. Under perioden oktober 2015 t.o.m. maj 2016 hade ca 600 utbildare från 217 kommuner/stadsdelar utbildats av Socialstyrelsen.

#### **En individanpassad vård och omsorg**

##### *Placerade barn har sämre skolresultat och ges därför sämre möjligheter senare i livet*

En fungerande skolgång är en viktig faktor för alla barn och har stor betydelse för deras möjligheter i framtiden. Socialstyrelsen har i sin lägesrapport för 2016 genomfört en fördjupad analys av barnens utbildning. Av analysen framgår att det fortfarande är betydligt färre placerade barn som har grundläggande behörighet till gymnasieskolan jämfört med övriga barn. Andelen med gymnasiebehörighet är lite högre bland flickor än bland pojkar, och det är samma mönster som gäller bland övriga elever. En grupp ungdomar är de långvarigt placerade, dvs. de som placerades första gången i förskoleålder och som varit

placerade mer än fem år. Bland de långvarigt placerade barnen uppnådde bara 50 procent av pojkarna och ca 58 procent av flickorna gymnasiebehörighet efter att kraven<sup>56</sup> skärptes 2011 (avser barn födda 1995–97). Generellt hade en högre andel gymnasiebehörighet bland de som placerades före skolåldern jämfört med dem som placerades efter att de börjat skolan. Det är också skillnader beroende på vilken sorts placering eleverna hade under årskurs nio. De som var placerade i familjehem lyckades betydligt bättre i grundskolan än de som var placerade i hem för vård eller boende (HVB) eller andra former av placeringar.

##### *Samverkansmodell för skolverksamheten – för en obruten skolgång*

Statens institutionsstyrelse (SiS) och Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) har på regeringens uppdrag utvecklat och prövat en modell för skolsamverkan för elever som placeras på särskilda ungdomshem. Utvecklingsarbetet har pågått under 2013–2015. Modellen som har utvecklats, SiSam, är en modell för skolsamverkan mellan SiS ungdomshem, socialtjänsten och skolan. Målet är att de placerade barnens skolgång ska löpa på utan avbrott, så att de får den utbildning de behöver och har rätt till.

SiSam har använts sedan den 1 januari 2014. Modellen innebär att kommunerna och SiS tecknar samverkansavtal. Fram till den sista februari 2016 hade SiS tecknat avtal med 50 kommuner. Myndigheternas uppföljning 9 respektive 22 månader efter projektets start visar positiva tendenser. Efter starten får ungdomshemmen oftare skoluppdrag och skoldokument från kommunen och de samverkar oftare för att planera ungdomarnas skolgång både under och efter placeringen. Av de elever som skrivits ut från SiS under uppdragsperioden går något fler i skola efter utskrivningen jämfört med tidigare elever som varit föremål för insatser på SiS. Av uppföljningen framgår att det är vanligare att det ingick ett skoluppdrag för flickor respektive skolpliktiga elever än för pojkar och icke skolpliktiga elever. Övergången från ungdoms-

<sup>56</sup> Tidigare var kraven lägre, fram till 2011 räckte godkända betyg i engelska, matematik och svenska eller svenska som andra språk för att vara behörig till alla gymnasieprogram.

hemmen till skolan efter placeringen har visat sig vara den svagaste länken i samverkan. Ett antal av de kommuner som prövat SiSam menar att SiSam med små justeringar kan användas även vid andra placeringar av barn. Rutinerna fyller ett tomrum och kommunerna har kunnat utveckla skolsamverkan för elever i samhällsvården generellt, inte enbart för eleverna i tvångsvården.<sup>57</sup>

*Ensamkommande pojkar en växande målgrupp inom den statligt bedrivna ungdomsvården*

Det har skett en ökning av antalet ensamkommande barn som placeras inom Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem. Under 2015 var drygt var fjärde pojke som placerades inom SiS ensamkommande. SiS har därför beslutat om en handlingsplan för vården av ensamkommande barn som bl.a. berör skolgången, samarbetet med andra aktörer, frågan om språk och tolkbehov. Under 2015 var 221 ensamkommande barn och unga placerade någon gång på ett särskilt ungdomshem, att jämföra med 139 ensamkommande barn 2014. Utav de 221 var 8 flickor. Antalet SiS-placerade ensamkommande barn bör relateras till att antalet asylsökande ensamkommande barn var 35 369 år 2015, vilket kan jämföras med 7 049 året innan. Det innebär att antalet SiS-placerade ensamkommande barn har ökat, men att andelen är lägre i relation till antalet asylsökande och därmed ökningen av gruppen ensamkommande barn. Under 2015 togs sammanlagt 1 158 individer in på ett särskilt ungdomshem (LVU, SoL och LSU).<sup>58</sup>

*Ökad kunskap om stöd till barn som anhöriga*

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att öka kunskapen om flickor och pojkar i olika åldrar och utvecklingsfaser som anhöriga.

Ett resultat är att det nu finns bättre kunskap om omfattning och behov samt konsekvenser av en uppväxt med allvarliga svårigheter hos en förälder men även om strukturer och metoder för stöd. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har etablerats som en nationell stöd-

struktur när det gäller flickor och pojkar som anhöriga gentemot hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola och skola samt idéburen sektor. Folkhälsomyndigheten har gett stöd till 18 utvecklingsprojekt, alla i nära samarbete med forskare.

**En jämlik vård och omsorg**

*Erfarenheter från den nationella samordnaren – behovet av en medskapande social barn- och ungdomsvård*

Den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården ska i dialog med minst 50 kommuner och andra relevanta aktörer stärka och stödja kommunerna i deras arbete med den sociala barn- och ungdomsvården. Fram till och med februari 2016 hade samordnaren besökt 52 kommuner.

Inför besöken har en översiktlig tidsmätning genomförts för att ta reda på hur utredande socialsekreterare och deras närmaste chefer använder sin arbetstid. Mätningen visar bl.a. att utredande socialsekreterare ägnar 13 procent av arbetstiden till gemensamma samtal med barn och vårdnadshavare eller unga och 2 procent av arbetstiden till enskilda samtal med barn.

Samtidigt uttrycker många barn, unga och vårdnadshavare att de vill ha mer tid med den utredande socialsekreteraren. Även fackliga företrädare för fram att utredande socialsekreterare önskar mer tid för dem som verksamheten är till för.

*En tillgänglig vård och omsorg – barns och ungas kunskap om socialtjänsten ska öka*

Barn och unga behöver känna till socialtjänsten och dess uppdrag och veta vart de ska vända sig om de behöver stöd eller hjälp. För att öka kunskapen om socialtjänsten har Socialstyrelsen och Barnombudsmannen på regeringens uppdrag utvecklat den nationella plattformen <https://kollpasoc.se/> som lanserades i februari 2016.

<sup>57</sup> Slutredovisning av regeringens uppdrag till Statens institutionsstyrelse och Specialpedagogiska skolmyndigheten – att utveckla och pröva en samverkansmodell för skolverksamheten, Statens institutionsstyrelse 2016.

<sup>58</sup> SiS årsredovisning 2015 (Statens institutionsstyrelse 2016).

### Ersättning för vanvård i samhällsvården

Ersättningsnämndens uppdrag är avslutat och myndigheten är avvecklad. Ersättningsnämnden har under sin verksamhetsperiod 2013 t.o.m. den 30 juni 2016 sammantaget mottagit 5 285 ansökningar. Det är 2 210 personer som har beviljats ersättning. När omansökningar räknats bort uppgår beviljandegraden till 46 procent. Både när det gäller antalet inkomna ärenden och beviljandegraden är fördelningen mellan kvinnor och män jämn.

## Ekonomiskt bistånd

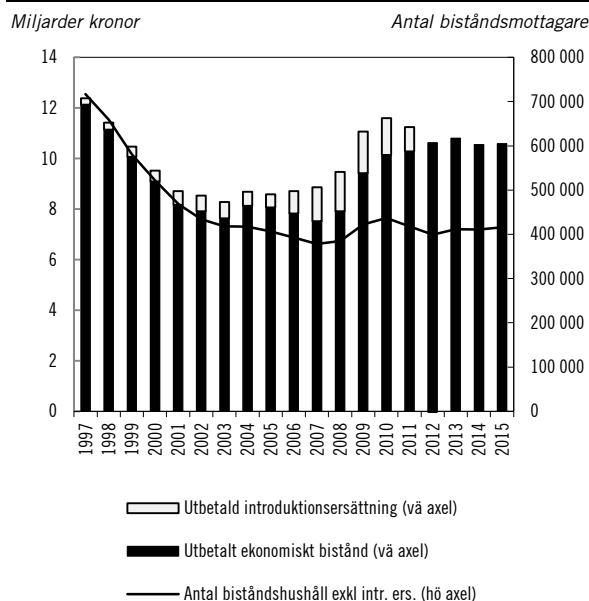
### Tillgängligheten

Ekonomiskt bistånd är det yttersta skydds nätet i det sociala trygghetssystemet. Rätten till bistånd bygger på en individuell behovsbedömning.

### Oförändrad nivå på utbetalningarna under 2015

Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd uppgick till 10,6 miljarder kronor under 2015, vilket är i stort sett oförändrat jämfört med föregående år. (Se diagram 7.1). Antalet personer som någon gång under 2015 tog emot ekonomiskt bistånd uppgick till ca 415 600 (4,2 procent av befolkningen). Andelen kvinnor var något lägre än andelen män (47 procent kvinnor och 53 procent män).

**Diagram 7.1 Utbalt ekonomiskt bistånd och antal biståndsmottagare 1997–2015**



Källa: Socialstyrelsen

Anmärkning: I beloppen för 1997-2011 redovisas 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. Uppgifter över utbetalningar finns ej uppdelade på kön.

### Arbetslöshet vanligaste orsaken till behov av försörjningsstöd

Enligt Socialstyrelsens statistik över försörjningshinder och ändamål för ekonomiskt bistånd är arbetslöshet den mest förekommande orsaken till behovet av ekonomiskt bistånd.<sup>59</sup>

Under 2014 hade 46 procent av biståndsmottagarna arbetslöshet som huvudsakliga skäl till sitt försörjningshinder. Av dessa saknade ca 54 procent arbetslöshetsersättning, medan 39 procent hade otillräcklig ersättning och 7 procent väntade på ersättning. Arbetshinder på grund av sociala skäl var det näst vanligaste försörjningshindret, 11 procent, och sjukskrivning med läkarintyg det tredje mest förekommande, 10 procent. Med sociala skäl menas

<sup>59</sup> Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2014 (Socialstyrelsen 2015).

att personen saknar arbetsförmåga och är i behov av t.ex. arbetsträning eller annan social eller medicinsk rehabilitering. Majoriteten, 80 procent, av de som var sjukskrivna med läkarintyg saknade sjukpenning. Endast ca 3 procent av biståndsmottagarna hade arbete, men otillräcklig arbetsinkomst för att klara sin försörjning. Det är vanligare med arbetslöshet som försörjningshinder bland män (53 procent) än bland kvinnor (43 procent). Motsatt gäller sjukdom som är mer förekommande försörjningshinder för kvinnor (13 procent) än för män (9 procent).

#### *Unga är överrepresenterade*

Det är vanligare att unga tar emot ekonomiskt bistånd jämfört med genomsnittet för samtliga åldrar. Bland unga vuxna (18–24) i befolkningen tog 7 procent emot ekonomiskt bistånd någon gång under 2015 (att jämföra med 4,2 procent av samtliga i riket). Det är ingen större skillnad mellan kvinnor och män när det gäller mottagande av ekonomiskt bistånd oavsett ålder. Däremot är det stor skillnad beroende på var de är födda. För inrikes födda unga (18–24 år) var andelen bland biståndsmottagarna 4 procent (lika stor andel för kvinnor och män) och för utrikes födda 23 procent (utrikes födda kvinnor 22 procent och utrikes födda män 25 procent). Se tabell 7.6. Jämfört med 1997, då biståndsmottagandet bland unga var som högst, har dock andelen unga som har bistånd nästan halverats. Under 2015 hade drygt 2 procent av de unga (18–24 år) långvarigt bistånd (minst 10 månader per år). Andelen är densamma bland kvinnor och män. Bland unga var arbetslöshet betydligt vanligare som försörjningshinder än bland de äldre.<sup>60</sup>

**Tabell 7.6 Andelen unga vuxna (18-24 år) med ekonomiskt bistånd**

| Procent                       | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|
| Samtliga unga vuxna, 18-24 år | 8    | 8    | 8    | 7    | 7    |
| Varav                         |      |      |      |      |      |
| Kvinnor, inrikes födda        | 6    | 6    | 5    | 5    | 4    |
| Kvinnor, utrikes födda        | 22   | 21   | 21   | 21   | 22   |
| Män, inrikes födda            | 6    | 6    | 5    | 5    | 4    |
| Män, utrikes födda            | 23   | 22   | 23   | 24   | 25   |

Källa: Socialstyrelsen

#### *Långvarigt biståndsmottagande oförändrat högt*

Andelen långvariga biståndsmottagare (bistånd i minst 10 månader under kalenderåret) ligger fortsatt på en hög nivå. År 2015 fick närmare 40 procent av biståndsmottagarna bistånd under minst tio månader av året (fördelningen mellan kvinnor och män är i stort sett jämn). Den genomsnittliga biståndstiden var 6,4 månader att jämföra med 4,3 månader under krisåren i mitten av 1990-talet.

Av de långvariga biståndsmottagarna var 37 procent inrikes födda och 63 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. Nyanlända som fått uppehållstillstånd av skyddsskäl har rätt till statlig etableringsersättning de två första åren när de deltar i etableringsinsatser.

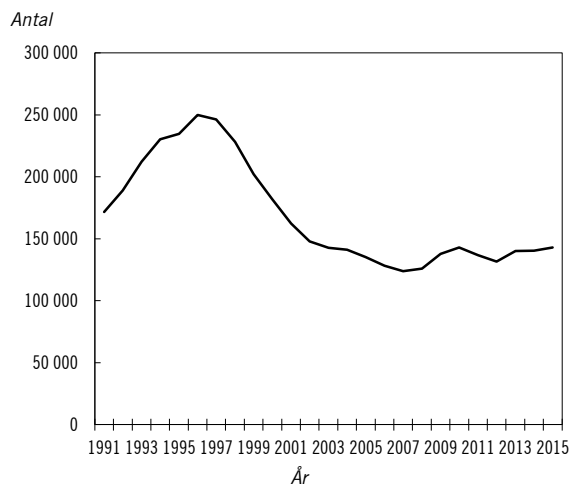
#### *Oförändrat antal barn i hushåll med ekonomiskt bistånd*

Antalet barn som levde i hushåll med ekonomiskt bistånd 2015 uppgick till ca 143 000, vilket var i det närmaste oförändrat jämfört med 2014. Andelen uppgick till 7 procent av alla barn.

Andelen barn som levde i familjer med långvarigt ekonomiskt bistånd uppgick till 2,6 procent.

<sup>60</sup> Statistik över försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2014 (Socialstyrelsen 2015).



**Diagram 7.2 Barn i hushåll med ekonomiskt bistånd**

Källa: Socialstyrelsen

### *Ensamstående kvinnor med barn är över-representerade bland biståndshushållen*

Ekonomiskt bistånd är vanligast förekommande bland ensamstående kvinnor med barn. Andelen uppgick till 21 procent av denna hushållstyp i befolkningen. Under krisåren i mitten av 1990-talet uppgick andelen till 37 procent, och drygt tio år senare hade andelen sjunkit till 19 procent, sannolikt till följd av det förbättrade läget på arbetsmarknaden. År 2008 började dock andelen att något öka igen. Motsvarande andel under 2015 är 8 procent för ensamstående män med barn och 3 procent för sammanboende par med barn. Till antalet är dock gruppen ensamstående män utan barn flest.

### Individuellt anpassade insatser

#### *Den formaliserade samverkan har ökat*

För att öka kvinnors och mäns möjligheter att få rätt insatser behövs samverkan. Personer med behov av insatser från olika områden inom socialtjänsten ska enligt SoL få sina insatser samordnade av berörda aktörer. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser framgår att den formaliserade samverkan med externa aktörer har ökat. Andelen som hade en överenskommelse med Försäkringskassan var 38 procent 2016, att jämföra med 31 procent 2015 och 12 procent 2012. Överenskommelser med Arbetsförmedlingen fanns i 50 procent av kom-

munerna att jämföra med 43 procent 2015 och 21 procent 2012.<sup>61</sup>

#### *Kommunala arbetsmarknadsinsatser*

Av resultatet från Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016 framgår att merparten av kommunerna erbjuder kommunala arbetsmarknadsinsatser. I 38 procent av kommunerna erbjuds alla arbetslösa personer mellan 18 och 24 år någon arbetsmarknadsinsats. För personer över 24 år är motsvarande siffra 30 procent.<sup>62</sup>

#### *Få har tagit del av jobbstimulansen*

En ny bestämmelse i socialtjänstlagen infördes den 1 juli 2013 som innebär att den som haft försörjningsstöd i sex månader endast behöver räkna in 75 procent av nettoarbetsinkomsten vid prövning av rätten till försörjningsstöd. Socialstyrelsen har följt upp kommunernas tillämpning av bestämmelsen. Av uppföljningen framgår att endast ca 2 procent av biståndsmottagarna tagit del av jobbstimulansen. Andelen är jämnt fördelad mellan kvinnor och män. En majoritet av kommunerna som tillfrågats bedömer att jobbstimulansen inte har medfört att fler biståndsmottagare har börjat arbeta eller utökat sin arbetstid.

### Rättsäkert

#### *Barnperspektiv i familjer med försörjningsproblem*

En grundlig utredning är en förutsättning för att en individ eller familj ska kunna få stöd som är anpassat efter individuella förutsättningar och behov. Av landets kommuner är det 55 procent som använt en strukturerad utredningsmall där barns situation ingår vid alla utredningar. Andelen kommuner som hade en rutin för att förhindra att barn vräks var 23 procent.<sup>63</sup>

<sup>61</sup> Öppna jämförelser, ekonomiskt bistånd, (Socialstyrelsen 2016, 2015 och 2012).

<sup>62</sup> Öppna jämförelser, ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen 2016). Då många indikatorer har ändrats sedan tidigare år för att bättre kunna jämföras mellan olika verksamhetsområden är det för en del indikatorer inte möjligt att göra jämförelser med tidigare år.

<sup>63</sup> Öppna jämförelser, ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen 2016)

*Förtydligade regler kring försörjningsstöd*

För att det för den enskilde tydligt ska framgå vilka krav som kan ställas för att ha rätt till försörjningsstöd infördes den 1 juli 2016 en bestämmelse i SoL. Det innebär att den kvinna eller man som inte kan försörja sig men som kan arbeta har rätt till försörjningsstöd om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande.

**Kunskapsbaserade arbetsätt***Standardiserade bedömningsmetoder vanligare*

Andelen kommuner som uppger att de använder standardiserade bedömningsmetoder vid bedömning av den enskildes situation, funktion eller behov uppgick till 62 procent, vilket är en ökning jämfört med 2015 (55 procent).

Ekonomiskt bistånd är det område inom socialtjänsten som i störst utsträckning arbetar med systematisk uppföljning. Andelen kommuner som uppger att de följer upp individer systematiskt, sammanställer på gruppnivå och använder resultaten för verksamhetsutveckling inom ekonomiskt bistånd är 21 procent.<sup>64</sup>

**Missbruks- och beroendevården****Tillgänglig vård och omsorg***Vårddygn på institution fortsätter att minska*

Ungefär 19 300 kvinnor och män fick den 1 november 2015 en insats inom socialtjänsten för sitt missbruk eller beroende vilket är en liten ökning jämfört med 2014. Det gäller bistånd avseende boende (kvinnor 23 procent och män 77 procent), individuellt behovsprövad öppen insats (kvinnor 31 procent och män 69 procent) eller heldygnsvård (kvinnor 28 procent och män 72 procent).

Utvecklingen av antalet vårddygn på institutioner för frivillig vård har stadigt minskat under den senaste femårsperioden (2010–2014). Men sett till 2015 har det skett en liten ökning jämfört med 2014.

När det gäller tvångsvård enligt LVM har antalet vårddygn fortsatt att öka och har gjort så

den senaste femårsperioden. Ökningen har skett i ungefär lika stor utsträckning för kvinnor och män.<sup>65</sup>

Under 2010–2014 minskade antalet som fick slutenvård p.g.a. alkoholrelaterade diagnoser, bland både kvinnor och män 15–64 år. Antalet minskade från totalt ca 14 990 till 13 135 patienter per år. Störst är minskningen i åldersgruppen 15–24 år, för båda könen. Dock ökade andelen kvinnor och män 25–34 år (män 4 procents ökning och kvinnor 17 procents ökning).

Bland dem som fått slutenvård för psykiska störningar eller beteendestörningar ses en kraftig ökning av andelen som vårdats på grund av psykiska störningar orsakade av narkotika. Andelen nästan tredubblades under perioden 1989–2014, från cirka 3 000 patienter till cirka 10 200 per år.<sup>66</sup>

*Väntetiden till ett första besök allt kortare*

I allt fler kommuner får kvinnor och män en tid till ett första besök till socialtjänsten inom tre dagar. Andelen har ökat från 4 procent 2011 till 11 procent, och nästan hälften får en tid inom 4–7 dagar 2016.<sup>67</sup>

*Frivilliga insatser som service i många kommuner*

Att erbjuda stöd till kvinnor och män med missbruk och beroende som service kan innebära en ökad tillgänglighet till insatser. Socialstyrelsens officiella statistik innehåller endast uppgifter om biståndsbedömda insatser.

För att uppskatta hur vanligt det är att insatser ges utan biståndsbedömning till personer med missbruk och beroende har Socialstyrelsen frågat kommunerna om de ger insatserna bistånd som avser boende och öppna insatser som service. Cirka 9 procent av landets kommuner uppgav att de gav bistånd som avser boende som service och ca 61 procent, uppgav att de gav öppna insatser som en service till vuxna personer med missbruk

<sup>65</sup> Sveriges officiella statistik. Vuxna personer med missbruk och beroende – insatser 2015 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>66</sup> Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2016, (Socialstyrelsen 2016).

<sup>67</sup> Öppna jämförelser, Missbruk och beroende 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>64</sup> Öppna jämförelser Ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen 2016).

och beroende. Det är en svag minskning för båda insatserna.<sup>68</sup>

#### *Tillgängligheten till läkemedelsassisterad vård är relativt god*

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är läkemedelsassisterad behandling en av de metoder som rekommenderas för opiatberoende för kvinnor och män. Personer med opiatberoende är en utsatt grupp som har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Läkemedlet ska ordinerats tillsammans med psykosocial behandling. Antalet nya patienter ökade under perioden 2006–2011, men därefter har ökningen avtagit något. Tidigare har det funnits signaler om att tillgången till behandlingen var bristande men en kartläggning som genomfördes på regeringens uppdrag från 2014 visar att den nu finns i samtliga landsting. Organisationen och resurserna för behandling skiljer sig emellertid åt. I september 2013 fanns det 110 verksamheter som bedrev behandlingen och drygt 3 700 patienter var inskrivna, varav 30 procent var kvinnor och 70 procent män.<sup>69</sup> Det motsvarar ungefär kvinnors och mäns andel i hela populationen personer som använder tung narkotika.<sup>70</sup>

Socialstyrelsen har tagit fram nya föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

#### *Den medicinska säkerheten ökar med LOB-satsningen*

Regeringen riktar under 2014–2016 stöd för lokalt utvecklingsarbete där landsting och kommuner tillsammans med polisen gemensamt ska utveckla alternativa lösningar till förvaring i arrest så att omvårdnaden förbättras vid omhändertagande enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB). Sådana lösningar är särskilt angelägna då barn under 18 år omhändertas. Alla landsting i samverkan med polis och kommuner deltog i

satsningen det första året 2014 medan 13 samverkanssatsningar erhöll medel under 2015. Inför 2016 har alla aktörer i respektive län uppmanats att delta. Personer som omhändertas enligt LOB är en grupp som fortfarande oftast placeras i arresten. Även väldigt unga personer som omhändertas placeras i arrest.

#### **Säker vård och omsorg**

##### *Samverkan ökar successivt*

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommuner ålagda att ingå överenskommelser inom respektive län om samarbete när det gäller personer med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning. I januari 2015 rapporterade 36 procent av landets kommuner att de fanns en aktuell överenskommelse med landstinget som innehöll rutiner för samarbete på lokalnivå, gemensamma mål samt resurs och ansvarsfördelning. Ett år senare har andelen ökat till 52 procent.<sup>71</sup> Det är nu 66 procent av kommunerna som har rutiner för att delge kvinnor och män med komplexa behov information om möjligheten att få en samordnad individuell plan, vilket är en tydlig ökning jämfört med året innan.

Antal kommuner som har rutiner för samverkan inom socialtjänsten t.ex. med verksamheterna ekonomiskt bistånd, den sociala barn- och ungdomsvården eller äldreomsorgen har ökat under perioden 2011–2015. Vanligast är samverkan omkring våld i nära relationer (72 procent) medan det för äldreomsorgen fanns rutiner för samordning i 31 procent av kommunerna vilket är en liten ökning jämfört med åren innan.<sup>72</sup>

#### **Kunskapsbaserad vård och omsorg**

##### *Nationella riktlinjer ger säkrare metodval*

För att stödja en kunskapsbaserad praktik har Socialstyrelsen utarbetat nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

<sup>68</sup> Sveriges officiella statistik. Vuxna personer med missbruk och beroendeinsatser 2015 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>69</sup> Individ- och familjeomsorg - Lägesrapport 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>70</sup> Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende Slutsatser och förslag (Socialstyrelsen 2015).

<sup>71</sup> Öppna jämförelser, Missbruk och beroende 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>72</sup> Öppna jämförelser, Missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2015).

Riktlinjer innehåller rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende. Den inkluderar nu tre nya områden – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.<sup>73</sup>

#### *En majoritet använder standardiserade bedömningsmetoder*

Standardiserade bedömningsinstrument är ett stöd för ett systematiskt beslutsfattande både på individ- och verksamhetsnivå och kan ses som ett led i att utveckla en evidensbaserad praktik. Socialstyrelsen har gett stöd till utvecklingen genom förvaltning och metodutveckling.

En majoritet av kommunerna använder standardiserade bedömningsmetoder som underlag för insatser.<sup>74</sup> Däremot använder endast 15 procent standardiserade bedömningsmetoder vid uppföljning av insatserna. För att utveckla verksamheten används systematisk uppföljning och tydliggöra skillnader mellan kvinnor och män i 16 procent av kommunerna.<sup>75</sup>

#### *Bättre kunskap om kvalitet inom HVB*

För att förbättra förutsättningarna för god kvalitet på hem för vård och boende (HVB) har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram en sammanställning av vad som kan anses vara god vård och omsorg i HVB för personer med missbruks- och beroendeproblem. I dagsläget finns det ca 200 HVB som bedriver frivillig vård och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem. År 2014 fick ca 7 100 vuxna personer vård och behandling i HVB genom socialtjänstens försorg.<sup>76</sup> Av dessa var ca 1 900 kvinnor och 5 250 män.<sup>77</sup>

## Individanpassad vård och omsorg

### *Brukarorganisationerna har fått ökat inflytande*

Brukarnas erfarenheter och synpunkter är en viktig del i utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Brukarorganisationer har lämnat synpunkter som har påverkat innehållet i överenskommelser mellan landsting och kommuner om missbruks- och beroendevården i 39 procent av landets kommuner.<sup>78</sup>

### *Stöd till anhöriga genom familjeorienterat arbete*

Inom socialtjänsten har utvecklingen mot ett samordnat familjeorienterat arbetssätt i familjer med missbruk och beroende påbörjats. Socialstyrelsen har sammanfattat kunskaper och erfarenheter i en guide som underlag för implementering av ett sådant arbetssätt i kommunerna.<sup>79</sup>

### *Stor efterfrågan på statligt driven missbruksvård*

Den statliga missbruksvården som bedrivs av Statens institutionsstyrelse hade 11 LVM-hem med 349 platser 2015. Av dessa var 31 procent avsatta för enbart kvinnor och 66 procent för enbart män. Efterfrågan på LVM-vård har varit mycket hög. Antalet vårddygn uppgick till ca 166 000 under 2015 jämfört med ca 157 000 året innan, en ökning med 6 procent. Ökningen gäller både för kvinnor och för män. Missbruksvården utökades med 35 platser under 2015.

I de intervjuer som gjorts på institutionerna svarade 74 procent av klienterna (79 procent av kvinnorna respektive 71 procent av männen), att deras motivation att bli drogfria hade ökat under placeringen. Det är vårdens primära syfte. Majoriteten anser också att LVM-placeringen har varit nödvändig för att bryta deras missbruk (71 procent av kvinnorna respektive 64 procent av männen).

Andelen yngre klienter har ökat medan andelen klienter som är 45 år eller äldre har minskat. I samband med det har andelen klienter med alkohol som primärdrog minskat och andelen opiatmissbrukare ökat.<sup>80</sup>

<sup>73</sup> Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk- och beroende (Socialstyrelsen, 2015).

<sup>74</sup> Öppna jämförelser, Missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2014, 2015, 2016).

<sup>75</sup> Öppna jämförelser, Missbruk och beroende 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>76</sup> Att stärka kvaliteten i hem för vård eller boende (HVB) för personer med missbruks- och beroendeproblem (Socialstyrelsen 2015). Statistiken finns inte uppdelad på kvinnor och män.

<sup>77</sup> Sveriges officiella statistik. Vuxna personer med missbruk och beroende - Insatser år 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>78</sup> Öppna jämförelser, Missbruk och beroende 2016 (Socialstyrelsen 2016).

<sup>79</sup> Förbättrat stöd till barn som anhöriga, Slutrapport från ett regeringsuppdrag 2011–2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>80</sup> SiS Årsredovisning 2015 (Statens institutionsstyrelse 2016).

## Brottsutsatta

### *Svagt positiv utveckling av kommunernas arbete med våldsutsatta*

Kommunernas arbete när det gäller våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta oavsett kön, går generellt framåt. Utvecklingsmedel och kompetensstöd till kommunerna har enligt Socialstyrelsen bidragit till kvalitet i verksamheterna. Det finns dock fortfarande skillnader över landet när det gäller stödet till våldsutsatta barn och vuxna, barn som bevittnat våld och våldsutövare.

Användandet av standardiserade bedömningsinstrument för att utreda våldsutsatthet och bedöma risk- samt stöd- och skyddsbehov (84 procent av kommunerna använder sådana metoder) ökar förutsättningarna för ett mer likvärdigt och professionellt bemötande av personer som utsätts för våld i nära relationer. Nästan alla kommuner (96 procent) erbjuder skyddat boende med biståndsbeslut. Flertalet kommuner, 82 procent, har tillgång till skyddat boende för män som utsätts för våld och 78 procent för kvinnor med missbruksproblem. Majoriteten av kommunerna (90 procent) erbjuder stödsamtal till barn som har utsätts för eller bevittnat våld.

Socialstyrelsens öppna jämförelser avseende våld i nära relationer (tidigare brottsoffer) har avgränsats till insatser för vuxna som är utsatta för våld av närstående samt barn som bevittnat våld av eller mot närstående. Eftersom insamlingsmetod, frågor och indikatorer har förändrats jämfört med tidigare år går det inte att göra jämförelser över tid. Däremot är det möjligt att jämföra olika verksamhetsområden när det gäller tillgänglighet, helhetssyn och samordning, kunskapsbaserad verksamhet, trygghet och säkerhet samt självbestämmande och integritet.

Några resultat och generella slutsatser för våldsområdet är att kommunerna i högre grad behöver genomföra kartläggningar av våldsutsatthet för att öka kännedomen om vuxna som utsätts för våld och att systematisk uppföljning av insatser behöver utvecklas. Knappt hälften (45 procent) av kommunerna har kartlagt våldsutsatthet och 11 procent gör systematiska uppföljningar på gruppnivå som används att utveckla verksamheten. Resultatet pekar på att kommuner behöver utarbeta rutiner för hur personalen inom socialtjänstens olika verksamheter ska agera vid indikation på utsatthet för våld.

Det gäller inte minst verksamhet för äldre där sådana rutiner endast finns i 37 procent av kommunerna, att jämföra med 47 för barn och unga. Resultatet visar även att samverkan med polisen, psykiatrin och andra externa aktörer behöver öka. Endast 14 procent av kommunerna samverkar med akutsjukvården.

### *Kvalitetsutveckling av skyddade boenden*

Det finns ca 200 skyddade boenden i Sverige för personer som behöver skydd, merparten används för kvinnor och deras barn som utsatts för våld eller hot i en nära relation. Av dessa drivs ca 80 procent av ideella föreningar, ca 15 procent av kommuner och ca 5 procent av övriga aktörer. Socialstyrelsen har tagit fram ett antal kvalitetsindikatorer för att kontinuerligt kunna följa och utvärdera insatsen skyddat boende på nationell nivå. Den senaste mätningen 2015 visar att de flesta boenden har en hög säkerhetsmedvetenhet, skriftliga rutiner inom flera viktiga områden och upprättar genomförandeplaner i enlighet med bestämmelserna i SoL. Tillgängligheten varierar dock och samverkan behöver utvecklas med andra aktörer.

### *Förövare uppmärksammas bättre*

Insatser till personer som utövat våld mot närstående är en viktig del i det förebyggande arbetet. Socialstyrelsen har utvecklat metoder och vägledning för arbetet med personer som utövat våld. Idag kan 60 procent av landets kommuner erbjuda insatser för både kvinnor och män som utövar våld.

## Jämlik vård

### *Ökad kvalitet i verksamheterna till följd av utvecklingsmedel*

Sedan 2012 har Socialstyrelsen fördelat ca 212 miljoner kronor i utvecklingsmedel till kommuner och ideella föreningar. Målet med medlen till kommunerna har varit att kvaliteten i socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn ska utvecklas och bli mer likvärdig över landet. Målet för medlen till ideella föreningar har varit att utveckla sådan verksamhet på lokal nivå som förbättrar det direkta stödet till den enskilda individen. Syftet med nationellt och regionalt kompetensstöd har varit att höja kunskapen hos kommuner och ideella föreningar. Det övergripande ansvaret för att samordna och följa upp satsningen 2012–2014 har legat på Social-

styrelsen, som årligen avrapporterat hur medlen använts och resultatet av satsningen. Det treåriga uppdraget slutredovisades av Socialstyrelsen i maj 2015 (S2011/11337/FST). I slutredovisningen ingick en extern utvärdering av satsningen som genomförts av Umeå Centre for Evaluation Research (UCER) vid Umeå universitet. Av utvärderingarna framgår att Socialstyrelsen och länsstyrelserna genom kompetensstödet har skapat en fungerande struktur för att nå ut till profession och verksamhet med normering och kunskapsstöd inom området. Länsstyrelserna har också kunnat följa utvecklingen regionalt och lokalt samt fånga upp nya utvecklingsområden. Den regionala stödstrukturen ger således förutsättningar för kommuner och ideella föreningar att utveckla kvaliteten i arbetet.

Flera kommuner har börjat organisera arbetet med våld i nära relationer så att det ingår i socialtjänstens ordinarie verksamhetsplanering och i kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Samtliga länsstyrelser har uppmärksammat särskilt utsatta grupper.

Några länsstyrelser har skapat nätverk för olika yrkeskategorier inom socialtjänsten, vilka har erbjudits fördjupad kunskap. Det gäller t.ex. personal som arbetar med äldre och med personer med funktionsnedsättningar. Vidare har utbildningsinsatser anordnats i samverkan med kommuner och landsting.

Barns rätt till stöd och skydd när de lever med våld i familjen är ett område som har lyfts fram av de flesta länsstyrelser. I detta arbete ingår metodstöd som kan användas i arbete med barn och ungdomar som är utsatta för våld.

Flera kommuner samverkar kring gemensamma insatser i form av t.ex. kompetenscenter eller barnahus. Detta har i sin tur bidragit till att socialnämndens ansvar för barn som har utsatts för våld eller bevittnat våld har synliggjorts i större utsträckning.

### Individanpassad vård

#### *Brister i stöd till våldsutsatta barn*

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag undersökt stödet till barn som upplevt våld i familjen. Myndigheten har vidare utvecklat och prövat en metod för att samla in underlag för att bedöma risken för att barn ska utsättas för våld i sin familj. Resultatet visar att det alltför sällan

görs risk- och skyddsbedömningar av barn inom barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten, särskilt inom familjerätten. År 2015 hade t.ex. endast 17 procent av kommunerna rutiner för att säkra att barn som vistas i skyddat boende får möjlighet att gå i skolan.<sup>81</sup>

### Säker vård och omsorg

#### *Dödsfallsutredningar visar på strukturella brister*

Varje år dödas i genomsnitt 5–6 barn och ca 13 kvinnor och 4 män avlider till följd av ett brott av en närstående. Sett ur ett längre perspektiv är det en relativt kraftig minskning av antalet dödsfall, men senare år har antalet dödsfall till följd av brott varit konstant för både barn och vuxna. Det senaste året har dock siffran sjunkit från 17 till 13 dödade kvinnor.<sup>82</sup> Socialstyrelsen, ska enligt lagen (2007:606) om utredning av vissa dödsfall, utreda dödsfallen för att finna strukturella brister i myndigheternas hantering. Granskningarna gäller ärenden där kvinnor såväl som män dör till följd av brott från närstående.

Rapporten 2016 visar att det finns ett bra skyddsnet generellt men behovet av samverkan och metodutveckling inom psykiatri, mödra- och barnhälsovården och missbruksvården lyfts fram. Under 2015 har Socialstyrelsen omorganiserat och förstärkt utredningsverksamheten.

### Familjerätt

De familjerättsliga frågorna avser frågor inom socialtjänsten om barns vårdnad, boende och umgänge, fastställande av faderskap och föräldraskap samt samarbetsamtal och familjerådgivning. Området omfattar även utredning och stöd i samband med internationell adoption.

Varje år berörs ca 50 000 barn av föräldrars separation. Över 90 procent av alla föräldrar som separerar har fortsatt gemensam vårdnad. En del av föräldrarna har en så svår konflikt att det inte är möjligt att samarbeta i frågor som rör barnet eller enas om barnets framtid. Enligt forskning får uppskattningsvis ca 10 000 barn årligen upp-

<sup>81</sup> Öppna jämförelser – stöd till brottsoffer (Socialstyrelsen 2015).

<sup>82</sup> NCK.uu.se

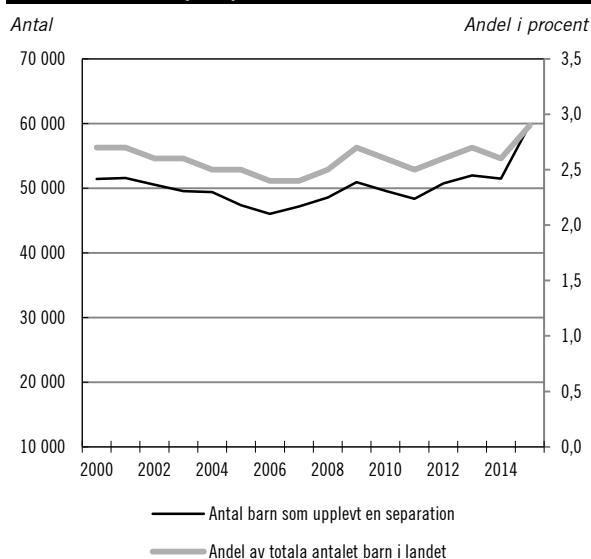
leva att deras föräldrar strider i domstol.<sup>83</sup> Antalet vårdnadsfall i domstol har ökat sedan år 2006 då den senaste lagreformen inom området genomfördes.<sup>84</sup>

Under 2015 var drygt 6 200 (barn 0–17 år) aktuella för utredningar om vårdnad, boende eller umgänge inom den kommunala socialtjänsten, jämfört med 6 900 barn under 2014. Ökningen av vårdnadsfall i domstol förefaller inte avspeglade sig i socialtjänstens utredningar om vårdnad, boende och umgänge. Antal barn som varit föremål för s.k. snabbupplysning från socialnämnden har dock ökat och uppgick 2015 till ca 11 300 jämfört med 10 900 under 2014. Under de senaste sex åren har dessa ökat med i genomsnitt 5 procent per år. Under år 2015 deltog föräldrar till ca 21 200 barn i åldrarna 0–17 år i samarbetsamtal jämfört med 21 300 år 2014. Kommunerna har även ansvar för att bistå de föräldrar som vill träffa avtal om barns vårdnad, boende och umgänge i samband med en separation. Under 2015 tecknades knappt 3 400 sådana avtal, varav 55 procent gällde vårdnad, 21 procent boende och resterande 24 procent umgänge.<sup>85</sup> Under 2014 tecknades något fler, 3 500 avtal.

Även faderskapsutredningar ökar i omfattning i förhållande till antal födda barn. I ett längre tidsperspektiv beror detta på att allt fler par får barn utan att vara gifta. Under 2015 pågick drygt 75 000 faderskapsutredningar, vilket innebär att 65 procent av samtliga födda barn under året berördes av en faderskapsutredning, 84 procent av dessa avslutades med en bekräftelse av faderskapet.

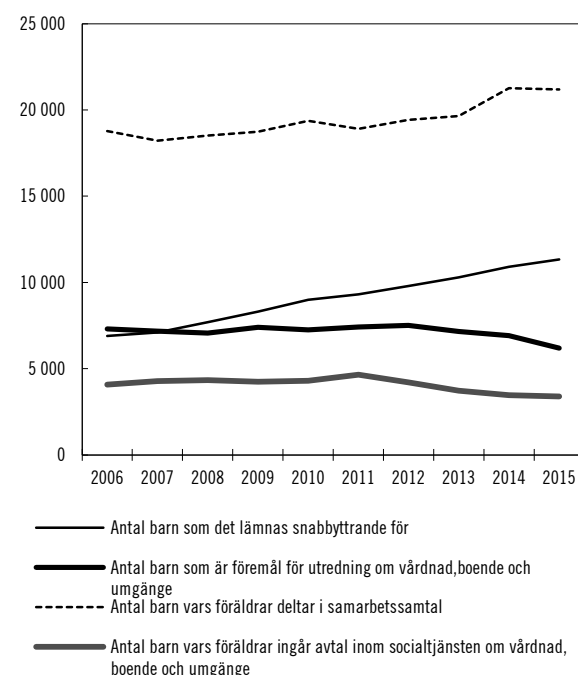
Den familjerättsliga statistiken från Socialstyrelsen är inte könsuppdelad.

**Diagram 7.3** Antal hemmaboende barn 0-17 år som upplevt en separation under året (inkl. ombildade hushåll) under åren 2000–2015 (SCB)



Källa: SCB

**Diagram 7.4** Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten under åren 2006–2015 (Socialstyrelsen)



Källa: Socialstyrelsen.

<sup>83</sup> Barnets bästa i vårdnadstvister (A.Rejmer 2014).

<sup>84</sup> Familjerätt 2014 (Socialstyrelsen 2015).

<sup>85</sup> Familjerätt 2015 (Socialstyrelsen 2016) denna fördelning av vad avtalen reglerar har varit konstant de senaste åren.

### *En myndighet med samlat statligt ansvar för vissa familjefrågor*

Regeringen samlade under 2015, genom beslut om ändring i instruktionen för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA), det statliga ansvaret för familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, internationella adoptioner och föräldraskapsstöd i en myndighet (SFS 2015:390). Bakgrunden till förändringen är att regeringen såg behovet av en förbättrad, effektivare och mer ändamålsenliga organisering på nationell nivå av frågorna. I syfte att bättre spegla det utökade ansvarsområdet har myndighetens namn ändrats till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF).

Att samla det statliga ansvaret för myndighetens ansvarsområden i en myndighet ger bättre förutsättningar för ett tydligt barnrättsperspektiv. Det ger också bättre möjligheter för en helhetssyn på olika barnfamiljers situation, förutsättningar och behov med utgångspunkt i barnets bästa. Att samla det statliga ansvaret i en myndighet skapar dessutom bättre förutsättningar för ett mer jämlikt, jämställt och tillgängligt stöd till barn och föräldrar inom de berörda verksamhetsområden som bättre svarar mot de olika behov som finns i dagens moderna familjer. Dagens familjer ser olika ut och har olika behov.

Ett samlat statligt ansvar för de aktuella verksamhetsområdena ökar även möjligheterna för ett preventivt arbete där risker så som eskalerande konflikter mellan föräldrar tidigare kan motverkas genom stödinsatser. I och med organisationsförändringen har en mer sammanhållen adoptionsprocess skapats där kompetens kan samlas och resurser användas mer effektivt.

### *Effekter och erfarenheter av samarbetsamtal*

Regeringen gav 2014 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga föräldrars erfarenheter av deltagande i samarbetsamtal, hur samtal har initierats och dess preventiva verkan. Myndigheten har också haft i uppdrag att analysera om samtalen har lett till att domstolsprocesser har kunnat undvikas. Utifrån kartläggningen ska myndigheten överväga om åtgärder behöver vidtas och vid behov lämna förslag till sådana åtgärder. Uppdraget har besvarats av MFoF i maj 2016 (S2016/03737/FST).

Av redovisningen framkommer att samarbetsamtal hjälper en stor grupp föräldrar att nå samförståndslösningar och att domstolsprocesser undviks. Samtidigt ser många föräldrar ett

behov av ytterligare stöd både för sig och för barnet. 88 procent av de föräldrar som deltagit i studien uppger att de gjort någon form av överenskommelse i samband med samtalen. En stor andel, cirka 40 procent av föräldrarna kommer tillbaka för fler samtal i ett senare sammanhang. Organisationsformen för samtalen har betydelse för kommunernas möjligheter att erbjuda erfarna och välutbildade samtalsledare. Det finns brister när det gäller samtalsledarnas utbildningsnivå, nästan hälften (44 procent) av dem saknar utbildning för att arbeta med samarbetsamtal och i flertalet kommuner används inte specifika metoder eller verktyg för samtalen. Barn kommer sällan (i 22 procent av ärendena) till tals i samband med samarbetsamtal. MFoF har lämnat förslag på olika åtgärder för hur myndigheten kan ge stöd i socialtjänstens handläggning.

### *Försöksverksamhet med samverkansteam pågår*

Stiftelsen Allmänna Barnhuset har beviljats medel för att bedriva försöksverksamhet med tvärprofessionellt stöd till föräldrar och barn i samband med konflikt eller separation i form av samverkansteam (dnr S2014/03297/FST). Försöksverksamheten pågår i ett antal kommuner t.o.m. 2018 och bedrivs i dialog med Socialdepartementet.

### *Behov av att stärka barnrättsperspektivet inom det familjerättsliga området*

Av Socialstyrelsens tidigare redovisning framkommer att det finns brister i barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge.<sup>86</sup> Samtalsmiljön och metoderna för samtal är inte tillräckligt anpassade till barnen. Socialstyrelsens redovisningar visar också att det finns brister i umgängesstödet, bl.a. är socialnämndens information om umgängesstöd otydlig och socialnämnder har inte alltid möjlighet att anpassa stödet till barnets behov.<sup>87</sup> Det har vidare i olika sammanhang gjorts gällande att riskbedömningar inte görs i tillräcklig utsträckning av om barn som är föremål för utredning om vårdnad,

<sup>86</sup> Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge (Socialstyrelsen 2014).

<sup>87</sup> Familjerätt - Kommunernas arbete med umgängesstöd (dnr S2013/9138/FST).



boende och umgänge far illa och att de riskbedömningar som görs i vissa fall är bristfälliga.

#### *Adoptionsförmedlingsverksamhetens utformning*

Under förra året adopterades ungefär lika många barn till Sverige genom de auktoriserade adoptionssammanslutningarna som under föregående år, dvs. 336 under 2015, varav 111 flickor och 225 pojkar, och 345 under 2014, varav 130 flickor och 215 pojkar. Sammantaget har dock antalet barn minskat kraftigt under senare år. För att ge en bild av utvecklingen kan anges att det under 2006–2010 kom i genomsnitt 692 barn per år och under 2011–2015 endast 405. Minskningen har skett i takt med att den ekonomiska och sociala situationen, och därmed också familjernas möjligheter att själva sörja för sina barn, förbättrats i ursprungsländerna.

MFoF har framfört till regeringen att det bör utredas hur adoptionsförmedlingsverksamheten kan anpassas till dagens förhållanden i syfte att säkerställa en förmedling i enlighet med principen om barnets bästa. Den organisatoriska grunden, där förmedlingen sker med hjälp av ideella adoptionsorganisationer och där varje enskild kommun ansvarar för medgivande och stöd, lades för flera decennier sedan. Stora förändringar har skett sedan dess med en kraftig minskning i antalet adoptioner och mer komplexa ärenden vilket gett upphov till allt större svårigheter för aktörerna i adoptionsprocessen att upprätthålla kompetens och kvalitet.

Enligt MFoF finns det särskilda svårigheter att säkerställa att enskilda adoptioner, dvs. adoptioner som inte behöver förmedlas via en auktoriserad adoptionsorganisation t.ex. på grund av släktskap eller en tilltänkt förälders egen anknytning till ursprungslandet, är till barnets bästa. Det kan t.ex. röra sig om svårigheter att bedöma om barnet i själva verket lever i en fungerande familjesituation i hemlandet.<sup>88</sup>

## Föräldraskapsstöd

### *Förbättrade organisatoriska förutsättningar på nationell nivå*

Under 2015 har det statliga ansvaret för stöd till föräldrar i föräldraskapet samlats hos Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, MFoF (se ovan under avsnitt Familjerätt). Detta innebär bättre förutsättningar för ett mer jämlikt, jämställt och tillgängligt stöd.

### *En regional stödstruktur för att möta huvudmännens stödbehov*

Länsstyrelserna har under 2015 fortsatt att bygga upp den regionala stödstrukturen för föräldraskapsstödet inom ramen för ett regeringsuppdrag att under 2014–2017 stödja kommuner, landsting och andra föräldrastödande aktörer i arbetet med att utveckla ett universellt, kunskapsbaserat, samordnat och långsiktigt stöd till föräldrar med barn i tonåren i respektive län. Uppdraget har under året mötts av stort intresse och engagemang från huvudmännens sida där intresset för att utveckla stöd till nyanlända föräldrar och föräldrar med utländsk bakgrund varit särskilt uttalat.

Arbetet har under året bestått dels i fortsatt gemensam kompetensutveckling, erfarenhetsutbyte och samverkan på regional nivå i syfte att lägga en stabil grund för stödstrukturen, dels i insatser riktade till kommuner och andra aktörer som erbjuder stödet till föräldrarna. Under året har 244 kommuner nåtts av stödande insatser från länsstyrelsernas sida, som t.ex. stöd att identifiera mål- och styrdokument och kunskaphöjande insatser till politiker, beslutsfattare, föräldrastödande aktörer och tonårsföräldrar. Skriftligt material och filmer tas fram till kommuner och andra aktörer med konkreta råd i arbetet med att ge stöd i föräldraskapet till föräldrar med tonårsbarn. Det finns inte uppgifter att tillgå om antal föräldrar som nåtts av insatserna. Således finns det heller inte könsuppdelad statistik på området.

<sup>88</sup> Årsredovisning för 2015, (Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd 2016).

Det saknas fortfarande i många kommuner och län en helhetsbild över vilket föräldraskapsstöd som föräldrar erbjuds och insatserna minskar i antal ju äldre barnen blir. Det finns därför enligt länsstyrelserna behov av stöd i att formulera konkreta handlingsplaner. Länsstyrelserna rapporterar även att de ser behov av att uppdraget breddas till att omfatta barnets hela uppväxt, inte bara tonårstiden. Det skulle bättre möta huvudmännens behov och bättre bidra till att uppnå regeringens mål på området om stöd i föräldraskapet under barnets hela uppväxt. Länsstyrelserna ser vidare behov av en tydligare ansvarskedja mellan nationell, regional och lokal nivå på föräldraskapsstödsområdet.<sup>89</sup>

*Mer kunskap om behoven av föräldraskapsstöd inom hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga förekomst, hinder och utvecklingsmöjligheter vad gäller stöd till föräldrar i föräldraskapet inom hälso- och sjukvården. Under året lämnade Socialstyrelsen sin slutrapport till regeringen.<sup>90</sup> Socialstyrelsen pekar på behovet av förbättrad uppföljning, kompetensutveckling, nationellt kunskapsstöd om metoder, arbetsätt och arbetsformer, samt en tydlig ansvarskedja från nationell till regional nivå. Rapporten bereds i Regeringskansliet.

*Ökad kompetens genom utbildning i föräldraskapsstödjande arbete*

Kompetensen hos huvudmän och andra aktörer som arbetar med föräldraskapsstöd i landet bedöms ha ökat under året genom den utbildning i föräldraskapsstödjande arbete vid Örebro universitet som regeringen gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att anordna. I sin slutrapport rapporterar Folkhälsomyndigheten att utbildningen fyllt sitt syfte väl, dvs. att ge deltagarna kompetensförstärkning och stöd för lokal utveckling av föräldraskapsstöd. Föräldraskapsstöd förs fram som en viktig insats för att främja barns och ungas utveckling, hälsa och skolprestationer, ett jämställt och jämlikt föräldra-

skap och genomförandet av barnkonventionen.<sup>91</sup>

## 7.7 Resultatredovisning – Personer med funktionsnedsättning

### 7.7.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Inom kapitlet Funktionshinderspolitik (avsnitt 6) redovisas det sektorsövergripande arbetet för att genomföra och följa upp funktionshinderspolicen och en del sektorsövergripande åtgärder. I detta kapitel redovisas stödinsatser till personer med funktionsnedsättning. Det avser främst insatser enligt SoL och LSS, inklusive assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken, men även bilstöd och övriga statliga stöd.

De insatser som görs inom dessa områden genomförs framför allt av kommuner som är huvudmän för insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Staten är ansvarig för assistansersättningen och bilstödet.

För att bedöma och redovisa utvecklingen och resultat inom området används dels de övergripande bedömningsgrunder som presenteras i början av kapitlet, dels ett antal bakgrundsindikatorer och ett antal resultatindikatorer. Indikatorerna som används för kvinnor och män respektive flickor och pojkar är följande:

- antal personer med insatser enligt LSS och kostnader för detta,
- antal anmälningar enligt SoL och LSS,
- antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader för assistansersättning, och
- antal personer som beviljats bilstöd och kostnader för bilstöd

<sup>89</sup> Länsstyrelserna stödjer och samordnar föräldrastödsarbetet – verksamhet 2015 (Länsstyrelserna 2016).

<sup>90</sup> Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2015).

<sup>91</sup> Folkhälsomyndighetens åiterrapportering av regeringsuppdrag om fortsatt utbildning i föräldrastödjande arbete (Folkhälsomyndigheten 2016).

## 7.7.2 Resultat

### Individanpassade stödinsatser

#### *Ökat brukarinflytande*

Brukarinflytandet har ökat när det gäller stöd till personer med funktionsnedsättning. Det är ett av resultaten som presenteras i Socialstyrelsens Lägesrapport Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning (2016). Nio av tio kommuner har i dag ett råd för funktionshindersfrågor. Ökat brukarinflytande har varit ett av målen för den nationella satsningen på evidensbaserad praktik inom funktionshindersomsorgen.

### Säkra stödinsatser

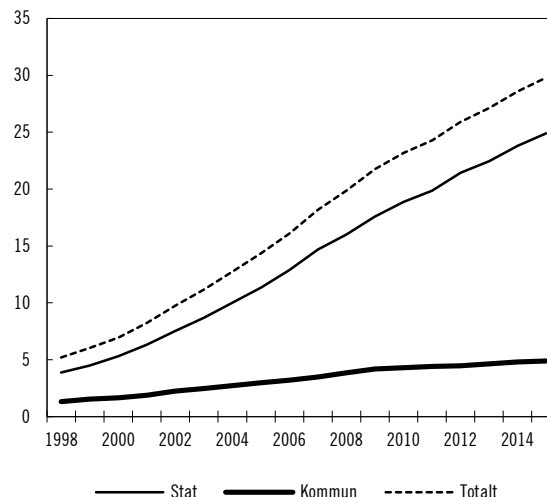
#### *Otydlig lagstiftning om assistansersättning försvårar rättssäker bedömning*

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har på uppdrag av regeringen, genomlyst och konkretiserat problem som finns med nuvarande lagstiftning om assistansersättning.<sup>92</sup> De problem som har identifierats gäller otydlig lagstiftning, delat huvudmannaskap, incitamentsproblem, begränsade möjligheter till kontroll och integritetsproblem.

Otydligheterna i lagstiftningen handlar bl.a. om att centrala begrepp i lagen inte har definierats och att det heller inte tydligt framgår i lagen vilka behov som ska tillgodoses. Det gör att det blir svårt för Försäkringskassan att göra en enhetlig, transparent och rättssäker bedömning av de assistansberättigades behov. Det genomsnittliga antalet timmar ökar kontinuerligt varje år enligt Försäkringskassan vilket innebär att även utgifterna för assistansersättningen ökar kontinuerligt. Diagram 7.5 visar utvecklingen av kostnaderna för personlig assistans mellan åren 1998 och 2015.

Diagram 7.5 Kostnader för personlig assistans

Miljarder kronor



Källa: Försäkringskassan.

#### *Oklarheter kring gränsdragning*

Det delade ansvaret mellan kommunerna och Försäkringskassan skapar oklarheter om hur olika myndigheters beslut ska relateras till varandra, och i förhållande till assistansersättningen. Delat huvudmannaskap för personlig assistans medför också andra problem, såsom t.ex. svårigheter med gränsdragning mellan assistansersättning, andra kommunala insatser och sjukvård.

#### *Åtgärder för att säkerställa en mer rättssäker hantering av assistansersättning*

Försäkringskassan har på regeringens uppdrag genomfört åtgärder dels för att minska risken för felaktiga utbetalningar och överutnyttjande, som kan minska regionala skillnader relaterade till Försäkringskassans handläggning, dels för att höja kvaliteten i de medicinska underlagen. Dessa åtgärder redovisades till regeringen i oktober 2015 (S2014/00398/FST). Samtliga kontroller som i dag sker i handläggningen av assistansersättningen är manuella. En av de viktigaste åtgärderna mot felaktiga utbetalningar är arbetet med ett utvecklat it-stöd som inkluderar ett nytt handlägningsstöd och s.k. smarta kontroller. Kontrollerna har Försäkringskassan utvecklat utifrån olika sorters riskprofiler. Systemet driftsattes i december 2015 och Försäkringskassan planerar att påbörja driftsättningen av det nya handläggarstödet i september 2016 vilket pågår fram till det andra halvåret 2017. Nya uppgifter och statistik med högre kvalitet kommer sedan att kunna levereras. Av rapporten framgår även att Försäkringskassan

<sup>92</sup> Assistansersättningen – Brister i lagstiftning och tillämpning, Rapport 2015:9, ISF 2015.

har utökat informationsutbytet med andra myndigheter för att bättre fånga upp riskbeteenden runt anordnarna. En enhetlig modell för beräkning av antalet assistanstimmar har införts i syfte att få statistik inom nya områden. En viktig del i att minska felaktiga utbetalningar är att höja kvaliteten i de medicinska underlagen, bl.a. pågår ett arbete med att ta fram och testa en blankett för ett läkarutlåtande för assistansersättning. Det pågår också ett arbete med att införa efterskottsbetalning.

#### *Tillsynens kritik*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under 2015 bedrivit utvecklingsarbete för att skapa förutsättningar att ta fram könsuppdelad statistik. Från 2016 kommer IVO att kunna ta fram könsuppdelad statistik vad gäller beslutade ärenden för alla stora ärendekategorier/ärendeslag.

IVO har under året utrett och fattat beslut i 537 klagomål som berör verksamheter för personer med funktionsnedsättning. I ungefär vart femte beslut har IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd, 79 beslut fattade med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 19 fattade med stöd av socialtjänstlagen (SoL). De flesta av dessa riktade sig mot bostad med särskild service och personlig assistans.

Under 2015 har 344 lex Sarah-anmälningar som rör verksamheter för personer med funktionsnedsättning inkommit till IVO, varav de flesta inkom från boenden för vuxna och personlig assistans. Ärenden har ofta handlat om att beviljad insats blivit felaktigt utförd eller inte utförd alls, och om bemötande.

IVO har i sin tillsynsrapport lyft fram att det i verksamheter för personer med funktionsnedsättning finns stor oreda beträffande hälso- och sjukvårdsinsatser för barn, att olämpliga assistansanordnare fortsätter sin verksamhet i nya bolag och att det finns stora brister i verksamheter för vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar. Bristerna i verksamheter

för vuxna med psykiska funktionsnedsättningar rör bl.a. obefintliga behandlingsinsatser, underbemanning, utbildad personal, brister beträffande anmälningsskyldigheter och avvikelshantering, allvarliga brister beträffande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel samt undermåliga boendeförhållanden.<sup>93</sup>

#### **Tillgängliga stödinsatser**

##### *Tillgång till och omfattning av assistansersättning*

Assistansreformen har inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar.

Enligt Försäkringskassan minskade antalet assistansberättigade personer mellan 2014 och 2015 med ca 100 personer. Antalet timmar per vecka och person steg under 2015. Kvinnor beviljades då i genomsnitt 125 timmar per vecka och männen 129 timmar. Jämfört med år 2014 beviljades tre timmar mer för respektive kön. År 2015 steg kostnaderna med ca 1,2 miljarder kronor från föregående år och uppgick till totalt 29,8 miljarder kronor. Sedan 2005 har kostnaderna ökat med drygt 15 miljarder kronor, dvs. en fördubbling. Samtidigt har antalet personer som beviljas personlig assistans ökat från 13 400 till 16 100 personer under samma period. Kommunernas kostnader för assistansersättningen uppgick 2015 till knappt 5 miljarder kronor, se tabell 7.7.

<sup>93</sup> IVO:s tillsynsrapport saknar könsuppdelad statistik.

**Tabell 7.7 Kostnader för assistansersättning, antal personer som hade assistans i december månad och antal beviljade timmar per vecka i genomsnitt samma månad 2005–2015**

| År          | Kostnad totalt (mdkr) | Varav Stat (mdkr) | Varav kommun (mdkr) | Kostnadsökning jämfört med året innan (mdkr) | Schablonbelopp | Antal personer med beviljad assistans | Antal kvinnor med beviljad assistans | Antal män 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 |
|-------------|-----------------------|-------------------|---------------------|--|----------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| 2005        | 14,3                  | 11,3              | 3,0                 | 1,6  | 212            | 13 400                                | 6 335                                | 7 058                            | 101  | 99   | 103  |
| 2006        | 16,1                  | 12,9              | 3,2                 | 1,8  | 219            | 14 100                                | 6 688                                | 7 458                            | 103  | 101  | 105  |
| 2007        | 18,2                  | 14,7              | 3,5                 | 2,1  | 228            | 14 900                                | 7 043                                | 7 853                            | 106  | 104  | 108  |
| 2008        | 19,9                  | 16,0              | 3,9                 | 1,7  | 237            | 15 300                                | 7 195                                | 8 079                            | 108  | 107  | 110  |
| 2009        | 21,8                  | 17,6              | 4,2                 | 1,9  | 247            | 15 700                                | 7 369                                | 8 379                            | 110  | 109  | 112  |
| 2010        | 23,2                  | 18,9              | 4,3                 | 1,4  | 252            | 15 900                                | 7 411                                | 8 521                            | 113  | 112  | 114  |
| 2011        | 24,3                  | 19,9              | 4,4                 | 1,1  | 258            | 16 000                                | 7 373                                | 8 594                            | 116  | 114  | 116  |
| 2012        | 25,9                  | 21,4              | 4,5                 | 1,6  | 267            | 15 900                                | 7 335                                | 8 557                            | 118  | 117  | 120  |
| 2013        | 27,1                  | 22,5              | 4,7                 | 1,2  | 275            | 15 900                                | 7 319                                | 8 547                            | 121  | 120  | 123  |
| 2014        | 28,6                  | 23,8              | 4,8                 | 1,5  | 280            | 16 200                                | 7 430                                | 8 728                            | 124  | 122  | 126  |
| <b>2015</b> | <b>29,8</b>           | <b>24,9</b>       | <b>4,9</b>          | <b>1,2</b>                                   | <b>284</b>     | <b>16 100</b>                         | <b>7 394</b>                         | <b>8 748</b>                     | <b>127</b>                                     | <b>125</b>   | <b>129</b>   |

Antal personer och antal beviljade assistanstimmar/vecka avser beviljad assistansersättning i december månad.  
Källa: Årlig statistik från Försäkringskassan.

Personlig assistans är en insats inom LSS som ökat från 3 300 till 4 300 personer sedan 2007. Samtidigt ökar antalet som får många timmar assistans i veckan. Sen 2007 har andelen som får mer än 20 timmars assistans i veckan av kommunen ökat från 56 till 82 procent. Samtidigt har antalet personer med bara 0-10 timmars assistans i veckan minskat från nästan 500 till färre än 250 personer.

#### *Försäkringskassan uppmärksammar könsskillnader i assistansersättning*

Män har större tillgång till assistansersättning än vad kvinnor har. Kvinnor får fortfarande assistansersättning i mindre omfattning än män. Det gäller både antal personer som får ersättningen och antalet timmar som beviljas. Män beviljades ett högre genomsnittligt antal assistanstimmar för åren 1998–2014. Män beviljades 4 timmar i veckan mer än kvinnor i december 2015. Av de som får assistansersättning är 54 procent män och 46 procent kvinnor. Så har det varit de senaste åren. Utifrån det jämställdhetspolitiska målet om att det ska vara en jämn fördelning av makt och inflytande, dvs. att kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva medborgare, har kvinnor sämre förutsättningar till makt och inflytande utifrån hur assistansersättningen har fördelats de senaste åren.

Inom ramen för ett uppdrag om jämställdhetsintegrering i 2014 års regleringsbrev har Försäkringskassan genomfört en analys av könsskillnader när det gäller utbetalning av assistansersättning. Försäkringskassan kunde inte konstatera att de könsskillnader som finns i ersättningen beror på osaklighet i beslut, handläggning eller bemötande hos myndigheten.<sup>94</sup>

#### *Tillgång till och omfattning av bilstöd*

Det statliga bilstödet syftar till att möjliggöra ett aktivt och självständigt liv för personer med funktionsnedsättning och leda till ökad delaktighet för dem som inte kan använda allmänna kommunikationer. Bilstödet består av fyra bidragsdelar; grundbidrag, anskaffningsbidrag, anpassningsbidrag och bidrag till körkortsutbildning. Det är mest vanligt att föräldrar till barn med funktionsnedsättning beviljas bilstöd. Även för denna form av stöd är det är vanligare att män får det än kvinnor. Det saknas analys av vad skillnaden mellan män och kvinnor beror på.

Efterfrågan på bilstöd har ökat de senaste åren. Kostnaderna ökade fram till 2013 men har de två senaste åren minskat. Det bidrag inom förmånen som har stått för den största ökningen

<sup>94</sup> Försäkringskassans årsredovisning 2015.

är anpassningsbidraget. Sedan 2014 har dock utgifterna minskat och 2015 var utgifterna för anpassningsbidraget återigen lägre än året innan. Medelbeloppet minskade med ytterligare 6 procent samtidigt som färre fick anpassningsbidrag utbetalda. Inräknat de uppskjutna utbetalningarna var dock antalet utbetalda anpassningsbidrag något fler under 2015. Antalet utbetalda grundbidrag och anskaffningsbidrag var däremot färre under 2015, även då uppskjutna utbetalningar inkluderas.

En möjlig orsak till att medelbeloppet minskat är att direktiv och underlag för bedömning av bidragets storlek har förbättrats. Försäkringskassan har förtydligat hur kostnaden för anpassningen ska vägas in och att myndigheten, i den mån det är möjligt, ska ha tillgång till kostnadsförslag från flera utförare.

**Tabell 7.8 Antal personer som beviljats bilstöd 2011–2015, fördelning av bilstöd mellan kvinnor och män samt fördelning mellan olika grupper (%)**

|                             | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015       |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Kostnader mkr               | 256        | 343        | 368        | 315        | 307        |
| Personer som beviljats stöd | 1843       | 1785       | 1872       | 2017       | 2131       |
| Andel stöd kvinnor, %       | 43         | 44         | 44         | 46         | 45         |
| Andel stöd män, %           | 57         | 56         | 56         | 54         | 55         |
| <b>Grupp 1, antal</b>       | <b>476</b> | <b>561</b> | <b>590</b> | <b>605</b> | <b>644</b> |
| Andel kvinnor %             | 43         | 46         | 45         | 44         | 43         |
| Andel män %                 | 57         | 54         | 55         | 56         | 57         |
| <b>Grupp 2, antal</b>       | <b>202</b> | <b>193</b> | <b>172</b> | <b>193</b> | <b>158</b> |
| Andel kvinnor %             | 49         | 42         | 46         | 49         | 53         |
| Andel män %                 | 51         | 58         | 54         | 51         | 47         |
| <b>Grupp 3, antal</b>       | <b>341</b> | <b>300</b> | <b>296</b> | <b>302</b> | <b>318</b> |
| Andel kvinnor %             | 42         | 42         | 50         | 50         | 43         |
| Andel män %                 | 58         | 58         | 50         | 50         | 57         |
| <b>Grupp 4, antal</b>       | <b>39</b>  | <b>44</b>  | <b>32</b>  | <b>55</b>  | <b>54</b>  |
| Andel kvinnor %             | 31         | 16         | 12         | 25         | 13         |
| Andel män %                 | 69         | 84         | 88         | 75         | 87         |
| <b>Grupp 5, antal</b>       | <b>785</b> | <b>687</b> | <b>782</b> | <b>862</b> | <b>957</b> |
| Andel kvinnor %             | 43         | 47         | 43         | 48         | 48         |
| Andel män %                 | 57         | 53         | 57         | 52         | 52         |

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 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.

### *Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS och socialtjänstlagen*

Kommunernas kostnader för LSS (inklusive de 20 första timmarna för den statliga assistansersättningen som beviljas av Försäkringskassan) uppgick 2015 till ca 47 miljarder kronor. Jämfört med 2010 har kostnaderna ökat med ca 9 miljarder kronor.

Kommunernas kostnader för insatser enligt SoL och kostnader för hälso- och sjukvård för de vårdinsatser som kommunerna svarar för uppgick 2015 till 12,9 miljarder kronor vilket kan jämföras med 9,1 miljarder kronor 2010.

### *Tillgång till och omfattning av insatser enligt LSS*

Insatser enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Antalet personer som har daglig verksamhet, plats på vuxenboende eller personlig assistans fortsätter att öka 2015. Den 1 oktober 2015 hade totalt 69 500 personer insatser enligt LSS från kommunerna. Det är 2 100 personer fler än året innan. Sammanlagt beviljades ca 112 600 insatser från kommunerna till dessa personer. Det var drygt 2 000 fler än året innan.

Daglig verksamhet och vuxenboende har länge varit de två största insatstyperna inom LSS. De är båda omfattande insatser som riktar sig till vuxna personer och pågår under en stor del av personens liv. Dessa insatser har tillsammans ökat med 10 procentandelar på åtta år. Insatsen ledsagarservice har däremot minskat från 9 300 till 8 300 insatser mellan 2010–2015. Socialstyrelsen har i ett kartläggningsuppdrag uppmärksammat att förarbetena till lagstiftningen (prop.1992/93:159) är otydliga. Otydligheten och de prejudikat som skapats på grund av detta har lett till stora variationer i kommunernas tillämpning.

Ca 30 600 LSS-insatser gavs till 20 600 barn eller ungdomar mellan 0–22 år fram till den 1 oktober 2015. Liksom föregående år var korttidsvistelse den vanligaste insatsen. Därefter följer insatsen korttidsstillsyn för ungdomar över 12 år.<sup>95</sup>

<sup>95</sup> Sveriges officiella statistik Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS (Socialstyrelsen 2016).

### *Socialstyrelsen uppmärksammar könsskillnader inom LSS*

Fler män än kvinnor har insatser enligt LSS. Under 2014 hade 58 procent män och 42 procent kvinnor insatser. Skillnaden var störst bland barn och unga där andelen pojkar 0–22 år var 63 procent. Detta är högre än motsvarande andel pojkar i den totala befolkningen (51,5 procent). Skillnaden mellan pojkar och flickor är genomgående för alla insatser. Skillnaderna mellan män och kvinnor är störst i de yngre åldrarna, därefter planar det ut. Störst skillnader mellan de insatser som beviljats kvinnor respektive män, flickor respektive pojkar, fanns i insatserna som riktar sig till barn och ungdomar så som avlösarservice, korttidsvistelse, korttids-tillsyn och barnboende. Socialstyrelsen analyserade orsakerna bakom könsskillnader inom LSS under 2011 och konstaterar att de resultaten fortfarande är relevanta. Analyserna utgick från sådana diagnoser och funktionsnedsättningar som är vanliga bland personer med insatser enligt LSS, exempelvis utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd. Resultaten visade att dessa diagnoser är vanligare bland män än bland kvinnor. Att kommunerna beviljar insatser till fler män än kvinnor kan delvis förklaras av att fler män har dessa diagnoser. Till viss del tycks alltså könsskillnaderna inom LSS kunna förklaras av att vissa diagnoser är vanligare hos män än hos kvinnor.

Könsskillnader framträder även i SCB:s rapporter. I SCB:s senaste rapport om funktionshinder på arbetsmarknaden uppger fler kvinnor än män att de har en funktionsnedsättning (12 respektive 9 procent). Funktionsnedsättningar generellt är enligt Socialstyrelsen vanligare hos kvinnor än hos män, men männen är i majoritet vad gäller de diagnoser som är vanligast inom LSS. Denna bild bekräftas i de diagnoser som Socialstyrelsen har fört med patient- och brukarorganisationer.<sup>96</sup>

### *Tillgång till och omfattning av insatser enligt socialtjänstlagen*

Personer med funktionsnedsättning kan, utöver insatser enligt LSS, få insatser enligt SoL. De

vanligaste socialtjänstinsatserna till personer i ålder 0–64 år med funktionsnedsättning 2015 var hemtjänst och boendestöd. Totalt sett hade drygt 66 000 personer med funktionsnedsättning insatser enligt socialtjänstlagen någon gång under året. Av de med insats var 60 procent över 45 år. Nästan lika många män som kvinnor med funktionsnedsättning under 65 år hade insatser, 51 procent kvinnor mot 49 procent män.<sup>97</sup>

**Tabell 7.9 Antal personer 0-64 år med pågående SoL-insats 1 oktober 2015, fördelat på kön**

| Insats enligt SoL | Kvinnor | Män    | Totalt |
|-------------------|---------|--------|--------|
| Hemtjänst         | 8 543   | 7 658  | 16 201 |
| Särskilt boende   | 1 695   | 2 400  | 4 095  |
| Trygghetslarm     | 5 416   | 4 302  | 9 718  |
| Boendestöd        | 10 970  | 10 511 | 21 481 |

Källa: Årlig statistik från Socialstyrelsen.

Personer som fick insatser enligt SoL bodde vanligtvis i ordinärt boende. Fler kvinnor än män fick hemtjänst, boendestöd och trygghetslarm enligt SoL. Däremot beviljades fler män än kvinnor bostad med särskild service. Jämfört med året innan ökade antalet personer för varje angiven insats.

### *Tillsynen om väntetider för insats*

Under 2015 följde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) upp 3 677 ej verkställda beslut där väntetiden för individen var längre än sex månader från kommunens beslutsdatum till verkställighet eller avslut av annan anledning. Av dessa beslut avsåg 1 433 insatser med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshinder (LSS). I 565 av dessa ärenden var väntetiden längre än 12 månader. Under 2015 var 170 ärenden enligt LSS föremål för ansökan om särskild avgift.

### *Tillgång till och användning av hjälpmedel*

En grundläggande förutsättning för självbestämmande och delaktighet för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning är tillgång till personliga hjälpmedel och annan stödjande teknik.

<sup>96</sup> Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016, Socialstyrelsen.

<sup>97</sup> Sveriges officiella statistik, Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2015 (Socialstyrelsen, 2016).

Regeringen har gett ett omfattande uppdrag till Socialstyrelsen att följa och stödja utveckling och kvalitet i kommunernas och landstingens hjälpmedelsverksamheter (S2014/08959/FST). Socialstyrelsens kartläggningar visar att tillgången till hjälpmedel är god och att huvudmännens regler för förskrivning är likvärdig över landet. Däremot skiljer sig avgifterna åt mellan de olika huvudmännen och det kan påverka tillgängligheten till hjälpmedel för den enskilde.

Socialstyrelsens rapporter visar att det finns brister i den enskildes delaktighet i förskrivningsprocessen och att det medför att hjälpmedel förskrivs utan att sedan användas. Socialstyrelsen har därför tagit fram ett verksamhetsstöd för att utveckla brukarinflytandet i förskrivningsprocessen. Socialstyrelsen har också i uppdrag att utveckla ett förskrivarstöd. Detta kommer att publiceras under 2016.

Regeringen beslutade i december 2015 om direktiv till en särskild utredare med uppdrag att bl.a. se över tillgången till och användning av hjälpmedel och lämna förslag i syfte att öka likvärdigheten och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk (dir. 2015:134).

I uppdraget ingår vidare att lämna förslag som skapar förutsättningar för att hjälpmedelsverksamheten hos berörda myndigheter och huvudmän bedrivs effektivt, med hänsyn till den enskildes delaktighet och självbestämmande och ett effektivt utnyttjande av de befintliga ekonomiska resurserna. Uppdraget ska redovisas i februari 2017.

#### *Stöd för att minska utmanande beteende*

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utveckla och sammanställa ett kunskapsunderlag gällande stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen redovisade i december 2015 ett kunskapsstöd som innehåller rekommendationer om arbets- och förhållningssätt för att förebygga och minska utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning som har stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).<sup>98</sup>

<sup>98</sup> Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Socialstyrelsen 2015.

#### *Bidrag för glasögon till vissa barn och unga*

I budgetpropositionen för 2016 aviserade regeringen att avsätta 120 miljoner kronor per år för att barn och unga i åldern 8–19 år ska få bidrag för glasögon.

Den 1 mars 2016 trädde lagen (2016:35) om bidrag för glasögon till vissa barn och unga och förordningen (2016:36) om bidrag för glasögon till vissa barn och unga i kraft. Den nya lagen innebär att landstingen ska lämna bidrag för kostnad för glasögon eller kontaktlinser till barn och unga i åldern 8–19 år. Bidraget ska kunna uppgå till 800 kronor per person men om kostnaden är lägre ska bidraget uppgå till den faktiska kostnaden. En mer jämlik tillgång på glasögon bedöms motverka att barn och unga som lever i familjer i ekonomisk utsatthet hamnar i utanförskap.

#### **Öppna jämförelser**

Öppna jämförelser är ett samlingsbegrepp för indikatorbaserade jämförelser av socialtjänst som redovisas på riks-, läns- och kommunnivå. 2015 års resultat kan inte jämföras med tidigare år eftersom insamlings sätt, flera indikatorer och frågor har ändrats. 90 procent av alla kommuner och stadsdelar har svarat på respektive enkät.

#### *Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS*

Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. När det gäller personalens kompetensutveckling, framgår det i undersökningen att 26 procent av kommunerna har en aktuell, samlad plan när det gäller såväl LSS-barn som LSS-vuxen för personalens kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av personalens individuella kompetens.

Arbete och sysselsättning har stor betydelse för människors livskvalitet och delaktighet i samhällslivet. 14 procent av kommunerna hade en aktuell rutin för att pröva möjligheten till arbete eller praktikplats för personer som deltar i daglig verksamhet. Bland kommunerna har 31 procent haft minst en person som gått från daglig verksamhet till den reguljära arbetsmarknaden och 21 procent av kommunerna haft minst en person som gått från daglig verksamhet till skyddat arbete.



Rutiner för att delge enskilda individer information om att de vid behov kan få en samordnad individuell plan (SIP) och få kopia på sin journal/akt är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om dessa möjligheter (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens långtgående skyldigheter). Resultaten visar att bland kommunen som har en skriftlig rutin för att informera den enskilde om dess möjligheter att få en samordnad individuell plan (SIP) inom områdena LSS-barn är det 62 procent och LSS-vuxen 64 procent.

Ledsagning är en betydelsefull, ofta avgörande insats för att öka delaktigheten i samhället för enskilda personer med funktionsnedsättning. 86 procent av kommunerna ersätter ledsagares omkostnader enligt SoL.

För insatser som ges enligt LSS samverkar kommunerna i störst utsträckning med psykiatrin. För vuxna är andelen 35 procent och för barn är den 38 procent.

#### *Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning*

28 procent av kommunerna har en aktuell, samlad plan för personalens kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av personalens individuella kompetens.

Att möjliggöra för personer med psykisk funktionsnedsättning att erhålla ett arbete är en central funktionshinderspolitisk fråga. Hos 44 procent av kommunerna har minst en person gått från sysselsättningsinsats till förvärvsarbete och från sysselsättningsinsats till skyddat arbete är motsvarande siffra 36 procent. Möjligheten till sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning är en viktig faktor för en fungerande vardagsstruktur och kan bidra till sociala kontakter. Den vanligaste insatsen som erbjuds är strukturerad sysselsättning med målsättningar och uppföljning för varje enskild person. Det är 237 kommuner (av 283 svarande) som svarar att de erbjuder en sådan insats. 71 kommuner har uppgivit att de erbjuder socialt kooperativ/fontänhus. Arbetslivsinriktad rehabilitering enligt metoden supported employment syftar till att ge individen ett stöd i att finna och behålla ett förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden, baserat på individens egna val och preferenser. 41 procent av kommunerna erbjöd arbetslivsinriktad rehabilitering med supported employ-

ment enligt IPS-modellen till personer med psykisk funktionsnedsättning.

Av kommunerna är det 30 procent som uppger att de har en uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning.

#### *Personliga ombud*

Verksamhet med personligt ombud har funnits sedan år 2000.

Drygt 99 miljoner kronor förbrukades för till-satta ombudstjänster under 2015. Verksamhet med personligt ombud fanns under 2015 i 243 kommuner med totalt 108 verksamheter. Det är en ökning med två kommuner jämfört med föregående år. Antalet ombudstjänster var 310 under 2015 vilket är en ökning med ett ombud jämfört med föregående år. Flest antal verksamheter och ombud finns i Stockholms län.

De flesta verksamheterna drivs i kommunens egen regi. Det är främst i storstadsregionerna som verksamheten drivs på entreprenad. Under 2015 hade 9 053 klienter, varav 5 153 kvinnor och 3 900 män personligt ombud. Många kommuner uppger ökning bland yngre personer, unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt personer med utländsk bakgrund.

### **7.7.3 Analys och slutsatser om övergripande insatser**

Det finns skillnader mellan kvinnor och män, flickor och pojkar när det gäller både tillgång till och upplevelse av sociala tjänster. Flera av de statliga stöd och verktyg som utvecklats och tillhandahålls är av betydelse för att uppmärksamma och komma till rätta med osakliga skillnader mellan könen.

Ansvariga myndigheter har genom statistik, öppna jämförelser, uppföljning och analys synliggjort hur de sociala tjänsterna fungerar inom olika områden. De har synliggjort och uppmärksammat skillnader som finns, både geografiskt och mellan flickor, pojkar, kvinnor och män. Det ger en värdefull grund för ett fortsatt arbete mot ett mer jämlikt och jämställt stöd och omsorg av god kvalitet till äldre, personer med funktions-

nedsättning, personer inom individ- och familjeomsorgen.

Regeringen har i förordningen om statlig styrning med kunskap<sup>99</sup> betonat vikten av ökad jämställdhet. Det kan få betydelse för att främja en genusneutral behovsbedömning och handläggning av socialtjänstens insatser.

Utveckling och användning av e-hälsa och välfärdsteknologi har potential att bidra till en effektiv och hållbar välfärd samt till ökad trygghet och självständighet för många flickor, pojkar, kvinnor och män i behov av stöd. Kommunsektorn har en avgörande roll i denna utveckling, både när det gäller kompetens, tekniska förutsättningar men också för att bygga ut den infrastruktur och digitala kommunikationsnät som tekniken är beroende av.

Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk (NI/NF) är viktigt för att möjliggöra digitalt informationsutbyte mellan vårdgivare och huvudmän, främja brukar- och patientsäkerhet och ge bättre förutsättningar för uppföljning. Behovsbedömningsinstrumentet Äldres behov i centrum (ÄBIC), som vidareutvecklats till Individens behov i centrum (IBIC) är ett exempel på hur NI/NF kan användas. IBIC stödjer ett behovsriktat arbetssätt. Det förenklar också utredning och biståndsbedömning, inom både äldreomsorg och för insatser till personer med funktionsnedsättning.

### Analys och slutsatser om omsorgen om äldre

Med insikt om hur antalet äldre utvecklar sig de kommande åren så måste kommunerna genom sin långsiktiga planering säkerställa att åtgärder vidtas så att de äldre i kommunen kan åldras i trygghet. Det är angeläget att kommunerna har långsiktiga förutsättningar för att ta sitt ansvar inom detta område som är centralt för en fungerande välfärd. Den åldrande befolkningen i Sverige ställer krav på åtgärder för att klara den framtida välfärden. Personalen utgör en central del i äldreomsorgens kvalitet. En del av kvaliteten är att det finns tillräcklig bemanning med personal som har relevant kompetens. Förutom

att förbättra kvaliteten för den äldre förbättras arbetsvillkoren inom äldreomsorgen och är därmed en viktig jämställdhetsfråga eftersom majoriteten av personalen är kvinnor.

En större andel kvinnor än män har äldreomsorg i åldersgruppen 80 år och äldre. Det förklaras till viss del av att en större andel kvinnor än män lever ensamma under en följd av år i hög ålder. De som lever ensamma har oftare behov av hjälp från äldreomsorgen. Satsningen på ökad bemanning i äldreomsorg är därför en viktig satsning för att öka kvalitet, trygghet och jämställdhet. Satsningen möjliggör både investeringar i mer baspersonal och i exempelvis dietister för att kunna höja kvaliteten i måltiderna.

Förtydligandet av kommunernas ansvar när det gäller tillgång till personal i särskilda boenden har betydelse för att öka tryggheten, för de äldre kvinnor och män som bor i särskilda boenden, men också för deras anhöriga.

Enligt Socialstyrelsen har kompetensnivån inom äldreomsorgen förbättrats även om det enligt IVO alltjämt kvarstår utmaningar. Kommunerna har genom regeringens stöd fått bättre förutsättningar att fortsätta och utveckla kompetenssatsningar för baspersonal i äldreomsorgen och inom funktionshindersområdet.

Antalet demenssjuka kommer att öka i Sverige, till följd av den åldrande befolkningen. Demenssjukdom slår direkt mot individens självständighet och delaktighet. Verkningsarna av demenssjukdom drabbar i högre grad kvinnor som grupp än män, både som direkt drabbade och som närstående som utför obetalt omsorgsarbete. Mot bakgrund av detta är underlaget till en bred nationell strategi som Socialstyrelsen arbetar fram en viktig åtgärd för att för att hantera de utmaningar som demenssjukdomar innebär, både på individ- och på samhällsnivå.

En ökande andel av äldre kvinnor och män med stora vård- och omsorgsbehov bor i ordnärt boende. Det ställer ökade krav dels på kompetens hos personalen i hemtjänsten, dels på en välfungerande samverkan med den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården.

Tillgång till ändamålsenliga bostäder för äldre är en angelägen fråga. Ett statligt investeringsstöd har under flera år betalats ut för att stimulera ny- och ombyggnation av boenden för äldre. Regeringen beslutade i juli 2016 om en förordning om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder till äldre personer.

<sup>99</sup> Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Kommunernas ansvar för att planera och säkerställa kvalitet i äldreomsorgen innebär bl.a. ansvar för att det finns ändamålsenliga bostäder, en tillräcklig bemanning och för personalens kompetensutveckling.

### **Analys och slutsatser om individ- och familjeomsorgen**

#### *Sociala barn- och ungdomsvården*

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg har sedan länge haft svårt att rekrytera och behålla personal. Den stora ökningen av antalet asylsökande ensamkommande barn hösten 2015 har lett till en ökad arbetsbelastning och än mer ansträngd situation inom den sociala barn- och ungdomsvården. Enligt Socialstyrelsen har kommunerna haft svårigheter att uppfylla lagar och föreskrifter i arbetet med att ta hand om ensamkommande barn. De kommuner som är mest ansträngda har haft svårt att utreda och följa upp beslut, och det finns risk för att de inte tillgodoser barnens behov. Även andra delar av socialtjänsten har berörts, bl.a. handläggningen av anmälningar om oro för att barn far illa eller riskerar att fara illa. Regeringen fortsätter att följa situationen och ser ett behov av att stödja kommunerna.

Regeringens satsning på en nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården och satsningar på bl.a. stärkt kompetens, introduktion i yrkesrollen och kompetensutveckling för personalen i den sociala barn- och ungdomsvården ska bidra till att målet om att stärka skyddet för utsatta barn uppnås. Iakttagelser från den nationella samordnaren bidrar till ökad kunskap om vilka åtgärder som behöver vidtas för att driva på utvecklingen till en medskapande social barn- och ungdomsvård av god kvalitet.

En mycket hög efterfrågan inom den statligt bedrivna ungdomsvården har inneburit att en lägre andel ungdomar, främst pojkar, kunnat placeras omgående jämfört med föregående år. Platsbristen beror framför allt på ett ökat behov av att placera ensamkommande pojkar i särskilda ungdomshem.

För placerade barn kan samhällsvården innebära många uppbrott och flyttar, vilket riskerar att bryta skolgången och kan leda till svårigheter att klara skolan. Den snabba och kraftiga ökningen av antalet asylsökande ensamkommande barn under hösten 2015 innebar att

många kommuner placerade ensamkommande barn som anvisats till kommunen i annan kommun. Kommuner försöker nu att flytta barnen till anvisningskommunen, vilket innebär uppbrott för individen.

Uppbrott och flyttar riskerar att bryta skolgången och kan leda till svårigheter för barnen att klara skolan. Samverkansmodellen SiSam innebär en struktur för samverkan mellan SiS ungdomshem, socialtjänsten och skolan med barnet i centrum visar på positiva resultat. Samverkan mellan socialtjänsten, skolan men också hälso- och sjukvården behöver fortsatt stärkas för alla flickor och pojkar.

#### *Ekonomiskt bistånd*

Det ekonomiska biståndet är det yttersta skyddsnetet för personer som saknar andra möjligheter till försörjning. Bland ensamstående mödrar är det betydligt vanligare med ekonomiskt bistånd jämfört med andra hushållstyper. Ensamstående föräldrar har en större försörjningsbörda jämfört med familjer utan barn vilket kan bidra till en högre ekonomiskt utsatthet. Utrikes födda liksom unga vuxna är också överrepresenterade i förhållande till genomsnittet för riket. Detta hänger samman med att arbetslösheten är högre bland dem samt att de ofta inte kvalificerat sig för ersättningar från sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen.

Med anledning av att en betydande andel av dem som tar emot ekonomiskt bistånd gör det på grund av arbetslöshet är det viktigt med insatser som bidrar till den enskildes förmåga till självförsörjning genom förvärvsarbete. Regeringens insatser för att nå målet om EU:s lägsta arbetslöshet är viktiga åtgärder för att minska behovet av ekonomiskt bistånd. Höjningen av underhållstödet i januari 2016 torde också leda till att något färre ensamstående kvinnor är beroende av ekonomiskt bistånd.

Vidare är det viktigt att det för den enskilde tydligt framgår vilka krav som kan ställas för att ha rätt till bistånd för sin försörjning både från socialtjänsten och från Arbetsförmedlingen. Därför infördes den 1 juli 2016 en bestämmelse i SoL som innebär att den som inte kan försörja sig men som kan arbeta har rätt till försörjningsstöd om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande. Det är också viktigt att underlätta för socialtjänsten vid handläggning av ärenden att ta del av uppgifter från Arbetsförmedlingen i

syfte att effektivisera handläggningen och minska risken för felaktiga utbetalningar.

#### *Missbruks- och beroendevården*

En fortsatt utveckling av fungerande samverkansmodeller inom missbruks- och beroendevården är grundläggande för att vården ska fungera på bästa sätt. Det krav på överenskommelser om samverkan som infördes i SoL och hälso- och sjukvårdslagen fr.o.m. den 1 juli 2013 har inte genomförts i hela landet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppdrag att följa upp lagstiftningen.

Den positiva utvecklingen att socialtjänsten erbjuder ett första besök efter tre dagar i allt högre grad fortsätter. Idag finns inte kunskap om det förekommer några skillnader i denna utveckling mellan kvinnor och män.

Kunskapsbaserade metoder inom missbruks- och beroendevården ges allt större utrymme. Nu finns nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende uppdaterade och de innehåller även psykosociala stödmeter. En majoritet av verksamheterna använder standardiserade bedömningsinstrument som underlag för insatser vilket stärker möjligheten att följa upp insatserna både på individ- och verksamhetsnivå. I de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjerna saknas viktiga perspektiv, t.ex. när det gäller kön och ålder vilket är ett utvecklingsområde.

Det har skett stora förändringar inom missbruks- och beroendevården under den senaste 10-årsperioden. SiS verksamhet har under en tid präglats av hög beläggning vilket gjort det svårt för myndigheten att erbjuda plats omgående. Andelen yngre ökar inom LVM-vården och individerna har i högre utsträckning psykiatrisk problematik och använder opiater vilket påverkar vården och dess innehåll.

Den officiella statistiken visar att något färre fick frivilliga öppenvårdsinsatserna den 1 november 2015 än året innan medan något fler fick frivillig institutionsvård. Utvecklingen har varit ungefär densamma för kvinnor respektive män. Många kommuner erbjuder också insatser för kvinnor och män som service utan biståndsbeslut men där är fördelningen mellan könen inte känd.

#### *Brottsutsatta*

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett samhälls- och folkhälsoproblem som allvarligt påverkar levnadsvillkor och livskvalitet

för dem som drabbas. Kommunerna ansvarar för att våldsutsatta och anhöriga får stöd och hjälp. Det ålägger staten att skapa bästa möjliga förutsättningar för ett jämlikt och jämställt arbete på nationell nivå. Framgångsfaktorer för arbete mot våld i nära relationer och kvinnofrid är att arbetet är integrerat i ordinarie strukturer och på ledningsnivå, att inre samordning och extern samverkan fungerar och att det finns ett konsekvent stöd från den nationella nivån.

Regeringen anser att det omfattande utvecklingsarbete och den professionalisering av arbetet som pågår runt om i landet är mycket positivt. Det stärker rättssäkerheten för dem som utsätts för våld och ökar förutsättningarna för ett nationellt likvärdigt stöd. Samtidigt är det civila samhället och de ideella organisationernas insatser ett viktigt komplement i arbetet med att ge alla våldsutsatta personer stöd och hjälp.

Utvärderingar visar att de senaste årens nationella stöd och stimulans har varit en viktig förutsättning för att driva det operativa och strategiska arbetet mot våld i nära relationer och kvinnofridsarbetet framåt på regional och lokal nivå. Utvecklingsmedlen har bidragit till att lägga grunden för en struktur för att nå ut till professionen med normering och kunskapsstöd och länsstyrelsernas roll som kunskapsförmedlare har tydliggjorts. Ett arbete för att på motsvarande sätt involvera landstingen i arbetet och därmed stärka hälso- och sjukvårdens insatser när det gäller att upptäcka och stötta våldsutsatta och att arbeta förebyggande har påbörjats inom ramen för utvecklingsmedlen.

Det förebyggande arbetet och metoder för att tidigt upptäcka våldsutsatta kvinnor och barn, men även män, behöver utvecklas och spridas, inklusive befintliga metoder för att upptäcka barn som riskerar att utsättas för våld. Ett bra sätt att få ökad kunskap om våldets omfattning och konsekvenser är att regelmässigt ställa frågor om våldsutsatthet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Metoder för och kunskap om hur man frågar om våld behöver utvecklas i alla verksamheter inom vårdens och omsorgens olika verksamhetsområden.

#### *Familjerätt och föräldraskapsstöd*

Regeringen bedömer att inrättandet av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) innebär förutsättningar för en mer effektiv och ändamålsenlig organisering av de frågor som myndigheten ansvarar för. Föränd-

ringen redogörs närmare för i avsnittet Resultatredovisning Familjerätt, s. 29. Förändringen har också skapat bättre förutsättningar för kunskapsstyrning. Som en del i det kunskapsbaserade arbetet bedömer regeringen att det finns behov av insatser för att utveckla statistik, indikatorer och andra bedömningsgrunder inom områdena familjerätt, adoptioner och föräldraskapsstöd, kopplade till uppföljning av målet om stärkt skydd för utsatta barn.

Antalet mål om vårdnad, boende och umgänge har ökat under de senaste åren. Det är en oroande utveckling bl.a. då allvarliga konflikter mellan föräldrar i många fall medför negativa konsekvenser för de barn som är involverade. En viktig uppgift för 2014 års vårdnadsutredning (dir. 2014:84) är att ta ställning till hur föräldrars möjlighet att nå samförståndslösningar i sådana mål kan utvecklas och förbättras. Utredningens förslag kommer att vara värdefulla bidrag till bättre kunskap om vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att undvika att konflikter mellan föräldrar hamnar i domstol och för att stärka barnets ställning i ärenden om vårdnad, boende och umgänge. Utredningen ska även ta ställning till vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att riskbedömningar görs i tillräcklig utsträckning.

Reglerna om vårdnad, boende och umgänge ska på ett ändamålsenligt sätt ta till vara barnets rätt och göra det möjligt för barnet att komma till tals vid bedömningen av vad som är bäst för honom eller henne. Socialstyrelsens rapporter visar att kommunerna behöver utveckla sina metoder för barnsamtal i ärenden om vårdnad, boende och umgänge samt anpassa utformning av umgängesstöd till barnets behov.<sup>100</sup>

Det är angeläget att stärka barnrättsperspektivet inom det familjerättsliga området inom socialtjänsten. Detta är en angelägen fråga för den nya myndigheten att fokusera på.

Regeringen ser behov av en översyn av organiseringen av förmedling och stöd i samband med internationell adoption i syfte att göra en anpassning till dagens förhållanden.

Huvudmän och andra aktörer som bedriver föräldraskapsstödjande insatser behöver få enkel

tillgång till bästa tillgängliga kunskap om hur ett jämlikt, jämställt och tillgängligt stöd i föräldraskapet som når alla föräldrar kan bedrivas lokalt och regionalt.

### **Analys och slutsatser om stöd till personer med funktionsnedsättning**

LSS och särskilt assistansreformen har på ett avgörande sätt förbättrat levnadsvillkoren för kvinnor, män, flickor och pojkar med omfattande funktionsnedsättningar. Personlig assistans är för många människor med omfattande funktionsnedsättningar avgörande för att kunna leva ett bra liv och vara delaktiga i samhället. Många av de problem som uppmärksammas genom åren inom assistansersättningen kvarstår och nya har tillkommit. Kostnaderna för assistansersättning och personlig assistans har ökat kraftigt, bl.a. har antalet beviljade assistanstimmar i genomsnitt ökat kontinuerligt. Vinstdrivande företag är idag den vanligaste driftsformen för personlig assistans och assistansföretagen är också i allt större utsträckning ombud för dem som vill anlita företagen. Det finns en risk att dessa företag överdriver de assistansberättigades behov, eftersom företagen har ett starkt ekonomiskt intresse av att få ersättning för så många beviljade timmar som möjligt i sin assistansverksamhet. En annan svårighet är det delade huvudmannskapet, främst det mellan stat och kommun, bl.a. på grund av risken för kostnadsövervältringar. Utredningen om assistansersättningens kostnader (SOU 2012:6) konstaterade att schablonersättningen gav starka ekonomiska drivkrafter för alla aktörer att försöka öka antalet beviljade timmar eftersom varje timme gav en högre vinst. Utredningen konstaterar också att timersättningen över tid ökat mer än de kostnader ersättningen är avsedd att täcka. Regeringen behöver fortsatt prioritera åtgärder för att komma tillrätta med de problem som LSS och assistansersättningen rymmer, samtidigt som vi värnar reformens syfte. Det avser både lagstiftningen, kostnadsutvecklingen samt jämlikhets- och jämställdhetsfrågor. Regeringen har under våren tillsatt en särskild utredare med uppgift att se över insatserna enligt LSS och assistansersättningen.

Det är angeläget att bilstödet används mer effektivt. Även om kostnaderna för bilstödet har sjunkit de senaste två åren är det svårt att veta

<sup>100</sup> Kommunernas arbete med umgängesstöd (dnr S2013/9138/FST) och Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge (dnr S2014/8922/FST).

om det indikerar ett trendbrott. Det är även betydelsefullt att andra problem som har redovisats i utredningen om ett reformerat bilstöd åtgärdas.

Det finns en ojämställdhet mellan män och kvinnor, flickor och pojkar, när det gäller omfattningen av assistansersättning, insatser enligt LSS och bilstöd till männens och pojkarnas fördel. Det är viktigt att detta uppmärksammas av aktörer på alla nivåer i de olika processer och att det finns ett jämställdhetsperspektiv på de åtgärder som planeras och pågår inom området.

## 7.8 Politikens inriktning

För att stärka välfärden och för att skapa långsiktiga planeringsförutsättningar för kommuner och landsting avsätter regeringen 10 miljarder kronor till kommunsektorn för 2017 och framåt (utg.omr 25 avsnitt 3.7). Det skapar möjligheter för kommunerna att höja kvaliteten i välfärdssektorn.

### *Reglering av privat utförd verksamhet*

Regeringen har tillsatt en utredning om ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster, (dir.2015:22,dir. 2015:100 och dir.2015:108).

Utredningen, som antagit namnet Välfärdsutredningen, har i uppdrag att bl.a. komma med förslag på hur offentliga medel ska användas till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo (utg.omr. 25 avsnitt 3.5.4).

Regeringen gav i september 2015 en särskild utredare i uppdrag att ge förslag på om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i offentligt finansierad privat utförd vård och omsorg samt utbildning inom vissa skol- och utbildningsformer (dir. 2015:92). Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2016.

För att meddelarskydd ska börja gälla så snart som möjligt avser regeringen att, baserat på delbetänkandet Stärkt meddelarskydd för privatanställda i offentligt finansierad verksamhet (SOU 2013:79), lämna en proposition om att anställda m.fl. som deltar i enskilt bedriven men offentligt finansierad omsorg ska omfattas av meddelarskydd.

### *Förbättrade förutsättningar för insatser av god kvalitet*

Genom stöd till utvecklingen av en evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten baseras insatser i allt högre grad på bästa tillgängliga kunskap, som bygger på både vetenskap och beprövad erfarenhet. För att öka förutsättningarna att tillgängliga resurser används effektivt är den samverkan som sker mellan myndigheter<sup>101</sup> i Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen central.

Den regionala samverkan och stödstrukturen som byggts upp inom ramen för överenskommelserna med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en evidensbaserad praktik är också central för att stödja den regionala och lokala nivån att omsätta aktuell kunskap till praktik. Denna struktur skapar även möjligheter för att i dialog generera systematisk kunskap vilket är angeläget i arbetet mot en mer kunskapsbaserad socialtjänst.

### *Fortsatt fokus på e-hälsa*

Visionen om e-hälsa som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har enats om ska följas av en eller flera handlingsplaner som förtydligar insatser som kan bidra till att uppnå visionen. Visionen pekar ut tre insatsområden som också kommer att behandlas i handlingsplansarbetet. Dessa områden är regelverk, mer enhetlig begreppsanvändning och standardisering.

### *Tillämpad välfärdsforskning*

Regeringen föreslår en satsning på tillämpad välfärdsforskning för att förbättra kunskapsläget, t.ex. inom socialtjänsten bl.a. genom identifiering, prioritering och finansiering av prioriterade kunskapsluckor. Denna satsning ska inkludera klientnära forskning och ska stärka samverkan mellan forskning och praktik samt öka delaktigheten från brukare och anhöriga. Psykisk ohälsa innebär ofta svårigheter och sämre levnadsförhållanden för den enskilde. Därför är även forskning om psykisk ohälsa

<sup>101</sup> Myndigheterna är: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, E-hälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Myndigheten för delaktighet, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg.

viktig för att utveckla kunskapsbaserade och verkningsfulla insatser (se utg. omr. 9.6).

### Jämställdhet

Regeringens uttalade politiska ambition är att minska oskäliga skillnader baserade på kön gällande bemötande, behovsbedömning och insatsers innehåll och omfattning inom socialtjänst eller verksamhet med stöd av LSS. Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag som ska slutredovisas i juni 2017 med syfte att förbättra jämställdhetsperspektivet i öppna jämförelser<sup>102</sup> av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Flera av de satsningar regeringen gör inom omsorgen, t.ex. på bemanning och kvalitetsutveckling, ger förbättrade arbetsförhållande för kvinnor, som utgör majoriteten av personal inom omsorgen.

### Omvärlden

#### *Flyktingsituationen*

Regeringen kommer fortsatt att arbeta för att de ensamkommande barn som söker asyl i Sverige får ett bra mottagande.

#### *EU-arbetet*

Ett nytt initiativ inom EU-arbetet är en europeisk pelare för sociala rättigheter som en del av kommissionens arbete för en fördjupad och mer rättvis ekonomisk och monetär union (EMU). Syftet med pelaren är att formulera en rad väsentliga principer som bedöms vara nödvändiga för väl fungerande och rättvisa arbetsmarknader och välfärdssystem. Ett brett offentligt samråd ska tjäna som ett underlag för kommissionens slutliga förslag om pelaren som läggs fram i slutet av 2016.

#### *Utsatta EU/EES-medborgare*

Regeringens insatser syftar till att bekämpa utsatthet som att människor känner sig tvungna att tigga för att kunna klara sin försörjning. Fortsatt

samordning av frågorna behövs. Länsstyrelsen i Stockholm har fått i uppdrag att stärka samverkan och utveckla samordningen mellan de aktörer som möter utsatta EU/EES-medborgare som vistas i Sverige tillfälligt och som saknar uppehållsrätt. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att revidera sin vägledning om EU-rätten och socialt bistånd samt ta fram stöd till socialtjänsten i ärenden som rör barn till utsatta EU/EES-medborgare. Det åtgärds paket som regeringen presenterat innehåller insatser för ökad samverkan inom EU och samarbetsavtal med Rumänien och Bulgarien. Avtalen omfattar områden som barnrätt, jämställdhet och sociala frågor. Avtalen syftar till att byta erfarenheter och goda exempel mellan länderna och underlätta samarbete mellan frivilligorganisationer i respektive land.

### Bemanningsatsningar

#### *Ökad bemanning i omsorgen*

Regeringen avsätter 2 miljarder kronor per år 2016–2018 för att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Genom en ökad tillgång till personal kan kommunerna påverka kvaliteten och effektiviteten inom äldreomsorgen.

En ökad bemanning inom äldreomsorgen kan skapa utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde vilket kan bidra till att exempelvis förebygga psykisk ohälsa, bryta isolering och öka kvaliteten på måltiderna. Det kan också ge större möjligheter för personalen att bidra till att gemensamt utveckla verksamheten och en förbättrad arbetsmiljö för personalen.

#### *Stärkt bemanning i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 en satsning på att förbättra förutsättningarna för socialtjänstens arbete i den sociala barn- och ungdomsvården under åren 2016–2019. Satsningen omfattar sammanlagt 250 miljoner kronor per år. Av dessa medel kommer 210 miljoner kronor per år att användas till stärkt bemanning inom den sociala barn- och ungdomsvården. Regeringen har i juni 2016 uppdragit åt Socialstyrelsen att genomföra stimulanssatsningen under 2016–2019 för att stärka bemanningen. Medlen får användas för att öka antalet socialsekreterare, arbetsledare och administratörer. Detta för att frigöra tid för

<sup>102</sup> Genom öppna jämförelser kan du jämföra kvaliteten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och bidrar till lärande, uppföljning och förbättring inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

socialsekreterare eller arbetsledare i deras arbete med myndighetsutövning.

#### *Social följeslagare*

Regeringen föreslår en ny tjänst som följeslagare till äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Tjänsten ska omfatta ett personligt stöd där en följeslagare kan följa med en person som har behov av stöd i olika vardags-situationer såsom att handla, gå till sjukhuset, besöka myndigheter eller annat som är viktigt att få hjälp med. Tjänsten har låga förkunskapskrav vilket kan skapa möjligheter till anställningar för personer som har en relativt svag position på arbetsmarknaden. I dialog med organisationer och Arbetsförmedlingen finns möjligheter att främja ökad sysselsättning inom ramen för befintliga arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

#### *Socialtjänstassistenter*

Det finns ett behov av att öka antalet administratörer inom socialtjänsten för att frigöra tid för socialsekreterare eller arbetsledare i deras arbete med myndighetsutövning.

En majoritet av kommunerna anser att delar av socialsekreterarnas arbetsuppgifter kan utföras av andra. Arbetsuppgifterna skulle kunna utföras av exempelvis nyanlända kvinnor och män och personer med svag ställning på arbetsmarknaden. Även här finns möjligheter för kommunerna att i dialog med Arbetsförmedlingen främja ökad sysselsättning inom ramen för t.ex. befintliga arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

#### *Utbildning till behandlingsassistent*

Antalet hem för vård eller boende (HVB) har ökat kraftigt under senare år, inte minst med anledning av det ökade antalet ensamkommande barn som sökt asyl i Sverige under 2015. Det finns ett stort behov av att rekrytera personal till HVB och stödboende. En utbildning till behandlingsassistent kan tjäna till att underlätta för boenden att rekrytera personer med rätt utbildning. Utbildningen kan vända sig till exempelvis nyanlända kvinnor och män samt långtidsarbetslösa med lämplig bakgrund (motsvarande genomgången gymnasieutbildning). Den kan också passa som nästa steg efter en tid med praktik eller som serviceassistent enligt förslag för samma kategorier.

### **7.8.1 Omsorgen om äldre**

#### *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen*

En särskild utredare har i uppdrag att ta fram en långsiktig nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas till regeringen i april 2017. Planen ska stärka utvecklingen av en jämlik och jämställd äldreomsorg och långsiktigt säkra en god kvalitet och förstärkt effektivitet inom strategiskt viktiga områden. Utredaren ska bland annat föreslå åtgärder som syftar till flexibla former för beslut i äldreomsorgen. Utgångspunkter för arbetet är jämlikhet, jämställdhet, trygghet, delaktighet samt inflytande.

#### *Demenssjukdomar*

Demenssjukdomarna har omfattande konsekvenser för den enskilde, för närstående och för hela samhället. För att möta behovet hos målgruppen och de samhällsekonomiska konsekvenserna av det snabbt ökande antalet personer som lever med demenssjukdom krävs en bred kunskaphöjning i samhället.

Socialstyrelsen har i uppdrag att genom en nationell samordningsfunktion genomföra ett projekt med syfte att lämna ett samlat underlag dels för en bred nationell strategi om demenssjukdomar, dels som underlag till en plan för prioriterade insatser inom området för perioden fram till 2022.

Socialstyrelsen har också i uppdrag att verka för att frågan om en kommunal vård och omsorg utan tvång och begränsningar uppmärksammas. Bland annat ska Socialstyrelsen sprida exempel på hur man aktivt arbetar med att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med demenssjukdom.

#### *Fallskadeförebyggande arbete*

Kunskaper om hur fallskadorna bland äldre kan förebyggas eller minskas behöver få bättre spridning. Regeringen presenterade en insats i Budgetpropositionen 2016 där medel för 2016–2018 avsattes för fallskadeförebyggande arbete.

#### *Investeringsstöd till bostäder för äldre personer*

Regeringen beslutade i juli 2016 om en förordning för ett nytt investeringsstöd. Stödet syftar till att öka antalet bostäder för äldre och därigenom förbättra tillgängligheten samt öka möjligheterna till gemenskap och trygghet för äldre personer. I budgetpropositionen för 2016 föreslog regeringen en successiv ökning från 150



miljoner kronor 2016, 300 miljoner kronor 2017 och därefter en nivå på 400 miljoner kronor. Förordningen (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer träder i kraft den 15 november 2016.

## 7.8.2 Individ- och familjeomsorg

### Den sociala barn- och ungdomsvården

Situationen för kommunernas sociala barn- och ungdomsvård har under flera år varit ansträngd, med en hög arbetsbelastning, hög personalomsättning och svårigheter att rekrytera socio-nomer till verksamheten. Det stora antalet ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige under hösten 2015 innebar ytterligare utmaningar för en redan ansträngd barn- och ungdomsvård. Det är angeläget att vända utvecklingen och förbättra socialtjänstens förutsättningar och därmed stödet för barn och unga. Kommunerna har ett stort arbetsgivar- och verksamhetsansvar i att skapa goda förutsättningar för verksamheten att utföra sitt uppdrag med god kvalitet men regeringen avser att bidra i det arbetet med satsningar för ökad stabilitet och kompetens. Regeringen anser att en väl fungerande social barn- och ungdomsvård starkt bidrar till att tillgodose barn deras rättigheter.

#### *Uppföljning av behörighetsregleringen*

Behörighetsregler för myndighetsutövningen i kommunal barn- och ungdomsvård är viktigt för god kvalitet och rättssäkerhet i verksamheten. Socialstyrelsen följer för närvarande upp lag- och föreskriftskravet på behörighet (socio-nomexamen eller annan relevant examen) att få utföra vissa uppgifter inom den sociala barn- och ungdomsvården. Av myndighetens delredovisning framgår att det i dag är svårt att få behörighet med annan relevant examen enligt föreskrifterna och att detta resultat kan leda till en översyn av föreskrifterna. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget senast den 31 januari 2017. Regeringen följer arbetet noga och kommer vid behov återkomma i frågan och har för avsikt att se över övergångsbestämmelserna till behörighetsregleringen i socialtjänstlagen.

#### *Ett gott mottagande av ensamkommande barn*

Förra årets stora mottagande av asylsökande ensamkommande barn har inneburit ett betydande åtagande för kommunerna att åstad-

komma ett gott långsiktigt mottagande där barnens rättigheter beaktas. Även om antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige under 2016 har minskat i jämförelse med 2015 kommer Sverige liksom tidigare år sannolikt att ta emot ett stort antal ensamkommande flickor och pojkar även under kommande år. Omsorgen om ensamkommande barn och unga med uppehållstillstånd är ett långsiktigt åtagande för kommunerna. Det är angeläget att mottagandet blir hållbart över tid och att de barn som kommer till Sverige får goda förutsättningar för sin uppväxt. Regeringen vill stärka kommunernas förutsättningar att ge insatser av god kvalitet för de flickor och pojkar som söker skydd och trygghet i Sverige. Ett väl fungerande mottagande förutsätter att alla kommuner tar ansvar. Den 1 april 2016 införde Migrationsverket en ny anvisningsmodell som innebär att fördelningen av ensamkommande barn mellan landets alla kommuner blir jämnare utifrån en fastställd andel. Från den 1 juli 2017 avses ett nytt ersättningssystem för kommunernas mottagande att finnas på plats. Regeringen vill förenkla regelverket, förbättra kommunernas planeringsförutsättningar, minska den administrativa bördan och öka kostnadseffektiviteten. Regeringen har därtill för avsikt att återkomma med en handlingsplan för ensamkommande barn för att bl.a. fortsätta stödet till socialtjänsten och särskilt arbetet med förbättringar inom den sociala barn- och ungdomsvården.

#### *Nationellt kunskapscenter för ensamkommande barn*

Socialstyrelsen ansvarar för att genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling.

Regeringen avser att vid Socialstyrelsen inrätta ett nationellt kunskapscentrum för frågor kring ensamkommande barn, i syfte att fördjupa och sprida kunskap om hur dessa barn kan bemötas och stödjas (se utg. omr. 9 avsnitt 4.6).

#### *Översyn av LVU samt tillståndsplikt för s.k. konsulentverksambeter*

I juni 2015 lämnade Utredningen om tvångsvård för barn och unga sitt slutbetänkande Barns och ungas rätt vid tvångsvård (SOU 2015:71). Betänkandet innehåller förslag till en ny lag om tvångsvård av barn och unga som tydligare utgår från barns och ungas rättigheter. Bland annat

föreslås att det ska införas nya bestämmelser som möjliggör omedelbart omhändertagande av vissa barn som befinner sig i Sverige utan att ha hemvist här. Då det inte får råda något tvivel om att alla barn i Sverige som far illa eller riskerar att fara illa ska kunna få det stöd och den hjälp som de behöver, prioriterar regeringen denna fråga. Beredning pågår även av betänkandet i övrigt och en lagrådsremiss planeras till 2017.

Vidare pågår beredning av vissa kvarvarande förslag i utredningens tidigare lämnade delbetänkande Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga (SOU 2014:3). Regeringen avser att under hösten 2016 lämna en proposition till riksdagen med förslag om bl.a. tillståndsplikt för verksamheter som erbjuder konsulentstöd till familjehem och jourhem.

#### *Förstärkt anslag för Statens institutionsstyrelse*

Det har varit en mycket hög efterfrågan på platser hos Statens institutionsstyrelse (SiS) de senaste två åren, en efterfrågan som har varit svår att förutse och som saknar motsvarighet i verksamhetens historia. Det stora antalet ensamkommande barn samt stora ökningarna av barnkullarna i de åldersgrupper som kan behöva komma i kontakt med SiS ungdomsvård, talar för en fortsatt hög efterfrågan och behov av en ökad kapacitet inom ungdomsvården. Regeringen avser därför att stärka SiS förvaltningsanslag. Antalet nya platser vid SiS beräknas till cirka 200 stycken och att det finns behov av att anställa mellan 400 och 600 personer i verksamheten.

#### **Ekonomiskt bistånd**

Det ekonomiska biståndet är det yttersta skyddsnätet för personer som saknar andra möjligheter till försörjning. Utbetalningarna av ekonomiskt bistånd har under de senaste två åren legat på samma nivå men fortfarande är det långvariga biståndsmottagandet kvar på en hög nivå. Många av de reformer som regeringen genomfört tidigare, som t.ex. höjt underhållsstöd för ensamstående, borttagande av den bortre parenteserna i sjukförsäkringen, höjd akassa och åtgärder för fler personer i utbildning och jobb kommer leda till ett minskat behov av ekonomiskt bistånd. Regeringens insatser för att nå målet om EU:s lägsta arbetslöshet är där-

över de viktigaste åtgärderna för att minska behovet av ekonomiskt bistånd. Insatser inom ramen för arbetsmarknadspolitiken, utbildningspolitiken såväl som den ekonomiska familjepolitiken har betydelse för verksamhetsområdet.

#### **Sommarlovsstöd**

Alla barn ska ha möjligheter till bra aktiviteter på sommarlovet. Därför avsätts 200 miljoner kronor per år 2016–2019 för ett statligt sommarlovsstöd. Stödet betalas ut till kommuner som satsar på att utveckla kostnadsfria sommarlovsaktiviteter. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har i uppdrag att betala ut och följa upp användningen av medlen.

#### **Missbruks- och beroendevården**

Vård och stöd för kvinnor och män med missbruk och beroende ingår i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken, den s.k. ANDT-strategin. Övriga insatser inom ANDT-området beskrivs i avsnitt 5, Folkhälsopolitik.

Det finns ett behov att följa upp det krav på samverkan mellan huvudmännen som infördes i SoL och hälso- och sjukvårdslagen fr.o.m. den 1 juli 2013. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följer upp lagen och redovisar resultatet i januari 2017 och regeringen kommer då att analysera resultatet.

Regeringen har under åren 2014–2016 gett stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete som syftar till att stärka den medicinska säkerheten för personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. dnr S2014/02933/FST). Regeringen avser att återkomma i frågan.

Kunskapen om hur riskbruk och beroende av både alkohol och narkotika påverkar närstående och särskilt barn har ökat och det är angeläget att denna kunskap genomsyrar den fortsatta utvecklingen inom området. Regeringen har betonat vikten av detta inom ramen för ANDT-strategin 2016–2020. Insatser för att skydda barn och unga mot eget och andras skadliga bruk utgör grunden för det hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbetet på alla nivåer.

*Behandling av spelmissbruk*

Spelproblem kan orsaka sociala, ekonomiska och hälsomässiga skadeverkningar både för den enskilde och anhöriga. Våren 2016 har departementspromemorian Förebyggande och behandling av spelmissbruk (Ds 2015:48) remitterats och är under beredning i Regeringskansliet.

**Brottsutsatta**

Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor är både ett stort samhällsproblem och ett folkhälsoproblem. Våld mellan föräldrar medför ofta svåra konsekvenser för barn. Regeringens övergripande mål är att arbetet mot våld i nära relationer ska vara av lika hög kvalitet i hela landet. Samhällets insatser behöver samordnas utifrån tydliga riktlinjer och mål som omfattar flera politikområden och verksamheter.

Effektiva metoder för att förebygga och upptäcka våld och för att stödja och hjälpa dem som utsätts för våld behöver ges ökad spridning. Det är viktigt med en långsiktig och stabil struktur för kunskapsöverföring och kompetensuppbyggnad på såväl nationell som regional och lokal nivå. Regeringen avser därför fortsätta att avsätta utvecklingsmedel för att upprätthålla och vidareutveckla det kompetensstöd som Socialstyrelsen och länsstyrelserna har skapat på nationell och regional nivå.

Det pågående utvecklingsarbetet i kommunerna behöver fortsatt fördjupas, likaså arbetet inom hälso- och sjukvården. Samverkan mellan olika aktörer är nödvändig för att förebygga fortsatt våld. Det är därför angeläget att socialtjänsten och hälso- och sjukvården får stöd i att skapa former för effektiva samverkansmetoder och bättre förutsättningar för samordnade insatser. Från och med 2016 omfattas därför också landstingen av utvecklingsmedlen.

Det är viktigt att våldsutsatta barns situation särskilt uppmärksammas. Det är dessutom viktigt att barnen uppmärksammas i insatser som riktas till vuxna. Barn som lever i skyddat boende är särskilt utsatta. Regeringen avser därför att utreda barns situation i skyddat boende, inklusive deras rättsliga ställning.

Regeringen anser att barnrättsperspektivet för barn i skyddat boende måste förstärkas och att samhällets ansvar för barnen medan de vistas i boendet behöver förtydligas. En utredning om hur lagen om utredningar av vissa dödsfall

fungerar pågår inom Socialdepartementet och regeringen avser att återkomma med förslag för att effektivisera verksamheten.

**Familjerätt, internationella adoptioner och föräldraskapsstöd**

En central uppgift för den kommunala familjerätten är att ge föräldrar som separerar stöd och hjälp med att fatta välinformerade beslut med barnets bästa i fokus. Målsättningen är att bidra till att föräldrarna kan nå samförståndslösningar.

Vårt samhälle rymmer olika typer av familjekonstellationer, vilket påverkar det familjerättsliga arbetet. Det finns ensamstående föräldrar, barn som bor växelvis, familjer som uppfattar sig som stjärnfamiljer eller regnbågsfamiljer och många fler konstellationer. En modern kommunal familjerätt behöver ha kunskap om de olika behov som barn och föräldrar har för att kunna bemöta och stödja barn och föräldrar utifrån denna kunskap. En modern familjerätt arbetar alltid med barnets bästa i fokus.

*Behov av ett samordnat kunskapsbaserat arbete med familjerättsliga frågor*

Utmaningarna inom familjerättsområdet på statlig nivå handlar, förutom att stimulera utveckling av ny kunskap, även om att förvalta och förmedla befintlig kunskap till professionen och andra berörda aktörer. Det kan t.ex. handla om utveckling av metoder för konfliktlösning och riskbedömning. Som ett led i att effektivisera det kunskapsbaserade arbetet inom familjerättsområdet har regeringen samlat det statliga ansvaret för familjerättsliga frågor, familjerådgivning, föräldraskapsstöd och internationella adoptioner i en och samma myndighet. Som central kunskapsmyndighet har Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) en betydelsefull roll vad gäller kunskapsutveckling och kunskapsförmedling. Förebyggande insatser riktade mot föräldrar som riskerar att hamna i allvarliga konflikter är ett prioriterat område. Regeringen avser att återkomma med en ny instruktion för MFoF.

*Ett stärkt barnperspektiv inom familjerätten*

Bestämmelser som rör vårdnad, boende och umgänge ska präglas av ett tydligt barnrättsperspektiv. Det innebär bl.a. att den kommunala familjerätten och domstolarna ska beakta barnets behov och rättigheter i familjerättsliga ärenden.

Här finns vissa utmaningar. Socialstyrelsen har i tidigare återrapporteringar av regeringsuppdrag<sup>103</sup> pekat på förbättringsområden. 2014 års Vårdnadsutredning har bl.a. i uppdrag att utreda hur barnets ställning och rätt att komma till tals kan stärkas. Regeringen avser att noga följa erfarenheterna från Stiftelsen Allmänna Barnhusets försöksverksamhet med s.k. samverkansteam.

#### *Adoptionsförmedlingsverksamhetens utformning bör ses över*

Det finns behov av att anpassa dagens organisering av adoptionsförmedlingsverksamheten och det stöd som lämnas i samband med internationell adoption till nya förhållanden. Även barnrättsperspektivet behöver förstärkas i detta hänseende. Regeringen avser att återkomma i denna fråga.

#### *Föräldraskapsstöd*

Regeringens mål är att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra under barnets hela uppväxt. Föräldraskapsstöd innebär aktiviteter som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva och sociala utveckling, som stärker föräldrars sociala nätverk eller relation till varandra. Området är sektorsövergripande.

Det är angeläget att stödet svarar mot de olika behov som finns i dagens moderna familjer. Många barn växer t.ex. upp i en annan familjekonstellation än kärnfamiljen och allt fler föräldrar är födda i utlandet. Regeringen anser att det är angeläget med ytterligare åtgärder i syfte att bidra till att huvudmän och andra aktörer som bedriver föräldraskapsstödjande insatser på ett enkelt sätt ska få tillgång till bästa tillgängliga kunskap om hur ett jämlikt, jämställt och tillgängligt stöd i föräldraskapet kan bedrivas lokalt och regionalt. Den regionala stödstrukturen för föräldraskapsstöd på länsstyrelserna fortsätter t.o.m. 2017.

### **7.8.3 Stödinsatser till personer med funktionsnedsättning**

Målen för funktionshinderspolitiken är tydliga. Kvinnor, män, flickor och pojkar med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att verka i vardagen på lika villkor vad gäller delaktighet och tillgänglighet. Hinder för människors delaktighet i samhället ska därför rivas. Det är en fråga om jämlikhet och rättvisa.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, liksom de rekommendationer som kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning har lämnat, är en utgångspunkt i regeringens arbete med stöden till personer med funktionsnedsättning. God kvalitet, kompetens, likabehandling och rättssäkerhet ska prägla stödverksamheterna, liksom en helhetssyn när det gäller stöd och service till personer med funktionsnedsättning.

#### *Stöd och service enligt LSS och assistansersättning*

Det är mer än 20 år sedan LSS och lagen (1993:389) om assistansersättning trädde i kraft. Reformen har ökat självbestämmandet och möjligheterna för personer med funktionsnedsättningar att kunna leva ett självständigt liv. Regeringen anser därför att det är angeläget att värna dessa reformer och att stärka kvaliteten och träffsäkerheten i systemen, utifrån målen om människors rättigheter och möjlighet till delaktighet.

Regeringen kan dock konstatera att många av de problem som uppmärksammats genom åren inom assistansersättningen kvarstår och att nya har tillkommit. Kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen är problematisk. Det finns även problem med hur de insatser som regleras i LSS utvecklats t.ex. när det gäller likvärdighet och kvalitet i insatserna och hur insatserna förmår uppfylla syftet med lagstiftningen. En särskild utredare har tillsatts för att se över assistansersättningen och delar av LSS. Utgångspunkten för uppdraget är att skapa en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling av insatsen personlig assistans och att få till stånd mer ändamålsenliga insatser i LSS samt att lagstiftningen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Utredaren ska också analysera de vinstdrivande företagets roll i kostnadsutvecklingen. Utredaren ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 oktober 2018.

<sup>103</sup> Socialstyrelsen–Barns delaktighet i utredningar om vårdnad, boende och umgänge 2014, samt Socialstyrelsen, Kommunernas arbete med umgängestöd, 2013.

Det finns dock behov av att innan dess komma tillrätta med problem som redovisats genom åren. En aktuell fråga är nivån på assistansersättningens timschablon. Assistansersättningsutredningen (SOU 2014:9) bedömde i sitt betänkande att timbeloppet för den statliga assistansersättningen är högre än vad som kan motiveras av kostnads- och löneutvecklingen. Regeringen avser därför att räkna upp schablonbeloppet med 1,05 procent (3 kronor) jämfört med 2016 (se anslag 4.4 Kostnader för statlig assistansersättning).

Regeringen gör bedömningen att det finns behov av att öppna upp för möjligheten till mer än ett schablonbelopp. Mot bakgrund av detta lämnas i denna proposition ett sådant förslag, se vidare avsnitt 7.9.

#### *Stärkt tillsyn och tillståndsgivning för anordnare av personlig assistans*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn över bl.a. verksamhet enligt LSS och viss tillståndsgivning bl.a. till anordnare av personlig assistans. För att stärka IVO:s tillsyn av verksamhet enligt LSS tillförs 10 miljoner kronor för tillsyn och tillståndsgivning.

#### *Kvalitet och kontroll i handläggning av assistansersättningen*

Försäkringskassan ska säkerställa en god kontroll för att motverka överutnyttjande i assistansersättningen. Försäkringskassan har under 2013–2016 särskilt satsat på att utveckla it-stöd i syfte att effektivisera beslutsstöd, kontroll och informationsförsörjning. Försäkringskassan behöver fortsatt satsa på förbättrade kontroller i handläggning av assistansersättning, höja kvaliteten på utredningar, öka utredningskapaciteten och stärka arbetet mot bidragsbrott.

#### *Bilstöd*

Bilstödet är en betydelsefull förmån för att främja delaktigheten i samhället för alla personer med funktionsnedsättning, kvinnor, män, flickor och pojkar. Det är därför angeläget att stödet används så att det på bästa sätt kommer den enskilde personen till del. Regeringen har tidigare aviserat att det finns ett behov av att reformera bilstödet. Inom Regeringskansliet har det tagits fram en promemoria – Ett reformerat bilstöd (Ds 2015:9) – som har remissbehandlats. Regeringen avser att i september lämna en proposition till riksdagen om förändrade regler i bilstödet. I propositionen lämnas förslag i syfte

att åstadkomma ett mer ändamålsenligt och effektivt bilstöd. Förslagen innebär ökade incitament för att fler bilar ska införskaffas med originalmonterad utrustning i syfte att minska efteranpassningar av bilarna. Förslagen innebär även att grundbidraget för inköp av bil halveras och en omfördelning av stödet sker till förmån för höjda inkomstnivåer i anskaffningsbidraget. Ett nytt tilläggsbidrag införs, som riktas till dem som får vidkännas extra kostnader för inköp av bil. Det föreslås dessutom att en bestämmelse införs om vad som avses med en lämplig bil samt att Försäkringskassan ska kunna neka anpassningsbidrag om bilen anses olämplig. Vidare ska anpassningsbidrag kunna medges för körträning såväl före som efter en anpassningsåtgärd samt att om det inte är uppenbart obehövt, ska en kontroll göras av om utförda anpassningar fungerar för den försäkrade på ett trafiksäkert sätt (funktionskontroll). Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Föreskrifterna rörande funktionskontroll tillämpas endast på anpassningar som har utförts efter den 1 juli 2017.

## **7.9 Förslag om ändringar avseende assistansersättningen**

### **7.9.1 Ärendet och dess beredning**

Inom Regeringskansliet har en promemoria tagits fram med förslag till ändringar i 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken (S2016/03419/FST) vilken har remitterats till ett antal myndigheter och organisationer den 12 maj 2016. En sammanfattning av promemorians innehåll, promemorians lagförslag och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 2*. Remissyttrandena och en sammanställning av remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (S2016/03419/FST).

## 7.9.2 Regeringens förslag

**Regeringens förslag:** Assistansersättning ska lämnas med ett särskilt angivet belopp per timme. Det ska vara möjligt att bestämma flera olika belopp som assistansersättning ska lämnas med.

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2017.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Sex av de tretton svarande remissinstanserna har tillstyrkt förslaget eller inte lämnat några synpunkter. Två instanser pekar på att det av förslaget inte framgår vilken ersättningsmodell som avses och tar därför inte ställning. Sex remissinstanser har inte avhört. Fem remissinstanser – *Socialstyrelsen*, *Inspektionen för socialförsäringen*, *Handikappförbunden*, *Vårdföretagarna Almega* och *Arbetsgivarförbundet KFO* – avstyrker förslaget. Arbetsgivarförbundet KFO, Vårdföretagarna Almega och Handikappförbunden anser att en ny ersättningsmodell i stället borde tas fram inom ramen för den pågående LSS-utredningen. *Försäkringskassan*, *Inspektionen för socialförsäringen*, *Socialstyrelsen*, *Vårdföretagarna Almega* och *Arbetsgivarförbundet KFO* pekar på svårighet att ta ställning till förslaget och dess konsekvenser eftersom ingen ersättningsmodell redovisats. *Socialstyrelsen* och *Arbetsgivarförbundet KFO* anser att en ersättningsmodell inte endast ska innehålla schablonbelopp utan också utgå från faktiska kostnader.

**Skälen för regeringens förslag:** Enligt 51 kap. 11 § första stycket socialförsäkringsbalken bestäms för varje år med vilket belopp per timme som assistansersättning lämnas. Beloppet ska bestämmas som ett schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Om det finns särskilda skäl kan, enligt paragrafens andra stycke, ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det årliga schablonbeloppet. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent. I 5 § första stycket förordningen (1993:1091) om assistansersättning anges det belopp per timme som assistansersättning lämnas med för ett särskilt angivet år.

Nuvarande konstruktion med ett schablonbelopp har ifrågasatts i många utredningar och granskningar (se bl.a. *Möjlighet att leva som andra* SOU 2008:77, *Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättningen* SOU 2012:6 och *Förändrad assistansersättning – en översyn av ersättningsystemet* SOU 2014:9). Ett skäl till detta som ofta framförts är att schablonen är kostnadsdrivande. Ett annat skäl är att nivån på schablonbeloppet är svår att fastställa och att den bedömts under en längre tid ha varit för hög. Det har även påpekats att assistansersättningen används till annat än att bekosta assistenters arbetskostnader, administration för assistenterna, kostnader för arbetsmiljöinsatser samt assistenternas utbildning och omkostnader. Sedan ett antal år tillbaka ligger schablonbeloppet dessutom för högt på grund av att posten övriga kostnader fått öka utan att det funnits uttalade motiv för det.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppdrag att bl.a. göra en översyn av assistansersättningen. Det kommer dock att ta några år innan det finns konkreta förslag på plats, samtidigt som det finns behov av att innan dess komma till rätta med en del av de problem som redovisats genom åren. Det finns därför skäl att redan nu öppna upp möjligheten för regeringen att kunna besluta om mer än ett schablonbelopp. Även om det för närvarande inte finns något utarbetat förslag på en sådan modell så kan ett framtida genomförande av en mer träffsäker schablon underlättas om lagen medger fler schablonbelopp än ett. *Socialstyrelsen* och *Arbetsgivarförbundet KFO* anser att en ersättningsmodell inte endast ska innehålla schablonbelopp utan också utgå från faktiska kostnader. Regeringens bedömning är dock att en mer träffsäker modell kan uppnås genom att använda schablonbelopp.

Förslaget att det ska kunna beslutas om mer än ett schablonbelopp leder till att även det förhöjda beloppet bör justeras och individualiseras. Det får anses lämpligt att en anpassning görs så att det förhöjda beloppet inte får överstiga det schablonbelopp som gäller i det enskilda fallet med mer än 12 procent.

## 7.9.3 Konsekvenser

Förslaget om att införa en möjlighet för regeringen att besluta om mer än ett schablonbelopp

medför i sig inga konsekvenser för staten, myndigheter, kommuner, assistansberättigade eller anordnare. Eventuella modeller för schablonbeloppet ska inte påverka den föreslagna och beräknade anslagsnivån i budgetpropositionen för 2018.

#### 7.9.4 Författningskommentar

##### Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

##### 51 kap.11 §

I paragrafen återfinns grundläggande bestämmelser i fråga om de belopp som assistansersättning lämnas med.

I *första stycket* har tydliggjorts att assistansersättning lämnas med ett särskilt angivet belopp per timme. Någon ändring i sak när det gäller detta är inte avsedd. Tydliggörandet påverkar inte vilket belopp som assistansersättning ska lämnas med i det enskilda fallet eller hur timbeloppsregleringen ska se ut. Ändringar har gjorts som innebär att det är möjligt att bestämma fler än ett timbelopp som assistansersättning ska lämnas med. Det eller de belopp som bestäms ska även fortsättningsvis bestämmas för varje år som schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regleringen tillåter att ersättning lämnas med ett och samma schablonbelopp till alla ersättningsberättigade eller med olika schablonbelopp, under förutsättning av att beräkningen av de fastställda beloppen har gjorts på det sätt som anges ovan. Det är alltså regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som meddelar ytterligare föreskrifter om schablonbelopp. Sådana föreskrifter ska omfatta bl.a. beloppets eller beloppens storlek och, om flera schablonbelopp bestäms, förutsättningarna för vilket belopp som ska lämnas i det enskilda fallet. En redaktionell ändring har gjorts såvitt avser den bestämmelse som upplyser om befogenheten för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela sådana föreskrifter. Någon ändring i sak när det gäller denna upplysningsbestämmelse är inte avsedd.

I *andra stycket* har en följdändring gjorts i och med att fler än ett schablonbelopp för assistansersättningen kan bestämmas. Det förhöjda beloppet ska ställas i relation till det schablonbe-

lopp med vilket assistansersättning ska lämnas till den försäkrade enligt de föreskrifter som har meddelats med stöd av första stycket.

##### *Ikraftträdandebestämmelse*

Av ikraftträdandebestämmelsen framgår att lagen ska träda i kraft den 1 januari 2017.

## 7.10 Budgetförslag

### 7.10.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

**Tabell 7.10 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd**

| Tusental kronor |                |                     |                  |        |
|-----------------|----------------|---------------------|------------------|--------|
| 2015            | Utfall         | 17 470              | Anslags-sparande | 890    |
| 2016            | Anslag         | 23 727 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 21 156 |
| <b>2017</b>     | <b>Förslag</b> | <b>24 096</b>       |                  |        |
| 2018            | Beräknat       | 24 379 <sup>2</sup> |                  |        |
| 2019            | Beräknat       | 24 870 <sup>3</sup> |                  |        |
| 2020            | Beräknat       | 25 419 <sup>4</sup> |                  |        |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 23 951 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 23 951 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 23 952 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF). 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

Regeringen har samlat det statliga ansvaret för vissa familjefrågor hos Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) fr.o.m. den

1 september 2015. MFoF är genom förändringen ansvarig myndighet för familjerättsliga frågor om vårdnad, boende och umgänge inom socialtjänsten samt därtill närliggande frågor om förebyggande stöd i form av t.ex. samarbetsamtal och familjerådgivning, för frågor om fastställande av faderskap och föräldraskap samt för föräldraskapsstödjande insatser i olika sammanhang. Myndigheten har kvar sitt tidigare ansvar för internationella adoptioner och har övertagit Socialstyrelsens ansvar för frågor som rör utredning och stöd till föräldrar i samband med internationell adoption. Det övergripande syftet med organisationsförändringen har varit att skapa en förbättrad, mer effektiv och ändamålsenlig statlig samordning avseende nämnda frågor.

Förändringen innebär att det ansvar och de uppgifter som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tidigare haft inom ovanstående områden har överförs till MFoF. Anslaget minskas med 199 000 kronor för att justera nivån till den som aviserades i 2015 års ekonomiska vårproposition (2014/15:100).

Anslaget minskas med 3000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under Utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 7.11 Härlledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd**

| Tusental kronor                      |               |               |               |               |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                                      | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>      | <b>23 727</b> | <b>23 727</b> | <b>23 727</b> | <b>23 727</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>     |               |               |               |               |
| Pris- och löneomräkning <sup>2</sup> | 571           | 1 005         | 1 503         | 2 060         |
| Beslut                               | -202          | -353          | -360          | -368          |
| Överföring till/från andra anslag    |               |               |               |               |
| Övrigt                               |               |               |               |               |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>       | <b>24 096</b> | <b>24 379</b> | <b>24 870</b> | <b>25 419</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 24 096 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 24 379 000 kronor, 24 870 000 kronor respektive 25 419 000 kronor.

### 7.10.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

**Tabell 7.12 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

| Tusental kronor |                |                      |                  |         |
|-----------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2015            | Utfall         | 295 031              | Anslags-sparande | 27 523  |
| 2016            | Anslag         | 530 014 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 514 927 |
| <b>2017</b>     | <b>Förslag</b> | <b>411 514</b>       |                  |         |
| 2018            | Beräknat       | 402 514              |                  |         |
| 2019            | Beräknat       | 402 514              |                  |         |
| 2020            | Beräknat       | 402 514              |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för insatser inom funktionshindersområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1,5 procent av anslaget.

### Regeringens överväganden

Från anslaget finansieras bland annat

- 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,
- avveckling av verksamhet vid Hjälpmedelsinstitutet,
- verksamhet med service- och signalhundar,



- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder,
- statsbidrag för viss verksamhet inom funktionshindersområdet,
- bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Lagen (2016:35) om bidrag för glasögon till vissa barn och unga trädde i kraft den 1 mars 2016. Regeringen aviserade därför i 2016 års ekonomiska vårproposition att de ändamål och verksamheter som avser bidrag till landstingen för glasögonbidrag till barn och unga bör flyttas till utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner. Regeringen föreslår därför att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med 120 miljoner kronor och att detta anslag minskas med motsvarande belopp.

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om en fyraårig satsning på stärkt likvärdighet och säkerhet för insatser inom LSS. Avsatta medel för satsningen varierar mellan åren och för 2017 som är sista året i satsningen innebär det en minskning av anslaget med 5 miljoner kronor jämfört med 2016.

År 2016 är sista året då ersättning enligt lagen (2012:663) om ersättning på grund av övergrepp eller försummelser i samhällsvården av barn och unga i vissa fall betalas ut. Delar av finansieringen för detta ändamål har hämtas från detta anslag och dessa medel återförs när ersättningen inte längre utbetalas. Anslaget ökas därför med 6,5 miljoner kronor.

Sammantaget innebär det att anslaget minskas med 118,5 miljoner kronor för 2017 jämfört med 2016.

**Tabell 7.13 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet**

|                                   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>   | <b>530 014</b> | <b>530 014</b> | <b>530 014</b> | <b>530 014</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |                |                |                |                |
| Beslut                            | 1 500          | -7 500         | -7 500         | -7 500         |
| Överföring till/från andra anslag | -120 000       | -120 000       | -120 000       | -120 000       |
| Övrigt                            |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>411 514</b> | <b>402 514</b> | <b>402 514</b> | <b>402 514</b> |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Regeringen föreslår att 411 514 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 402 514 000 kronor respektive år.

### 7.10.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

**Tabell 7.14 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

| <i>Tusental kronor</i> |                |                      |                  |         |
|------------------------|----------------|----------------------|------------------|---------|
| 2015                   | Utfall         | 279 957              | Anslags-sparande | -12 962 |
| 2016                   | Anslag         | 327 995 <sup>1</sup> | Utgifts-prognos  | 315 033 |
| <b>2017</b>            | <b>Förslag</b> | <b>266 995</b>       |                  |         |
| 2018                   | Beräknat       | 266 995              |                  |         |
| 2019                   | Beräknat       | 266 995              |                  |         |
| 2020                   | Beräknat       | 266 995              |                  |         |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 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 och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

### Regeringens överväganden

Regeringen har under hösten 2016 lämnat förslag till riksdagen i syfte att åstadkomma ett mer ändamålsenligt och effektivt bilstöd.

**Tabell 7.15 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning**

Tusental kronor

|   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>         | <b>266 995</b> | <b>266 995</b> | <b>266 995</b> | <b>266 995</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>        |                |                |                |                |
| Beslut                                  |                |                |                |                |
| Övriga makro-ekonomiska förutsättningar |                |                |                |                |
| Volym                                   |                |                |                |                |
| Överföring till/från andra anslag       |                |                |                |                |
| Övrigt                                  |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>          | <b>266 995</b> | <b>266 995</b> | <b>266 995</b> | <b>266 995</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 266 995 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 266 995 000 kronor för respektive år.

#### 7.10.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

**Tabell 7.16 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

| År          | Slagslag       | Belopp                  | År | Slagslag         | Belopp     |
|-------------|----------------|-------------------------|----|------------------|------------|
| 2015        | Utfall         | 24 889 622              |    | Anslags-sparande | -661 957   |
| 2016        | Anslag         | 26 344 000 <sup>1</sup> |    | Utgifts-prognos  | 21 635 000 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>25 931 000</b>       |    |                  |            |
| 2018        | Beräknat       | 26 711 000              |    |                  |            |
| 2019        | Beräknat       | 27 473 000              |    |                  |            |
| 2020        | Beräknat       | 28 247 000              |    |                  |            |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statlig assistansersättning till personer med funktionsnedsättningar enligt socialförsäkringsbalken 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 (antal timmar) och timschablonen är de faktorer som styr utgifternas storlek.

#### Regeringens överväganden

För 2016 prognostiseras anslagsbelastningen att bli 21,6 miljarder kronor, vilket är 4,7 miljarder kronor lägre än vad riksdagen anvisade för 2015. Denna minskning är tillfällig och beror på att Försäkringskassan inför efterskottsbetalning av assistansersättning från och med den 1 oktober 2016, vilket leder till att stora delar av utbetalningarna uteblir för oktober och november.

Regeringen har för avsikt att besluta om nya föreskrifter för schablonbeloppet för timersättning i förordningen (1993:1091) om assistansersättning på så sätt att schablonbeloppet för assistansersättning fastställs till 291 kronor per timme från och med den 1 januari 2017. Det innebär att schablonbeloppet räknas upp med 1,05 procent (3 kronor) jämfört med 2016. Skälen till detta är, liksom för de tre senaste åren, att schablonbeloppet är för högt beräknat i förhållande till arbetskostnaderna för vårdbiträden och personliga assistenter samt för övriga kostnader (dvs. administration, kompetensutveckling, assistanskostnader m.m.).

Det leder till att statens förväntade utgifter för 2017–2020 blir lägre än om regeringen utgått från den ordning som gällt tidigare. I härledningstabellen under rubriken Beslut ackumuleras skillnaden i beloppen mellan den gamla och den nya ordningen.

**Tabell 7.17 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning**

Tusental kronor

|   | 2017              | 2018              | 2019              | 2020              |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>         | <b>26 344 000</b> | <b>26 344 000</b> | <b>26 344 000</b> | <b>26 344 000</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>        |                   |                   |                   |                   |
| Beslut                                  | -1 110 000        | -2 457 000        | -3 244 000        | -3 343 000        |
| Övriga makro-ekonomiska förutsättningar | 1 247 300         | 2 976 900         | 4 064 300         | 4 447 100         |
| Volym                                   | -542 134          | -144 455          | 317 145           | 807 345           |
| Överföring till/från andra anslag       |                   |                   |                   |                   |
| Övrigt                                  | -8 166            | -8 445            | -8 445            | -8 445            |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>          | <b>25 931 000</b> | <b>26 711 000</b> | <b>27 473 000</b> | <b>28 247 000</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 25 931 000 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 26 711 000 000 kronor, 27 473 000 000 kronor respektive 28 247 000 000 kronor.

### 7.10.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

**Tabell 7.18 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | Anslags-sparande       | Utgifts-prognos |
|-------------|----------------|------------------------|-----------------|
| 2015        |                | 1 359 685              | 60 575          |
| 2016        | Anslag         | 2 765 000 <sup>1</sup> | 2 530 344       |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>2 473 858</b>       |                 |
| 2018        | Beräknat       | 2 505 490              |                 |
| 2019        | Beräknat       | 506 030                |                 |
| 2020        | Beräknat       | 506 030                |                 |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att

- genom riktade insatser ge bättre förutsättningar för en ökad bemanning och kvalitet i omsorgen,
- främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet,

- öka kunskap och kompetens inom äldreområdet,
- öka antalet platser i särskilt boende samt öka antalet bostäder för äldre personer på den ordinarie bostadsmarknaden,
- stödja och utveckla anhöriga och närståendes insatser,
- fördela statsbidrag till pensionärsorganisationer, samt
- fördela statsbidrag till organisationer som vårdar och hjälper närstående.

Anslaget får även användas för utgifter för forskning och för utgifter för medlemskap i internationella organisationer inom äldreområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1 procent av anslaget.

#### Bemyndigande och ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2017 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 583 000 000 kronor 2018–2020.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldre som ska utlysas av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). Vidare avser regeringen införa ett investeringsstöd för att stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Regeringen bör därför bemyndigas att ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 583 000 000 kronor 2018–2020.

**Tabell 7.19 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet**

Tusental kronor

|   | Utfall<br>2015 | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Ingående åtaganden                      | 633 936        | 429 928         | 583 000         |                  |                  |                  |
| Nya åtaganden                           | 81 559         | 470 072         | 265 000         |                  |                  |                  |
| Infriade åtaganden                      | 285 567        | -317 000        | -265 000        | -265 000         | -228 000         | -90 000          |
| Utestående åtaganden                    | 429 928        | 583 000         | 583 000         |                  |                  |                  |
| <b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b> | <b>500 000</b> | <b>653 000</b>  | <b>583 000</b>  |                  |                  |                  |

### Regeringens överväganden

I syfte att öka antalet bostäder för äldre har regeringen infört ett nytt investeringsstöd. Detta anslag ökades för ändamålet med 150 miljoner kronor 2016 och regeringen föreslår att anslaget ökas med ytterligare 150 miljoner kronor för 2017 för detta ändamål.

År 2016 ökades anslaget med 200 miljoner kronor för en ettårig kunskapsatsning riktad till verksamheter inom äldre och funktionshindersomsorgen. Denna satsning upphör och anslaget föreslås därför minska med 200 miljoner kronor 2017.

Finansieringen av verksamheterna för brukarundersökningar inom omsorgen, samt insatser för nationellt fackspråk och informationsstruktur föreslås flytta från detta anslag till Socialstyrelsens förvaltningsanslag eftersom detta är permanenta uppgifter för myndigheten. Till följd av det föreslås anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* öka med 24,8 miljoner kronor och detta anslag minskas med 27,5 miljoner från och med 2017.

Anslaget föreslås därutöver minska med 213,6 miljoner kronor.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* minskas med 291,1 miljoner kronor för 2017 jämfört med 2016.

**Tabell 7.20 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet**

Tusental kronor

|                                   | 2017             | 2018             | 2019             | 2020             |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>   | <b>2 765 000</b> | <b>2 765 000</b> | <b>2 765 000</b> | <b>2 765 000</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |                  |                  |                  |                  |
| Beslut                            | -291 142         | -259 510         | -2 258 970       | -2 258 970       |
| Överföring till/från andra anslag |                  |                  |                  |                  |
| Övrigt                            |                  |                  |                  |                  |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>2 473 858</b> | <b>2 505 490</b> | <b>506 030</b>   | <b>506 030</b>   |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 2 473 858 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 2 505 490 000 kronor, 506 030 000 kronor respektive 506 030 000 kronor.

## 7.10.6 4:6 Statens institutionsstyrelse

**Tabell 7.21 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

| År          | Slagslag       | Utvalld                | Anslags-sparande | Utgifter |
|-------------|----------------|------------------------|------------------|----------|
| 2015        | Utfall         | 899 926                |                  | 6 641    |
| 2016        | Anslag         | 908 202 <sup>1</sup>   | Utgifts-prognos  | 923 790  |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>946 750</b>         |                  |          |
| 2018        | Beräknat       | 975 914 <sup>2</sup>   |                  |          |
| 2019        | Beräknat       | 996 691 <sup>3</sup>   |                  |          |
| 2020        | Beräknat       | 1 018 507 <sup>4</sup> |                  |          |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 956 745 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 956 743 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 956 743 tkr i 2017 års prisnivå.

### Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelsens förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelsens (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.

## Budget för avgiftsbelagd verksamhet

**Tabell 7.22 Offentligrättslig verksamhet**

Tusental kronor

| Offentligrättslig verksamhet | Intäkter till inkomsttitel (som inte får disponeras) | Intäkter som får disponeras | Kostnader | Resultat (intäkt - kostnad) |
|------------------------------|--|-----------------------------|-----------|-----------------------------|
| Utfall 2015                  | -  | 1 606 000                   | 2 412 000 | -806 000                    |
| Prognos 2016                 | -  | 1 647 000                   | 1 678 000 | -31 000                     |
| Budget 2017                  | -  | 1 656 000                   | 1 656 000 | 0                           |

### Regeringens överväganden

Statens institutionsstyrelse behöver utöka antalet platser i sin verksamhet. Orsaken till detta är en större efterfrågan, som hänger samman med att gruppen som kan bli aktuell för vård inom Statens institutionsstyrelse har blivit större. Inom ungdomsvården förklaras ökningen av antalet ensamkommande barn och ungdomar har ökat och av större barnkullar i de åldersgrupper som kan behöva komma i kontakt med ungdomsvården vid myndigheten. Regeringen föreslår därför att anslaget ökas med 40 miljoner kronor 2017 och beräknar att anslaget bör ökas med ytterligare 10 miljoner kronor från och med 2018. Ökningen finansieras genom att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med 50 miljoner kronor från och med 2017 och beräknas minska med ytterligare 12 miljoner kronor från och med 2018.

Anslaget minskas med 541 000 kronor fr.o.m. 2017 för att bidra till finansiering av en nationell digital infrastruktur. Se även avsnitt 4.5.1 under Utgiftsområde 22 Kommunikationer.

**Tabell 7.23 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:6 Statens institutionsstyrelse**

Tusental kronor

|   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020             |
|---|----------------|----------------|----------------|------------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>           | <b>893 202</b> | <b>893 202</b> | <b>893 202</b> | <b>893 202</b>   |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |                |                |                |                  |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 14 021         | 32 199         | 51 901         | 72 587           |
| Beslut                                    | 39 527         | 50 513         | 51 588         | 52 718           |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |                |                |                |                  |
| Övrigt                                    |                |                |                |                  |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>946 750</b> | <b>975 914</b> | <b>996 691</b> | <b>1 018 507</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 946 750 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 975 914 000 kronor, 996 691 000 kronor respektive 1 018 507 000 kronor.

### 7.10.7 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

**Tabell 7.24 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

|             |                |                      |                      |         |
|-------------|----------------|----------------------|----------------------|---------|
| 2015        | Utfall         | 393 884              | Anslags-<br>sparande | 63 331  |
| 2016        | Anslag         | 774 115 <sup>1</sup> | Utgifts-<br>prognos  | 728 256 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>711 815</b>       |                      |         |
| 2018        | Beräknat       | 699 815              |                      |         |
| 2019        | Beräknat       | 699 815              |                      |         |
| 2020        | Beräknat       | 249 815              |                      |         |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för att stimulera utvecklingen av socialt arbete samt för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen och för utgifter kopplade till utvecklingen av Ersättningsnämnden. De administrativa utgifterna och utgifterna för utvecklingen av Ersättningsnämnden får utgöra högst 1 procent av anslaget. Anslaget får även användas

för att medfinansiera programmet för fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt.

#### Regeringens överväganden

Regeringen har tillsatt en ambassadör mot människohandel och föreslår därför att anslaget 4:1 *Regeringskansliet m.m.* under utgiftsområde 1 Rikets styrelse ökas med 2 miljoner kronor för åren 2017–2020. Finansieringen sker genom att detta anslag minskas med motsvarande belopp under åren 2017–2020.

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om att under åren 2014–2016 tillfälligt förstärka missbrukarvården med 35 miljoner kronor. I och med att denna satsning nu avslutats minskas detta anslag med 35 miljoner kronor.

I budgeten för 2016 beslutade riksdagen om att viss finansiering av Ersättningsnämnden och ersättning för vanvård i den sociala barn- och ungdomsvården skulle belasta detta anslag. Dessa verksamheter upphörde under 2016 och detta anslag ökas därför med 31,7 miljoner kronor.

Riksdagen beslutade vidare i samma proposition att detta anslag från 2017 skulle ökas med 13,5 miljoner kronor till följd av en ny boendeform, stödboende i den sociala barn- och ungdomsvården.

Regeringen föreslår i denna proposition att anslaget till Statens institutionsstyrelse bör ökas. Finansieringen av denna ökning hämtas från detta anslag. Regeringen föreslår att anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* från och med 2017 ökas med 40 miljoner kronor och att detta anslag minskas med 50 miljoner kronor.

I denna proposition aviserar regeringen att den avser att presentera en nationell strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor. Delar av finansieringen för denna strategi hämtas från detta anslag genom en minskning med 30 miljoner kronor per år under åren 2017–2020. Anslaget 3:1 *Särskilda jämställdhetsåtgärder* under utgiftsområde 13 Jämställdhet och ny-anlända invandrarers etablering ökas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår till följd av införande av stödboende i den sociala barn- och ungdomsvården att anslaget 8:2 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas med 1,2 miljoner kronor och anslaget 8:1 *Socialstyrelsen* ökas med 3,6 miljoner

kronor. Finansieringen hämtas från detta anslag som minskas med 1,5 miljoner kronor respektive 4 miljoner kronor.

Anledningen till att minskningarna ovan är större än motsvarande ökning är att finansieringen sker till anslag som pris- och löneuppräkningar.

Sammantaget innebär regeringens förslag att anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* minskas med 77,3 miljoner kronor för 2017 jämfört med 2016.

**Tabell 7.25 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.**

Tusental kronor

|                                   | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>   | <b>789 115</b> | <b>789 115</b> | <b>789 115</b> | <b>789 115</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>  |                |                |                |                |
| Beslut                            | -77 300        | -89 300        | -89 300        | -539 300       |
| Överföring till/från andra anslag |                |                |                |                |
| Övrigt                            |                |                |                |                |
| <b>Förslag/beräknat anslag</b>    | <b>711 815</b> | <b>699 815</b> | <b>699 815</b> | <b>249 815</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 711 815 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 699 815 000 kronor, 699 815 000 kronor och 249 815 000 kronor.





## 8 Barnrättspolitik

### 8.1 Omfattning

Barnrättspolitikerna omfattar frågor med utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna som ska tillförsäkras barn enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och andra internationella överenskommelser. Barnrättspolitikerna syftar till att tillvarata och tillgodose alla barns, såväl flickors som pojkars, rättigheter med utgångspunkt i barnkonventionen.

Barnrättspolitikerna är sektorsövergripande. Det innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik, liksom alla verksamheter som berör barn. Inom området verkar myndigheten Barnombudsmannen som har till uppgift att företräda barnets rättigheter och intressen samt att bevaka och driva på genomförandet av barnkonventionen.

### 8.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 8.1** Utgiftsutveckling inom Barnrättspolitik

Miljoner kronor

|                               | Utfall<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|-------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Barnrättspolitik</i>       |                |                             |                 |                 |                  |                  |                  |
| 5:1 Barnombudsmannen          | 24             | 24                          | 24              | 25              | 25               | 25               | 26               |
| 5:2 Barnets rättigheter       | 21             | 34                          | 33              | 28              | 22               | 22               | 22               |
| <b>Summa Barnrättspolitik</b> | <b>45</b>      | <b>58</b>                   | <b>57</b>       | <b>52</b>       | <b>47</b>        | <b>48</b>        | <b>48</b>        |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 8.3 Mål för området

Målet för barnrättspolitikerna är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (se avsnitt 3.4). Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället. Målet innebär att alla barn, oavsett kön, ska få sina rättigheter tillgodosedda.

### 8.4 Resultatredovisning

#### 8.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Bedömningsgrunderna för barnrättspolitikerna ska kopplas dels till innehållet i politikens målsättning, dels till de områden och åtgärder som har varit särskilt angelägna enligt regeringen (prop. 2014/15:1). Dessa är:

- Strategiskt angreppssätt på nationell, regional, lokal samt EU- och övrig internationell nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Uppmärksamma barns och ungas egna åsikter, fortsätta lyssna på barn själva.
- Skydd av barn mot exploatering, våld och övergrepp.
- Stöd och skydd för ekonomiskt och socialt utsatta barn.

Regeringens mål för barnrättspolitikerna har brutits ned i sex områden: ekonomi, hälsa, utbildning, trygghet, delaktighet samt stöd och skydd. I det webbaserade uppföljningssystemet Max18 redovisas statistik och information som gör det möjligt att följa hur flickors och pojkars levnadsvillkor utvecklas relaterat till hur flickors och pojkars rättigheter tillgodoses i Sverige inom dessa områden. Bestämmelserna i barnkonventionen omfattar alla barn och Max18 utgör ett viktigt verktyg för resultatbedömning då systemet t.ex. gör det möjligt att urskilja eventuella grupper av barn vars levandeförhållanden är sämre än övriga barns.

En övergripande helhetsbild av utvecklingen av barns levnadsvillkor som omfattar alla relevanta områden inom barnrättspolitikerna lämnas

återkommande till riksdagen med några års mellanrum. Förändringar i levnadsvillkoren sker över längre tid och kan oftast inte urskiljas från år till år. Den senaste redovisningen lämnades till riksdagen genom skrivelsen Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige (skr. 2013/14:91). Här redovisas delar med relevans för regeringens prioriterade områden inom barnrättspolitikerna.

Ett viktigt underlag för regeringens resultatbedömning inom området är de slutsatser och rekommendationer som FN:s kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) regelbundet tar fram om genomförandet av barnets rättigheter i Sverige enligt artikel 44 i barnkonventionen. Ytterligare en bedömningsgrund vad gäller barnkonventionens genomförande erhålls genom Barnombudsmannens arbete. Myndigheten ska enligt sitt lagstadgade uppdrag företräda barn och unga, driva på samt bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Så sker bland annat genom myndighetens årliga rapportering till regeringen där myndigheten identifierar och analyserar särskilt angelägna frågor inom området samt lämnar förslag på åtgärder i syfte att stärka efterlevnaden av barnets rättigheter.

#### 8.4.2 Resultat

Nedan presenteras en sammanfattning av strategiska åtgärder som regeringen har vidtagit i syfte att främja genomförandet av barnets rättigheter på internationell, nationell, regional och lokal nivå.

#### Det strategiska barnrättsarbetet för att tillförsäkra barn deras rättigheter

Ett tydligt barnrättsperspektiv ska genomsyra det sektorsövergripande arbetet med att genomföra regeringens barnrättspolitik. För att ett sådant arbete ska vara möjligt krävs bl.a. ett systematiskt och strategiskt arbete med utgångspunkt i den av riksdagen godkända Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige prop. 2009/10:232, bet.2010/11SoU3, rskr. 2010/11:35). Strategin är ett verktyg för staten, kommunerna och landstingen i arbetet med att förverkliga barnets rättigheter i Sverige men även inom EU och på övrig internationell nivå.

## Strategiska insatser inom EU och på annan internationell nivå

Frågor som rör barnets rättigheter har lyfts av regeringen i många olika internationella sammanhang. Nedan redogörs för några av regeringens strategiska åtgärder på internationell nivå för att främja genomförandet av barnets rättigheter.

### *Agenda 2030*

Agenda 2030 och de globala hållbarhetsmålen antogs av FN i september 2015 och har sammantaget en direkt eller indirekt bäring på barns situation, nu och i framtiden. De utgör också en viktig plattform för det internationella såväl som det nationella arbetet med att stärka efterlevnaden av barnets rättigheter. Flera av hållbarhetsmålen, till exempel om utbildning, jämställdhet och fredliga och inkluderande samhällen har bäring på alla barns rättigheter. Regeringens ambition är att Sverige ska vara ledande i genomförandet av Agenda 2030. I jämförelse med många andra länder har Sverige ett bra utgångsläge och vårt arbete med agendan ska stärka en hållbar utveckling i Sverige, men också i resten av världen. (Se vidare utg.omr 2 och utg.omr 7).

### *Det svenska utvecklingssamarbetet (UO7)*

Sverige är en betydande givare på barnrättsområdet. Genom bilaterala, regionala och tematiska strategier går stöd till det nationella såväl som regionala och globala arbetet för att främja barns rättigheter och frågan har prioriterats upp i processerna med framtagande av nya strategier. Inom utvecklingssamarbetet ska alltigenom ett barnrättsperspektiv appliceras på de insatser där barn påverkas.

### *Det globala partnerskapet*

Sedan 2015 deltar regeringen i det internationella arbetet med att inrätta ett Globalt Partnerskap för eliminering av alla former av våld och exploatering av barn, enligt flera av hållbarhetsmålen i Agenda 2030. Partnerskapet består av stater och andra aktörer som är beredda att göra åtaganden i linje med partnerskapets vision om en värld där varje barn, såväl flickor som pojkar, växer upp i frihet från våld och utnyttjande.

Partnerskapets vision, mål och arbetsätt stämmer väl överens med planerade svenska målsättningar och satsningar inom området. Deltagandet i partnerskapet förväntas innebära

att Sverige får en arena för dialog, erfarenhetsutbyte och samarbete med såväl andra stater som civilsamhället, forskningsinstitutioner och näringsliv.

### *Förbud mot barnaga*

Regeringen deltar aktivt i det internationella arbetet mot barnaga. I 49 av världens länder finns idag ett förbud mot alla former av barnaga. Sverige har tagit en proaktiv roll i det internationella arbetet för ett fullständigt förbud mot barnaga i världens länder. Sverige anordnade en högnivåkonferens Childhood Free from Corporal Punishment i Stockholm våren 2014. Österrike har följt upp Sveriges initiativ med ett liknande evenemang i Wien, våren 2016.

### *Strategiska insatser för att stärka skyddet av barnets rättigheter inom EU och Europarådet*

Sverige har inom ramarna för EU-samarbetet fortsatt att uppmärksamma behovet av en strategi för att stärka skyddet av flickors och pojkar rättigheter inom unionen i enlighet med de rådsslutsatser som antogs under 2014. Frågan har bland annat varit på agendan i samband med möten med representanter för Europeiska kommissionen.

Sverige har genom en representant i Europarådets expertkommitté om barnets rättigheter (DECS-ENF) under 2015 aktivt bidragit i framtagandet av Europarådets strategi för barnets rättigheter för 2016–2021, som antogs av minsterkommittén den 2 mars 2016.

I strategin för 2016–2021 ligger fokus dels på att implementera de standarder som har tagits fram inom Europarådet, dels på att barnets rättigheter fortsatt systematiskt ska genomsyra all verksamhet, bl.a. Europarådets tematiska och landbaserade granskningar av medlemsstaternas arbete med att genomföra olika konventioner. Ytterligare fokus kommer att ligga på att stödja medlemsstaterna samt uppföljningen av rekommendationer och slutsatser från granskningsmekanismerna som rör barnets rättigheter.

Europarådet har i strategin särskilt prioriterat följande fem områden, jämlika möjligheter, delaktighet för alla barn, ett liv fritt från våld, ett barnvänligt rättssystem och barns rättigheter i den digitala miljön. För att implementera den nya strategin har en ad-hoc kommitté inrättats under perioden 1 mars 2016 till 31 december 2017 (CAHENF).

*Lanzarotekommittén*

Sverige tillträdde Europarådets konvention om skydd av barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp, den så kallade Lanzarotekonventionen i oktober 2013. Därefter har Sverige bidragit till implementeringen av konventionen i Europa, bl.a. genom att delta i Lanzarotekommitténs arbete.

Lanzarotekommittén har som uppgift att granska hur medlemsländerna lever upp till sina åtaganden enligt konventionen. Kommittén presenterar sina slutsatser till Ministerkommittén i tematiska rapporter. Kommitténs andra rapport för perioden 2014–2016 om medlemsländernas åtgärder för att genomföra konventionen samt kommitténs rekommendationer kommer att presenteras först för gruppen för mänskliga rättigheter inom Europarådet för att sedan sändas vidare till Ministerkommittén. Sveriges insatser har ännu inte granskats.

*Samarbetsavtal med Rumänien och Bulgarien*

Under året har situationen för EU-medborgare och deras barn som vistas tillfälligt i Sverige, dvs. mindre än tre månader och som saknar uppehållsrätt, uppmärksammats.

Socialdepartementet har under 2015 och början av 2016 undertecknat bilaterala samarbetsavtal med både Rumänien och Bulgarien inom områden som rör social välfärd och trygghet, barns rättigheter samt jämställdhet. Syftet är att uppnå långsiktiga lösningar för att minska fattigdom och främja social integration i hemländerna.

Samarbetsavtalen implementeras genom arbetsplaner som upprättats för respektive avtal för perioden 2016–2017. För Rumäniensamarbetet har även en gemensam arbetsgrupp tillsatts bestående av tjänstemän från båda länder. Gruppen har träffats två gånger under 2015. För att finansiera projekt och initiativ under avtalen ska främst EU-fondsmedel användas.

**Strategiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå**

Regeringen har initierat och genomfört flera åtgärder i syfte att främja implementeringen av bestämmelserna i barnkonventionen. En viktig utgångspunkt är den av riksdagen antagna strategin om att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232).

En annan grund för regeringens strategiska arbete är slutsatser och rekommendationer från FN:s kommitté för barnets rättigheter angående barnkonventionens genomförande i Sverige

*Dialog med barnrättskommittén*

En regeringsdelegation deltog den 13–14 januari 2015 i en dialog med barnrättskommittén i Genève. Dialogen är en del av Sveriges kontinuerliga rapportering till kommittén i enlighet med bestämmelserna i barnkonventionen. Utgångspunkten var Sveriges femte rapport till Kommittén om barnkonventionens genomförande i Sverige åren 2007–2012. Kommittén välkomnade den konstruktiva dialogen med den svenska delegationen och såg mycket positivt på genomförda reformer gällande bl.a. socialtjänstlagen, diskrimineringslagen och skollagen, som genomförts i syfte att stärka barnets rättigheter. Kommittén välkomnade även regeringens påbörjade arbete med att göra barnkonventionen till lag.

Kommittén har därefter delgivit Sverige sina slutsatser och rekommendationer avseende det fortsatta arbetet med att stärka skyddet för barnets rättigheter i Sverige. Kommitténs slutsatser och rekommendationer kommer på så sätt att bidra till det nationella strategiska barnrättsarbetet under kommande år. Kommitténs slutsatser och rekommendationer berör även beslutsfattare och yrkesverksamma på regional och lokal nivå och har översatts till svenska och bl.a. presenterats på regeringens webbplats för de mänskliga rättigheterna. Kommitténs rekommendationer rörde en mängd olika områden, bland annat uppmärksammades situationen för barn med funktionsnedsättningar, barns rätt till skydd mot sexuella övergrepp och våld samt barnkonventionens juridiska status.

*Inkorporeringen av barnkonventionen*

Regeringen aviserade i regeringsförklaringen 2014 att arbetet med att göra barnkonventionen till svensk lag skulle påbörjas. Den 19 februari 2015 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 2015:17) till Barnrättighetsutredningen (S 2013:08) om att lämna förslag till en lag om inkorporering av barnkonventionen.

Barnrättighetsutredningen överlämnade sitt betänkande till regeringen den 11 mars 2016. Betänkandet har remitterats. I betänkandet lämnas förslag på en lag om inkorporering av barnkonventionen och en rad åtgärder som behöver vidtas vid en inkorporering, liksom ett antal

författningsförslag i övrigt. I utredningen konstateras att Sverige har nått långt i sitt strategiska arbete, också i relation till länder som har inkorporerat barnkonventionen. Trots detta har barnkonventionen inte fått det genomslag i rättstillämpningen som man hade kunnat förvänta sig.

För att barnets rättigheter ska få önskat genomslag krävs enligt utredningen, vid sidan av inkorporering, fortsatt transformering. Enligt utredningen krävs därutöver en kombination av olika åtgärder, såsom lagstiftning, information, utbildning och samordning mellan olika aktörer på olika nivåer i samhället.

I betänkandet föreslås att regeringen under en treårsperiod genomför ett kunskapslyft för att höja kompetensen om barnkonventionen och barnets rättigheter bland olika yrkesgrupper som arbetar i statliga och kommunala myndigheter.

Utredningen lyfter också fram barns och ungas möjligheter att utkräva sina rättigheter. De konstaterar bl.a. att barn och unga inte får tillräcklig information om de rättigheter de har och föreslår att de myndigheter som är centrala för att säkerställa barnets rättigheter får i uppdrag att vidta åtgärder för att göra den egna verksamheten känd, tillgänglig och anpassad för barn.

Dessutom bör alla barn få information i skolan om vart de kan vända sig för att få stöd och hjälp om de befinner sig i en utsatt situation.

#### *Tillämpning av barnkonventionen*

Barnrättighetsutredningen har också haft i uppdrag att göra en kartläggning inom särskilt angelägna områden av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med barnets rättigheter enligt barnkonventionen och de två fakultativa protokoll som Sverige tillträtt. De områden som utredningen efter en identifieringsprocess har funnit särskilt angelägna att kartlägga är: barn i migrationsprocessen, stöd och service till barn med funktionsnedsättning, barn som har bevittnat våld inom familjen och barn som har utsatts för våld inom familjen.

Kartläggningen visar på en rad brister när det gäller genomslaget för barnets rättigheter enligt barnkonventionen. Tydligast är bristerna i fråga om tillämpningen av principen om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter. Trots att det finns uttryckliga bestämmelser om barnets bästa i svensk lagstiftning på tre av kartläggningsområdena är det vanligt att bedömningen inte tar sin utgångspunkt i det enskilda

barnets situation. I stället bedöms barnets bästa utifrån generella uttalanden i förarbeten, policydokument och andra riktlinjer. Såvitt gäller barns möjligheter att få komma till tals visar kartläggningen att det ofta inte förs samtal med barn och att det många gånger inte motiveras varför så ej skett. I de fall barn får komma till tals handlar samtalen i många fall om något annat än vad som är av relevans för att få fram ett fullgott beslutsunderlag.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund förtydliganden i utlänningslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kring barnets bästa och barnets möjligheter att få komma till tals. Vidare föreslås att motsvarande bestämmelser förs in i förvaltningslagen och förvaltningsprocesslagen. När det gäller barn som utsatts för våld inom familjen pekar utredningen på brister i det straffrättsliga skyddet för barn i förhållande till barnkonventionen, både i själva lagstiftningen och i tillämpningen.

Utredningen lyfter också fram att barnkonventionen bör komma till uttryck i förarbeten i högre utsträckning. Om förslagen i ett betänkande har betydelse för barns rättigheter, ska konsekvenserna i det avseende anges i betänkandet. En bestämmelse om detta föreslås tas in i 15 § kommittéförordningen. Författningsförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2018.

#### *Kunskapsbehov*

I regleringsbrevet för 2015 fick Barnombuds- mannen i uppdrag att redovisa och motivera vilka kunskapsbehov och kunskapsluckor som myndigheten bedömer vara av störst strategisk betydelse. Rapporten överlämnades i april 2015. I rapporten pekade Barnombuds- mannen på ett antal utvecklingsområden. Det handlade bl.a. om att öka kunskapen om barnets rättigheter bland professionella som kommer i kontakt med barn, men även bland barn själva. Ett annat område var att utveckla arbetsmetoder som är inkluderande och anpassade efter barn, såväl flickor som pojkar, för att få kunskap och bredare beslutsunderlag. Rapporten betonade även behovet av att utveckla statistik om barns levnadsförhållanden, där det saknas data som berör vissa grupper. Barns egna perspektiv på jämställdhet var ytterligare ett område som lyftes.

### *Barn ska få kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken*

För att barnets rättigheter ska kunna tillgodoses är det nödvändigt att de känner till sina rättigheter, vilket också är en av målsättningarna i Strategin för att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232). Regeringen anser att det är av vikt att öka alla barns kunskap om sina rättigheter och vad de innebär i praktiken. Det saknas en långsiktigt hållbar struktur som kan underlätta för skolor att genom utbildningen förmedla och förankra respekt för de grundläggande demokratiska principerna och de mänskliga rättigheterna som det svenska samhället vilar på.

Mot den bakgrunden gav regeringen i oktober 2015 Barnombudsmannen i uppdrag att under 2015–2018 vidta kunskapshöjande insatser för barn och unga om sina rättigheter enligt barnkonventionen och vad de innebär i praktiken både inom skolan och inom andra områden. I uppdraget ingår att skapa en portal med information, färdiga lektionsupplägg och lärarhandledning för att underlätta skolans undervisning om barnets rättigheter.

Under 2015 har Barnombudsmannen genomfört en kompletterande undersökning av lärares kunskaper om barnkonventionen och om deras behov och förutsättningar för att undervisa om barnets rättigheter. Resultatet från undersökningarna bekräftade att lärare har behov av färdiga lektionsupplägg och lärarhandledningar till elever på alla nivåer och i samtliga ämnen.

### *Stärkt barnrätts- och ungdomsperspektiv på lokal och regional nivå*

Kommuner och landsting ansvarar för många av de verksamheter som rör barn och unga och är därmed viktiga aktörer vad gäller implementeringen av barnets rättigheter.

Regeringen har uppdragit åt Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och Barnombudsmannen att under perioden 2014–2016 stärka och sprida kunskap bland beslutsfattare och yrkesverksamma på kommun- och landstingsnivå om vad ett barnrätts- och ungdomsperspektiv innebär i såväl teori som praktik och hur man på ett meningsfullt sätt kan föra dialog med flickor och pojkar, unga kvinnor och unga män.

Under 2015 lämnade Barnombudsmannen och MUCF en delredovisning av uppdraget till regeringen.

### *Inrättande av en barnrättsdelegation*

Civilsamhällets organisationer är viktiga aktörer i arbetet med barnets rättigheter och regeringen anser att dialogen med dessa aktörer är av stor vikt. Under 2015 har representanter från sådana organisationer inom barnrättsområdet regelbundet träffat regeringsföreträdare. I syfte att finna en mer systematisk form för den dialog som barn-, äldre- och jämställdhetsministerns statssekreterare fört med civilsamhällesorganisationer på barnrättsområdet fattade regeringen den 14 april 2016 beslut om att inrätta en barnrättsdelegation.

### **Ökad kunskap om hur barn får sina rättigheter tillgodosedda**

Enligt målen för barnrättspolitikerna ska alla barn, oavsett kön, få sina rättigheter tillgodosedda. Regeringen förlitar sig på flera system för att bevaka och följa upp i vilken utsträckning så sker.

Genom uppföljningssystemet Max18 är det möjligt att via statistiska indikatorer följa om vissa grupper av barn får sina mänskliga rättigheter tillgodosedda i samma utsträckning som gruppen barn i Sverige i stort. Tillsammans med Barnrättskommitténs och Barnombudsmannens oberoende granskningar av genomförandet av barnkonventionen i Sverige erhålls på så sätt kunskap om huruvida det finns skäl att misstänka att vissa barn inte får sina rättigheter tillgodosedda.

I Max18 presenteras statistik om bl.a. skolresultat, psykisk ohälsa, relation till föräldrar och inflytande hemma, kränkande behandling i skolan, social barnavård, barn i ekonomisk utsatthet, brott mot barn och barn i rättsprocessen. Vissa indikatorer i systemet (men inte alla) är möjliga att analysera utifrån kön och olika bakgrundsvariabler såsom ålder, familjetyp och hemkommun. På så sätt kan indikatorerna användas för att visa på skillnader mellan t.ex. pojkar och flickor, något som i sin tur kan tas i beaktande vad gäller utformande av insatser för att åtgärda skillnader (se vidare under nästa rubrik).

Nedan redovisas ett urval av indikatorerna mot bakgrund av regeringens prioriteringar inom barnrättspolitikerna.

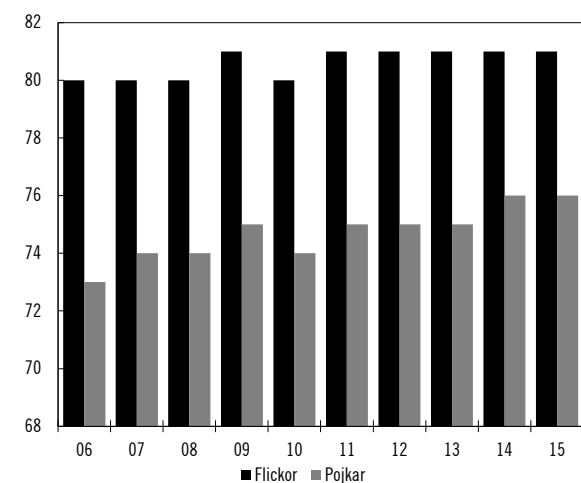
### Skillnader mellan pojkar och flickor

Barnombudsmannen har under 2015 utifrån Max18 tagit fram en temarapport om könsskillnader i skolresultat och psykisk ohälsa.

Av rapporten framgår att flickor i genomsnitt presterar bättre än pojkar i både grundskolan och gymnasieskolan. De får bättre betyg och uppnår bättre resultat i prov som mäter kunskapsnivån inom olika ämnen. Av indikatorn ”Andelen elever som har uppnått grundskolans mål” framgår även att fler flickor än pojkar har betyg i alla ämnen som ingått i elevens utbildning.

**Diagram 8.1 Andelen elever som har uppnått grundskolans mål**

Andel elever i procent



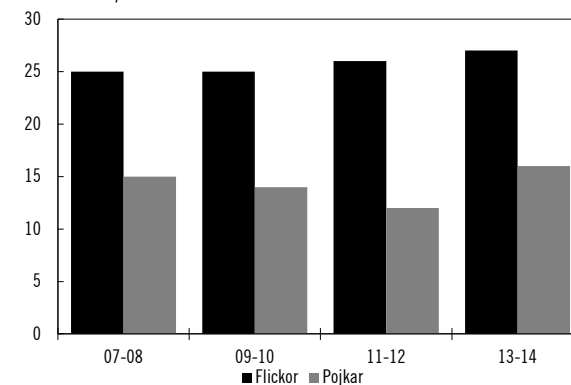
Källa: Max18, Registret över slutbetyg, SCB

Flickor rapporterar oftare än pojkar om både psykiska och psykosomatiska besvär och anser mer sällan än pojkar att de har bra hälsa. Flickor vårdas i högre grad än pojkar för självförvällade skador, medan pojkar är överrepresenterade i självmordsstatistiken. Pojkar och flickor diagnostiseras för olika psykiska sjukdomar och syndrom och vårdas inom olika delar av vårdkedjan.

Indikatorn ”Barn med psykosomatiska besvär” i Max18 visar andelen barn mellan 10 och 18 år som själva uppger att de har psykosomatiska besvär. Psykosomatiska besvär är här definierat som att minst en gång i veckan ha huvudvärk, ont i magen eller svårt att somna.

**Diagram 8.2 Andel barn med psykosomatiska besvär**

Andel barn i procent



Källa Max18, Undersökningar av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF), SCB

Barnombudsmannens rapport visar att det fortfarande finns kunskapsluckor för att kunna förstå orsaken till könsskillnader i skolresultat och psykisk ohälsa.

Barnombudsmannen konstaterar också att det är viktigt att närmare belysa hur flickor och pojkar själva upplever dessa könsskillnader. Regeringen har mot den bakgrunden uppdragit åt Barnombudsmannen att inhämta barns och ungas egna erfarenheter av hur normer och värderingar om kön och könstillhörighet skapar och vidmakthåller hämmande könsroller och strukturer. De erfarenheter och kunskaper som insamlas om hur flickor och pojkar själva upplever ojämställdhet och hur de vill involveras och delta i jämställdhetsarbete ska spridas till relevanta myndigheter och aktörer inom ramen för Barnombudsmannens verksamhetsområde. Uppdraget ska redovisas senast den 10 oktober 2016.

### Barn med funktionsnedsättningar

Barn med funktionsnedsättningar är en grupp av barn som är särskilt angelägen att uppmärksamma ur ett rättighetsperspektiv. Barnrättskommittén har i sina slutsatser och rekommendationer bl.a. efterlyst ökad kunskap om utsattheten bland barn med funktionsnedsättningar. FN:s kommitté för barnets rättigheter och FN:s kommitté för rättigheter för personer med funktionsnedsättning har uttryckt oro över dessa barns situation och bristen på statistik på området. I rekommendationerna från de två olika kommittéerna uppmanas Sverige bland annat att samla in uppgifter och statistik om våld mot barn med funktionsnedsättning.

Barnombudsmannens årsrapport från 2016, Respekt, pekar också på den utsatthet för våld som drabbar flickor och pojkar med funktionsnedsättning och rekommenderar bl.a. att barnets

rättigheter bör tydliggöras i den nationella strategin för funktionshinderpolitiken. Rapporten bygger på intervjuer med 55 pojkar och unga män samt 42 flickor och unga kvinnor i åldrarna 8 till 22 år som har erfarenhet av att leva med en funktionsnedsättning. Här uppmärksammas t.ex. att andelen pojkar med diagnoser är tre gånger så hög som bland flickor, något som enligt Barnombudsmannen delvis beror på att diagnoskriterierna är utvecklade för pojkars symptom. Av rapporten framkommer också att barnen och ungdomarna vill mötas med positiva förväntningar. De vill få information och vara delaktiga. De vill bli respekterade, få leva i trygghet och slippa fördomar, kränkningar och våld i skolan såväl som på fritiden.

Men verkligheten ser ofta annorlunda ut för dessa barn. Barnombudsmannens slutsats är att det krävs genomgripande förändringar i attityder, kunskap och lagstiftning om barnkonventionen ska förverkligas för barn med funktionsnedsättning. I grunden handlar det om att barn med funktionsnedsättning har samma rätt till en egen identitet, till utveckling och till skydd som alla andra barn.

I årsrapporten ingår även en fördjupningsstudie baserad på en enkätstudie till 1 760 slumpmässigt utvalda rektorer på kommunala och fristående skolor om särskilt stöd i skolan. Särskilt stöd ska ges till alla elever som har behov av det. Av enkäten framgick att de flesta rektorer anser att arbetet med särskilt stöd överlag fungerar bra. En del förbättringsområden kunde också identifieras, en del rektorer identifierade till exempel ett behov av större ekonomiska resurser och bättre samverkan mellan skola, huvudman och externa aktörer.

Myndigheten har även tagit fram en förstudie om barn och unga med funktionsnedsättningar i syfte att kartlägga aktuell forskning, statistik och annan relevant kunskap inom området.

För regeringens insatser för barn med funktionsnedsättning (se vidare utg.omr. 9 avsnitt 6).

#### *Barn som lever under ekonomisk och social utsatthet*

I Max18 finns flera olika indikatorer som gör det möjligt identifiera grupper av barn som lever under olika former av ekonomisk utsatthet. Ett exempel är indikatorn ”Andel barn i ekonomiskt utsatta familjer”, som är ett relativt mått som visar andelen barn som lever i de hushåll som har de lägsta inkomsterna i samhället.

En annan indikator, ”Andelen barn som bor i familjer med låg inkomststandard” är istället ett mått på absolut ekonomisk utsatthet. Detta mått visar hur stor andel av barnen som lever i hushåll där inkomsterna inte räcker till för att betala boende och de mest nödvändiga levnadsomkostnaderna. Av Max18 framgår att andelen barn i familjer med låg inkomststandard varierar över landet. Mellan kommuner varierar andelen mellan 2 och 22 procent.

En jämförelse över tid visar att sedan 1990-talet har andelen barn som bor i familjer med låg inkomststandard minskat, för att sedan ligga på en förhållandevis jämn nivå under 2000-talet. Under samma period har emellertid andelen barn i ekonomiskt utsatta familjer, det vill säga barn som lever i familjerna med de lägsta inkomsterna i samhället, ökat.

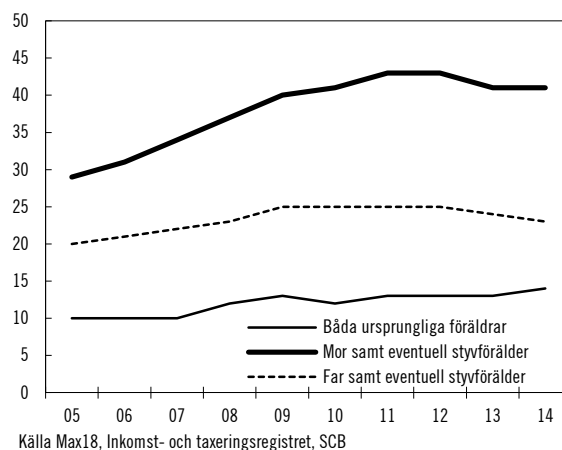
#### *Grupper av barn med lägre levnadsstandard*

Max18 visar också att vissa grupper av barn har generellt en lägre levnadsstandard än andra barn, i både relativa och absoluta mått på ekonomisk utsatthet. Det gäller barn med ensamstående föräldrar, barn vars föräldrar har låg utbildningsnivå, barn med utländsk bakgrund och barn som har bott mindre än fem år i Sverige (se vidare utg.omr. 12 avsnitt 3.5).

I följande diagram redovisas indikatorn andelen barn i ekonomiskt utsatta familjer nedbrutet på olika familjetyper.

**Diagram 8.3 Andelen barn i ekonomiskt utsatta familjer**

Andelen barn i ekonomiskt utsatta familjer i procent per familjetyper



I syfte att vidareutveckla möjligheterna att på kommunal nivå kunna identifiera grupper av barn som lever under ekonomisk utsatthet beslutade regeringen 2014 om medel till Karlskoga kommun för att utveckla indikatorer för ekonomisk utsatthet för barn. Utvecklingsarbetet



har resulterat i att indikatorer tagits fram för att bättre kunna följa utvecklingen och arbetet på kommunal nivå. Projektet har bedrivits i nätverksform och resultat och erfarenheter från projektet har spridits genom nätverk och på konferenser.

Barnombudsmannen har tillsammans med Kronofogden och Konsumentverket uppmanat fordringsägare och ombud att inte skuldsätta barn, utan i stället ingå avtal med barnets vårdnadshavare. Första halvåret 2015 fick Kronofogden in 68 ansökningar om betalningsförelägganden där barn har blivit skuldsatta, att jämföra med 242 ärenden under hela 2014.

#### *Ensamkommande barn*

Enligt Barnombudsmannen saknas data som berör vissa grupper av barn i Max18, inte minst gäller detta barn på flykt och som söker asyl. Det finns emellertid andra rapporter som belyser den svåra situation som dessa barn befinner sig i.

Barnombudsmannen besökte under slutet av 2015 sex kommuner och 13 ankomstboenden för ensamkommande barn. Sammanlagt träffade myndigheten 445 ensamkommande barn för samtal om deras upplevelser av boendena. I samtalen beskrev barnen brister i tillgången till bland annat hälso- och sjukvård, kläder och skor, information om asylprocessen, utbildning och lek och fritid. Baserat på barnens berättelser har Barnombudsmannen under 2016 presenterat en rapport om ensamkommande barn på ankomstboenden. (Se vidare under utg.omr 9 avsnitt 7 för regeringens insatser på området).

### **Stärkt skydd för barn i utsatta positioner**

Barnkonventionen och andra internationella instrument för mänskliga rättigheter tillerkänner barnet rätt till trygghet och skydd, mänsklig värdighet samt fysisk integritet. I enlighet med barnkonventionen ska barnet skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, utnyttjande, vanvård eller försumlig behandling. Behovet av stärkt skydd understryks även i den nationella strategin för att stärka barnets rättigheter.

#### **Skydd mot våld och kränkningar**

Sverige var det första landet i världen som förbjöd barnaga. En viktig del av det kontinuerliga

arbetet med att motverka barnaga är kartläggningar om omfattning av och attityder kring barnaga i Sverige. Den senaste nationella kartläggningen om barnmisshandel genomfördes 2011 av Karlstad universitet och Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Regeringen beslutade i mars 2016 att bevilja Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för att påbörja och genomföra delar av en ny undersökning om förekomsten av kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. Undersökningen kommer att pågå 2016–2018. Resultaten från studierna ska spridas till berörda aktörer under 2017–2018.

Regeringen har också beslutat att bevilja medel till Stiftelsen Allmänna Barnhuset för att genomföra en kunskapssammanställning om den totala utsattheten för våld och kränkningar som drabbar flickor och pojkar med funktionsnedsättning i Sverige.

Det har påtalats i flera offentliga utredningar att det finns ett behov av ett kunskapscentrum för frågor om våld mot barn. Socialstyrelsen redovisade under 2015, efter en utlysning bland universitet och högskolor på regeringens uppdrag, vilket lärosäte som bör få uppgiften att bilda ett nationellt centrum för kunskap om våld och andra övergrepp mot barn.

Linköpings universitet fick i juni 2015 i uppdrag av regeringen att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn. Universitetet har inrättat Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum. Barnafrid ska främja tvärprofessionell kunskapsutveckling och stimulera och stödja samverkan samt årligen lämna förslag på insatser till regeringen. Den första tiden har präglats av att strukturera verksamheten vad gäller bl.a. lokaler, rekrytering av personal och administration. Arbetet med att ta fram en webbplats, som ska bli en kommunikativ informationsportal om våld och andra övergrepp mot barn, har påbörjats. Barnafrid lämnade en första redovisning till regeringen i mars 2016 innehållande bl.a. förslag på insatser.

### **Stärkt stöd och skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp**

2014 lämnade den förra regeringen över skrivelserna Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige (skr. 2013/14:91) till

riksdagen. I denna presenterades en handlingsplan för skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp och innehöll åtgärder i syfte att stärka flickor och pojks rättigheter inom dessa områden under 2014–2015. Målsättningen med dessa åtgärder handlade om att öka kunskapen om barns utsatthet för människohandel, exploatering och sexuella övergrepp, att öka effektiviteten i arbetet för att skydda barn mot dessa övergrepp samt att förbättra och utveckla det internationella samarbetet när det gäller dessa frågor. Åtgärderna har följts upp kontinuerligt.

Inom ramen för handlingsplanen har bland annat Länsstyrelsen i Stockholms län haft regeringens uppdrag att vara nationell samordnare kring dessa frågor med särskilt fokus på att säkerställa barns rättigheter. Länsstyrelsens roll som samordnande och konsultativt stöd har varit fortsatt efterfrågad, visar metodstödteamets ”hotline” dit kommuner, polis, sjukvård och andra berörda från hela landet vänt sig under året. Under 2015 inkom över 70 ärenden via denna ”hotline”. Uppdraget slutrapporterades i januari 2016.

Inom ramen för handlingsplanen till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp fick även Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel av regeringen för att bl.a. använda materialet som har utarbetats av Europarådet för deras informationsinsats ”One in Five” och anpassa denna till svenska förhållanden. I framtagandet av informationen har Stiftelsen Allmänna Barnhuset lyssnat på barn både med och utan egna erfarenheter av sexuella övergrepp.

Ett resultat av de samtal som förts med barn visade på att barn som utsatts för övergrepp ofta berättade om detta för en vän och att det fanns ett behov av särskild information till de barn som fick ta emot detta förtroende. Stiftelsen Allmänna Barnhuset fick därför medel av regeringen för att ta fram ett material som riktar sig till vänner som fått kännedom om att en jämnårig blivit utsatt för sexuella övergrepp.

Under 2015 fick Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) regeringens uppdrag att göra en vetenskaplig kunskapsöversikt kring behandlingsinsatser för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn. Kunskapsöversikten omfattade även bedömningsmetoder av vuxnas risk att begå

sexuella övergrepp mot barn, deras behov av behandling och deras mottaglighet för den.

Uppdraget slutrapporterades i december 2015. Av slutrapporten framgick att det vetenskapliga kunskapsläget inte förändrats sedan tidigare genomförda utvärderingar på området. Enligt Forte finns det bland annat behov av långa uppföljningstider för att studera nytta och risk med interventioner för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn.

För att motarbeta människohandel krävs ett effektivt internationellt samarbete. Därför beslutade regeringen 2016 att inrätta en tjänst som ambassadör för arbetet mot människohandel för samtliga ändamål. Genom ambassadörens arbete ska Sverige bidra till att kvinnors och flickors utsatthet blir särskilt uppmärksammas inom de internationella insatserna mot människohandel.

### 8.4.3 Analys och slutsatser

Nedan redovisas regeringens analys och slutsatser rörande utvecklingen inom barnrättspolitik i relation till områdets målsättningar.

#### *Barnkonventionen behöver få ett ökat genomslag i rättstillämpning*

Regeringen kan utifrån Barnrättsutredningens betänkande konstatera att det finns brister inom de områden utredningen närmare har kartlagt, d.v.s. barn i migrationsprocessen, stöd och service till barn med funktionsnedsättning, barn som har bevittnat våld inom familjen och barn som har utsatts för våld inom familjen. Bristerna gäller särskilt tillämpningen av principen om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter i beslutsprocesser som rör barnet.

Enligt utredningen görs t.ex. alltför sällan avvägningar och bedömningar i de fall barnets intressen ska vägas mot andra intressen. När det gäller barns möjligheter att få komma till tals visar utredningens kartläggning att det ofta inte förs samtal med barn och att det många gånger inte motiveras varför så ej skett. I de fall barn får komma till tals handlar samtalen i många fall om något annat än vad som är av relevans för att få fram ett fullgott beslutsunderlag.

Regeringen konstaterar också att utredningens uppfattningar om bristande rättstillämpning delas av Barnombudsmannen. Myndigheten har i flera årsrapporter om hur barnets rättigheter

tillgodoses inom olika områden t.ex. kunnat konstatera att barn sällan eller aldrig får möjlighet att uttrycka sina åsikter inom ramarna för beslutsprocesser.

*Det finns ett behov av ökad kunskap om barnets rättigheter*

Regeringen konstaterar att det finns ett fortsatt stort kunskapsbehov om hur bestämmelserna i barnkonventionen kan implementeras i olika verksamheter som berör barn. Det saknas framförallt kunskap och kompetens om vad barnkonventionen och ett barnrättsperspektiv innebär i praktiken och i förhållande till den egna verksamheten, t.ex. om hur barnets bästa kan prövas i beslutsprocesser och hur barns egna åsikter ska kunna samlas in och omhändertas i specifika ärenden.

Då bestämmelserna i barnkonventionen berör de flesta samhällssektorer, beslutsfattare och yrkesverksamma på många olika nivåer är utbildningsbehovet omfattande, och i samband med en inkorporering av barnkonventionen, också angeläget. Regeringen konstaterar att kunskapsbehovet behöver mötas och att målgrupperna för sådana kunskapsinsatser är många. Vissa myndigheter är t.ex. mot bakgrund av sina ansvarsområden centrala för genomförandet av barnets rättigheter. Även kommuner och landsting har ett stort kunskapsbehov och utgör viktiga målgrupper.

*Barn behöver mer kunskap om sina rättigheter*

Det är regeringens uppfattning att för att alla barns rättigheter ska kunna tillgodoses är det nödvändigt att de känner till sina rättigheter. Det är oklart i vilken utsträckning så är fallet. Barnombudsmannen har vid flera tillfällen konstaterat att långt ifrån alla barn känner till de rättigheter de har inom olika områden, t.ex. vad gäller rätt att få stöd och skydd.

Barnrättsutredningen har vidare konstaterat att många myndigheter är otillgängliga för barn och inte heller anpassade till barns förutsättningar, vilket gör det svårt för barn att på egen hand utkräva sina rättigheter.

Då barnets rättigheter, såsom ovan har påpekats, berör många olika sektorsområden och aktörer följer att många aktörer behöver ta ansvar för att informera barn om sina rättigheter inom de egna verksamhetsområdena.

*Stöd till särskilt utsatta barn*

Av Barnombudsmannens och FN:s barnrättskommittés granskningar av efterlevnaden av barnkonventionen framkommer att vissa grupper av barn i Sverige inte får sina rättigheter tillgodosedda i samma utsträckning som andra. Mot bakgrund av svenska konventionsåtaganden samt regeringens uttalade ambition att minska klyftorna i Sverige anser regeringen att det är fortsatt angeläget att uppmärksamma och förbättra dessa barns situation. Inte minst är det viktigt att uppmärksamma skillnader mellan pojkar och flickor och att åtgärder för att stärka efterlevnaden av barnets rättigheter tar hänsyn till alla barns behov. En viktig grund i arbetet är att ta del av barns egna erfarenheter av sådana skillnader.

Enligt artikel 19 i barnkonventionen har alla barn rätt till skydd mot våld. Sverige har på många sätt varit framgångsrikt i att förebygga och förhindra våld mot barn, något som bekräftas av de återkommande mätningarna av föräldrars attityder till barnaga. Likväl kan misstänkas, på basis av de uppgifter som regeringen har tagit del av, att vissa grupper av barn är mer utsatta för våld än andra. Enligt Barnombudsmannen gäller det t.ex. barn med funktionsnedsättningar. Det är därför fortsatt angeläget att motverka våld mot barn genom kartläggning, kunskapsutveckling och förebyggande arbete.

Regeringens arbete mot människohandel med barn, exploatering och sexuella övergrepp är fortsatt prioriterat och pågår inom olika politikområden. Regeringen bedömer att handlingsplanen från 2014 har varit framgångsrik men att det krävs fortsatta åtgärder för att motverka människohandel med barn, exploatering och sexuellt utnyttjande av barn. Det finns t.ex. ett stort behov av att fylla kunskapsluckor som identifierats och som kvarstår samt av implementering av befintlig kunskap och samordning mellan relevanta aktörer.

Det är också tydligt att skydd av utsatta barn i många fall kräver internationellt samarbete. När det gäller sexuell exploatering av barn är detta ett globalt problem där förövare och offer inte sällan befinner sig i olika länder. Även när det gäller att skydda barn till utsatta EU-medborgare som saknas uppehållsrätt i Sverige samt främja skyddet av deras rättigheter är behovet av internationellt samarbete nödvändigt. Behovet av internationellt samarbete för att stärka skyddet av barn är tydligt vad gäller barn på flykt. De

åtgärder som regeringen har vidtagit har tillsammans med politiska förändringar i andra länder och inom EU gjort att färre personer nu söker asyl i Sverige. Regeringen avser att noga följa effekter och konsekvenser av olika åtgärder, bl.a. för barn och ur ett barnrättsperspektiv.

## 8.5 Politikens inriktning

Målet med barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande och innebär att varje barn, oavsett kön, ska få sina rättigheter tillgodosedda.

Inom barnrättspolitiken initieras och samordnas processer i syfte att främja och skydda barnets intressen och rättigheter i samhället. Insatser sker inom flera olika politikområden. Detta ställer krav på ett långsiktigt, systematiskt och strategiskt arbete men också särskilda punktinsatser för att säkerställa rättigheterna för särskilt utsatta grupper av barn. Det gäller inte minst mot bakgrund av den utsatta situationen för t.ex. ensamkommande och nyanlända barn. (Se vidare under bl.a. utg.omr. 9 avsnitt 7.8 och utg.omr. 16 avsnitt 10 angående regeringens satsningar gällande dessa barn).

Regeringen avser att inom barnrättspolitiken under 2017 särskilt lyfta fram bl.a. följande områden:

- Ett strategiskt och systematiskt arbete på internationell nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter.
- Skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp.
- Skydd av barn mot våld.

### **Ett strategiskt och systematiskt arbete på internationell nivå**

Regeringen avser att fortsätta bidra till arbetet med att stärka barnets rättigheter på internationell nivå. Sverige ska, i enlighet med bestämmelserna i barnkonventionen, följa den internationella utvecklingen avseende tolkning och tillämpning av bestämmelserna i densamma.

Viktiga sammanhang för internationellt utbyte och samarbete i barnrättsfrågor är EU och Europarådet. Den av Europarådet antagna strategin för barnets rättigheter för 2016–2021 förväntas utgöra ett viktigt forum för regeringens internationella samarbete framöver. Regeringen avser att inom EU och Europarådet bl.a. driva frågor om skydd av barn mot våld och sexuella övergrepp samt frågor som rör främjandet av rättigheterna för barn på flykt.

Internationellt samarbete och utbyte kommer också att ske inom ramarna för Agenda 2030, som kommer att vara en viktig samlingspunkt för såväl det nationella som det internationella arbetet för barn nu och i framtiden och särskilt för främjande och skydd av barnets rättigheter. Mer konkret kommer Sverige att delta i det Globala partnerskapet för att eliminera alla former av övergrepp och våld mot barn. Sverige kommer vara ett s.k. vägvisarland och som sådant tillsammans med andra aktörer bidra till att sprida framgångsrika lösningar för att eliminera våld mot barn. Den sociala barn- och ungdomsvården, socialarbetarnas roll samt arbetet med barn som söker asyl och barn befinner sig på flykt är exempel på frågor som regeringen avser förmedla svenska erfarenheter av inom partnerskapet.

Andra forum för internationellt samarbete i barnrättsfrågor är bl.a. de samarbetsavtal som regeringen ingått med andra länder. Regeringen avser också att fortsätta det svenska engagemanget i det internationella arbetet mot barnaga.

### **Ett strategiskt och systematiskt arbete på nationell, regional och lokal nivå för att tillförsäkra barn deras rättigheter**

#### *Inkorporeringen av barnkonventionen*

Regeringen avser att göra barnkonventionen till lag. Barnrättsutredningen (S 2013:08) lämnade under 2016 förslag till en lag om inkorporering av barnkonventionen samt redovisade en kartläggning inom särskilt angelägna områden av hur tillämpningen av lagar och andra föreskrifter överensstämmer med barnets rättigheter enligt FN:s konvention om barnets rättigheter och de tilläggsprotokoll som Sverige tillträtt.

Utredningen identifierade fyra områden som särskilt angelägna: barn i migrationsprocessen, stöd och service till barn med vissa funktions-

nedsättningar inom ramen för LSS, barn som bevittnat våld inom familjen och barn som utsatts för våld inom familjen. Betänkandet är remitterat med slutdatum 15 oktober 2016. Utredningens förslag och remissinstansernas synpunkter kommer därefter att beredas i Regeringskansliet..

#### *Ökad kunskap om barnets rättigheter i offentlig verksamhet*

Erfarenheter från andra länder visar att en inkorporering av barnkonventionen i nationell lagstiftning aktualiserar frågor om hur barnets rättigheter kan och bör omsättas i praktiken av offentliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå. För att barnkonventionen som lag ska få avsedd effekt och för att förbättra tillämpningen av lagstiftningen anser regeringen det vara av stor vikt att öka kunskapen om vad konventionen innebär på alla nivåer i samhället.

Regeringen avser därför att fortsätta det långsiktiga och systematiska arbetet för att barnkonventionen ska genomsyra alla delar av regeringens politik och prägla alla samhällsområden som rör barn och stärka barnrättsperspektivet på alla nivåer.

#### *Ökad kunskap om barnets rättigheter bland barn och unga*

Barnrättighetsutredningen lyfter också fram vikten av barns och ungas möjligheter att utkräva sina rättigheter. I betänkandet konstateras bland annat att barn och unga inte får tillräcklig information om de rättigheter de har och utredningen föreslår att de myndigheter som är centrala för att säkerställa barnets rättigheter får i uppdrag att vidta åtgärder för att göra den egna verksamheten känd, tillgänglig och anpassad för barn.

Regeringen anser att barn och ungas kunskap om sina rättigheter är ett angeläget område. Barnombudsmannens uppdrag att skapa en portal med information för att underlätta skolans undervisning om barnets rättigheter fortsätter fram till 2018.

Barn och ungas egna erfarenheter av hur barnets rättigheter tillämpas bör tas tillvara. Regeringen anser att det bl.a. är av stor vikt att öka och sprida kunskapen om hur flickor och pojkar själva upplever ojämställdhet inom områden där skillnader mellan könen har konstaterats. Erfarenheterna av Barnombudsmannens uppdrag att inhämta och sammanställa flickors och pojkars egna erfarenheter av ojämställdhet ska mot den

bakgrunden beaktas. Även erfarenheterna från uppdraget till MUCF och UMO (ungdomsmottagning på nätet) om barns rätt till sexuell och reproduktiv hälsa riktad till nyanlända och asylsökande unga kommer att vara värdefulla (Se vidare utg.omr 13 regeringens satsningar på ökad jämställdhet).

#### *Uppföljning av barnrättspolitiken*

Uppföljning av insatser och åtgärder är en central del av den strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige som riksdagen antog 2010 (prop. 2009/10:232). Ett strategiskt viktigt instrument för uppföljning och utvärdering är det webbaserade uppföljningssystemet Max18. Systemet gör det möjligt att identifiera grupper av barn som av olika skäl inte får sina rättigheter tillgodosedda inom olika områden i samma utsträckning som populationen i stort. Systemet gör det även möjligt att (i de flesta fall) redovisa könsuppdelad statistik och är ett viktigt instrument för både barnrättspolitik och jämställdhetspolitik.

För att kunna förbättra möjligheten att följa insatser och åtgärder inom barnrättspolitiken behöver systemet utvecklas och spridas. Regeringen anser att det är angeläget att kunna följa upp planerade kunskapsatsningar.

Regeringen följer noggrant situationen för särskilt utsatta barn, t.ex. barn på flykt. Regeringen avser bl.a. att vid Socialstyrelsen inrätta ett nationellt kunskapscentrum för att fördjupa och sprida kunskap om hur dessa barn kan bemötas och stödjas. (Se vidare utg.omr. 9 avsnitt 4.6)

#### *Strategiskt arbete med slutsatser och rekommendationer från barnrättskommittén*

Barnrättskommitténs slutsatser och rekommendationer från 2015 berör många politikområden och samhällssektorer varför omhändertagandet av dem kräver insatser av olika aktörer och samverkan dem emellan. Inte minst har kommuner och landsting tillsammans med regeringen en viktig roll vad gäller Sveriges förmåga att leva upp till rekommendationerna. Ökad kunskap om barnkonventionen hos statliga myndigheter, kommuner och landsting kan förväntas bidra till att förbättra förutsättningar för arbetet med att omhänderta rekommendationerna. Det civila samhället bidrar bl.a. genom sin kunskap om specifika grupper av barns livsvillkor. I syfte att skapa en mer kontinuerlig dialog och kunskapsutbyte i frågor som rör barnets rättigheter med

det civila samhället har regeringen inrättat en barnrättsdelegation.

### **Skydd av barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp**

#### *Handlingsplan 2016–2018 till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp*

Att motverka människohandel, liksom exploatering och sexuella övergrepp, mot barn är en högt prioriterad fråga för regeringen. Därför har en uppdaterad handlingsplan till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp beslutats. (skr.2015/16:192) Den nya handlingsplanen innehåller åtgärder för perioden 2016–2018 i syfte att möta utmaningar som identifierats och som kvarstår.

Regeringens syfte med handlingsplanen är att förebygga dessa kränkningar och effektivt skydda och stödja barnen samt bidra till att gärningsmännen lagförs. Handlingsplanen innehåller därför flera åtgärder inom dessa områden. Vidare återspeglar handlingsplanen även regeringens ambition att vara drivande i dessa frågor på den internationella arenan. Åtgärderna i handlingsplanen bidrar också till att nå delmålen i Agenda 2030 om att eliminera övergrepp, utnyttjande, människohandel och alla former av våld eller tortyr mot barn.

Utvecklingen inom dessa områden pågår ständigt och det är angeläget att följa den. Regeringen avser därför att följa upp handlingsplanen under 2016 – 2018 och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Flera åtgärder i handlingsplanen omfattar åtgärder som bidrar till att stärka stöd och skydd för barn på flykt.

Regeringen anser att det är angeläget att frågan om människohandel lyfts även på den internationella agendan. Regeringen har därför tillsatt en ambassadör för arbetet mot människohandel som ska verka främjande kring frågor om människohandel och bidra till att internationella insatser mot människohandel förstärks, inte minst inom FN-systemets olika delar, OSSE och övriga internationella fora. Jämställdhets- och barnrättsperspektivet ska uppmärksammas särskilt.

### **Skydd av barn mot våld**

Regeringens nationella insatser och åtgärder för att förebygga våld och kränkningar utgår från barnkonventionen, barnrättskommitténs slutsatser och rekommendationer. Även den kunskap vi har genom bl.a. forskning och statistik om våldsutsatthet och villkor i skolan, särskilt sådan som lyfter fram jämställdhetsaspekter och skillnader mellan flickor och pojkar, är en viktig utgångspunkt. Deltagandet i det globala partnerskapet för att eliminera våld mot barn innebär att Sverige även får tillgång till en arena för utbyte av kunskaper och erfarenheter från andra länder.

Det krävs kontinuerlig uppföljning av förekomsten av våld samt beteenden och attityder bland såväl barn och unga som föräldrar för att kunna anpassa förebyggande insatser. Genom arbetet vid det nyligen inrättade kunskapscentrumet Barnafrid vid Linköpings universitet ska tvärprofessionell kunskapsutveckling och samverkan främjas. Även verksamheten vid det nationella kunskapscentret avseende ensamkommande barn förväntas bidra till ett ökat skydd för den här gruppen av barn.

Det är vidare regeringens uppfattning att en förstärkning av socialtjänsten och den sociala barn- och ungdomsvården, liksom av arbetet inom vård och omsorg mot våld i nära relationer, bidrar till att öka skyddet för barn och unga mot våld och övergrepp. (Se vidare under utg.omr. 9 avsnitt 7.8 och utg.omr 13 avsnitt 5.5). Även det strategiska arbetet för att mäns våld mot kvinnor ska upphöra förväntas bidra till ökat skydd mot våld för barn och unga. (Se vidare utg.omr 13 avsnitt 5.5 och utg.omr. 4 avsnitt 2.4, se även utg.omr. 13 avsnitt 4.5 angående hbtq-personers utsatthet).

Barnrättskommittén har uttryckt oro över att i Sverige utsätts barn med funktionsnedsättning för mer våld än barn som inte har någon funktionsnedsättning. Olika undersökningar, till exempel Barnombudsmannens årsrapport, indikerar att barn med funktionsnedsättningar är en särskilt utsatt grupp. Regeringen har mot den bakgrunden beviljat medel till Stiftelsen Allmänna Barnhuset för att göra en kunskaps-sammanställning om detta. Sammanställningen kommer att vara värdefull för såväl förebyggande arbete som metodutveckling inom denna fråga.

## 8.6 Budgetförslag

### 8.6.1 5:1 Barnombudsmannen

**Tabell 8.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

| 2015        | Utfall         | 23 691              | Anslags-<br>sparande | 202    |
|-------------|----------------|---------------------|----------------------|--------|
| 2016        | Anslag         | 24 289 <sup>1</sup> | Utgifts-<br>prognos  | 24 139 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>24 557</b>       |                      |        |
| 2018        | Beräknat       | 24 993 <sup>2</sup> |                      |        |
| 2019        | Beräknat       | 25 495 <sup>3</sup> |                      |        |
| 2020        | Beräknat       | 26 057 <sup>4</sup> |                      |        |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 24 558 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 24 558 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 24 558 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

**Tabell 8.3 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 5:1 Barnombudsmannen**

Tusental kronor

|   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016 <sup>1</sup></b>          | <b>24 289</b> | <b>24 289</b> | <b>24 289</b> | <b>24 289</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |               |               |               |               |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 272           | 707           | 1 209         | 1 771         |
| Beslut                                    | -4            | -3            | -3            | -3            |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |               |               |               |               |
| Övrigt                                    |               |               |               |               |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>24 557</b> | <b>24 993</b> | <b>25 495</b> | <b>26 057</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 24 557 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 24 993 000 kronor, 25 495 000 kronor respektive 26 057 000 kronor.

### 8.6.2 5:2 Barnets rättigheter

**Tabell 8.4 Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter**

Tusental kronor

| 2015        | Utfall         | 20 813              | Anslags-<br>sparande | 12 948 |
|-------------|----------------|---------------------|----------------------|--------|
| 2016        | Anslag         | 33 761 <sup>1</sup> | Utgifts-<br>prognos  | 32 973 |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>27 761</b>       |                      |        |
| 2018        | Beräknat       | 22 261              |                      |        |
| 2019        | Beräknat       | 22 261              |                      |        |
| 2020        | Beräknat       | 22 261              |                      |        |

<sup>1</sup> Inklusivt beslut om ändringar i statens budget 2016 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 barnkonventionen.

#### Regeringens överväganden

I budgeten för 2014 beslutade riksdagen om en tidsbegränsad satsning på tidiga insatser för barn och unga under åren 2014–2017. De tillfälliga medel som avsatts för ändamålet på detta anslag minskas med 6 miljoner kronor mellan 2016 och 2017.

**Tabell 8.5 Härledning av anslagsnivån 2017–2020, för 5:2 barnets rättigheter**

Tusental kronor

|   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016 <sup>1</sup></b>        | <b>33 761</b> | <b>33 761</b> | <b>33 761</b> | <b>33 761</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>        |               |               |               |               |
| Beslut                                  | -6 000        | -11 500       | -11 500       | -11 500       |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag |               |               |               |               |
| Övrigt                                  |               |               |               |               |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b> | <b>27 761</b> | <b>22 261</b> | <b>22 261</b> | <b>22 261</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 27 761 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Barnets rättigheter* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 22 261 000 kronor för respektive år.





## 9 Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning

### 9.1 Omfattning

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

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) finansierar grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet och inom social- och folkhälsovetenskap. Forte och Vetenskapsrådet har delat ansvar inom sina respektive forskningsområden för en forsknings-satsning inom området åldrande och hälsa samt för vårdforskning (se bl.a. Fortes regleringsbrev för 2016 och 2012 års proposition Forskning och innovation (prop. 2012/13:30)). Forte har vidare regeringsuppdrag på särskilda områden.

### 9.2 Utgiftsutveckling

**Tabell 9.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde Forskning under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning**

*Miljoner kronor*

|   | Utfall<br>2015 | Budget<br>2016 <sup>1</sup> | Prognos<br>2016 | Förslag<br>2017 | Beräknat<br>2018 | Beräknat<br>2019 | Beräknat<br>2020 |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd:<br>Förvaltning                                      | 29             | 34                          | 33              | <b>34</b>       | 35               | 35               | 36               |
| 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd:<br>Forskning  | 517            | 506                         | 498             | <b>547</b>      | 612              | 662              | 692              |
| <b>Totalt för utgiftsområde Forskning under utgiftsområde<br/>16 Utbildning och universitetsforskning</b> | <b>545</b>     | <b>539</b>                  | <b>531</b>      | <b>581</b>      | <b>646</b>       | <b>697</b>       | <b>728</b>       |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

### 9.3 Mål för området

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 (utg.omr. 16 avsnitt 9.5).

Regeringen avser att se över målet för forskningspolitiken i den forskningspolitiska proposition som regeringen kommer att presentera under hösten 2016.

### 9.4 Resultatredovisning

Regeringens uppföljning av forskningspolitikens mål redovisas under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

#### 9.4.1 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Grunden för bedömning av Fortes resultat är myndighetens redovisning av sin verksamhet, inklusive de processer som Forte har för utlysningar och krav för att få forskningsmedel, bedömningar av ansökningar, granskningar och utvärderingar av forskning m.m. Ansökningstryck i förhållande till beviljat forskningsstöd ger en bild av konkurrensen om forskningsstöd. Nyttiggörande av forskningsresultat bedöms bl.a. utifrån Fortes olika insatser för att kommunicera forskningsresultat med olika målgrupper.

Det är generellt sett svårt att mäta måluppfyllelse för forskningspolitiken och resultatet av forskning inom olika områden. Forskningsresultat kan komma till nytta för annan forskning eller för samhället i övrigt, men det kan ta många år och effekterna är svåra att avgränsa och mäta.

#### 9.4.2 Resultat

##### Forskningsmedel

Forte fördelar forskningsbidrag efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Under 2015

fick Forte in totalt drygt 1 200 ansökningar om forskningsstöd till en summa av 1,1 miljarder kronor. Myndigheten beviljade 291 miljoner kronor till 133 av dessa ansökningar. Beviljandegraden för alla bidragsformer var 11 procent.

Antalet ansökningar minskade 2015 med ca 600 stycken jämfört med 2014. Minskningen beror bl.a. på att vissa resebidrag har tagits bort för att effektivisera hanteringen.

Forte stöder forskning på många olika sätt. Myndigheten prioriterar stödformer som särskilt riktar sig till yngre forskare, bl.a. juniorforskarbidrag som ges för fyra år med en högre genomsnittlig bidragsstorlek. Forte beviljar vidare medel till forskarskolor och s.k. postdoktorsansökningar. Stöd till postdoktorbidrag ger yngre, nydisputerade forskare möjlighet att i nära anslutning till sin doktorsexamen fortsätta sin forskarkarriär.

Medel beviljas vidare till treåriga forskningsprojekt, till sexåriga s.k. programstöd, och till långsiktiga satsningar på starka forskningsmiljöer, s.k. Forte-center, som kan ges stöd i upp till tio år. Forte ger också bidrag till forskningsvistelser i utlandet, gästforskare, nätverk samt konferenser och symposier.

Drygt 70 procent av ansökningarna om forskningsbidrag gäller projekt. Forte bedömer ansökningar om projektbidrag och juniorforskarbidrag i två steg. Först bedöms en skiss, därefter en fullständig ansökan. För treåriga projekt var beviljandegraden nio procent; elva för män och åtta för kvinnor. I genomsnitt beviljade Forte 2,8 miljoner kronor för treåriga projekt, vilket i genomsnitt är ca 72 procent av det sökta beloppet.

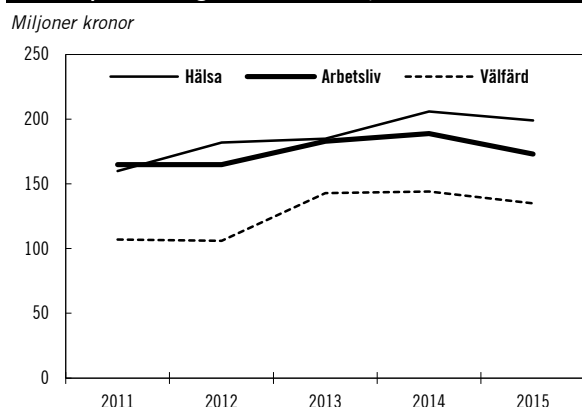
Hur mycket forskningsstöd som går till olika bidragsformer, områden eller lärosäten liksom utlysningarnas inriktning varierar mellan åren. Därför görs en redovisning nedan med tonvikt på femårsperioden 2011–2015.

##### Forskningsmedel fördelat på områden

Det sammanlagda forskningsstödet 2015 till forskningsområdena hälsa, arbetsliv och välfärd har ökat jämfört med 2011. Forskningsområdet hälsa har fått något mer utbetalda forskningsmedel än områdena arbetsliv och välfärd.

Procentuellt sett har forskningsstöd till området välfärd ökat mest.

**Diagram 9.1 Av Forte utbetalt forskningsstöd 2011–2015 fördelat på forskningsområdena hälsa, arbetsliv och välfärd.**



Källa: Forte.

### Könsperspektiv på forskningsstöd

Forte ska enligt sin instruktion främja jämställdhet mellan kvinnor och män inom sitt verksamhetsområde och fr.o.m den 1 juni 2015 verka för att ett könsperspektiv får genomslag i forskningen. Nedan redovisas uppgifter om fördelningen av kvinnors och mäns ansökningar av olika typer av forskningsstöd, i vilken utsträckning dessa har beviljats och hur mycket medel som har utbetalats.

#### Ansökningar om forskningsbidrag

Av forskare som har sökt bidrag hos Forte (alla stödformer) har andelen kvinnor ökat något från 57 procent 2011 till 59 procent 2015. Andelen män har samtidigt minskat från 43 procent till 41 procent. Män och kvinnor har dock något olika sökmönster, och det finns vissa skillnader i beviljandegrad för olika bidragsformer.

Fler kvinnor än män har sammantaget under 2011–2015 sökt juniorforskarbidrag, postdoktorbidrag, projektbidrag och program. Bland de fåtal som sökte anställningar och centrumbidrag under samma tidsperiod fanns dock fler män än kvinnor.

Andelen beviljade ansökningar totalt under femårsperioden 2011–2015 var nästan lika för män och kvinnor när det gäller postdoktorer och projektmedel.

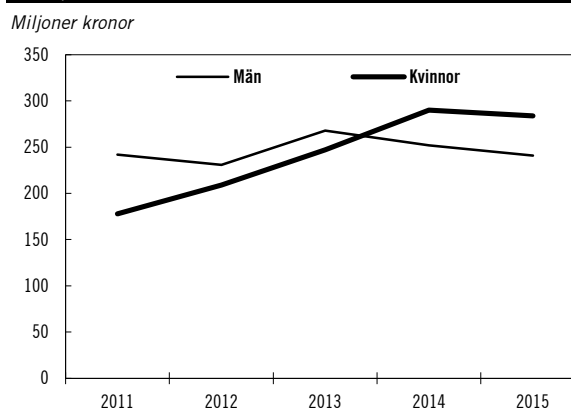
#### Beviljade forskningsbidrag

Det finns könsskillnader i beviljandet av de större och mer långsiktiga bidragsformerna.

Drygt hälften av de ca 300 ansökningarna om programbidrag 2011–2015 kom från kvinnor, 54 procent, jämfört med 46 procent från män. Andelen män som beviljades programbidrag var dock dubbelt så hög för män som för kvinnor, ca 12 procent respektive 6 procent. Under 2011–2015 har endast ett centrumstöd lyst ut. Fem män och tre kvinnor sökte centrumbidrag under 2013 och en man beviljades bidraget.

Summan av de forskningsmedel som har betalats ut till kvinnor har ökat med ca 60 procent totalt 2011–2015. Summan av utbetalda forskningsmedlen till män är i huvudsak på oförändrad nivå. Detta har inneburit att andelen av de utbetalda medlen som går till kvinnor har ökat från 42 procent 2011 till 54 procent 2015, och andelen som fördelas till män har minskat under samma period från 58 procent till 46 procent.

**Diagram 9.2 Av Forte utbetalt forskningsstöd 2011–2015 fördelat på män resp. kvinnor inom forskningsområdena hälsa, arbetsliv och välfärd.**



Källa: Specialbearbetning av underlag från Forte.

Det är en jämn könsfördelning om man ser till Fortes sammanlagda utbetalda forskningsstöd på cirka 2,3 miljarder kronor 2011–2015. Under denna period gick 48 procent av medlen till kvinnor och 52 procent till män, en skillnad på endast cirka 70 miljoner kronor.

Det är något olika sökmönster mellan kvinnor och män för de olika forskningsområdena. Inom området hälsa går något mer än hälften av medlen 2011–2015 till kvinnor, inom arbetsliv och välfärd något mer än hälften till män.

Olikheter i sökmönster och i beviljande av ansökningar för män och kvinnor återspeglas i könsfördelning av utbetalt forskningsstöd 2011–2015. Andelen av det sammanlagda bidragsbeloppet som gick till män 2011–2015 är högre för de mer långsiktiga stödformerna, med

mer pengar. Bidrag till program och centra gick till män i större utsträckning än till kvinnor; 64 resp. 57 procent. Av de utbetalda projektmedlen gick något mer till kvinnor än till män; 51 resp. 49 procent.

**Tabell 9.2 Utbetalt forskningsbidrag 2011–2015 i miljoner kronor för olika bidragstyper, fördelat på andel kvinnor och män.**

|                            | Utbetalt stöd | Andel kvinnor | Andel män |
|----------------------------|---------------|---------------|-----------|
| Anställningar <sup>1</sup> | 21            | 76            | 24        |
| Postdok                    | 100           | 76            | 24        |
| Projekt                    | 1383          | 51            | 49        |
| Program                    | 379           | 36            | 64        |
| Centra                     | 373           | 43            | 57        |
| <b>Samtliga</b>            | <b>2256</b>   | <b>48</b>     | <b>52</b> |

<sup>1</sup> Sista året som bidrag till anställningar gavs var 2011.  
Källa: Specialbearbetning av underlag från Forte

### *Flera faktorer påverkar könsfördelningen*

En ojämn könsfördelning i forskningsstöd kan bero på många olika faktorer bl.a. utlysningarnas inriktning och områden, om män och kvinnor söker forskningsstöd i samma utsträckning, den relativa konkurrensen om medel och i vilken utsträckning unga eller mer etablerade forskare söker bidrag, samt hur nytänkande, erfarenhet och meritering bedöms för män och kvinnor. Inverkan av dessa faktorer varierar över åren.

Beredningsgruppernas sammansättning, könsfördelning och kompetens kan också ha betydelse för hur forskningsmedel beviljas. Sammantaget var 54 procent av bedömarna kvinnor och 46 procent män i Fortes tio beredningsgrupper 2016. Hälften av ordförandena var män och hälften kvinnor.

### **Forskning om migration och integrering**

Forte har ett samordningsansvar för bl.a. forskning om internationell migration och etniska relationer. Denna forskning är tvärvetenskaplig och berör många olika samhällssektorer. Den omfattar hela migrationsprocessen, d.v.s. sådana förhållanden i såväl ursprungslandet som destinationslandet som har betydelse för migrationen eller påverkas av denna.

Forte har under lång tid stött långsiktig forskning inom detta område, och har bl.a. bidragit till forskning om migration och integrationsfrågor i förhållande till arbetsmark-

nadens och välfärdsstatens omvandling, där en viktig frågeställning är hur möjligheten att få arbete och utbildning påverkas av den etniska bakgrunden.

Forte har vidare tagit fram en översikt av svensk forskning om mottagandet av nyanlända barn och unga och kompletterat denna med intervjuer med olika välfärdsaktörer hösten 2015 om deras beskrivning av arbetssituationen i samband med flyktingmottagningen.

### **Särskilda forskningssatsningar m.m.**

Regeringen har i maj 2016 gett Forte i uppdrag (S2016/03613/SF) att förbereda och genomföra en utlysning av forskningsmedel som bidrar till att sjukskrivna personer återgår i arbete. Syftet är att öka kunskaperna om vilka faktorer och åtgärder inom hälso- och sjukvård i samarbete/kontakt med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen som bidrar till att sjukskrivna till följd av psykiska sjukdomar eller tillstånd och smärttillstånd återgår i arbete.

Regeringen har vidare avsatt tillfälliga medel för arbetslivsforskning 2015–2018 till Forte och Arbetsmiljöverket (AV). Forte gjorde under hösten 2015 en förstudie inför utlysning av forskningsmedel rörande arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer. Under våren 2016 har Forte lyst ut totalt 38 miljoner kronor (se vidare under utg.omr. 14 avsnitt 5.4).

Inom forskningsområdena hälsa och arbetsliv stödjer Forte vidare projekt som rör hälsoförhållanden med hänsyn till klimat och miljö, både inomhus och utomhus.

### **Utvärderingar och kvalitet**

Forte fördelar forskningsmedel efter utlysning och ansökan i öppen konkurrens. Forte har ökat andelen internationella bedömare i bedömargrupperna.

Under 2015 publicerades på initiativ av Fortes styrelse en utvärdering av svensk forskning om arbetsorganisation. Vidare redovisade Forte våren 2015 en internationell kunskaps-sammanställning med fokus på verkningbara metoder för återgång i arbete som tagits fram på uppdrag av regeringen. I uppdraget ingick också att utvärdera den s.k. Rehsam-satsningen, ett forskningsprogram för bättre och effektivare

rehabilitering för personer med smärta eller psykisk ohälsa som har bedrivits inom ramen för överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin (se vidare under utg.omr. 10 avsnitt 3.4), och att utveckla en modell för målgruppsanpassad kommunikation av forskningsresultat.

### Strategi och analys

Forte har tagit fram en strategisk agenda för 2015–2018. Forte har medverkat i arbetet med att följa upp de strategiska satsningarna från den forsknings- och innovationspolitiska propositionen 2008.

Myndigheten har sett över utlysningssystem, beredningsprocesser och administrativa stödssystem. Forte har beslutat införa en mer rättsäker och effektiv beredningsorganisation från den 1 januari 2016. Kompetensförsörjningen ses över bl.a. utifrån Fortes utvidgade internationella verksamhet, och mot bakgrund av digitalisering av ansöknings- och projekthantering samt kommande generationsväxling.

### Samverkan och samarbete

Forte samverkar med övriga statliga forskningsfinansierare på flera olika sätt. Forte och Vinnova har en överenskommelse om samverkan och samfinansiering av innovativa projekt inom vård och omsorg. Under 2012–2017 driver Forte tillsammans med Vetenskapsrådet, Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (Formas) och Vinnova ett forskningsprogram om barns och ungdomars psykiska hälsa, där myndigheterna tillsammans satsar 300 miljoner kronor.

Vidare samverkar Forte med myndigheter och andra aktörer. Forte ingår fr.o.m. den 1 juli 2015 i Rådet för styrning med kunskap (se förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst). Rådet ska bl.a. vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Fortes deltagande i rådet skapar en brygga mellan forskarsamhället och myndigheterna.

Forte har vidare i samband med regeringsuppdraget inför den forskningspolitiska

propositionen hösten 2016 inventerat strategiska frågeställningar och forskningsbehov i kommunikation med externa forskningsintressenter.

Forte samarbetar med brukar-, bransch- och intresseorganisationer samt med Föreningen Sveriges Socialchefer. Annan samverkan som Forte prioriterar rör kunskapsöverföringen inom olika samhällsområden som till exempel Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård (NSK), Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S) och SBU:s styrgrupp för vetenskapliga kunskapsluckor.

Forte arbetar för att främja internationalisering av svensk forskning inom sitt verksamhetsområde och samarbetar med utländska forskare och finansiärer. Forte deltar i flera nordiska samarbeten och har ett ökande engagemang på internationell och europeisk nivå, bl.a. inom ramen för Sveriges bilaterala samarbetsavtal med Indien, Sydafrika och Kina och till följd av uppdrag i samband med EU:s åttonde ramprogram Horisont 2020. Forte deltar också i flera av EU:s s.k. Joint Programming Initiative (JPI).

### Kommunikation och nyttiggörande

Genom samverkan samt flera former och kanaler har Forte utvecklat en målgruppsanpassad kommunikation om både forskningsbehov och forskningsresultat, vilket bidrar till relevans och nyttiggörandet. Under 2015 har myndigheten anordnat och bidragit till seminarier och konferenser, informerat om forskning i nyhetsbrev, på sociala medier, genom kunskapsöversikter i Forskning i korthet samt forskningsmagasinet Forte. Fortefinansierad forskning presenteras på nätet i form av teman inom samhällsrelevanta ämnesområden. Myndighetens webbplats har under 2015 haft drygt 220 000 externa besök, vilket är en fortsatt ökning jämfört med tidigare år. Forte är också delägare i forskningsportalen forskning.se.

Forte bidrar vidare till forskares kunskapsförmedling genom att ge bidrag till publicering, nätverk och internationella konferenser i Sverige.

### 9.4.3 Analys och slutsatser

Forte har fått många nya uppdrag efter propositionen Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) och har genomfört dessa väl. Fortes arbete med strategisk agenda, analys och med att ta fram kunskapsöversikter och utvärderingar är viktigt för regeringen. Regeringen anser vidare att Forte på ett positivt sätt har fortsatt utveckla ekonomiredovisning, arbetsformer och verksamhet inklusive personalförsörjning och kompetensbehov, och har infört en mer rättssäker och effektiv beredningsorganisation från den 1 januari 2016.

Forte arbetar aktivt med jämställdhet, och sammantaget är könsfördelningen jämn såväl i ansökningar och utbetalt forskningsstöd som i beredningsorganisationen.

Forte har beviljat stöd till forskning inom arbete, miljö och hälsa som bl.a. har bidragit till regeringens övergripande prioriteringar av miljö och klimat.

Forte har fortsatt att vidareutveckla formerna för kommunikation med olika intressenter i relevanta delar av forskningsfinansieringsprocessen och att förbättra tillgängligheten till forskningsresultat, bl.a. genom sin webb-plats. Regeringen ser positivt på att Forte samverkar med andra aktörer inom sitt ansvarsområde både nationellt och internationellt och på att Forte på olika sätt främjar internationaliseringen av svensk forskning inom sitt verksamhetsområde. Regeringen anser att Forte uppfyller uppsatta krav och mål och att myndighetens verksamhet fungerar väl.

## 9.5 Politikens inriktning

Politikens inriktning för forskning redovisas under utgiftsområde 16 avsnitt 9.5.

Inom utgiftsområde 9 föreslår regeringen i denna proposition satsningar på tillämpad välfärdsforskning, forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer samt forskning om arbetsliv. Satsningarna omnämns även i avsnitt 4.6, 5.5 och 7.8 samt under utgiftsområde 10 avsnitt 3.5 samt utgiftsområde 14 avsnitt 5.7.

Regeringen föreslår därför att anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning ökas med 40 000 000 kronor 2017, se

tabell 9.6. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget öka med 95 000 000 kronor, 145 000 000 kronor respektive 175 000 000 kronor jämfört med anslagsnivån 2016. I den forskningspolitiska proposition som kommer att presenteras under hösten 2016 kommer satsningarna och inriktningen för politiken för de kommande tio åren att presenteras närmare.

### *Forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer*

Regeringen föreslår en forskningssatsning för att öka kunskapen om styrningen av hälso- och sjukvård och socialtjänst för en kunskapsbaserad och innovativ utveckling. Satsningen ska utformas i bred samverkan med berörda.

Regeringen föreslår att anslaget till Forte ökas med 10 000 000 kronor 2017 och beräknas öka med 15 000 000 kronor för vardera året 2018, 2019 och 2020 jämfört med anslagsnivån 2016 för forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer. Satsningen kommer att beskrivas närmare i den kommande forskningspolitiska propositionen.

### *Tillämpad välfärdsforskning*

Regeringen föreslår en forskningssatsning på tillämpad välfärdsforskning för att förbättra kunskapsläget, t.ex. inom socialtjänsten bl.a. genom identifiering och prioritering av forskningsbehov samt finansiering av forskning för att täcka strategiska kunskapsluckor. Medel ska även avsättas till en satsning på forskarskolor. Satsningen ska inkludera klientnära forskning och ska stärka samverkan mellan forskning och praktik samt öka delaktigheten från brukare och anhöriga. Psykisk ohälsa innebär ofta svårigheter och sämre levnadsförhållanden för den enskilde. Därför är även forskning om psykisk ohälsa viktig för att utveckla kunskapsbaserade och verkningsfulla insatser.

Regeringen beräknar att Fortes forskningsanslag jämfört med anslagsnivån 2016 ska öka med 40 000 000 kronor 2018, 70 000 000 kronor 2019 och 100 000 000 kronor 2020 för tillämpad välfärdsforskning. Satsningen kommer att beskrivas närmare i den kommande forskningspolitiska propositionen.

### *Arbetslivsforskning*

Regeringen föreslår en satsning på arbetslivsforskning och samordnande insatser. Insatser för att förebygga den arbetsrelaterade

ohälsan och minska risken för att arbetstagare skadas och slits ut är nödvändiga för att uppnå ett hållbart arbetsliv. Se även utgiftsområde 14 avsnitt 5.7.

Regeringen föreslår att anslaget till Forte för forskning ökas med 30 000 000 kronor 2017. Anslaget beräknas öka med 40 000 000 kronor 2018, 60 000 000 kronor 2019 och 60 000 000 kronor 2020 jämfört med anslagsnivån 2016 för forskning om arbetsliv. Satsningen kommer att beskrivas närmare i den kommande forskningspolitiska propositionen.

## 9.6 Budgetförslag

### 9.6.1 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

**Tabell 9.3 Anslagsutveckling 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | Anslags-<br>sparande | Utgifts-<br>prognos |
|-------------|----------------|----------------------|---------------------|
| 2015        | 28 576         | -380                 |                     |
| 2016        | Anslag         | 33 618 <sup>1</sup>  | 32 761              |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>33 998</b>        |                     |
| 2018        | Beräknat       | 34 612 <sup>2</sup>  |                     |
| 2019        | Beräknat       | 35 311 <sup>3</sup>  |                     |
| 2020        | Beräknat       | 36 087 <sup>4</sup>  |                     |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

<sup>2</sup> Motsvarar 34 000 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>3</sup> Motsvarar 34 000 tkr i 2017 års prisnivå.

<sup>4</sup> Motsvarar 34 001 tkr i 2017 års prisnivå.

#### Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds förvaltningsutgifter.

#### Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2017–2020 beräknats enligt följande.

**Tabell 9.4 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 7:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning**

Tusental kronor

|   | 2017          | 2018          | 2019          | 2020          |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Anvisat 2016 <sup>1</sup></b>          | <b>33 618</b> | <b>33 618</b> | <b>33 618</b> | <b>33 618</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>          |               |               |               |               |
| Pris- och löne-<br>omräkning <sup>2</sup> | 388           | 1 000         | 1 699         | 2 475         |
| Beslut                                    | -8            | -6            | -6            | -6            |
| Överföring<br>till/från andra<br>anslag   |               |               |               |               |
| Övrigt                                    |               |               |               |               |
| <b>Förslag/<br/>beräknat<br/>anslag</b>   | <b>33 998</b> | <b>34 612</b> | <b>35 311</b> | <b>36 087</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2016. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2018–2020 är preliminär.

Regeringen föreslår att 33 998 000 kronor anvisas under anslaget 7:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 34 612 000 kronor, 35 311 000 kronor respektive 36 087 000 kronor.

### 9.6.2 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

**Tabell 9.5 Anslagsutveckling 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

| År          | Utfall         | Anslags-<br>sparande | Utgifts-<br>prognos |
|-------------|----------------|----------------------|---------------------|
| 2015        | 516 599        | 1 913                |                     |
| 2016        | Anslag         | 505 732 <sup>1</sup> | 498 471             |
| <b>2017</b> | <b>Förslag</b> | <b>546 998</b>       |                     |
| 2018        | Beräknat       | 611 503              |                     |
| 2019        | Beräknat       | 661 503              |                     |
| 2020        | Beräknat       | 691 503              |                     |

<sup>1</sup> Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

#### Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, kommunikationsinsatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

## Regeringens överväganden

Anslaget har för perioden 2017–2020 beräknats enligt följande.

**Tabell 9.6 Härledning av anslagsnivån 2017–2020 för 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

|  | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Anvisat 2016<sup>1</sup></b>                              | <b>505 732</b> | <b>505 732</b> | <b>505 732</b> | <b>505 732</b> |
| <i>Förändring till följd av:</i>                             |                |                |                |                |
| Beslut   | 40 002         | 95 000         | 145 000        | 175 000        |
| <i>Varav</i>   |                |                |                |                |
| Forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer | 10 000         | 15 000         | 15 000         | 15 000         |
| Tillämpad välfärdsforskning                                  |                | 40 000         | 70 000         | 100 000        |
| Arbetslivsforskning  | 30 000         | 40 000         | 60 000         | 60 000         |
| <i>Överföring till/från andra anslag</i>                     |                |                |                |                |
| Övrigt <sup>2</sup>  | 1 264          | 10 771         | 10 771         | 10 771         |
| <b>Förslag/ beräknat anslag</b>                              | <b>546 998</b> | <b>611 503</b> | <b>661 503</b> | <b>691 503</b> |

<sup>1</sup> Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2015 (bet. 2015/16:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

<sup>2</sup> Anslaget beräknas fr.o.m. 2017 med ett bestämt nominellt belopp. Mot bakgrund av detta tillförs anslaget 1 264 tkr 2017 och 10 771 tkr 2018 vilket motsvarar den prisomräkning som hade skett om anslaget fortsatt hade pris- och löneomräknats.

Regeringen föreslår att 546 998 000 kronor anvisas under anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2017. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget till 611 503 000 kronor, 661 503 000 kronor respektive 691 503 000 kronor.

Inom ramen för denna ökning föreslår regeringen att anslaget ökar med 10 000 000 kronor 2017 för forskning om välfärdens kvalitet, organisering och processer. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget öka med

15 000 000 kronor, 15 000 000 kronor respektive 15 000 000 kronor för detta ändamål. Vidare beräknas för 2018, 2019 och 2020 anslaget öka med 40 000 000 kronor, 70 000 000 kronor respektive 100 000 000 kronor för tillämpad välfärdsforskning. Vidare föreslår regeringen att anslaget ökar med 30 000 000 kronor 2017 för forskning om arbetsliv och samordnade insatser. För 2018, 2019 och 2020 beräknas anslaget öka med 40 000 000 kronor, 60 000 000 kronor respektive 60 000 000 kronor för detta ändamål.

I den forskningspolitiska proposition som kommer att presenteras under hösten 2016 kommer satsningarna att presenteras närmare.

## Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

**Regeringens förslag:** Regeringen bemyndigas att under 2017 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 925 000 000 kronor 2018–2021.

**Skälen för regeringens förslag:** Den forskning som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2017 för anslaget 7:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare gjorda åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 925 000 000 kronor 2018–2021.

**Tabell 9.7 Beställningsbemyndigande för anslaget 7:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning**

Tusental kronor

|   | Utfall 2015    | Prognos 2016     | Förslag 2017   | Beräknat 2018 | Beräknat 2019 | Beräknat 2020–2021 |
|---|----------------|------------------|----------------|---------------|---------------|--------------------|
| Ingående åtaganden                      | 946 334        | 933 965          | 932 433        |               |               |                    |
| Nya åtaganden                           | 504 230        | 504 200          | 471 200        |               |               |                    |
| Infriade åtaganden                      | 516 599        | 505 732          | 505 753        | -474 130      | -290 050      | -133 700           |
| Utestående åtaganden                    | 933 965        | 932 433          | 897 880        |               |               |                    |
| <b>Erhållet/föreslaget bemyndigande</b> | <b>961 000</b> | <b>1 000 000</b> | <b>925 000</b> |               |               |                    |



Bilaga 1

# Förslag om särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa

Bilaga till avsnitt 4.8 i utgiftsområde 9 och avsnitt 3.6 i utgiftsområde 25



## Bilaga 1

Förslag om särskilda satsningar på ungas och äldres  
hälsa

## Innehållsförteckning

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Sammanfattning av promemorian Särskilda satsningar på ungas & äldres hälsa (Ds 2015:59) ..... | 5  |
| 2   | Lagförslag i Ds 2015:59.....  | 6  |
| 2.1 | Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....                       | 6  |
| 2.2 | Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....                                  | 8  |
| 2.3 | Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....                                  | 9  |
| 2.4 | Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....                              | 10 |
| 2.5 | Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....                | 11 |
| 2.6 | Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....                 | 12 |
| 2.7 | Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....                 | 13 |
| 3   | Remissinstanser till Ds 2015:59.....  | 14 |
| 4   | Lagrådsremissens lagförslag.....  | 16 |
| 4.1 | Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....                       | 16 |
| 4.2 | Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....                                  | 18 |
| 4.3 | Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....                                  | 19 |
| 4.4 | Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....                                  | 20 |
| 4.5 | Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....                              | 21 |
| 4.6 | Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....                | 22 |
| 4.7 | Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....                 | 23 |
| 4.8 | Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....                 | 24 |
| 4.9 | Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....                 | 25 |
|     | Lagrådets yttrande .....  | 26 |



## 1 Sammanfattning av promemorian Särskilda satsningar på ungas & äldres hälsa (Ds 2015:59)

I promemorian föreslås att:

1. öppenvård inom högkostnadsskyddet blir avgiftsfri för personer som är 85 år och äldre fr.o.m. den 1 januari 2017,
2. tandvård blir avgiftsfri för unga t.o.m. det år de fyller 21 fr.o.m. den 1 januari 2017 och t.o.m. det år de fyller 23 år fr.o.m. den 1 januari 2018, och
3. preventivmedel inom läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för unga under 21 år fr.o.m. den 1 januari 2017.

Många äldre har ett omfattande behov av hälso- och sjukvård. För dessa kan kostnaderna för upprepade besök i vården bli kännbara trots högkostnadsskyddet. För att förbättra hälsan hos äldre personer föreslås därför att personer som är 85 år och äldre inte ska behöva betala sådana vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och som ingår i högkostnadsskyddet. I promemorian föreslås även en ändring av socialtjänstlagen som innebär att kommuner inte får minska minimibeloppet med anledning av att sådan lagstadgad öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet erbjuds kostnadsfritt till personer som är 85 år och äldre.

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. En hög andel unga vuxna är kariesfria, detta minskar

behovet av omgörningar på sikt. Detta till trots har en förhållandevis stor grupp av 19-åringarna karies och är i behov av såväl förebyggande som reparativ vård. De unga som är kariesfria behöver stimuleras att bibehålla en god munhälsa genom regelbundna besök hos tandvården. De yngsta åldersgrupperna (20-29 år) har också den lägsta besöksfrekvensen. Det är vanligt att ungdomar som lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården inte söker tandvård i förebyggande syfte, utan först vid besvär. Genom att grundlägga en god tandhälsa i unga år hos fler än i dag kan skillnaderna i tandhälsa på sikt minskas, och därmed hälsoklyftorna i befolkningen. För att uppnå god tandhälsa i vuxen ålder är det viktigt att ungdomar etablerar ett stabilt besöks-mönster hos tandvården, vilket kan främjas av en förlängd period av avgiftsfri tandvård till unga vuxna.

Tillgången till preventivmedel för unga ser olika ut beroende på vilket landsting personen tillhör. Forskning har dessutom visat att subventionering av preventivmedel leder till en minskning av antalet oönskade graviditeter. Förslaget om kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga under 21 år syftar således bland annat till att minska antalet oönskade graviditeter bland unga samt att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa.

Samtliga reformer ingår i den budgetöverenskommelse som regeringen har slutit med Vänsterpartiet och de aviserades i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1).

## 2 Lagförslag i Ds 2015:59

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 26 §<sup>2</sup>

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

*Landstinget får inte ta ut vårdavgifter enligt denna lag för sådan öppen hälso- och sjukvård som omfattas av avgiftsbefrielse enligt 26 a § första stycket för patienter som är 85 år och äldre.*

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

---

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

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2012:926.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjätte* stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjunde* stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 7 §<sup>1</sup>

Folktandvården *skall* svara för  
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och *ungdomar* till och med det år då de fyller *nitton* år,

2. specialisttandvård för vuxna,

3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Folktandvården *ska* svara för  
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och *unga* till och med det år då de fyller *21* år,

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:743.



### 2.3 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt 2.2*

*Föreslagen lydelse*

#### 7 §<sup>1</sup>

Folktandvården ska svara för

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år,</li> <li>2. specialisttandvård för vuxna,</li> <li>3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år,</li> </ol> |
|--|---|

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 8 kap.

#### 8 §<sup>1</sup>

Kommunen *skall* höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 § andra stycket.

Kommunen får minska minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde inte har en kostnad för en sådan post som anges i 7 § tredje stycket därför att

1. kostnaden ingår i avgiften för hemtjänst och dagverksamhet,
2. kostnaden ingår i avgiften eller hyran för bostad i särskilt boende, eller
3. posten tillhandahålls kostnadsfritt.

*Kommunen får dock inte minska minimibeloppet med anledning av sådan avgiftsfri vård som avses i 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2001:847.

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

Härigenom föreskrivs att 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt prop. 2015/16:1 utg. Föreslagen lydelse omr. 9*

### 19 §<sup>1</sup>

Förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år.

*Varor som avses i 18 § 1 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.*

Varor som avses i 18 § 3 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället har fyllt 18 år.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2015:000.

## 2.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 1 kap.

#### 4 §

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 20 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och *ungdomar* till och med det år då de fyller 19 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och *unga* till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

## 2.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt 2.6*

*Föreslagen lydelse*

### 1 kap. 4 §<sup>7</sup>

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 24 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

---

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2017:000.

### 3 Remissinstanser till Ds 2015:59

#### Remissinstanser som har yttrat sig

Riksdagens ombudsmän (JO), Diskrimineringsombudsmannen (DO), E-hälsomyndigheten, Ekonomistyrningsverket (ESV), Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för vård- och omsorgs-analys, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens medicinsk etiska råd (SMER), Statskontoret, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Vetenskapsrådet, Karolinska Institutet, Uppsala universitet, juridiska fakulteten, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Askersunds kommun, Bergs kommun, Botkyrka kommun, Falu kommun, Finspångs kommun, Forshaga kommun, Gagnefs kommun, Gotlands kommun, Göteborgs stad, Karlstads kommun, Krokoms kommun, Kumla kommun, Kävlinge kommun, Linköpings kommun, Lomma kommun, Malmö stad, Mullsjö kommun, Mörbylånga kommun, Robertsfors kommun, Sorsele kommun, Sotenäs kommun, Staffanstorps kommun, Stockholms kommun, Sundbybergs kommun, Sunne kommun, Uddevalla kommun, Umeå kommun, Vänersborgs kommun, Värnamo kommun, Örnsköldsviks kommun, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), City Dental, Distriktstandvården, Föreningen svensk dentalhandel, Institutionen för odontologi vid Göteborgs universitet, Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet, Institutionen för odontologi vid Umeå universitet, Kommunal, Kvinnliga Läkares Förening, Lika Unika, Odontologiska fakulteteten, Malmö högskola, Odontologiska Institutionen vid Region Jönköping, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Praktikertjänst, Privattandläkarna, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksföreningen för skolsköterskor, Riksföreningen

för Åldrandeforskning, Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan Kristianstad, Smile Tandvård, SPF Seniorerna, Svensk Förening för Bettfysiologi, Svensk Förening för Cariologi, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, Svensk förening för odontologisk radiologi, Svensk förening för oral protetik, Svensk förening för Orofacial Medicin, Svensk käkkirurgisk förening, Svensk samhällsodontologisk förening, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska endodontiföreningen, Svenska Läkarsällskapet, Svenska Ortodontiföreningen, Svenska Parodontologiföreningen, Svenska Tandsköterskeförbundet, Sveriges Folktandvårdsförening, Sveriges Kvinnolobby, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Privata Specialisttandläkare, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandteknikerförbund, Tandläkare – Egen verksamhet (TEV), Tandvård mot Tobak, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Tjänstetandläkarna, Vårdförbundet, Vårdföretagarna.

#### Remissinstanser som inte har yttrat sig

E-hälsomyndigheten, Västernorrlands läns landsting, Norrbottens läns landsting, Bergs kommun, Finspångs kommun, Forshaga kommun, Gagnefs kommun, Krokoms kommun, Kumla kommun, Kävlinge kommun, Lomma kommun, Mullsjö kommun, Mörbylånga kommun, Robertsfors kommun, Sorsele kommun, Sotenäs kommun, Staffanstorps kommun, Värnamo kommun, Örnsköldsviks kommun, City Dental, Distriktstandvården, Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet, Kommunal, Lika Unika, Odontologiska Institutionen vid Region Jönköping, Riksförbundet för sexuell upplysning, Riksföreningen för Åldrandeforskning, Sektionen för hälsa och samhälle – Högskolan, Kristianstad, Smile Tandvård, Svensk Förening för Bettfysiologi, Svensk Förening för Cariologi, Svensk förening för odontologisk radiologi, Svensk förening för oral protetik, Svensk förening för Orofacial Medicin, Svensk käkkirurgisk förening, Svensk samhällsodontologisk förening, Svenska endodontiföreningen, Svenska Parodontologiföreningen, Svenska Tandsköterskeförbundet, Sveriges Privata Specialisttandläkare, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandteknikerförbund, Tandläkare – Egen verksamhet (TEV), Tandvård

mot Tobak, Tjänstemännens Central-  
organisation (TCO), Vårdförbundet.

**Instanser utanför remisslistan som har yttrat  
sig**  
Sveriges Farmaceuter.

## 4 Lagrådsremissens lagförslag

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 26 §<sup>2</sup>

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

*Av patienter som är 85 år eller äldre får vårdavgifter och andra avgifter för sådan vård och sådana förbrukningsartiklar som avses i 26 a § första stycket inte tas ut.*

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

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

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2012:926.



Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjätte* stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjunde* stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

## 4.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 7 §<sup>1</sup>

Folktandvården *skall* svara för  
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och *ungdomar* till och med det år då de fyller *nitton* år,  
2. specialisttandvård för vuxna, och  
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.

Folktandvården *ska* svara för  
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och *unga* till och med det år då de fyller *21* år,

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:743.

### 4.3 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt 4.2*

*Föreslagen lydelse*

#### 7 §<sup>1</sup>

Folktandvården ska svara för

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år,</li> <li>2. specialisttandvård för vuxna, och</li> <li>3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 22 år,</li> </ol> |
|--|---|

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.

#### 4.4 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt 4.3*

*Föreslagen lydelse*

##### 7 §<sup>1</sup>

Folktandvården ska svara för

|   |   |
|---|---|
| 1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 22 år, | 1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år, |
| 2. specialisttandvård för vuxna, och  |   |
| 3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.                     |   |

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### 8 kap. 8 §<sup>1</sup>

Kommunen *skall* höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 § andra stycket.

Kommunen får minska minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde inte har en kostnad för en sådan post som anges i 7 § tredje stycket därför att

1. kostnaden ingår i avgiften för hemtjänst och dagverksamhet,
2. kostnaden ingår i avgiften eller hyran för bostad i särskilt boende, eller
3. posten tillhandahålls kostnadsfritt.

Kommunen *ska* höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 § andra stycket.

*Kommunen får dock inte minska minimibeloppet med anledning av att den enskilde omfattas av sådan avgiftsfrihet som avses i 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2001:847.

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

Härigenom föreskrivs att 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### **19 §<sup>1</sup>**

Förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§ ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år.

*Varor som avses i 18 § 1 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.*

Varor som avses i 18 § 3 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället har fyllt 18 år.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2015:968.

#### 4.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### 1 kap.

##### 4 §

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 20 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och *ungdomar* till och med det år då de fyller 19 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och *unga* till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

#### **4.8 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd**

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt 4.7*

*Föreslagen lydelse*

##### **1 kap.**

##### **4 §<sup>1</sup>**

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 23 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 22 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.



#### 4.9 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt 4.8*

*Föreslagen lydelse*

##### 1 kap.

##### 4 §<sup>1</sup>

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 23 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 22 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 24 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2016:000.

## Lagrådets yttrande

Utdrag ur protokoll vid sammanträde  
2016-05-27

**Närvarande:** F.d. justitieråden Severin Blomstrand och Annika Brickman samt justitierådet Agneta Bäcklund.

### Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa

Enligt en lagrådsremiss den 19 maj 2016 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
3. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
4. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
5. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453),
6. lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.,
7. lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,
8. lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,
9. lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av rätts-sakkunniga Sarah Cagnell, biträdd av departementssekreteraren Anna Weinholt.

Förslagen föranleder följande yttrande av Lagrådet:

Enligt 8 kap. 22 § 4 regeringsformen ska Lagrådets granskning avse om förslaget är utformat så att lagen kan antas tillgodose de syften som har angetts. I remissen har syftena med lagförslagen angetts ytterst knapphändigt. Det gäller särskilt förslagen till ändring i tandvårdslagen; i den delen ger remissen inte tillräckligt underlag för att Lagrådet ska kunna fullgöra granskningsuppgiften enligt den nämnda bestämmelsen. Under föredragningen har bristen avhjälpats endast delvis.

Med reservation för det anförda har Lagrådet ingen erinran mot remissens lagförslag. Lagrådet noterar dock att de föreslagna ändringarna i tandvårdslagen och lagen om statligt tandvårds-

stöd medför att innebörden i ordet ”unga” kommer att utvidgas till att avse personer som har fyllt 23 år. Såvitt Lagrådet har sig bekant har ordet hittills inte använts i lagtext som beteckning på personer som är äldre än 21 år. Emellertid lär ordet inte vara definierat i lag och det finns därför inget hinder mot att det används så som görs i remissen. Lagrådet vill dock förorda en viss försiktighet med att beteckna personer i allt högre åldrar som ”unga”, särskilt om denna kategori – som i förslaget – sätts i motsats till ”vuxna”. Ett mer neutralt ord kan väljas (t.ex. ”patient”, jfr hälso- och sjukvårdslagen, ”den enskilde”, jfr socialtjänstlagen, eller ”person”, jfr lagen om läkemedelsförmåner m.m.). En annan möjlighet är att – analogt med den föreslagna bestämmelsen i 26 § hälso- och sjukvårdslagen – avgränsa den grupp som avses bara genom att ange den högsta ålder som ska omfattas, exempelvis enligt följande.

Folktandvården ska svara för

1. regelbunden och fullständig tandvård för dem som ska erbjudas tandvård enligt 5–6 §§ till och med det år då de fyller 22 år,

Bilaga 2

# Promemorian Förslag till ändring i 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken

Bilaga till avsnitt 7.9 i utgiftsområde 9



## Bilaga 2

# Promemorian Förslag till ändring i 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken

### Innehållsförteckning

---

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | Sammanfattning av promemorian Förslag till ändring i 51 kap. 11 §<br>socialförsäkringsbalken (S2016/03419/FST)..... | 5 |
| 2 | Lagförslag i promemorian.....   | 6 |
|   | Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....  | 6 |
| 3 | Förteckning över remissinstanserna till promemorian.....  | 7 |
| 4 | Instanser utanför remisslistan som har kommit in med yttrande.....  | 7 |



## 1 Sammanfattning av promemorian Förslag till ändring i 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken (S2016/03419/FST)

I promemorian föreslås att:

1. det ska göras möjligt att bestämma inte bara ett, utan även flera belopp som assistansersättning ska lämnas med, och att

2. den tidsperiod för vilken beloppet eller beloppen bestäms inte ska regleras i socialförsäkringsbalken.

Den konstruktion som assistansersättningen har med ett schablonbelopp och en förhöjd ersättning om det finns särskilda skäl har ifrågasatts, granskats och utretts vid ett flertal tillfällen. Skälen till detta är bl.a. kostnadsutvecklingen inom assistansersättningen. Ett annat skäl är att nivån på schablonbeloppet är svår att fastställa och att den bedömts under en längre tid ha varit för hög.

Regeringen har aviserat en översyn av assistansersättningen. Det kan dock ta några år innan det finns konkreta förslag på plats, samtidigt som det kan finnas behov av att innan dess komma till rätta med en del av de problem som redovisats genom åren. Det finns därför skäl att i 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken redan nu öppna upp för regeringen att kunna besluta om en mer träffsäker modell för assistansersättningen.

Enligt nuvarande lydelse av 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken bestäms *för varje år* med vilket belopp per timme som assistansersättning ska lämnas. En tidsbestämning kan medföra problem i de fall regeringen skulle behöva vidta åtgärder i en krissituation eller om den under andra omständigheter skulle bedöma det nödvändigt att genomföra förändringar. Det bör därför inte anges i lag att schablonbelopp bestäms för en viss bestämd tidsperiod.

## 2 Lagförslag i promemorian

### Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs att 51 kap. 11 § socialförsäkringsbalken ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 51 kap.

#### 11 §<sup>1</sup>

*För varje år bestäms med vilket belopp per timme som assistansersättning lämnas. Beloppet ska bestämmas som ett schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om schablonbeloppet.*

Om det finns särskilda skäl kan ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det årliga schablonbeloppet. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent.

Assistansersättning som betalas ut enligt 16 § andra stycket lämnas med skäligt belopp.

*Assistansersättning lämnas med ett särskilt angivet belopp per timme. Det eller de belopp som assistansersättning ska lämnas med bestäms som schablonbelopp som beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela ytterligare föreskrifter om schablonbelopp för assistansersättningen.*

Om det finns särskilda skäl kan ersättning till en försäkrad efter ansökan lämnas med ett högre belopp än det schablonbelopp med vilket assistansersättning ska lämnas till den försäkrade enligt vad som följer av första stycket. Ersättningen får dock inte överstiga schablonbeloppet med mer än 12 procent.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2012:935.



### **3 Förteckning över remissinstanserna till promemorian**

Promemorian remitterades till följande instanser:

Riksdagens ombudsmän (JO), Förvaltningsrätten i Göteborg, Kammarrätten i Stockholm, Riksrevisionen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Inspektionen för socialförsäkringen, Ekonomistyrningsverket, Statskontoret, Sveriges Kommuner och Landsting, Handikappförbunden, Lika Unika – Federationen mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Nätverket Unga för tillgänglighet (NUFT), Vårdföretagarna Almega, Arbetsgivarförbundet KFO, Företagarna, Svenska kommunalarbetareförbundet och Vårdförbundet.

### **4 Instanser utanför remisslistan som har kommit in med yttrande**

Följande instanser utanför remisslistan har kommit in med yttrande:

FUB – För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, JAG – Jämlikhet Assistans Gemenskap och IFA – Intressegruppen för assistansberättigade.